

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 112 年第 1 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 3 月 8 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：李副署長丞華

紀錄：林其瑩

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
田士金	田士金	陳盈凱	請假
白其怡	白其怡	陳鴻文	陳鴻文
吳麥斯	吳麥斯	曾國憲	曾國憲
宋俊明	宋俊明	黃兆杰	黃兆杰
李丞華	李丞華	黃尚志	黃尚志
林元灝	林元灝	楊五常	請假
邱琦皓	邱琦皓	楊孟儒	楊孟儒
洪冠予	洪冠予	鄒繼群	鄒繼群
張克士	張克士	廖秋燭	廖秋燭
張孟源	張孟源	蔡宗昌	蔡宗昌
郭咏臻	孟令妤(代)	謝輝龍	謝輝龍
陳文琴	陳文琴	顏大翔	顏大翔

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	(請假)		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴		
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕		
台灣醫院協會	許雅淇	林佩菽	何宛青
	顏正婷	申哲	
台灣腎臟醫學會	許永和	楊智宇	林慧美
	朱家好		
社團法人台灣基層透析協會	曾庭俞		
社團法人中華民國藥師公會全國	常宏傳		

聯合會

社團法人中華民國腹膜透析腎友協會	吳鴻來	葉寶春	
本署臺北業務組	陳懿娟*	莊智雯*	
本署北區業務組	王慈錦*	盧珮茹*	
本署中區業務組	張黛玲*	張凱瑛*	
本署南區業務組	洪穰吟*	黃佳慧*	李怡君*
本署高屏業務組	張曉玲*	陳瑩玲*	葉美伶*
	蘇家驊*		
本署東區業務組	王素惠*	詹蕙嘉*	李翰婉*
	黃寶萱*		
本署醫審及藥材組	高幸蓓	涂奇君	陳惠群
	賴昱廷	單國浩	
本署醫務管理組	劉林義	洪于淇	陳依婕
	朱文玥	許博淇	鄭智仁
	顏其敏	楊淑美	

壹、主席致詞(略)

貳、門診透析預算研商議事會議前次會議紀錄，請參閱(不宣讀)
確認(略)

參、報告事項

第一案 報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算研商議事會議開會規則。

決定：一、洽悉。

二、原訂 112 年 11 月 14 日(週二)下午召開之會議，因故
改訂於同日上午召開。

第二案 報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：洽悉。序號 1、3、7 至 9 解除列管，其餘繼續列管：

- 一、序號 2-「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」：請中醫師公會全聯會於 112 年再至本會議報告執行成果，預訂於門診透析 112 年第 3 次研商議事會議告。
- 二、序號 4-慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形(含居家血液透析支付標準研議)。
- 三、序號 5-「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」結算報告：俟台灣腎臟醫學會提案後，依程序提案至本會議討論。
- 四、序號 6-「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」加入 C 型肝炎 Anti-HCV 抗體篩檢、HCV 病毒 RNA 定量檢驗及轉介治療之整體機制案」：俟台灣腎臟醫學會提案後，依程序提案至本會議討論。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

- 一、111 年第 3 季點值確認如下：

項目 年季	浮動點值	平均點值
111 年 第 3 季	0.88206240	0.89046657

- 二、會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布結算事宜。
- 三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

附帶事項：有關代表反映 111 年第 2、3 季腹膜透析追蹤處置費點數差異一節，經詢分區業務組表示係因部分院所申報有誤(將按「月」申報之醫令，誤報按「日」申報)，業已請院所自清，後續將反映在結算報表中。

肆、討論事項

第一案 提案單位：台灣腎臟醫學會
案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形」，
提請討論。

決議：持續追蹤案件如下：

一、年度追蹤：

請中華民國中醫師公會全國聯合會於 112 年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，報告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照顧計畫」執行成果。

二、每季追蹤：

(一) 台灣腎臟醫學會：

1. 發展腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。
2. 腎臟病人推動預立醫療照護諮詢(ACP)。
3. 提高器官捐贈。
4. 腎臟病人全人照護及在宅照護模式(含居家血液透析支付標準評估)。

(二) 中華民國醫師公會全國聯合會：提高初期慢性腎臟病方案照護率。

(三) 社團法人藥師公會全國聯合會：協助研擬慢性腎臟病人多重用藥整合之策略。

三、有關居家血液透析支付標準修訂案，請台灣腎臟醫學會與本署確認部分內容後，依增修診療項目之程序辦理後

續事宜。

- 四、請社團法人藥師公會全國聯合會確實輔導社區藥局，應針對自行購買 NSAIDs 止痛藥之民眾加強衛教。

第二案 提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年門診透析一般服務預算四季重分配案，提請討論。

決議：本案通過，惟依 112 年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式門診透析服務總費用成長率 3%，其中 2% 成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植，是否先於預算扣除一節，將另行討論。

第三案 提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」藥師照護指標定義及說明案。

決議：

- 一、本案通過，藥師照護指標定義如附件 1。
- 二、另有關本署建議指標應朝突顯藥師介入後對病人處方改變效益之方向研議，以及「NSAIDs 使用減少比率」應採量化指標評估一事，中華民國藥師公會全國聯合會表示，建議指標試行 2-3 年，評估病人服藥行為後再修訂指標。

第四案 提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」(草案)案，提請討論。

決議：

- 一、本計畫之「預期效益評估指標」，請台灣腎臟醫學會依 112 年度全民健康保險醫療給付總額協商程序規定，以結果面為導向，呈現資料投入之評估指標，提出明確反映整體效益的量化指標。

- 二、請台灣腎臟醫學會針對相關支付項目訂定支付規範，並考量支付衡平性及區隔性。
- 三、鼓勵院所開辦相關獎勵費之家數認定(含鼓勵新設立、已設立再重新收案及輔導他院收治腹膜透析個案之院所)，由台灣腎臟醫學會提供本署各分區業務組符合資格之名單。
- 四、品質指標項目，如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者，由台灣腎臟醫學會提供本署相關資料以利結算。
- 五、結算方式採預算先扣除預估之開辦費及獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第4季併同開辦費及獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。
- 六、請台灣腎臟醫學會參酌與會者建議酌修本計畫後，逕提共擬會議討論。
- 七、本計畫經估算整體所需經費約 5.9 -7.8 億元，超過本項專款預算，請台灣腎臟醫學會通盤考量調降支付點數。

伍、散會下午 5 時 15 分

陸、與會人員發言摘要詳附件 2。

Pre-ESRD 藥事照護服務指標定義及說明

指標一：用藥配合度提升比例。

藥事照護指標項目	分子	分母	備註
用藥配合度提升比例(年度指標)	達標人數：滿足任一下列條件： 1. ARMS 分數基期值與當年度值皆為 12 分之人數。 2. 基期值 ≥ 13 分，【基期值-當年度值 ≥ 1 分】之人數。	至少完成 2 次藥事照護服務總人數。	酌修文字

用藥配合度評估表單: ARMS 遵循醫囑領藥與使用藥物量表(分數介於 12~48 分)

註：

1. 計算以年度為單位，採 VPN 上傳欄位「服藥配合度分數(ARMS)」。
2. 基期值：前一年度申報 P3414C 或 P6814C 之 ARMS 分數，無 P3414C 或 6814C 者，取最新 1 筆申報 P3415C 或 P6815C 之 ARMS 分數。
3. 當年度值:統計年度最新 1 筆申報 P3415C 或 P3416C 之 ARMS 分數。

指標二：指標藥物 NSAIDs 使用減少比率。

藥事照護指標項目	分子	分母	備註
1. 指標藥物 NSAIDs 使用比率 ^{#1}	當年度有使用 NSAID 總件數	當年度藥事照護總件數	酌修文字

[註 1]：

1. 計算以年度為單位，採 VPN 上傳欄位「近期有使用 NSAIDs」。
2. 使用 NSAIDs 總件數係統計期間 VPN 上傳欄位「近期有使用 NSAIDs」中，「Y：處方 NSAIDs」、「Z：其他來源 NSAIDs」及「B：兩者皆有」之總件數。
3. 分析項目可再區分為「處方(Y)」、「非處方(Z)」及「兩者皆有(B)」之分布比率。

藥事照護指標項目

2. 指標藥物 NSAIDs 使用減少比率^{註2}

$$\text{基期使用率} - \text{介入後使用率} = \left(\frac{A}{n} - \frac{\sum_{i=1}^n \frac{B_i}{C_i}}{n} \right) \times 100\%$$

	分子	分母	備註
基期使用率	A：基期 NSAIDs 使用人數係指包含 1. 申報 P3414C 或 6814C 時 VPN「近期有使用 NSAIDs」欄位上傳「處方(Y)」、「非處方(Z)」及「兩者皆有(B)」之總人數。 2. 統計年度無 P3414C 或 P6814C 者，當年度申報第一筆 P3415C 或 P6815C 時上傳處方(Y)、非處方(Z)及兩者皆有(B)之總人數。	n：當年度藥事照護總人數	酌修文字
介入後使用率	$\sum_{i=1}^n \frac{B_i}{C_i}$ ：加總每人當年度使用 NSAIDs 比例總和	n：當年度藥事照護總人數	酌修文字

[註 2]

1. B：定期追蹤(P3415C)與年度評估(P3416C)上傳處方(Y)、非處方(Z)及兩者皆有(B)之總件數。
2. C：定期追蹤(P3415C)與年度評估(P3416C)藥事照護總件數

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 112 年第 1 次 研商議事會議與會人員發言摘要

壹、主席致詞

主席

大家好！今天謝謝大家來參加 112 年第 1 次門診透析預算研商議事會議。今天我們有一些新的代表先介紹一下，第 1 位是健保會的田士金先生，請坐，謝謝，謝謝！第 2 位是衛福部社保司的白其怡研究員。第 3 位是臺灣腎臟醫學會吳麥斯理事長，也是臺北醫學大學的副校長。第 4 位是醫院協會陳文琴組長。第 5 位醫院協會左營分院的陳盈凱院長，今天請假了。那第 6 位是付費者代表，健保會付費者代表工業總會的陳鴻文處長。那第 7 位是我們專家學者是高醫的副院長黃尚志副院長。第 8 位是醫院協會的代表，現在在新光醫院的廖秋燭副主任。謝謝！那我們今天的這個會議議程大家都有嘛？有電子檔或者有紙本檔，是不是接下來我們進入我們的議程？上一次的會議紀錄，有沒有要修改或者需要補充說明的？如果沒有的話，我們就進入後面的報告事項。報告事項第一項是報告門診透析會議的開會規則，請我們同仁做說明。

