

「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 3 次會議紀錄

時間：104 年 8 月 12 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：邵子川

出席代表：

丁代表勇志	丁勇志	林代表文源	林文源
林代表敏華	林敏華	林代表全和	請 假
蔡代表宛芬	請 假	林代表裕峯	請 假
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	黃月桂
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	謝武吉
龐代表一鳴	龐一鳴	游代表進邦	李妮真代
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、許嘉惠、 楊智涵
台灣腎臟醫學會	張哲銘、林元灝、林佳靜
中華民國醫師公會全國聯合會	洪郁涵
基層透析學會	吳若瑀

本署資訊組	姜義國
本署臺北業務組	陳懿娟、陳佳汶
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	曾玫富、陳淑儀

一、本會 104 年第 2 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 2 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：報告內容洽悉，邇後資料內容請增列層級別分析。

（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 104 年第 1 季點值，如下表：。

季別	浮動點值	平均點值
104Q1	0.82969102	0.84317136

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：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乙案。

決 定：

報告內容洽悉，並依下列方式辦理：

1. 本次報告 7 項指標同意以健保署使用健保醫療費用資料統計的數據為主。另部分指標的分母係採人月數及腎移植的脫離率的分子未包含境外移植，請於表格數據呈現時一併詳加註明。住院率及瘻管重建率則以跨院及同院兩種計算數據並存呈現。
2. 有關腹膜透析病人轉血液透析原則上同意本次報告採用之操作型定義計算，並以 101 年開始累積計算，每半年定期更新。
3. 嗣後健保署定期公布重算之數據，台灣腎臟醫學會若是有到國際發表相關論文或演講，數字最好能一致。

(五) 案由：有關「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。

決 定：

- 一、本案相關品質指標之歸責院所為：透析病患連續三個月均在同一院所申報或連續三個月在該院所申報累計 20 次(含)以上之院所。
- 二、請院所依計畫規定，定期上傳相關品質指標，以利本(104)年之品保款核發。

五、與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午4時00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。

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，洽悉。

劉科長林義

桌上補充資料第1頁是更正書面資料第15頁，主要是104年Q2(人數、件數、點數)成長率；第3頁是醫審報告事項的附件。

報告第二案：門診透析總額執行概況報告。

主席

門診透析概況報告內容，人數是3.38%成長，呼吸器併透析，兩個重要器官都衰竭的重症病患目前有100人，其中有4人是住500天以上，大部分是100天以上。這100位中有6位進入安寧，其餘繼續洗腎，這是大家關心的狀態。請代表表示意見。

謝代表武吉

許久未出席，應尋找失聯委員。

請問投影片第9張，104Q2與104Q1醫師數，南區增加20位，高屏與東區共少9位，原因是什麼？

投影片第25張，103年慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫不合格家數，血液透析有64家，腹膜透析有24家，可以解釋不合格的原因是什麼？分布的狀況是？希望能輔導他們，若屬於社區醫院協會部分，我們可以輔導。

主席

謝謝謝代表的意見，還有代表要表示意見？先對謝代表的問題作答覆。

劉科長林義

謝代表提到 104Q2 與 104Q1 醫師數變動情形，將請分區業務組瞭解後向謝代表說明。

主席

投影片第 25 張，可以解釋不合格的原因是什麼？

劉科長林義

門診透析服務品質提升獎勵計畫有資格限制，若有違規或品質項目未達 70 分是不予核發。其中有 1 家是違規，其他是品質項目總分未達 70 分。

主席

不合格原因，醫院、診所是否知道？

謝代表武吉

分布在地區醫院或區域醫院？

主席

資料會後再提供謝代表。投影片第 10 張透析病床數，104 年 6 月中區醫學中心透析病床數增加 7.46%，台北區基層診所增加 8.96%，接近 9%。中區是哪間醫學中心增加很多洗腎床？

中區業務組列席人員：

中區增加 2 家醫學中心：中國（中國醫藥大學附設兒童醫院）與彰基（彰化基督教兒童醫院）。

主席

兒童醫院與洗腎床有關係嗎？

中區業務組列席人員：

例如彰基兒童醫院費用申報在彰基。

主席

新增兒童醫院應該沒有洗腎床嗎？應該不會因為改成醫學中心而增加

洗腎床嗎？

中區業務組列席人員：

它是新增加的院所，也有洗腎床。

主席

新增洗腎床？中區增加洗腎床數很特別，兒童醫院不只中區有，台北、林口也有。

中區業務組列席人員：

回去再瞭解。（按：會後瞭解為台中榮總增加透析床 20 床，另區域醫院增加透析床 66 床）

主席

台北區基層透析診所增加快 9%，比較特別。中區是醫學中心與區域醫院增加很多洗腎床，分區業務組再瞭解。醫院洗腎床增加會使基層的病患位移，病患洗腎地點會改變，中區地區醫院與基層診所洗腎床就減少。