貳、報告事項

報告事項第一案「門診透析預算研商議事會議開會規則」。

報告單位：本署醫務管理組

醫務管理組林其瑩

各位代表午安！進入第一案之前，各位代表的桌上有一份利益揭露聲明書以及一份補充資料是臺灣腎臟醫學會於昨日的來文。在利益揭露聲明書的部分請各位代表填寫之後再交給現場工作人員，或者是離開時請幫我放在桌上，我們再請工作人員去收。我們現在進入第一案，案由是門診透析預算研商議事會議開會規則。請看投影片的第 2 張，平板第 11 頁。我們的代表組成是依據總額研商議事作業要點，那透析代表 24 名，任期為兩年，本屆是 112 年到 113 年，本會的代表組成分為付費者代表 2 名，保險醫事服務提供者裡面是醫院門診透析醫療服務提供者 9 名，臺灣醫院協會代表 1 名，西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，醫院的醫師公會全聯會代表 1 名，以及臺灣腎

臟醫學會代表 1 名，專家學者 3 位以及衛福部代表 1 位和本署代表 2 名。下一張，在利益揭露與回避的部分，參加本會議的代表出席首次會議前一天去利益揭露聲明書聲明本人配偶或直系親屬業務上之利益與本會討論事項有無相涉情事，如涉及相關利益，請務必要回避。在出席與發言的部分，如會議代表不克出席，由順位代理人依序代理，代理人務必確實代理及完成相關的交辦事宜，另外本會議採全程錄音。下一張，在資訊公開的部分，本會議的提案請各位協會、學會以及代表請在開會 14 天前以書面或者電子郵件提送本署，俾利本署在會議的流程跟製作以及開會通知單可以順利進行。接下來是年度研商議事會議預定報告及討論議題的期程再請各位代表參考。接下來是 112 年就是門診透析預算總額研商會議的會議議程，會議時間第 2 次的話是在 5 月 17 號禮拜三，第 3 次是在 8 月 15 號禮拜二下午，第 4 次會議則在 11 月 14 號週二，這邊會改成週二的上午。那第一次臨時會則視第 4 次會議決定，如有需要的話會再通知各位代表出席。以上再請各位代表預留時間，以上報告。

主席

對於這個報告有沒有需要討論或者詢問或者修訂？今天就比較辛苦那個安泰醫院那個蘇代表從這麼遠來，幫我們跟那個蘇清泉理事長問候。好，如果報告案第一案沒有特別那個，我們就進入報告案的第二案。

報告事項第二案歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

報告單位：本署醫務管理組

主席

這邊就是有 5 個解除列管，4 個繼續列管的部分，各位有沒有需要詢問或者是建議或者修訂？如果沒有的話，我們就進入下一個報告案。

報告事項第三案門診透析預算執行概況報告。

報告單位：本署醫務管理組(略)

主席

各位對這個報告有沒有要詢問或者要提出建議的？請。

張孟源代表

主席、各位代表，大家好，大家午安！ Early-CKD 的部分，因為從去年開始增加 DKD 支付標準，也知道 DKD 對於慢性腎病是很嚴重的問題，感謝署方的重視。DKD 是去年才剛開始的，我記得在上一次會議有提到，慢性的 CKD 沒有糖尿病，是半年追蹤一次，但是 DKD 是 3 個月到 4 個月可以追蹤一次。在追蹤登錄 VPN 的時候，健保署的系統沒辦法登錄，不知道這個問題有沒有解決。以上，謝謝！

醫務管理組陳依婕專門委員

謝謝張代表的提問。那確實如同代表所提到的，就是如果是單純的 CKD 的個案的話，它是每半年追蹤一次。但如果是進到我們 DKD 這個方案的話，是 10 週可以追蹤一次，那這個我們在 VPN 的登錄上面都是沒有期限的，所以如果醫師您有遇到這個問題的話，可以把個案給我們，然後我們也請分區一起來測試看看是不是哪裡出了問題。因為目前我沒有收到分區有提供這樣子的意見說無法登錄的，因為我們現在單筆登錄跟批次登錄都已經開放了，所以目前應該登錄這件事情應該沒有太大的問題。所以如果遇到個案問題，可以來跟我們反應，以上。

廖秋鐳代表

我想請問一下這個 112 年的透析預算裡面這一張投影片第 6 頁這裡，它寫的成長率 1% 是專款專用嘛。第 6 頁，然後因為我比較不懂的是 2%，8.671 億元的成長率需含鼓勵透析病患諮詢腎臟移植，因為這兩個相加就是 13 億。那這個 4 億多我們之前其實有開過一次會，就是也沒有決議，只是有先討論過。可是這個 8.671 億元這一個的 2% 的預算，是比照這個 1% 上面的 4 億多，這樣子從原本今年的洗腎總額成長率去把它拿出來，還是這是例外的？因為我看不懂，8 點多億，這個是從哪裡來？而且鼓勵諮詢腎臟移植要 8 點多億。

醫務管理組洪于淇專門委員

它現在總預算就是 13.005 億還是 3%？請看報 3-3 的決定事項的第一點，它的成長率就是 3%，其中的 1% 就是 4.335 億就是鼓勵腹膜透析，所以今年的洗腎的成長率就是 2%，一般服務的成長率就是 2%。那我

們的第 5 張投影片是呈現說，因為它數字有一點點差距，因為總共 3% 的成長率是 13.005 億，那個沒問題。那 2% 的部分，其實一般服務成長率 2% 就是 8.671 億，這個是一般服務的。這個放進去結算 8.671 億，可是因為它的文字有寫說含血液跟腹膜透析的諮詢腎臟移植，所以放入一般的時候，會先把這個錢扣掉的時候才會放到一般。

廖秋鐳代表

從這個錢扣掉剩下的錢，不會是扣 8 點多億，諮詢那些不會到 8 點多億。

醫務管理組洪于淇專門委員

預估諮詢腎臟移植費用全年大概一千兩百萬點。

主席

各位對這個報告案如果沒有進一步，那我們就進入下一個報告案。

報告事項第四案 111 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

報告單位：本署醫務管理組

主席

各位對第四個報告案有沒有要詢問或者建議要修訂的？請。

廖秋鐳代表

我沒有要修訂，只是我在看這個結算的時候第 3 季，我想說第 3 季比第 1、第 2 季結算好一點，好一點的情況下，當然要去看說每季申報點數的預算，那一般四季在分的時候，其實第 3 季是比第 2 季多的，因為我們用的是前三年的一個占率嘛，合併點數的占率，第 3 季是大於第 2 季。那我去找了一下，因為我很怕以前的事情重演，所以我也試著去尋找到到底是差在哪裡？其實預算比較多。可是主要是差在腹膜透析的追蹤處置費，以第 3 季跟第 2 季來講，它少了 406 萬，就是追蹤處置費這是 1 點 1 元，可是因為追蹤處置費是一個月申報一次 8 千多點，一個月申報一次。那相對於腹膜透析的藥費，藥費是沒有少的，5 億 3,800 萬跟 5 億 3,700 萬，跟上一季比其實是差不多的，可是追蹤處置費它很固定它就是一個月報一次，它卻可以少 4 百多萬。因為我也去看了到底是哪一個分區，可是有幾個分區是比較少，也不是每

個分區都變少，那因為這個 4 百多萬，我是沒辦法去找出就是非常非常大的差異，只是說在邏輯推論上，藥費並沒有少，腹膜透析的藥費並沒有少，可是它的追蹤處置費一個月只能報一次 8 千多點，卻可以少到 4 百多萬，這我不曉得那個原因，我沒有要否定掉這一次的結算，只是覺得那個在數據上是不是真的有一些醫院剛好是追蹤處置費的部分，可能這個回去可以再了解一下這樣子。

主席

同仁有沒有要再說明的？。

醫務管理組黃兆杰組長

我想那個剛剛委員所提的這個部分的話，如果說真的有那個藥費沒有減少，但是追蹤處置費卻下降這麼多的話，也許我們事後再查一下確認，確認的結果那再提供委員參考。那如果沒有異議的話，我們再來公告點值。謝謝！

附帶事項：

有關代表反映 111 年第 2、3 季腹膜透析追蹤處置費點值差異一節，經詢分區業務組表示係因部分院所申報有誤(將按「月」申報之醫令，誤報按「日」申報)，業已請院所自清，將反映在結算報表中。

主席

好，這個報告案還有沒有進一步要討論，如果沒有的話，我們就進入討論案，今天討論案總共有 4 案。

參、討論事項

討論事項第一案

慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形，提請討論。

提案單位：台灣腎臟醫學會

主席

那接下來請腎臟醫學會的代表補充說明。

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

關於那個計價的血液透析，昨天我們有請黃前理事長他已經有費用各方面的詳細資料，那會後我們會再繼續補充給署裡面。

主席

醫師公會的代表。

張孟源代表

感謝主席。各位代表大家好，大家午安！我先補充說明，關於醫師公會長期以來對於初期腎病的照顧投入很大的心力，自從上一次開會以後，主席指示要醫師公會繼續推廣，已經在臺灣醫界 111 年 9 月份刊登 CKD 之 DKD 的照護計畫，說明給付誘因提升（追蹤次數、點數），也鼓勵會員能夠踴躍的參加。全聯會也推動點燈計畫，鼓勵一般的診所也能夠去參加 CKD。上課方面也很謝謝腎臟醫學會能夠推廣、普及，利用網路上課也明顯獲得改善。第二個方面，本會長期追蹤 NASIDs 及宣導避免腎病人使用，雲端系統也會提示慢性腎病的病人，應減少使用 NASIDs 提示，尤其腎臟科專科醫師只要開太多 NASIDs 用藥都會受到提示，醫事公會在去年 10 月 3 日行文給各個分會，請其宣導會員，避免腎病人使用 NASIDs 用藥。CKD 的執行率從 108 年 43.6%，109 年 44.2%，到最近可能是因為疫情的關係，掉到 38%，今天的報告中署方也有補充說明，將會繼續提升。那以上說明，謝謝！

主席

請藥師公會的代表。

社團法人藥師公會全國聯合會常宏傳主任

針對上一次有提到慢性腎臟病人多重用藥的一個整合，因為目前藥師介入的是 Pre-ESRD 病人這一塊的藥事服務，那這一類的病人有一個特殊性，是多重疾病多重用藥。那我們目前規劃是因為今年會進行我們所謂的 Pre-ESRD，CKD 藥師繼續展延的一個教育，我們會在這邊再提醒我們的藥師，在介入方面要多積極的一個介入以及整合所有處方用藥。那第二個提案是針對由於我們介入的病人都是多重用藥，其實在藥品的一個整合，其實實際上有難處。因為病人本身就是很多疾病，很多藥品他不能夠省，他只能夠調整所謂的使用頻次。那所以我