羅代表永達

中國(中國醫藥大學附設兒童醫院)增加 20 床就有了。

主席

可是不知道是否是中國(中國醫藥大學附設兒童醫院)增加 20 床？

謝代表武吉

呼應主席所言，洗腎病床是特殊病床

中區的兒童醫院，若有增加洗腎床，對象是大人或兒童？拜託去了解情況。

主席

中區醫學中心大約增加 20 多床，接近 8%。

謝代表武吉

血液透析及腹膜透析費用點數的占率及成長率，希望增加醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所的區別，切割後更可看清楚院所實際狀況。

主席

投影片第 12~16 張，都增加層級別，列入會議記錄。其他委員是否還有意見？如果沒意見，此項報告就洽悉。

報告第三案 104 年第 1 季門診透析預算點值結算報告

主席

104 年第 1 季門診透析結算平均點值是 0.8431，浮動點值是 0.8296，是自 102 年第 2 季到現在是最高的，幾個專案計畫點值都是 1 點(算) 1 元，各位代表對於報告事項第三案是否有意見？

陳代表鴻鈞

點值是 0.8 幾還是與 0.9 差得很遠，希望能再改善。

主席

人數成長有 3.38%，重症的病人還在持續洗腎，有的都 90 幾歲，這部份理事長有什麼想法？

陳代表鴻鈞

末期腎衰竭病人，強調有 4 個選項：血液透析、腹膜透析、腎臟移植、進入安寧。我們一直很認真在推動安寧。上個月有報告，本來要洗腎，後來選擇安寧有 400 多人。從各醫學中心的回覆，有的還沒回覆，實際上的數字比 400 多人要高，我們還是會繼續努力推動安寧。觀念上還需要溝通，因為癌症或重症家屬中，只要有 1 人反對就很難推動。也希望大家一起推動活體移植(1 年增加 50 例)，屍體的腎臟移植在今年及去年沒有再增加。

主席

最近移植人數有增加：八仙案之後，有很多人捐器官。

陳代表鴻鈞

那是屍體移植，不過八仙案是單一事件。活體移植費用不到洗腎一半。生活品質、與家人的關係都會變好。血型不合與夫妻之間都可做(活體移植)，可造福病人，減少國家、社會的支出。觀念上還需要推廣，常被問到少個腎臟會不會怎樣？

主席

照理事長說法，很多癌症或重症病人沒進入洗腎，故透析人數成長率有趨緩。如果沒努力推動安寧，進來的人數就會更多。已經進來洗腎的多重器官衰竭病人，進入安寧的成效較少。

陳代表鴻鈞

也都有增加，但需要各方努力。推動安寧是需要整個社會都要改變觀念。

主席

洗腎人數減少是 Pre-ESRD 做的好或是醫界推動癌症病不再洗腎，哪個貢獻比較大？

陳代表鴻鈞

USRDS 這份資料是全世界比較各國洗腎的盛行率與發生率，過兩個月大家會看到一份資料(雖然很不想看到)，全世界第 1 個洗腎盛行率突破 3000 人的國家是台灣。國外人士問台灣為何會這麼多洗腎病患？這歸功於政府的德政，每個人都可洗腎，而且不用花錢；台灣老人照護及糖尿病照護越來越好，這些人都進入洗腎，而且洗腎品質好，病人存活率高，當然病患會累增。要如何減少？CKD 照護有成效，病患延緩進入洗腎。但在延緩過程中發生其他的病，就不會進入透析。另外是安寧與移植。因屍體移植有它的極限，現在推動活體移植。但因洗腎品質很好，所以這(病人數累增)是很大的問題。

主席

洗腎人數現在有 74000 多人，登記移植約 8000 多人。

陳代表鴻鈞

適合移植的病患(55 歲以下，沒有糖尿病)大部份都已登記約 6000 多

人。新的洗腎病患平均 65 歲，年紀太大的洗腎病患不太適合去做移植換腎。換腎 1 年約 300 多位，要等待很久。

主席

適合腎臟活體移植，限年輕(55 歲以下)、沒有糖尿病的病患。

陳代表鴻鈞

這些登記移植的病患，兄弟姊妹狀況可能都不錯，是適合捐腎。我們會大力推廣活體移植，還需要各單位、宗教團體人士幫忙，因為有倫理的問題。

主席

報告事項第三案：有關點值、專款結算的結果，代表是否有其他意見？

謝代表武吉

建議 Early-CKD 跟 Pre-ESRD 推動要再加強，前年的預算 4 億，若是做不到，擔心健保會收回預算，請大家盡量再努力。對全國民眾的健康有益，醫療費用不會花太多。

主席

Early-CKD 要請所有醫療院所及各科醫師收案，Pre-ESRD 要請腎臟科專科醫師收案。104 年第 1 季共支用 5 千 7 百多萬，預算有 4 億元。特別是 Early-CKD 要擴大收案。還請醫師公會全聯會大力推動。

張代表孟源

有篇論文討論 Pre-ESRD 的研究報告，其實我國的盛行率(Prevalence)早就突破 3000。另按健保署網站登錄盛行率，在 102 年就超過了，因為在美國登錄(USRDS)時間會晚個 1~2 年。我國的發生率(Incidence rate)也比美國、日本高，甚至只比墨西哥兩個小州好一點。對於已經到第 4 期、第 5 期的病患，Pre-ESRD 計畫確實能做到延緩進入透析的時間、病患平均死亡率會降低，對此腎臟醫學會黃尚志教授去年第四次透析總額研商會議就有報告腎臟醫學會已經做得很好。