們在開會的時候有提到說藥師如果一直擺在末期的時候，實際上能夠介入的面向藥品整合是很有限，應該是有辦法提早到 Early-CKD，讓藥品的整合早一點介入，才能夠上藥品不要一直增加。那等到末期藥事再增加的時候，其實真的很有難處。以上，謝謝！

張孟源代表

醫師公會第二次發言。在避免 NASIDs 使用已經大力推廣，我想基層的開業醫師也都了解這一點。假如藥師公會有這個意願，醫師公會也願意跟你們一起合辦研討會，提供多元的教育訓練方式，讓更多的醫師，可以了解會造成腎毒性的藥物及防範，讓所有的開業醫師或是醫院的非腎臟科的醫師也都能夠介入早期腎病，從藥物的早期預防，達到保護病人的腎臟。以上，謝謝！

主席

各位對這個討論案有沒有進一步要發言的？

宋俊明代表

主席，那個我倒是對於第一個案子這一邊的第四點，第四點所謂的全人照顧跟在宅照護，在宅照護這個大概沒有什麼異議，但是什麼叫全人照顧？那個全人照顧是不是就像美國它說的 totally care，還是我們講的 Holistic Health Care？那如果是一個 Holistic care 的話，我們現在已經在做了。那如果是全人照顧的話，那一種方式的話是不是要增加給付，譬如說它的全人照顧的話，那一種方式的話是不是要增加給付，譬如說它的全人照顧就像國外這樣子全人照顧多少錢算人頭，然後這個錢假設我們給哪一個醫師這個照護做復健，這個錢要出去。到底是講那個東西呢？還是講我們現在的全人照顧做得更健全一點，這個我想這個必須要定義清楚，因為我們好像是在這個那個時候的一個會議上面提出來，之後好像也都沒有定義。現在我們已經回想不起來到底這個全人照顧是什麼意思，這個是第一點。那第二點的話就是可能要快一點提出來這一邊，因為好幾次都是所謂的這個居家照護，你的那個點數這一些成本這一些可能還是要拜託啦，這個是我第一點意見。第二點意見我會覺得，那也很謝謝藥師公會這邊提出來，Early-CKD 的介入是的確很有效果，但是也不要忘了 Early-CKD 它事

實上它是照顧三高，它是三高的用藥。那後面這一段，後面這一段事實上很多藥師，像至少在成大醫院的話已經做得，在 Pre-ESRD 這一塊已經做得藥師非常的累，因為他要問很多的東西，NASIDs 部分又是即時會傷害，所以這個部分的話要怎麼去切割你們的時間，我只是提醒說可能要注意一下藥師的工作量。好，謝謝，以上。

主席

腎臟醫學會這邊追蹤四點，大家還關心剛剛沒有提到的這幾點，腎臟醫學會有沒有要再補充？

洪冠予代表

不曉得剛剛那個張代表提到那個所謂的藥物的整合，其實大概補充一下，我覺得藥物整合醫師們都很願意，那我覺得如果醫師公會跟我們的藥師公會這邊要來做教育，我會建議一件事情要分層，分層就是說到底哪些是高風險，就是要先劃出來小一點的群眾，然後你就比較單純化一點來做處理，否則一下做處理，真的跟我們藥師講的到很後期都很 diverse，那就有一點它的困難。所以我知道這一條路還很長要走，可是你要有一點小的 mile stone 出來，讓大家可以看到一個 prototype，那我是覺得像剛剛張代表講的，我們先寫一部分的討論，比方說是糖尿病跟腎臟病或者糖尿病跟什麼，然後以這個部分然後來做一些藥物整合，這個藥物整合我想就像剛剛我們宋教授講的一樣，因為其實大家在談的都是口語化，但其實藥物整合，如果它的比較專有的名詞應該是 Medication Reconciliation，這種是叫做藥物連續性，那這個有很好的規範，那有很好的方法，醫院也在推，所以這樣的話怎麼去做有一個大致的一個平台模式，甚至該有的資訊系統都已經有了。所以這樣的話才更容易去成功。我們先做一點出來，讓大家覺得說這個是往前走一步，那也能得到民眾的認同，接著要繼續推下去就比較容易。就像一個 long way to go，但是這樣的話大家就會比較好做。那如果沒有劃定一個目標就一個要去做，我覺得會有一點困難，也不容易堅持，這是我個人的意見，謝謝！

主席

謝謝。看看對於這個案還有沒有進一步要發言討論的。沒有，就照著

這個追蹤表，有一些繼續列管的，拜託大家繼續幫忙。好，接著進入第二個討論案。

討論事項第二案

112年門診透析一般服務預算四季重分配案，提請討論。

提案單位：本署醫務管理組

主席

各位對於這個案有沒有要發言，請。

謝輝龍代表

主席，這個案子是要鼓勵腎臟移植，這是非常好。但是這個案子上一次有討論到，到底哪一個團隊是可以去收案的，當初大家是沒有共識，當初規劃是要有移植的團隊才可以收案，我們覺得這比較不妥，因為所有腎臟病人分布基層與醫院，像在地區醫院，甚至有一些區域醫院根本就沒有移植團隊，你要把病人都要往有移植團隊的醫院送過去的話，這實際上是不切實際的，對病人的照顧其實很不好。所以這一點應該是要先把它規劃好，到底諮詢的團隊是哪些可以諮詢？來負責諮詢？應該要先出來以後有明確的一個方向，我們再來談這個規劃這個費用才比較合理。以上。

主席

好，我們這邊有同仁，就是腎臟醫學會有來文意見，同仁有要反應說明一下嗎？

醫務管理組陳依婕專門委員

跟各位代表說明，那腎臟移植諮詢費之前我們有提到研商議事會議討論過。不過就如剛剛謝代表所言，就是其實與會的團體對我們原先初擬的那個方案有一些意見。所以我們之前因為配合總額的協定事項有提到2%用於鼓勵透析病人來做腎臟移植諮詢這個案子，所以我們之前有發文給腎臟醫學會，就我們之前的方案再請腎臟醫學會表示意見。那在3月2號的時候腎臟醫學會有回文表示說，之前有規定如果沒有做腎臟移植諮詢，病人就不能領重大傷病卡這點不太合理。然後另外我們之前也有規定說，如果沒有做腎臟移植諮詢，就不能夠再申報透

析相關的費用，這一點腎臟醫學會也有表達反對的意見。所以這個我們會再以書面徵詢醫院協會跟醫師公會全聯會的意見以後提到下一次本會議來做討論，以上。

廖秋鐳代表

我要提的是這個預算分配，因為這個議題是四季預算分配，現在已經3月了，可是那個推動腹膜透析的照護品質專款這個4億多已經被扣了，每一季是扣1億8百多萬嘛，那現在已經3月了，要結算今年第1季，什麼都沒做，預算就被扣1億多，這1億多是絕對影響點值結算。點值結算到小數8位，它不會到第8位，我敢跟你保證。而這一億是從醫院跟基層裡面去原本的預算去提撥出來。那請問現在已經3月了，辦法都沒有，這1億就收歸國有嗎？因為這是影響到原本的洗腎病人的權益，是絕對有影響的。我覺得，既然部長有簽，在還沒有實施的時候，你這一億要還回來一般服務預算，它真的影響到原本的不管是現在洗的血液透析跟腹膜透析的權益，而且1億多，到時候大家的點值就變很低。1億不見了，突然之間1億都不見了，2、3、4季每一季都是1億零8百多萬，怎麼處理？現在已經3月了，突然間就被扣1億多。

宋俊明代表

要一起談也可以，或者是現在這個第五點，我個人的意見，個人的意見是那個時候的移植，所謂的移植讓移植的團隊去做衛教這一件事情並沒有被執行，並沒有被確定，所以事實上是在這裡面，我覺得第五點這三百萬要扣這個不合理，因為我們現在在做SDM的時候移植都已經做在裡面，所以事實上我們現在做的所有的這些它都在SDM裡面都包括了一部分的移植諮詢，那當初的那個叫做移植團隊諮詢，那個是未定案，在今年沒有被排定進去，所以這個一千兩百萬事實上是，它今年並沒有要排這一千兩百萬，所以你這一季點值要結算要扣三百萬是不合理的。所以這三百萬應該要回來，就是我們先談這一案，就是不應該這個有所謂的這個一千兩百萬從2%裡面一千兩百萬再扣上來，所以這個事我們先談好，先談好這個案子。因為當初我們把這個移植有移植團隊的諮詢那個案子已經suspension，已經沒有在3%裡

面了，所以我覺得這個現在第五點其實要扣三百萬是不合理的，以上報告。

主席

各位就這一案還有沒有要進一步再發言的？請。

洪冠予代表

我想我跟宋教授的想法應該是有一點雷同，我的意思是這樣，其實政府有很好的良意，就是讓民眾的就醫或者是他能夠得到好的醫療，所以在預算的時候有框說有一些譬如說像移植諮詢，就希望民眾可以去鼓勵這個行為或者可以有這樣的一個 approach 的方式。那另外不管做腹膜透析有這樣一個新的 option 出來，所以我覺得這個其實都是站在民眾的立場來提供這樣的一個服務，那也讓醫院來這個我都很贊成。不過這個要先講清楚，就是說這幾個案子，我覺得包括跟等一下會談的第三還是第四案就是有很多 PD 的那個腹膜透析這個到底要怎麼去算，我其實非常贊同我們廖代表的話，就是要做趕快做，不然擱在那裡，就是這樣的話其實永遠不會實現。那我覺得說這幾個案子我倒是覺得說不只是諮詢費，也要包括 PD 一起講好，那一起講好以後說看他困難在哪裡，這個要先去提，有些事情就是時間到了就該讓它去進行，到底現在環節卡在哪裡，假如現在都在這裡面對面，但是很奇怪開完會就是感覺不出來它的困難在哪裡，那所以一定有一個它可以做的事情，我覺得要盡快把它做好。那第二個老實說是不是一定要還回去？如果站在公家機關我個人覺得，很多編列預算最後沒用本來就是抽回來，不會有什麼再還回去這件事情或者重分配，永遠不會這樣，很多費用都是這樣，我給你了，或者是像科技部的研究預算都是一樣，那這要講清楚。但是我覺得如果再還回去，那就會有一個 bias 那到底要不要做呢？我覺得開始有一個選擇。那如果是說它就是沒有就沒有，有就花下來，那我覺得這樣的話其實會讓這件事情會比較容易 making happen，大家都往前走。所以我一直覺得這幾件案子不僅是一起做，而且考量的原則還有跟過去我們的很多公家預算的一些習慣，這個要一起來跟各位先進做一個請教，那這樣的話大家才比較有一個共識以及知道怎麼來努力，我想這個是我個人比較站在病友方面