翻開今天資料第 20 頁，Pre-ESRD 的收案人數今年半年與去年差不多。第 19 頁，Early-CKD 今年 104 年度前兩季就收案 61,645 人，去年 103 年度整年才收 12 萬 7 千多人，相信今年 104 年度 4 季總和一定

會突破去年 12 萬的人數。這是腎臟醫學會及全國醫師及醫師公會全聯會共同的努力，在此表示對大家的肯定。

主席

Early-CKD 好像還沒看到結果，醫管組有資料顯示成效？例如經由衛教或其他努力，腎臟病患由腎功能不正常變正常，才有意義。Early-CKD 主要目的是希望不要進入 Pre-ESRD。

張代表孟源

蔡副署長提到慢性腎臟病防治管理的重點。目前國內統計 Early-CKD 進入 Pre-ESRD，人數逐年增加主要原因是因為糖尿病，一部分是高血壓，分別占 50%及 20%左右，反而腎絲球腎炎進入 Pre-ESRD 比例沒有特別增加。所以糖尿病、高血壓的治療未盡理想而使國內重度腎病變人數增加歸責於腎臟醫學會是不公平。因為，原本 P4P 就有糖尿病論質鼓勵的試辦計畫，高血壓、還有家醫試辦計畫。我們的研究是必須將家醫計畫、糖尿病照護計畫也達到一個好的治療標準，才有可能讓在未來重度腎病變病患的腎臟功能(eGFR)不會變壞、下降的速度減緩，國內很多研究都已證明。

主席

下次請醫管組呈現 Early-CKD 及 Pre-ESRD 的成效！

陳代表鴻鈞

上次有問 Pre-ESRD 的病患估計有多少比例有收案？這是很困難去計算。粗略試算約 40~50%，接近一半。(Early-CKD 與 Pre-ESRD)費用沒用完，我們是覺得給付太低。例如高醫有 5 位衛教師，每年自 Early-CKD 及 Pre-ESRD 拿到的費用不夠支付她們的薪水。很多醫院沒有請專職的衛教師，問醫院為何不請？因為給付費用不夠付衛教師薪水。是否署裡可以考量調高 Pre-ESRD 的給付。能請專職的衛教師，具有熱心，也能真正做好工作。

龐組長一鳴

有關 Pre-ESRD 計畫做了好幾年。在南區業務組曾做過：申請重大傷病卡病患反推院所病患為何 Pre-ESRD 沒受案？其實健保可以查到就醫紀錄。可以考量對於沒有收案的醫院給予處分。論質計酬的精神：

好的鼓掌，不好的要有警惕作用。大部分的洗腎，除中毒之外，之前會有就醫紀錄。若此紀錄在有腎臟科的醫院，病患卻沒收案，應該要負起適當的責任。是否一起朝這樣考量？

陳代表鴻鈞

這個牽涉的事情不是這麼單純。

龐組長一鳴

有的醫師真的做得很好，有的醫院做得很辛苦，不願去做，理由很多，不外乎衛教師沒有薪水或薪水不夠。已經做好的醫院給予鼓鼓掌是應該的，不願做的醫院給予適度處罰也是對的。

陳代表鴻鈞

我代表腎臟醫學會申冤，受案 Pre-ESRD 的病患要做很多事。平常看 1 位病患要花 5~10 分鐘，但衛教師要花超過 1 小時受案 1 位病患。沒有衛教師，根本就不可能受案。你若收案，除了要面對病患會問許多問題，也無力處理書面紀錄等行政資料。其實大家不是不願去做，有心想做，問題是沒有專職的衛教師，大家根本不敢收病患。院長曾問我要增加 2 位衛教師，薪水從哪來？大部分做得很好，但有的人做不好的，是有他的困難，所以要將給付增高，才能鼓勵大家來做得更好。

謝代表武吉

Early-CKD，投影片第 22 張，104 年 Q2 有 768 家，比 103 年 782 家少了 14 家，這是不是醫院部分(基層部分可以確定)問題？陳理事長也談到醫院部分還有些問題，希望健保署對於有問題的部分，能給予協助幫忙。

建議 Pre-ESRD 與 Early-CKD 的人數、家數，能提供每個層級的資料，讓資料呈現更清楚，才免大家看法又不同。

對於腎臟科醫師及做 Early-CKD 的院所，應給予正向的鼓勵。

曾代表志龍

我以基層的角度回應這個問題，投影片第 23 張，(Pre-ESRD 衛教計畫)97 年基層有 64 家、98 年有 51 家，一直到 104 年剩 39 家，我相信很多醫師是有熱忱，也有嘗試過去做(衛教)，包括我自己，但到最後是只有自己做，這個業務很難交給職員去做，做了幾年後我累了，寧

願在平常的門診做衛教照顧病患，但不申報。即使申報，數量也不多，因為會增加自己的負擔。在此給長官回答，其實醫師有意願做，但是做一陣子就投降了，他不是不想做，而是沒能力做。這是我的體驗，因為我也是其中之一。

主席

沒有能力做是沒時間做？還是沒有人手做？還是錢不夠？或是其它因素？

曾代表志龍

剛開始，長官要求就加入，經過了3年都是自己在做，做到最後，光是行政程序就很累人。從數字就知道基層在倒退。醫院做得好是因為有人力資源可以負擔。但醫師除了是醫務的執行者，還要做行政工作，這是很難兼顧，月底還要打報表。請長官瞭解，並不是為了給付問題，也不是我不願意做，到目前為止，我還持續做衛教，但我就是不申報。

主席

所以你的成績有在做，但沒算在這裡

曾代表志龍

對

顏代表大翔

呼應曾醫師的說法，我在台南，很多腎臟科的好朋友門診量不少，但不一定有申報 pre-ESRD。的確在找人與行政，還要訓練，有他的困難度。我要談的是 Early-CKD，成效如何統計？因為結案條件是連續2次追蹤都正常，就主動結案，但是沒有代碼可申報，等於沒有獎勵。如果腎臟科診所病患從 Early-CKD 變成 Pre-ESRD，也不能報轉介費，沒有代碼可申報，貴署如何統計及確定 Early-CKD 病患變好或變壞？因為沒有代碼可申報，病患可能1年都沒回來追蹤，以何種條件知道病患還在收案？統計上是否有問題？可以參考 Pre-ESRD 做法，Early-CKD 在結案時給予申報碼及獎勵金以利於文書作業及統計。

主席

請問顏代表有上傳檢驗檢查報告？

顏代表大翔

只要有收案案件都會上傳

主席

現在鼓勵院所上傳檢驗檢查報告，腎臟科診所應該要上傳吧。

顏代表大翔

指 Early-CKD 嗎？

張專委温温

檢驗檢查報告定期上傳，1 筆檢驗檢查有 1 元的補助，可能有醫療院所不知道，這是另 1 個計劃提供，目前統計醫院參加的比較多，診所參加比較少。

主席

洗腎診所檢驗檢查應該很頻繁，因定期監測病患。檢驗檢查報告定期上傳是有給予獎勵，報告也可供其他院所在跨院就醫時參考，避免重複檢驗檢查。請理事長多多向會員宣導。我們再把相關計畫給學會，請再通知會員。

陳代表鴻鈞

因為 Early-CKD 與 Pre-ESRD 都有定期檢查，這些我們都知道。但基層是否知道將(檢驗檢查)上傳，要再去瞭解。

主席

Early-CKD 的結果沒有代碼可申報，連續 2 次追蹤都正常就結案。如果能上傳檢驗檢查報告，就知道數值是否變正常？

顏代表大翔

主席講的是另一個管道，我說的是申報 P○○○○檔及經費執行不足這塊。

主席

你指的是 P4P 的 VPN 這一段。

顏代表大翔

對！馬上就可以做的部分。

主席

醫管這裡研究一下，這樣就是重複，如果可以做 combine，成效會不會好一點。

龐組長一鳴

各業務組都有做頻寬補助的宣導，重點放在申報量大的院所，請各業務組優先對透析診所做宣導，雖然病人數不多，但每位病人都需要做檢驗檢查，做頻寬補助是有意義的，醫院大部份都有上傳。

呼應張醫師意見，以腎臟病防治照護，幾個計畫(Early-CKD 計畫、家醫計畫、糖尿病照護計畫)整合是有意義的。但有些系統需要單獨上傳檢驗檢查數據到 VPN。現在又有推動頻寬補助，也要上傳數據，醫院的 IT 很強，都整合在一起，所以沒問題。診所的 IT 比較弱，很多要人工處理，變成很大的問題。所以整個方案照張醫師建議，在行政上做整體考量。IT 部分，各院所各有特質與各廠商溝通，朝大方向修改：檢驗檢查都透過頻寬補助系統整筆上傳，理論上 VPN 不用逐筆登打，才能精簡作業。還請理事長幫忙宣導。

主席

龐組長的發言列為紀錄，這部份涉及很多計畫(Early-CKD 計畫、家醫計畫、糖尿病照護計畫)需要重新整合作業，再去推動，會比較有成效。這部份請醫管組照龐組長的方向，相關的同仁切實做到，院所不用重複登錄，過去是每個 P4P 都要登錄 VPN，現在 original 的報告要上傳，其實就是重複。各分區業務組在確實整合之後，推動頻寬上傳檢驗檢查，對透析診所不能漏了宣導。

張代表克士

呼應陳理事長講的，腎臟醫學會非常努力，大家都看得到，在全世界是品質非常好的專科醫學會，我們看末期腎臟病新生個案是否有趨緩、成長是否有控制？看起來是有的，至少沒有大幅成長。我相信台灣的

醫生不分醫院與診所，都是善良有醫德，該做的治療、衛教都有做，可是行政程序確實很複雜。我自己心臟科門診就有很多 CKD 的病患比腎臟科還多，CKD 的病患要登錄專案，需要填寫及勾選很多資料，Pre-ESRD 也是一樣。我曾在多次會議提到：有太多的專案(Early-CKD、Pre-ESRD、高血壓、糖尿病…)需要精簡整合，如果在填報資料及行政程序上能夠精簡整合，可以將重點時間放在病人身上(治療與衛教)，而不是花在繁瑣的流程且耗費許多人力。再者，因為上游(高血壓、糖尿病)不斷產生病患，下游要做控制並不容易，這不能怪腎臟科的醫師。我覺得要有一定的資源、財務上的補助誘因給基層診所增聘適當人力來負責。另外，專案要能推動，最好是鼓勵性質，不要動輒用懲罰，基層醫師很多已有做衛教，只是沒有申報，如果這樣就要懲罰，我覺得不太合適。