來講比較樂觀其成，以上。

主席

各位代表還有沒有進一步的發言？我們同仁回復。

醫務管理組劉林義副組長

好。那其實我們說明的就是照協定事項，就是在討 2-3 頁這邊的協定事項。它這邊其實就寫得很清楚，就是門診透析 3%，其中 1%就是專款專用，只有 2%才是用於現行的整個透析的一個成長率，所以本來就沒有什麼所謂的留用的問題，因為透析成長率就是 2%，就是 2%而已，這是第一個。那第二個是因為 2%裡面是含著那個諮詢費，就是剛才我們大家有講諮詢費的部分。那在諮詢費的部分當然可能有代表擔心說現在都已經 3 月要結算了，那事實上剛剛報告也說到，我們目前結到第 3 季，6 月是結第 4 季，所以還要到下下次才會結算到第 1 季，所以其實還有時間。那這邊要不要扣的部分，其實像剛剛在講因為現在大家沒共識，可是這一塊一定要做，因為假如我說都不扣的話，那很容易大家就都不做了，反正這個錢就在那 2%裡面，那這樣子其實就違背我們那個協定事項。所以假如這一項能夠盡快達成共識，那第 1 季要怎麼算那就還有一點彈性，或許我們還有一個檢視的空間，以上。

主席

請發言。

宋俊明代表

當初是為了要所謂的移植團隊來做這個移植衛教的部分，但是因為移植團隊要做移植衛教那個部分窒礙難行，所以我們就是大家再討論。那這一邊講的這個含移植的這個衛教，事實上是 SDM 那個部分本來我們就含著血液透析、腹膜透析跟移植，它整個 package 裡面就已經有了，所以這三百萬本來就在我們 SDM 裡面在做了，譬如說你有沒有接受過這個腹膜透析的衛教、那個移植的衛教，事實上病人都有簽說它有一張紙叫做透析的 modality 的解釋，事實上那個已經有了。所以我覺得這三百萬應該回歸到做 HD 這個總額裡面，而不是說再把它抽出來扣掉。致於說這個透析的這個，怎麼樣透析團隊要再衛教，這個是另外一個議題，那可能不能混在這裡面，以上報告。

醫務管理組劉林義副組長

剛才老師講的是不是講那個 Pre-ESRD 計畫裡面的 SDM 裡面內含這一塊。

宋俊明代表

它現在是兩塊，有一個 SDM 做一次，另外的話它還有一個透析，你要洗腎的話，有一個透析的 modality 的同意書，說明的那個。它說接受到這個說明有一個證據，我們要留意這樣。

醫務管理組劉林義副組長

對。那一塊是在 Pre-ESRD，這一塊則是在透析……

宋俊明代表

沒有，在透析，第一次到任何的透析院所它就要再講一遍，有一塊透析的 modality 的說明，就是你現在縱使要到洗腎院所去洗腎，那他也要告訴他說洗腎有哪幾種，要再講兩種，然後還有移植，移植是怎麼樣，還要讓他看影片然後再簽說我有經過你在說明。因為有一些院所沒有做 Pre-ESRD，有一些病人沒有經過 Pre-ESRD，那個如果說它有 Pre-ESRD 的這個院所它可以重做 SDM，但是沒有 Pre-ESRD 的院所它就現在規定是全部都要，無論有沒有做過 SDM 都要有一個再說明，目前是這樣。所以以前講的這個所謂的移植的衛教，我們都把它當作那個譬如說他要到移植團隊去做衛教，那這個部分是另外一個議題，跟這個議題又不一樣，以上報告。

主席

有沒有要再說明？

廖秋鐳代表

不好意思，剛才的回答沒有很清楚，就是剛才我提到的那個腹膜透析這 1% 的一個專款，一季是 10837 萬，那現在已經 3 月，我們結算是季結算，那因為目前辦法都沒有，所以可以確定的是，當我們半年後要結算今年第一季的時候，這一億多是會被扣掉，因為你是一季一結算，現在連做都沒做，但是你又不能說整年度結，即使不要列到一般服務預算結算，那我可不可以留用到下一季一直到年底？因為剛才沒有講這一塊嘛，如果我們結算的精神來看，一季結束就是結束了，

是不是這一億就沒有了。我剛才要問的就是這個問題，而不是剛才你提到說反正都結算是半年後，不一樣。結算的邏輯是每一季結掉。

主席

這裡面有兩個議題，這個 total 接近 450 億裡面，有一個議題大概是一千萬，大家都還蠻有興趣討論。好，繼續。

醫務管理組洪于淇專門委員

好，我補充說明一下，我們在討四的時候就會對於鼓勵院所加強腹膜透析這個案子來討論，那我們現在是會採就有一部分是申報進來，有一部分是採年結的，4.335 億元怎麼運用，在討四的時候會來做討論，我們從臺灣腎臟醫學會提的案子來看，有一部分是屬於申報的，有一部分是屬於全年結的，所以會分成全年結的或者是每月申報的部分，所以不會都沒有拿到錢。那另外就是專款流用到一般，依健保會的決議是專款部分只能專款專用，是不能流到一般的。所以我們上一次也在會上報告，如果代表覺得說這一塊要留用，就要提至健保會討論。等一下可以請健保會幕僚協助說明，不過因為本案是部核定的，也許也不能提健保會，那請健保會補充說明。

主席

這樣清楚嘛，就是季的部分。

全民健康保險會陳燕鈴組長

不好意思，剛剛洪專委叫我補充說明。健保總額預算在編列時本來就分為兩塊。一個是一般服務項目，預算會滾入基期，另外一部分是專款，包含一些試辦計畫在執行上還沒有穩定之前，就是專款專用。那專款專用的話基本上就是零基預算的概念，所以預算沒有用完的話，就是不會支出了，所以這個在部核定的這個文字裡面，可以看到 2-1 的說明一的（二）裡面已經明定這 1% 屬於專款，部已經核定這是屬於專款專用的項目，所以它不能流用，這個部分涉及整個總額的架構的規定。

主席

謝謝！那各位對這個案有沒有什麼進一步要詢問或者建議？請。

顏大翔代表

主席、各位委員，大家好！我是顏大翔醫師，剛剛請問健保會的這個，那個 1% 的專款專用，下一個基期會滾入總額嗎？還是沒有？

廖秋燭代表

第三次發言，不好意思。這就是我們很困擾的地方，一般我們在談總額預算的時候，一般服務就是一般服務，專款就是專款，可是你看看它的預算分配，你看它怎麼算的。它是先從成長率，基層跟醫院的成長率去年 111 年的預算再加上今年成長率，算出今年的預算之後，這是有成長率。再去扣除 1% 的專款，跟我本來有一個一般服務成長率，另外編一個專款那是不一樣的，所以這個專款今年的 112 年是專款這 4 億 1% 是放在今年的成長率裡面，照正常來講，我們在講成長率講的是一般服務預算，所以跟剛才那個健保會解釋的其實是不一樣的，跟我們一般認知是不一樣的，這就是會讓大家誤會。但我們的認知這個專款 1% 就是在成長率，就是原本的一般服務預算，原本，在，應該是說在去年是一般服務預算，今年把它撥 1% 當成專款，其實這兩個分開的我們就不會混淆，也不會提出這樣的議題，因為它本來就在一般的服務預算裡面，我相信這樣你們懂我講的意思。

全民健康保險會陳燕鈴組長

補充一下，我們各部門總額預算也都有一般服務項目跟專款項目，都是一樣的邏輯。

主席

一般有指定特定用途的，所以專款就會有不同的處理，跟一般的那個成長率會不太一樣。那我們是不是進入討論案三，第三個討論案，是腎臟醫學會提的。

討論事項第三案

「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」
藥師照護指標定義及說明案。

提案單位：台灣腎臟醫學會

主席

腎臟科醫學會有沒有要補充說明？藥師公會？

社團法人藥師公會全國聯合會常宏傳主任

是。針對指標的一個定義上面，署方這邊已經有跟我們討論過建議修正的一個指標公式，那我們再回推回去，其實跟我們原來設計的公式是類似，而且署方設計的那個公式是更能夠呈現我們藥師的價值，這邊我們是沒有任何的一個意見。那針對第四項的第一（一）的一個部分，藥師照護指標應該要朝向凸顯藥師介入病人處方改變效益之方向研擬。那針對這個部分我解說一下，在之前我們已經多次會議已經講過藥師這一次加入的一個價值在哪裡，其實是要如實的呈現病人在服藥上面的一個依順性，以及病人在 Real World Data 上面 NASIDs 使用情況。所以尤其是在 Pre-ESRD 其實末期的一個病人上面，那我們的病人已經有腎臟科專科醫師的照護，其實都已經有很好的成效，其實在更改處方上面其實大部分都是跨科的處方修改，其實比例非常的少。那所以我覺得假如藥師的價值在於病人從看診、檢查最後拿藥，改善他最後一個步驟，他好好的吃藥，這才是我們健保付藥服費或者是健保付藥費最重要的一個價值。那這個部分我們在 WHO，2003 年就已經提請了這個重點，那世界各國包含 2021 年的 ESC 的 guideline 再一次把這個強調，所以我覺得這個部分是我們藥師的價值，我們希望所謂的醫師處方的介入，我們還是維持現案讓我們 follow 一陣子，讓我們呈現藥師在病人最後一個步驟，確定他能夠有好好的吃藥，而且能夠促進病人吃藥的一個動機，不要在最後的一個步驟讓他 lost 掉。然後第二案針對 NASIDs 使用同步減少比例，我想剛剛前面已經有所謂的報告案，那 NASIDs 有所謂的專審的一個計畫，那避免疊床架屋，所以 Pre-ESRD 藥師服務照顧計畫裡面的 NASIDs，在當初就已經訂得很清楚，我們主要是要了解病人，這一期的病人他在 OTC 買 NASIDs，以及親朋好友使用 NASIDs 實際的一個結果。那這個不是健保在所謂的雲端藥歷可以查詢，那我們在上一次的 Data 裡面有呈現，確實很多的病人是這樣的方式去買他的 NASIDs。所以我覺得這兩項，我覺得是不是讓我們的藥師能夠在初期的指標計畫仍然維持一陣子，然後等到兩三年我們再來去做，病人已經真的被藥師介入之後，有所為行為上面的改變，讓我們的藥師呈現了價值，而且用藥真的好

好的吃藥這件事能夠有所改善，我們再來修正我們的指標，也符合我們醫療團隊的一個合作的精神，以上，謝謝！

主席

也謝謝藥師公會的補充。那對於這個案大家還有沒有發言跟補充修訂？同仁有要說明嗎？那就按照藥師公會的意見，來，請。

張孟源代表

主席、各位代表，大家好！對於 NASIDs 造成腎毒性除弊方面我想大家是不遺餘力，但是有一件事情我還是必須要再呼籲一下，如何延緩 EGFR 下降的速度、Serum 和 LDL 血壓的 control 都很重要，在藥物的選擇方面或許可以跟醫師再討論一下，在符合健保的規範下，對病人將有所幫助，以上。

主席

同時得修訂那個 indication 讓它鬆一點。之前訂到那些怎麼會這麼高，高到好像不能達到。好，那這個案就按照這一個，那請大家幫忙。再來是不是我們進入討論案第四案，之前送進來的。

討論事項第四案

「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」(草案)案，提請討論。

提案單位：台灣腎臟醫學會

主席

各位對於這案有沒有要發言或者是要跟我們指教，是。

洪冠予代表

謝謝！剛好我們理事長在這邊，我既是腎臟醫學會的會員，我也是在這個會議上面的一個代表。那所以我對於這個計畫我覺得我還是會比較 echo 剛剛廖代表提的一樣，我覺得這個計畫既然有專款就趕快用，趕快做，那要不然放著也是我覺得最後民眾也沒有得利，這個也沒有出來。那如果是這個前提的話，我覺得要在做這個我覺得有四點我會建議一下。第一點就是如果我們那個可以放到那個討 4-1 的那一頁，就是說明二的地方，那我覺得如果我們來看這個說明二的（一）還有

1, 假定醫院所設立腹膜透析的室或中心並推廣這些教育, 底下的
(一)、(二)、(三) 講的其實是講設立中心, 其實並沒有講推廣人員教育這一塊, 那人員教育到底怎麼定義或者操作型的一個 number, 我認為這個是可以再加上去的。那畢竟這個還是要把它寫出來, 要不然這邊看起來我們就是把這個中心設立, 中心設立是有一個 guide 一個 facility, 那但是並不代表裡面有一個人, 甚至是一個 qualify 的人或者是一個 standard of care, 所以這是人跟地點的不一樣, 我會建議這個人要擺上去。那第二個建議是, 我有四個建議。第二個建議是說這裡的 1 跟 2 這個比率或者底下的 3、4、5 要不要有一個 pie chart 的上限的設置, 想像中一個比較, 當然這是現在的狀況, 不見得會出現。但是一個想像就是說, 如果比方說這個經費不管是 1 億也好 2 億也好, 這就是在設立各個透析室, 那我們全臺灣設立了兩百個, by actually 沒有 patient, 那我們都知道, 我自己做評估知道說有量才是議題, 沒有量這個議題就不存在。那所以我是認為說這個 pie chart 裡面就是每一個 category 的一個上限, 比方說 1 這個獎勵譬如說框下來說是 20% 兩千萬類似像這樣, 然後我們 2 比方說多少錢, 這個應該可以就實際上來做一個分配, 那這樣的話才會有一個上限值。那上限值並不是覺得這個不好, 而是說我們為了真正的能夠讓民眾在每個層面都會受到一些教育, 這是我的第二個建議。剛剛的第一個建議是人力的教育訓練要麻煩可能把它比較寫出來。那第二個是這幾項裡面, 這幾個不同的我們把它分下去的過程, 要不要每一個 category 有某一個上限值。那第三個建議是說有關於 SDM, SDM 其實我們這裡都會習慣去寫像第二點 1 說 CKD stage5 或者洗腎一年以上的病人執行 SDM。請問洗腎一年以上的 SDM 做什麼? 做哪一種 SDM。我們寫 SDM, 其實題目才是重點, 不在 SDM 這個, SDM 只是一個 tool 或者某一種的 pattern 一種形式, 這個題目才是我們共同要去探討的價值觀, 所以這個 SDM 要把它放清楚。比方說我如果假設有人提出來 stage5 的 SDM 是「請問我適合用止痛藥嗎?」那這個要不要獎勵? 600 塊? 還是要不要這樣算? 那這個要去把它講清楚。所以我覺得這個 SDM 要去講清楚這是哪一種題目, 因為這是正面表列或者是我們去表列一個框架以

什麼什麼為主，比方以透析方式的選擇或者是安寧方式的接受與否，那這樣的話其實對於整體的這個照顧才會比較符合 target，這是我的第三點建議。第四點建議是在這個的討 4-5，也就是整個財務評估更後面的地方，我看到第七點在看的一件事情，這個案子最後如果通過，我們還要提到某個地方去討論，最後再提報到什麼地方，然後才能如廖代表講的，我們真的開始去動支或者申報。所以我會覺得第四個是如果這件事情非常完整，這個就要拜託署裡面了，我們就要去做一個類似 PM 的方式 PMP 的方式，你要去管理這整個的行程。要不然的話，如果沒有去管理行程，就是事情擺著擺著，很多事情就過去了。所以以上是我的四個建議。補充一個我剛剛沒有講清楚，如果我們看 1 這個獎勵院所的設定這裡，我剛剛講了人員訓練除了沒有提以外，這裡的（三）獎勵醫院輔導其他院所，這個輔導是一個 criteria，就是你做了什麼，而不是一個 contract，比方說我們跟成大，不好意思，我們跟成大簽了一個約，那成大輔導我們它就拿二十萬，這樣對它太輕鬆了。應該是說成大應該要教我什麼，是一個量化的東西出來，那我覺得這樣子那我們才有辦法，雖然有寫到一下這最後的認定的資格或名單這個由學會來做一個定義，我想我們如果大家能夠有個備案的話，那正好理事長在這裡，那一起回去我們學會來努力，也比較能夠更加的明確，以上是我的四點建議，謝謝！

林元灝代表

我是林元灝，第一次發言。像我們在講說 PD 推廣，那我覺得這個當然是對於病人來講也是一個不錯的選擇，但是我們現在比較顧慮的幾個問題，第一個醫院，PD 病人大部分是來自醫院，我們基層大概沒有病人。那我們醫院這邊轉介的機制是怎麼樣，醫院它假設它遇到病人，它統統要轉給基層還是它要留多少病人在手上？這個機制要先訂出來，要不然我們基層沒有病人怎麼推廣？然後第二個退出機制變成什麼時候不行 PD。然後進入機制，就是前面應該先講，病人什麼情況下進入 PD，病人什麼時候退出 PD，這三個我覺得應該要先把它訂出來，謝謝！

洪冠予代表

我回答一下，我想這個也是因為我自己在做 PD 教育這麼多年，我想在場大家都知道，我非常贊同剛剛元灝兄所提的這個事情。所以我的意思是說我們大概選擇怎麼選擇病人，這也是醫院內控，就像哪些刀該不該開，關節要換了嗎？這個是要同儕才有辦法去做判斷，而且它有一個很硬的標準，會有一個 reasonable 的 choices，所以我覺得這個是 selection criteria，但是什麼時候應該要下某一種 diagnosis，就好像說臨終關懷，這也不是每一個人兩個醫師說他臨終他就要臨了，所以這個也是有一個 criteria，所以這個我是覺得這個可能學會才是真正專家之所在，能夠做一個改變我覺得是非常好的一件事情。那另外我也呼應一下，我覺得其實我自己在醫院裡面，醫院的空間有限，它也不可能無限去增加。所以我其實希望能夠有一些同好，我覺得很多事情就是成行成事，所以如果真的能夠做，所以這個輔導其他，假設說我多留兩個病人跟我輔導一家醫院，然後我把兩個病人給它，對我來講實質上我也可以有一個 partner，然後也能夠讓民眾距離我醫院比較遙遠的有這種空間限制的，他也能夠，比方說我在金山地區或者是萬里地區，我就有一個這樣的輔導的點，那等於我自己 outreach 出去我覺得 service 可以更加走出去，我們很願意來做這件事情。所以我覺得這個輔導設立，還有剛剛講的人員教育，這個要有一個 criteria 出來，然後這樣的話大家會有一個依循，最後會有一個樣態會出來，那之後我們再來微調，我覺得應該你講的是對的，這個要轉出去然後要服務的，但是院所這個裡面的包括人員、設備、SOP 等等，這的確是一些，就像我們在導入很多的開刀或者什麼，是這樣學習過來的歷程是一樣的，謝謝！

主席

請張代表。

張克士代表

主席、各位先進，推動腹膜透析讓病患多一選項，配合 SDM 且訂定誘因予以鼓勵，基本上還好。不過，以下表達幾點意見：

(一)、因未來透析病患有很高比例是老人、糖尿病、以及心血管疾病患者，腹膜透析不一定都適合，所以要考量是不是有這麼多的需

求？（二）、因這預算的比例與金額很高，佔總預算成長率的1%，所以我們未來總額協商成長率的配置要更審慎。我相信付費者代表的用意是良善的，但我們署裡及各位專家應該提供更完善的資訊，以妥善規劃資源配置。並且我們要設法儘速有效運用此經費，不要沒用完而被收回。大家應該還記得，過去曾有幾年透析總額成長率是0，因此這1%是很高的。而且將犧牲整體一般預算的成長率，讓今年的一般預算實際成長率只有2%。依目前新增透析人數及申報點數成長率也大約2%，若預算成長未超過2%，就很難矯正長期低迷的點值。我雖為心臟科醫師，但對腎臟科醫師長期承受如此低的點值，像剛剛看到111年第三季點值結算，平均點值是近來新高，但也僅僅0.89，實在對腎臟科醫師非常不公平。（三）、剛剛代表基層的顏代表提到，在診所腹膜透析的病患很少，其實地區醫院也是，所以在預算使用上應顧及層級間的公平。建議在推動草案中多鼓勵不同層級醫院之間以及醫院與診所之間的合作，共組照護團隊彼此協同合作，讓病患得到最好的服務。另，前面有關換腎諮詢的議題，在此一併補充意見如下：誠如剛剛宋教授所提，這樣的諮詢本來就在原來的SDM中提供。我認為，要提高病患換腎的意願，應該要擴大醫師的參與，讓民眾接受諮詢的接觸點提高，增加民眾接受換腎相關知識的機會，不要限制要在醫學中心的換腎團隊才可提供諮詢，因為醫師要執行的是諮詢而不是換腎的工作。