主席

龐組長講的作業整合以外，有關 Pre-ESRD 的支付(P4P 的支付)也請研議合理性，必要時酌以考慮如何調整，與醫管組的作業整合內容併同研議。

報告事項第四案：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乙案。

主席

請曾科長玟富補充說明

曾科長玟富

去年(103)委員建議品質確保方案的 7 項指標，可以嘗試以健保申報資料計算，今年(104)初第 1 次會議將本署試算資料與腎臟醫學會提報資料做比較，當時發現部分指標(腹膜炎發生率、住院率、瘻管重建率等)差距很大。會議決議邀請國衛院許志成研究員、北醫的吳麥斯醫師、腎臟醫學會，組成工作小組，研議操作型定義的修正。最近半年持續做操作型定義的討論。在 3/20 召開工作小組會議，今天終於呈現修正後的統計結果。

上次會議委員建議新增兩項：腹膜透析病患一年內及一年以上轉血液透析的比率，此項資料今天才計算出來，做為會議的補充資料。就幾個重要指標定義如何修改及結果做補充說明：

P36~37 半年指標：住院率

會議資料 P36 是跨院住院率，P37 是同院住院率

住院率修訂參照腎臟醫學會與相關專家建議，建議新增擷取條件主次前五個診斷碼任一符合透析相關疾病診斷碼之案件，並排除任一主次前五個診斷碼為癌症者之案件，試算結果血液透析略為接近台灣腎臟醫學會之統計結果。腎臟醫學會之前的統計結果比較偏向同院住院率。

P39 季指標：死亡率

考量分子死亡人數需勾稽承保資料，且承保資料勾稽戶政系統有時間的落差，造成季指標統計值低估，故工作小組專家建議建議呈現年指標值或新增半年指標，比較不會低估。

P40 半年指標：腹膜透析_腹膜炎發生率

原定義為主、次診斷前三碼為567；為更明確定義腹膜炎病人，工作小組專家建議搭配抗生素用藥期程及給藥途徑等條件，故修改定義為主次前5個診斷碼前三碼為567，且該案件有申報針劑抗生素藥品其給藥日數大於等於7天者。

p40 季指標：脫離率

本項指標經工作小組充分討論後，建議脫離率(I)腎功能回復之分母與分子一併排除死亡及腎臟移植人數，另腎移植(II)脫離率之分母與分子一併排除死亡人數，試算指標結果業已趨近台灣腎臟醫學會的統計結果。

P42 半年指標：血液透析_瘻管重建率

考量台灣腎臟醫學會資料庫係由透析院所自行申報，可能僅係同院所資訊，試算統計病人於同院所執行之瘻管重建率，其統計結果低於台灣腎臟醫學會數據。有關分子同院加總之瘻管重建率的試算邏輯為分母病人於透析年月門、住診同院申報動靜脈瘻管或人工血管

手術者，往前勾稽 2 年全國跨院申報動靜脈瘻管或人工血管手術之再次申報次數加總。

本項指標經台灣腎臟醫學會建議有些透析病患瘻管建置後數年才會再重建瘻管，「往前勾稽 1 年」可能無法真正呈現真時數據，爰修正為「往前勾稽 2 年」。

請議事會議能夠在此做結論確認，未來若採用申報資料計算，住院率是用跨院統計？同院統計？或兩案併陳？瘻管重建率是用跨院統計？同院統計？或兩案併陳？

補充資料第 7 頁

指標 1：透析時間 < 1 年之慢性腹膜透析病人轉血液透析比率

指標 2：透析時間 \geq 1 年之慢性腹膜透析病人轉血液透析比率

計算方式與器官移植存活率概念類似，用 3 年(10101~10312)每月新增腹膜透析病人去勾稽醫療費用計算何時轉成血液透析最早的年月，若時間少於 1 年，是指標 1 的分子。若時間大於 1 年，是指標 2 的分子。

指標 1 的分母是 36 個月新增腹膜透析病人的加總。

指標 2 的分母是扣掉死亡、腎移植、指標 1 的分子。分母約是 10101~10212 的新增腹膜透析病人，指標 2 的分母比指標 1 的分母少了 1 年新增腹膜透析病人數。

慢性腹膜透析病人轉血液透析(3 年內)比率約 9%

未來若採用申報資料計算，採用年指標或半年指標？未來計算方式採用 3 年(看最新照護情形)或累計方式(起點不變，數據越大越接近完整情形)？請議事會議能夠在此做結論確認。

主席

這部份資料要從申報資料或腎臟醫學會的會員上傳資料計算，似乎還是有差距。P40~41 脫離率的腎移植數字，血液透析健保署是 189，腎臟醫學會是 210；腹膜透析是 77 與 106，rate 來自分子分母，那分子分母統統不一樣，有沒有研究為何會這樣？

曾科長玫富

第1次版本有說明，因資料來自完全不同的資料庫，腎臟醫學會由透析院所申報，有的還沒申報。

主席

它們腎移植比我們多。

曾科長玫富

透析院所可能依病患口述，報說有作腎移植。我們是由申報資料勾稽腎移植。可能透析院所不是全部都向腎臟醫學會申報，也有可能透析院所漏報。

張代表孟源

這份健保署統計資料已經努力去嘗試客觀統計國內透析病患的分析，這是重要的第一步。有些疑問，請翻開議程第38頁，關於小於1年之透析病患的死亡率，健保署的分子是透析病患死亡人數1,132人(每年)，分母卻是120,064人(每月)。個人估計國內一年內透析病患的發生率健保署資料庫是每百萬人443人，台灣有2,343萬人，一年內國內透析病患新增的病人發生率估計有10,349人(每年)，應將10,349人當分母，為何會有12萬多人？差這麼多。

曾科長玫富

P46 分母是用透析病人之人月數，所以要乘12。

張代表孟源

每年的死亡率是分子指每一年透析病患死亡人數人(每年)，死亡只能發生1次。所以分母是一年透析病患的人數人(每年)，才比較合乎統計的慣例。

曾科長玫富

腎臟醫學會提供的指標很多是用人月數當分母，不是用人數，我們依照一樣的定義。

張代表孟源

103 年死亡 1,132 人(每年)，同年洗腎人數增加 10,349 人(每年)，死亡率是 10.4%？然而依據腎臟醫學會的統計方式，分母採人(每月)，死亡率下降為 0.94%，如此巨大統計差異呈現的方式，令人覺得非常奇怪。在透析病患死亡率統計上，分母採人(每月)人月數不知道全世界哪種統計方法？如此美化數據，請腎臟醫學會解釋一下。

主席

分母用人月數解釋，就不是 1 年的概念，1 個月值 rate, 要看 1 年就乘以 12。

張代表孟源

死亡率有用月來算嗎？

主席

這就是爭議，數字都可表達，要講對，透析小於 1 年之的死亡率用 0.94，人家不知道他是月值，會以為是 103 年全年，看公式才知這是平均 1 個月的死亡率。

曾科長玟富

這個指標操作型定義係依照品保方案定義，嘗試用健保申報資料計算。這些指標為何用透析人月數當分母？是腎臟醫學會依專業考量訂定，可請腎臟醫學會說明。

主席

數字都很低喔。

陳代表鴻鈞

這是國際上的習慣用法，用 patient month 來表示。

主席

可以提供國際上通用統計 guideline 給醫審組核對。

陳代表鴻鈞

這不是國際的統計 guideline，基本上是國際的語言。

主席

脫離率就沒有人月值，就是病人數。如果是國際慣用的，我們拿來對一下

張代表孟源

不管是國際慣用的，還是國內獨創的，誠實是重要的。

主席

這個數據計算沒問題，只是要表達精確一點。假定國際以月表示，我們就用月。只看表格容易誤會，因為以全年表示。值又要叫做重建率、腹膜炎發生率，會誤解為年率。腎臟醫學會的數據統計是會員 self free report，我們的數據來自資料庫互相勾串。

另外我認為有很大誤差的就是移植。

曾科長玫富

腎臟醫學會表示該會提報的數據還包括境外移植。

主席

第 1. 所以是缺境外移植，就要註明清楚，否則容易讓人覺得數字差很多。分子分母定義不同，就會存在很多問號，定義相同，數字為何差距很大？有可能成績不好，self free report 會低報，或就不報。我們開放討論：是否以申報資料表達這些數據，讓每一個數據的值精確表達？今天資料在此呈現，就表示程式已經寫好，以後持續性計算，前後不會有定義不一樣的結果，因為是申報資料計算，不會有低報，所以趨近真實。

第 2. 要討論補充資料的指標：腹膜透析病人轉血液透析比率，是要從 101 年開始一直累算病人數？還是每 3 年固定重算一次？請各位委員表示意見。

羅代表永達

大家都想呈現真實的一面，我有幾個原則：

1. 用健保署的數字，它是被確定的數字。

2. 尊重每個學會國際接軌，就像主席提到腎臟移植，一定要寫：非境外移植、每月的甚麼率，真實有根據。
3. 即使與國際接軌，只要在中文的敘述上有明確的定義就可以。
4. 腹膜透析病人轉血液透析比率，我覺得用累積的方式，才能看出精確及長遠的意義。每3年重算，會有太多變數，當然也可兩者併陳。

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

為什麼用人月值？因病狀發生無規則，如住院、瘻管重建並沒有集中在特定月份，若用1年來看發生數量會失真，所以才用patient month。要說明patient month操作定義是這樣，表現出來是什麼的意義？就是要乘上12。在敘述上描述清楚就可以。應該沒有什麼特別疑慮，用每個月或人數來算。用人數來算，大家認為很完美，但算出的人數都不一樣，多年來腎臟醫學會與健保署算出的數字都不一樣。看的都是相同的病人，為何數據差很多？腎臟醫學會多年來自發性，請會員呈報數字，收集可能被低估。健保署的申報資料有公信力標準。腹膜透析病人轉血液透析比率，我覺得累計與併陳，各有優點，我建議兩者並存，互相參考。或許更有價值。