林元灝代表

不好意思，林元灝第二次發言。剛剛就講到PD的設立，因為我們的洪主任有提到說，當然我很感謝你說你們願意多轉幾個病人給基層，但是現在我們要考慮的另外一個重點是，我們在成立跟設置的成本是多少，當然我知道說健保署現在的新的計畫案是30萬，30萬對於設立一個PD是OK的，可是現在有個問題，我們現在預期說我這個PD每一個新成立PD室它會有多少病人，這一點很重要，因為成立一套的規模未來營運的一個持續，可以持續多久，或者是說今年兩個明年兩個，那這個PD室會完蛋的。所以我們要預期說要多少個病人才能讓它持久的營運，這一點很重要。也就是這個PD成立的規模，當然

它的來源也很重要。所以也就是說因為這 30 萬補助下去，如果你後來就死掉了，就浪費了。我希望說我們的健保署不要浪費這個錢，你必須要讓每個洗腎室都有機會，假如說要成立 PD 室都有機會持續的活下去，持續的照顧病人，這樣才有意思，不然 30 萬就浪費了，以上，謝謝！

張孟源代表

主席、各位代表，大家好，大家午安！會議資料討 4-5 頁第六點健保署有委託財團法人醫藥品檢查中心 CDE 做研究報告，提出幾個具體建議，將腹膜透析跟血液透析的支付費用相當或者是提高腹膜透析費用。不知道健保署有沒有去統計腹膜透析每季的支付費用，或者是與血液透析的支付費用之差額有多少。假如有的話，是不是可以提供，或者是待會再補充。第二點，CDE 的建議是提供較高額的病人訓練費，在這個計畫裡面沒有包括較高的腹膜透析病人的訓練費，第三點，支付腎臟科專科醫師額外的獎勵報酬，以作為推動居家腹膜透析必要的獎勵措施。既然健保署有委託 CDE，但是以上三點在這個計畫中有沒有具體的落實。再來資料附件 1 第 34 頁，腹膜透析 110 年第四季腹膜透析每人平均點數是 119,357 點，111 年第四季是 118,686 點。血液透析 110 年第四季是 142,624 點，111 年第四季血液透析是 141,539 點。為什麼會有平均腹膜透析都會少兩三萬點的費用，腹膜透析是鼓勵還是懲罰？現在支付是比較少，我不知道宋教授是不是可以告訴我們，以上。

主席

這個統計會有時間落差，請。

楊孟儒代表

我是基層透析協會楊孟儒醫師第一次發言。我試著就在討論 4-4 中，那個門診透析醫療利用概況，裡面有一個腹膜透析是 43 萬點，血液透析是 50 萬點。那這個血液透析基本上大部分約 97% 是浮動點值，所以乘上 0.88 的話大概是 44 萬。那腹膜透析它屬於浮動的部分，大概只佔 12.5%，所以把它換算成平均點值，大概 0.98，所以算出來兩個差一萬，大概差一萬。而第二個就整體的醫療消耗而言，血液透析是

74 萬點，腹膜透析是 68 萬點，你把它填回去腹膜透析在透析以外反而多花了 1 萬點，一個是 24 萬，一個 23 萬。所以算起來，其實現在腹膜透析跟血液透析它申請的費用換算成實際金額其實是一樣的，就是對於一個病人(不管是腹膜或血液透析病人)來講。所以我要呼應剛才張院長代表講的，事實上編這個預算 4 點多億(鼓勵腹膜透析)，其實相當多，因為現在腹膜透析一年申請的費用總共大概是三十幾億，那給它編 4.33 億的專款專用，事實上給它的成長率是百分之十幾去了，是相當不合理。所以我們希望說未來既然這件事情要做，一定要檢討它的成效。未來如果成效不彰就要停止，如果繼續要編的時候也要很謹慎的去編這個預算，才能夠達到合理性。因為我們鼓勵 PD 一定是兩件事(目的)，它是不是比較便宜，看起來臺灣是因為血液透析已經壓到非常低，所以好像看不出它(PD)真的便宜到那裡，這是現在的問題之所在。那國外(某些國家)血液透析跟 PD 有時候費用可能差兩三倍，平均大概是 3 比 2 的這種費用，但臺灣現在已經很近了(幾乎是相等)，所以我們也一直在百思不解，對於這個鼓勵我們覺得很疑惑。那當然我們也是想配合，但是我覺得剛才張院長講得非常好，應該把它好好的紀錄下來，謝謝！

主席

大家能夠挑到一些比較年輕的然後要上班的人，那 PD 說不定對他生活影響小一點點，那種事實上可以重點去做。請。

林元灝代表

主席，我先講一下，您剛剛提香港的案例是非常的不恰當，非常不恰當，我很不客氣的講。

主席

我現在只能很平鋪直敘去形容。

林元灝代表

沒關係。那我講我的感受。再來講我們預期……

主席

我不是講說你不恰當，就是不要去批評人家，我是描述說我們受到的壓力是香港這樣，我沒有講誰。

林元灝代表

對不起，那我失言，對不起。那現在這樣講，我們拿四億的預算，我們並沒有，就是說我們並沒有設立一個預期的效果，然後再加上我們後續發展出來的規模，我們也統統都沒有預期，我們只有把它規劃成每一家 30 萬的這種預算給它去花，花完了後面怎麼樣不知道，所以我認為說這個 4 億最後會浪費掉，這是我的建議，謝謝！

洪冠予代表

我想各位先進在這個地方討論很久，我覺得像剛剛健保署的單位其實在講，我的意思說這個好像是已經既定的東西，是不是 Focus 在我們現在做的事情，然後來看看我們到底還能做什麼，因為就像有代表講說這個不要到時候一季又過一季，所以我是覺得我們大家做做看。那至於未來要怎麼去修，我想剛剛克士兄也提到了很多，說未來我們在修的時候要怎麼去滾動式管理，我想這個是到時候署裡面會跟大家健保會的一些大家會有的共識。但是我覺得今天我們來，大家也都上班時間來很忙，來討論這個就是希望說大家對於學會的，我對學會目前提出來的方案，基本上我都贊同，我個人站在如果從在一個社會角度來看的話，我覺得說有一個辦法出來了，然後我們可以開始往前走，讓民眾就醫的他可以更多的選擇，然後也開始去往這個方向去做。那做了以後才知道最後結果是什麼，本來就摸著石頭過河。那但是剛剛所提的那些是說如何在這個在過程在開始推的時候，也拜託學會裡面的專家，也許看院長這邊或者是，再把這個條件再修得更完美，因為你會有事後認定的問題。然後那我是覺得說還是期待我們比較明確的，就像剛剛提的四點最一點趕快去提案，那我覺得我們如果還在談說這個合不合適或者做哪一些，我想這個有時候沒辦法在改變的事情，我想也不是主席或者其他不願意改。那已經都法定類似像運算部門都框好了，所以我是覺得我們還是就這個範圍來談，會不會這樣比較實際上等於幫病人爭取往前走，這是我個人謝謝大家這樣的一個期望，謝謝！

吳麥斯代表

主席還有各位，那我剛剛也聽到非常多專家有提到討論，我想應該我

聽應該要講的應該都講得差不多了，所以我們在最後我當然是非常 echo 那個我們的洪冠予教授的這個部分，我們來做實際的東西這樣。那我也知道說真的在透析這樣的常年這樣就像張院長提的，是有一些不公平的狀態，但我覺得這也不是要討論的問題。不管怎麼樣這件事情已經決定了，我覺得我們現在的重點是要趕快來進行這樣，因為這才是大家對於我們不管是學會或者是對病人，應該對病人是最好的部分。那現在有幾點我覺得我們現在要趕快回去做，那至於 category 的部分因為這個也是有很多的討論，那我想 category 大概會暫時這樣，那個署裡面算說會超過預算很多，我自己是覺得那個機會不大，因為是沒有辦法拿到，因為我們真的有一點急。因為在去年年底的時候才收到這樣的 message 這樣。那個所以我們要做說實際做的，我是非常 echo 說教授提的，我的設立還有怎麼輔導人員訓練輔導條件我們都記下來，我們都給它非常明確化，在執行的時候會比較容易執行這樣。那這個部分我們學會裡面講再補上來，但是基本上我覺得那個數目的部分應該我們會，我還是建議照著那個 category 這樣跑，但是我們剛剛在講的那個定義非常清楚，也包括 SDM 我們真的明列說做到哪幾點我就算你有這樣，這樣在操作上會比較有辦法這樣。那我們當然也希望說在這個案子裡面是不是也讓我們回歸，就是我們通過也經過非常多的流程，是不是可以回歸到 1 月 1 號有曾經做過這些事的人，應該也得到就是有得到這樣的獎勵這樣。那這個是我們要做的事情。至於我剛剛聽到我覺得非常重要的，就是那個預期成果這樣，那可能我們也會稍微就是再試算一下，這個事實上也是非常難估。但是我們大概就是我們來做這幾件事，那希望也是說趕快把那個前面的那個部分大家都，如果沒有其他太大的意見或者是要刪除或者什麼，我們就送上去，然後把所有的條件記起來這樣。這個我想這個是學會整個的努力的方向，也是我們應該說我們的意見。

主席

好。那我們這個案是還有那個討 4-25 有一個計畫的對照表，大家可以來看一下，我們就看一下那個表。同仁說明一下。

醫務管理組林其瑩

各位代表看討 4-25 頁這邊有草案修訂的對照表，在平板的 113 頁，那我們直接看第二點是計畫目的部分，那在本署建議希望以新增腹膜透析病人為本計畫的重點，那第三點是實施期間自公告日期實施至 112 年 12 月 31 號，就是把明確的日期訂下來。那在第四點的部分是有關於 112 年度的一個執行目標，那在本署意見的部分，我們有去查臺灣腎病年報，有把一些相關的數值去算一些平均，像是腹膜透析新發個案我們平均是 9.96，那這些數字再請代表參考。那第二點我們是希望可以建議提高像 (1)、(2)、(3)、(4) 腹膜透析病人三年存活率，這幾個主要的一個目標值。那像是項次 (3) 腹膜透析病人一年存活率的這個部分再說明，這裡面有一個數字是誤植為三年存活率為基準，建議修改為一年存活率為基準，那這部分各位有意見嗎？

吳麥斯代表

其實這個就是我們預期會達到目標，所以就是剛剛那個洪教授這邊提的這個，大概就是像這樣。那確實那個應該是要這樣。

醫務管理組洪于淇專門委員

因為以項次 (2) 的部分腹膜透析的個案數的這個，那原來腎病年報發現的值就是 8.44%，那學會所提出來的目標是大於等於 8%，那等於都沒有進步，所以是不是……

吳麥斯代表

可能要再確認一下。

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

基本上我們那個國衛院的統計，就 2020 年我們那個 PD 的整個盛行率就是 7.57% 最新的，事實上就如同剛剛有專家講的就是 7.57%，那事實上就是說它這十年來幾乎都沒有進步，甚至一直在衰退當中。所以我們才說大概把它訂在 8%，最主要是希望今年能夠越過這樣子，當然如果說這個 8% 這個值差一點點，那我們可以再去更加一點，因為最主要我們還是希望以結果為導向好不好？那把這個目標再訂高一點是可以。就譬如說我們拉到 8.5% 或者是 9%，對。那它這個五年，因為最近這五年我們自己的數據，就是臺灣腎病年報的數據裡面剛剛本來我們理事長也有準備這些 slide，本來想說簡單講一下，這樣子可能

大家會有比較多的 background 的 knowledge，可能討論起來會比較快一點。確實我們這十年來我們確實沒有像我們署裡面所提供的這個數字這麼高。

吳麥斯代表

我必須講這裡面有一點時間差，因為年報是兩年前的事，然後現在這個有的還沒有完全校正的出來，所以其實這幾年是持續在下降。所以 8%是我覺得是一個 reasonable，現在因為剩七點幾這樣。而且 Prevalence 是比較不容易看到成長的，因為有一些就是病人來來去去的這個部分，我覺得在那個發生率的部分，已經在做了非常多的 promise 這樣。

張孟源代表

主席，健保署有沒有算出腹膜透析跟血液透析的成本，剛剛楊代表有說明了一部分，相信健保署應該有更完整的資料，說到底要新增還是維持現有的都是很重要的，CDE 醫藥查驗中心建議的第一點，要讓腹膜透析跟血液透析有相當的支付費用，應該列到第一點。剛才楊代表講的腹膜透析的費用是相對比較低，假如有相當的支付的費用的話，這個 8%可能還可以鞏固得住。以前健保署有一個鼓勵方案，就是腹膜透析加成 20%增加腹膜透析的支付費用，加成以後兩個成本維持相當，而且這是專款專用。洪代表一直提到的專款專用，假如不用的話，就收歸國庫，是不是可能讓這兩個成本比較接近？然後再考慮到新增或者其他的品質，這是最核心的，假如成本都入不敷出，可能就沒有足夠的維持的誘因，以上。

主席

請。

黃尚志代表

主席、各位同仁，我一直都沒有發言，我第一次發言。從過去當理事長到現在卸任當專家委員，身分改變因此立場不同發言也要客觀一點。既然「獎勵 PD 方案」已是既定政策，經過法定程序不能更改了，大家就應該接受。腎臟醫學會提出了執行方案，我們跟兩位專家委員及代表學會的理事長與秘書長立場一樣，就是讓它趕快上路趕快執行

這才是真的。在很多細節上面琢磨只是拖時間，但是剛剛提到一些所謂的指標，我要提醒注意計算指標的資料庫來源會有兩個，一個是健保署的資料庫，一個是國衛院的資料庫，健保署的資料庫會比較update，但是它的 ESRD 病人，沒有被標準定義，因此可能摻有急性腎損傷必須透析者、或其他疾病末期腎臟功能亦壞掉而需短暫透析者，這些在國衛院透析資料庫是會排除的，也就是透析必須存活經過三個月，因此國衛院的資料庫對於真正的 ESRD 病人會比較純淨，但是它會慢兩年，不論取用哪一個資料庫這一點必須要有取捨。第二個是有關 incident dialysis cases，對於這一年裡面發生的新透析病人數，一班是以一年內的新發透析病人數為範圍，也就是 Interval Incidence(年發生率)，但盛行率 prevalence 有兩個，一個是 point prevalence(點盛行率)是 12 月 31 那一天還活著的。一個是 interval 就是一年從頭到尾的所有透析病人數，包括死去的、新進來的期盛行率，所以我們如果說 prevalence 是 12 月 31 號那天還存活的(點盛行率)，那要寫清楚定義清楚，否則的話與期盛行率會差近萬個。這個是要注意的。那另外一個我要提醒注意的是， survival rate 生存率，這是病人還活著的，不是還在做 PD 的，因此 PD 沒辦發執行而改做 HD 的，我們稱為 drop out from PD，它包括死亡前仍在做 PD 者、以及活著轉 HD 活腎移植者。論存活他還活著，但是論是否仍待在腹膜透析則不是，所以到底要算生存率還是要算待在 PD，要把定義弄清楚的話，不然到時候會爭執不完，你說你達成，他說沒達成，至於其他還有一些必須釐清的事情與定義，以後我們到學會裡面再來討論，但是上述事項是大原則一定要把握住。順便也跟大家，委員與健保署跟很多長官建議，這一些寫起來風風光光的事項，各有要注意的細節，腎臟醫學會需要去定義清楚，然後再給大家一個明確而清楚的定義表單，不然以後會爭執不完。謝謝！

主席

謝謝黃代表，那就拜託腎臟醫學會這方面幫我們協助一下。因為有的那個在轉換的話，那那邊在分母上面要怎麼處理也稍微讓他們註明一下。吳代表，你先。

吳麥斯理事長

其實我的意見應該就是完全 echo 那個黃代表，但是我們會讓它儘量更簡單，更容易操作，但是這個操作型定義，可能要跟署裡面再有先 check，但是前面那一段我是建議說我們就不要改了，就只有這樣。那我們後面把操作型定義一一來對這樣。

謝輝龍代表

我還是要提醒醫學會，因為我們知道那個 PD 事實上是四個層級裡面是差異性非常大，不要推動以後到最後其他的層級完全沒辦法鼓勵到，只能在醫學中心或少數區域醫院裡面才有辦法做到，推廣的意義就不大。學會在訂所有的 criteria 一定要考慮到這一項。譬如說要輔導其他醫院做 PD 費用，如何落實？剛剛洪院長有講過，所以這一些獎勵策施，學會要考慮到四個層級，要怎麼把 criteria 訂出來，應對於四個層級其實都可以提升 PD 的病人，這樣我覺得才有意義。

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

我簡單補充。因為這些執行的目標這是重點，那剛剛其實大家都一直在有提到這個時間相當的緊迫，所以我們在訂這個目標的時候，其實就會稍微保守一點。因為我們能夠真正譬如說到 4 月到健保會之後，5 月公告實施，這個我們去執行的時間已經是沒多久了。在這麼短的時間裡面我們就必須要看到成效，這個數字要拉上來，這個是有一點困擾。那所以基本上我們這個目標才會定得稍微比較保守一點，那一年跟三年，最主要是我們有這樣的一個數據。那再來也剛好，因為我簡單回答一下，就是說我們在這整個草案裡面其實都有考慮到四個層級，我們看到的就是無論是上轉、下轉或者是輔導，或者是被輔導，我們其實就是儘量讓這四個層級的醫師、醫護人員都有辦法 involve，因為這 1% 最主要的目的還是在於提升整個 PD 的占率還有它醫療品質的一個提升。所以在占率的提升這個部分，我們最主要就是廣泛的就是讓所有有可能剛剛這個主席說的，有可能的 case 都能夠進得來，儘量把這個口打開。那第二個就是說讓進得來的時候，要執行的時候，這些醫療院所能夠增加。這樣子的話它的涵蓋率高的底下，因為做出這樣才有辦法跟我們過去在鼓勵這些 PD 提升的時候，譬如說在這個

醫中評鑑表我們這個做出一個區隔，這也是都有考慮到這四個層級，謝謝！

主席

其實有時候我們那個指標說不定將來也可以弄成說從什麼時候開始弄的 12 個月規定用年度，因為有的是到第二季或者第三季才開始，那要觀察用這樣的方法，讓它順延滾下去，不然的話就會變成說到了 4 月還是 5 月開始的東西要去弄，當年的時候有 5 個月沒有改變，接下來 7 個月要改變有困難。所以這個我們將來在測量這個的時候，可以必要的時候就是說從哪一個試辦計畫或者哪一個東西往後推 12 個月再去看那個數字。不知道各位這一張表還有沒有什麼？

醫務管理組洪于淇專門委員

承辦單位說明一下。請看討 4-23，透析患者存活率，這是從腎病年報擷取出來的，因為所謂的執行目標是要去健保會報告，如果還是堅持維持原來的標準，那可能要說明更清楚一點，不要健保會又推來給我們重談一次。可能要請健保會說明。

主席

健保會有沒有要補充說明？沒有。

醫務管理組林其瑩

第五點參與院所的部分，本署的意見是本計畫非屬提供醫療服務計畫型的方案，那像是 Pre-ESRD，那參與院所醫師及護理師的資格建議回歸相關的法規規範，那另外也建議所有的透析院所都可以參加，而不設限。那如果要資格設限的話，建議比照品保款的部分，文字再敘述一下違規院所不補助的文字。那第三點決議要增列這個資格限制的部分，請考量下列因素。第一個是針對醫不足的部分是否放寬得以支援腎臟科醫師或護理人員。那第二點是領有上課證明的是否有人數限制，那上課的時數要多久，然後訓練的內容的規定。那（三）因為如果需要本署去勾稽這類的資料，則院所需將相關的證明向本署各分區業務組報備一下。

醫務管理組洪于淇專門委員

我們是建議說不要卡資格，是不是說只要透析院所都可以來參加，都

可以用這個錢，不用有資格的限制這樣。

宋俊明代表

我個人是有一點點意見，那個腹膜透析的那個部分跟血液透析不太一樣，因為它要跟病人要非常的熟悉，所以這個訓練的資格，我覺得可能是我們要堅持的，就是我覺得看看腎臟醫學會理事長這邊覺得怎麼樣，其他的我們要让這個東西趕快上手可以。但是如果說你新進來的人，新進來的人你要開始的這個病人，如果沒有好的訓練資格的話，那個 PD 的那個整個做起來的那個難度會非常的高。所以我想訓練資格這個地方可能是我個人意見是覺得應該要堅持的地方，我不曉得理事長你覺得怎麼樣。那其他的大概我們都覺得還 OK，就趕快上路。但是你要接觸到病人，你馬上要 care 病人的東西，你人員的資格怎麼能報，所以這邊的資格，服務的這個訓練辦完了之後，你一定還要經過兩三個月的受訓還要經過考核，因為我想在做這個 PD 內容你都知道，我們的病人最重要的可能還是護理人員，尤其比例。

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

學會裡面本身在對於這個 PD nurse 的一個資格認定，其實都有它的一個固定，這個行之已經有年了，那麼我們一定要上過訓練班的課程，那我們每年都有召開這樣子的課程。第二個就是說，我們在合格的訓練醫院裡面至少要訓練過兩個月，然後基本上就是說應該講說，有實際從事 PD 的臨床工作者 6 個月，所以基本上經過這些程序以後，我們才會給予一個 PD 的護理人員的一個核定的證書。那每 6 年會換證一次，這個到目前為止，我們總共有算過 PD 訓練班的有三千八百多位，那 6 年有在換證的 nurse 有大概六百三十幾個。所以大概基本上人力估起來應該還是可以，那因為這些東西我們也可以透由這一次的計畫裡面，我們學會也可以趕緊再加開，然後趕緊再讓這些資格認定的人數能夠再繼續再增加。