林代表文源

我贊成用健保署的資料，也請腎臟醫學會提供更具體 guideline 協助確認各指標的定義，這個還蠻重要，一次就把它建好，以後腎臟醫學會也可使用。

腹膜透析病人轉血液透析比率，3年有特殊考量？為何不是1年？我是贊成兩者並存，只是好奇為什麼是3年。

曾科長玫富

類似像計算1年器官存活率的概念，1年逐月算是ok的，只是1年新病人才900多例，不穩定，所以取3年。以前還有公布1年、3年、5年、10年的器官存活率，但因時間關係，先算3年。計算方式採用3年是看最新照護情形。若向前累計看10年方式是反映10年來的照護水準。

鄭代表集鴻

對於指標：透析時間<1年之慢性腹膜透析病人轉血液透析比率，主

要用意選擇適合病人做這個治療，不希望他們選擇之後 trouble rate 太高。1 年內就 failure 比較不合理，就要看這個指標。這個操作型定義來看，算出來有 5%，但與實際數據，之前統計的數據，1 年失敗案例似乎沒這麼少。給我們的概念：1 年做 100 個病患才 5 位 failure，有這麼少嗎？這個操作型定義這麼算，真能反映實際情況？

曾科長玫富

這個是 timeline 的概念，自 10101~10312，每月新增腹膜透析病患，每個人各有不同起始年月，去勾稽 3 年醫療費用資料計算每人最早何時轉為血液透析。

鄭代表集鴻

依此算法，打算每季公布或每月公布？

曾科長玫富

是半年指標或年指標，要請議事會議決定。若是半年指標，半年時間到了就 append 半年的新 case 進去算。

鄭代表集鴻

分母從 10101 開始算，分母其實是有變動，有新增案例與死亡案例。

曾科長玫富

死亡與腎移植會排除，若是還沒轉血液透析之前就死亡或腎移植會排除。

鄭代表集鴻

小於 1 年腹膜透析病人轉血液透析，若就統計最簡單概念，這個時間點往前算 1 年內新增的腹膜透析病人，若新增 1000 人，failure 幾位，直接算比例，是比較單純，大家容易理解。

曾科長玫富

若用 10301~10312 新增的腹膜透析病人為母體去勾串，分母約 900 多，它的分子是我們算的 138，也會等比例下降，雖然列 3 年，獨立看 101

年、102年、103年，因為它是每年每個月進來的新 case，各月的 case 彼此是互斥的，都不會重複，以新 case 啟動年月為起點，101年我在算指標 1 都是新病人，1年內的新病人都要當母體，但勾稽小於 12 個月變血液透析，那個就變分子，用 3 年算與用 1 年算，分子分母等比例變動，率不會差很多。若要算大於等於 1 年的比率，以計算器官移植存活率為例，sas 或 spss 算存活率的軟體會自動排除未追滿 1 年的，所以指標 2 只會納入腹膜透析大於等於 1 年以上的 case 當分母，並排除指標 1 的分子。但是指標 1 是 1 年內的新病人，所有的新病人都要當分母，而且彼此獨立，自起點追，用 3 年算與用 1 年算，分子分母等比例變動，率不會差很多。

張代表孟源

我剛查 USRDS mortality rate(死亡率)是以年人(每年)表示，美國統計也是 1 年的死亡率是多少？

主席

分母沒有乘以 12 嗎？都是人數嗎？

張代表孟源

都是國內一年透析病患死亡率每年的死亡率是多少？如果真的國內統計數字都要乘以 12，必要時可以兩案併陳，如果腎臟醫學會堅持如此統計人(每月)可以表現精確的每月死亡率是多少？也請再加上人(每年)每年的死亡率是多少？

陳代表鴻鈞

剛講的是腹膜炎的發生率。我要表達這些指標已與腎臟醫學會的執行委員會討論過，過程中有許志成副所長當顧問，這些細節是非常專業的，在此討論不完，是不是請大家同意說先做，若當中有問題就請署與執行委員會再討論，其中有北醫吳麥斯教授與許志成副所長做專業處理，若有結論再提會報告，若對數字覺得不太精確，我們再來檢討。

曾科長玫富

這是已經討論很多次了

主席

綜合大家意見

1. 不可能併存健保署與腎臟醫學會的兩套數據，只能取其一，請大家都同意以健保署申報統計的數字為主
2. 有關計算分子、分母定義與國際比較，如果USRDS有相關定義，請玟富科長做 double check, 如果他們也用人月當分母，我們必須明確表達那是月值，不是年值，避免誤會。
3. 腹膜透析病人轉血液透析的數據，就從 101 年開始累積算，除非USRDS有3年的比較數據，否則只用1種數據。
4. 嗣後健保定期公布重算數據，腎臟醫學會若是到國際發表，數字最好能 match。

曾科長玟富

瘻管重建率有分同院與跨院，同時存在？

主席

確實這部份有委員在意，你就保留，有同院、跨院與合計存在。

黃代表月桂

主席剛講腹膜透析病人轉血液透析就不要了。

主席

要。只是說不要3年再重算一次。

黃代表月桂

第一次看到有人分子分母的 period 是不同的。

主席

我認為 101 年以後不要再分三年，除非USRDS有特別 definition 說3年要算1次。

曾科長玟富

腹膜透析病人轉血液透析，USRDS好像沒有。我比較傾向累積。另外只要算年指標就好或是半年指標也要算？

主席

這點請各位委員表示意見。半年有什麼意思？

曾科長玫富

可以提早半年看到數據，不用等到滿一年才看到。

主席

腹膜透析病人轉血液透析，部分委員有一段時間很在意，因為計畫裡，要求腹膜透析的 rate 要提高，所以有院所為衝數字，把不適合腹膜透析病人去做腹膜透析，造成後來又轉成血液透析。這個數據分母是人，約 5%，但鄭代表有些懷疑，經驗值不只 5%，可以長期追蹤一下。玫富科長說此數據是用 ID 1 對 1 算出，不會重複 count，有時經驗值與實際數會有誤差，累積久一點，說不定會更好。

鄭代表集鴻

是不是先半年就(看到數據)

主席

你覺得要半年是嗎？半年就 publish 一次。

如果沒問題就以剛才之四項決議。

報告事項第五案：有關「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，提請討論。

主席

請林義科長補充

劉科長林義

上次有提案討論有關品質保證保留款如何核發；因為從今年(104年)開始從健保申報資料計算，上次講的 8 項指標，大家討論重點：規定病患兩個月以上在你們院所所有做透析的，院所就應該幫他申報這項品質指標。後來大家覺得太嚴，至少要卡個次數，後來發現更簡單的方法：病患連續 3 個月以上都在你們院所申報，其實就只有一家院所(88%)，又考量到病患連續 2 個月以上都在你們院所申報，萬一有

trouble case 病患，第 3 個月叫他去其他院所透析。後來決定「除了 3 個月都在你的院所透析，理所當然一定是你的病人以外，再加上次數的規定」若 3 個月，透析超過 20 次(超過一半)，也應該視為你的病人。所以用這 2 個聯集。

主席

說明 3 與 4 的聯集，成為我們的建議方案。這部份大家有沒有意見？

羅代表永達

這個案子上次是我提的，因為很多基層診所與醫院談到有很多人因為家庭因素而跨院就醫。現在這個定義我還是不太清楚。聽署的意見是『以季為單位，超過 20 次』。原來是『每一個月，』定義不太一樣。要用哪個定義？若用 20 次，指 1 個月 13 次，前半月在這家，下半月在那一家。所謂的忠誠病人，應該是每個月至少認為要大於 7 次。是 and，不是 or。這樣才知誰是忠誠病人再來講歸責。聽署的意見是『1 季大於 20 次』，當時的目的是歸責，就是你的病人當然要顧好。但按署的規劃，還是有些東西沒辦法排除。

張專委溫溫

我們最後的定義就是「連續三個月均在同一院所透析」已經沒有跨院問題。羅代表提到 20 次是否合理？因為一個月可能洗 12~13 次，選 20 次表示 3 個月已經超過一半，表示這個病人有一半的時間在你的院所洗腎，所以合理上要將他視為你的忠誠病人。

羅代表永達

我沒有很多堅持，我們在找例外，若例外的個案數不多，那就這樣子。當時若不是不只 7 家，還有 10% 會納進來。上次提的例外，已經排除 10%，我相信每月大於 7 次，排除 2~3%。假設如果可能做到，當然是更精準，否則按照這個東西，我沒有很堅持。

主席

這個提案最主要是哪一家院所要對這個病人負責。從這數據看來，顯然台灣洗腎病患忠誠度蠻高的。「連續三個月均在同一院所透析」超過 9 成，大約有 8% 可能會跨院，原因無法完全知道，可能有太多複雜的

因素，大約有 8% 的病人，何院所應對其洗腎品質負責？假設 1 個月洗 13 次，7 次就超過一半。假設 3 個月超過 20 次，在同一院所，這樣的病人，那個院所就要負責。換句話說，吻合條件以外者，說明 3 提到有 8,341 人，可能屬於連續三個月跨 2 家院所透析，有超過 20 次在同院所洗的約 170 人，所以就有 8,100 人，還是不吻合第 2 條件，沒有人需要為他們負責。因此建議，

連續三個月在同一院所申報，就是歸責該院所。

如果三個月內有跨院所申報，但累計 20 次在同一院所申報，該院所仍要負責。

剩下約 6% 的洗腎民眾，不到 20 次在同一院所申報，暫不去判定何院所要為其洗腎品質負責。

如果沒有意見，照這樣通過。

臨時動議

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

VPN 上傳操作型定義，寫連續 3 個月，是否含 3 個月？因為分母解釋是 05 案件，是寫連續 3 個月，是否含 3 個月？有含。

主席

中文說：連續 3 個月，那個 3 就是含，不再特別說明。

其他人還有臨時動議？如果沒有，現在 4 點鐘，會議結束，謝謝大家。