主席

吳麥斯理事長，請。

吳麥斯代表

就是這個部分我稍微補充一下，就是像剛剛提的，但是這一次因為就

是說因為其實人員的訓練其實是要比較長的時間，那有時候新的院所它的這一個資格，我們完全知道我們有標準，我們標準不要變，但是有時候像說要在就是要 training 要跟著人 training，那在大的機構裡面比較沒有問題，因為它可以一起 work，但是如果他回到他自己的，其實我是覺得這個我們也會把它寫進去，就像那個輔導的剛剛那個概念，我們把輔導的帶進來幫忙，然後它也可以變成一個輔導的條件，那我們就把它，因為這是一個新的 condition，標準沒有變，就是我們要去。

宋俊明代表

只要訓練班就可以，這個我們會反省。

醫務管理組洪于淇專門委員

那這邊的參與院所就刪除，就是因為卡在那個輔導那邊的錢。

主席

所以兩邊寫都沒關係。

吳麥斯代表

都把它寫上去，然後就是兩邊都會有的鼓勵這樣，我們兩邊都寫一下。

醫務管理組洪于淇專門委員

醫師要專任嗎？

吳麥斯代表

專任應該沒有問題吧，專任醫師應該是蠻多的。

宋俊明代表

我覺得說那個時間上，大家訓練的時候可以稍微至少訓練時間注意一下，但是那個訓練資格這個東西只要訓練班過就可以。

吳麥斯代表

我們就把它寫上去，就把我們的那個標準再把它寫清楚，兩邊都寫這樣，然後再把輔導的列進來這樣。

主席

宋主任 wording 上，協助讓它更清楚。

醫務管理組洪于淇專門委員

所以到時候健保署需要去勾稽，那個護理人員是不是要有領有上課證

明嘛？就是我們的說明三那邊。

主席

不是，這個有時候是道德約束，宣告你要這樣子，但是不是一定要，我們再去查核就是到時候再看嘛。就是先宣告這樣，說要求你用這樣，以後要不要查核的時候再慢慢再看。因為不然的話就會變成大家就要弄很多東西，就跟醫院的評鑑一樣。

吳麥斯代表

我完全 echo 這樣的，完全同意這樣的，尤其這是第一年，那我們趕快上路，那我們會把這些都寫上去，那是不是要勾稽我覺得應該第一年我們應該稍微鬆一點，就是因為你勾太多了，結果就是什麼都勾不到，然後有做了都……，我覺得我們現在是用興利的概念，不要用防弊的概念，我們都是道德高尚的，那就會這樣去做這樣，就不要用太多。那我們覺得以後要規範得更清楚，因為不可能一下子就 perfect，尤其才幾個月的時間。

主席

基本上我們可以尊重醫院在專業自主上做某些判斷，然後去管控這些。

醫務管理組洪于淇專門委員

我們說明一下，因為我這邊寫參與院所要照，我們第一個條件就一定要去卡這家院所是不是符合這兩個資格，我們才會往下算它的錢，所以我們會建議說第五點不要留在這邊，你可以在開辦了或者是在鼓勵那邊做要求。

吳麥斯代表

OK。

醫務管理組洪于淇專門委員

OK，這樣會比較好。

吳麥斯代表

這樣變成都會我一直講話，就是我們希望說在操作上會變得比較友善，不要因為行政程序卡住了，因為它真的有做。那至於有一些我們

在前面就是在不用勾稽的那個部分，我們可不可以寫得更詳細一點，然後我們大家來守這樣的規範這樣。

主席

也可以把它弄成說參與院所建議已有下列的條件這樣，那就沒有那個應或者建議了，那這樣只是宣示說大家儘量合作這樣好不好？因為你現在拿掉又好像不行，就留著一下有一個宣示效果。

醫務管理組洪于淇專門委員

好，請再往下看。第六個是給付項目跟支付標準，那現在就有三項，一個就是給新設立的，那因為這一塊我們建議是每年來結算一次，由我們算給他們，那名單就是請台腎提供給我們。那第一個請看討4-27，那我們原則上只做部分文字的修正，那比較有補充說明的地方，是因為我們在備註的地方我們希望每一個機構如果它換代號，就只能領一次，不要因為說換代號或者是什麼就給它不同次，不再給一次這樣子。這塊有問題嗎？那我繼續念，大家有問題的時候再提。那第二個鼓勵院所收治腹膜透析的獎勵費，這一塊以上跟前面一樣是做酌修文字的部分。然後第二個比較有異議的地方是，因為學會提出來的版本是說，之前沒有設立，可是之後設立重新設立，就是重新收治腹膜透析的病人，那我們就不知道那個重新定義是什麼，那我們現在是抓說是不是三年，三年前，就是中間有停頓三年我們才算。就是我們在本署意見說明四的地方。

吳麥斯代表

我想要請教一下為什麼要三年？

醫務管理組洪于淇專門委員

沒有，這是我們的假設。屬於「假設」，所以改成過去一年也可以，我們沒有意見。

吳麥斯代表

一年就好了。

醫務管理組洪于淇專門委員

OK，就是說它曾經設了，可是中間中斷了一年都沒有收病人。然後在我們公告之後才收的我們才算，是嗎？OK，好。新的就是從來都沒有

過的，對，來沒有過。所謂新透析病人要把錢抓多久？健保開辦以來到現在都沒有腹膜透析過才算，還是說三年內都沒有腹膜透析？所謂的新腹膜透析個案我們怎麼認定？

吳麥斯代表

那我是覺得也不要太嚴，截至三年前好了。

醫務管理組洪于淇專門委員

三年，往前推三年他從來都沒有洗過沒有用腹膜透析過的就算，可以嗎？可以，OK。

醫務管理組林其瑩

第三點就是獎勵醫院輔導其他院所的獎勵費，那本署意見是請說明就是像每一個其實都有限核付一次，是指輔導的院所還是被輔導的院所？那如果是輔導的院所輔導的時候，它的計算方式是否為兩萬然後乘以3，然後會獲得六萬點？那其餘項目像是同一負責人或者是這些的以前都有講過。那第六點的部分，就是建議同體系的院所和委託經營者之輔導不得給付本項費用。

廖秋燭代表

是指醫學中心去輔導地區醫院，這樣是付給醫學中心嘛。那我就有一個疑問，會不會這一家它跟好幾家醫學中心都簽訂？對。我的意思，只能一家，如果它是跟好幾家簽訂。

醫務管理組洪于淇專門委員

臺大輔導10家也是一次的錢嗎？

廖秋燭代表

不同的，我現在講的是新設立，你臺大10家當然也是10家，你10家是不同的人送過來的。

醫務管理組洪于淇專門委員

對，我是說臺大如果輔導10家新設立的就可以10筆嗎？

廖秋燭代表

10筆。

醫務管理組洪于淇專門委員

10筆嘛，對不對？我是要釐清這一點，是給10筆嘛。那它要輔導到

收治病人就算了嘛，對不對？那我們是有建議說是不是同體系不給啊？另外有一個問題是有沒有可能同一家診所被兩家醫院輔導？那這個怎麼算？

吳麥斯代表

應該是這樣，被輔導人就是應該是一家。

醫務管理組洪于淇專門委員

那就麻煩臺灣腎臟醫學會把文字釐清清楚。那我們是以年度來看嘛，因為我們不確定明年是不是有這個計畫。

吳麥斯代表

請教洪教授，臺大來輔導金山分院，那你覺得應該這個要不要收錢？

洪冠予代表

我個人覺得，因為現在慢慢的在臺灣體系是慢慢在形成中，而且最主要如果考量是以病人角度品質的問題。還有第三個就是說在政府像我們在醫中支援計畫或者是支援偏鄉，也沒有完全排除同體系，但是其實這個是指說因為它去認定多申請一些特殊專科的才會用到這些，我想副署長應該了解。所以我覺得整體來講，如果為了品質來做一件事情的話，我個人覺得應該還好。譬如說高長去支援高雄，高雄或者屏東，因為它畢竟如果在南部做得非常那個，那你說同體系就一定不行，要找別人，我覺得這是我個人會比較覺得，如果可能而不抵觸母法的話，我覺得如果體系也在裡面，會不會比較好一點，這是我的建議。

吳麥斯代表

所以我們專家的意見就是這樣，是不是可以調配一下。

醫務管理組洪于淇專門委員

OK。

吳麥斯代表

因為其實現在體系都在形成中，那而且有連結應該會更好，它的輔導效果會更好。

主席

同體系內真的有加這個錢多少？

吳麥斯代表

應該不會太多。

醫務管理組洪于淇專門委員

那這邊的支付內容，就是在討 4-28 方案的支付內容，事實上是寫說醫師及護理人員訓練費跟專家諮詢的協助費用，那這些有沒有把它寫得再更具體一點，就是有沒有說讓他做什麼事之類的，好，那這個就麻煩臺灣腎臟醫學會補強一下。事後幫我們補充。

吳麥斯代表

沒關係，這個我們可以。

主席

基本精神，PD 可鼓勵儘量從優從寬這樣。再來 4-29。

醫務管理組林其瑩

4-29 頁第四點也是院所申報的部分，建議是列到後面支付標準再說明。

醫務管理組洪于淇專門委員

這個我說明一下，因為我們把整個計畫區隔成三部分，就是一部分是前面的就是獎勵費、開辦費那些我們會自己幫它算出第一部分，第二部分是院所可以自己申報進來的，這就是它的第二部分，另外就是第三部分品質獎勵的，就是全年要它的指標數有達成，就會分成三個部分來看。所以我會把第二部分申報部分，等一下我們會在列表就是類似支付標準讓它申報進來。那因為我們都是有涉及到支付標準，所以才會這個討論完之後會過共擬，共擬預計是 3 月 30 號召開，所以如果學會回去，今天討論完的話就出來就可以這個。3 月 30 號的，可是不要太久，儘量在兩個禮拜前就可以給我們資料。

主席

所以趕得及就趕上，趕不及又要再往後一次了。

醫務管理組洪于淇專門委員

對，那就可以儘速的公告。

張孟源代表

主席、各位代表，大家好！我還是提出很重要的問題。就是計畫如何

能夠真正落實到腎臟科專科醫師額外的獎勵報酬，討論 4-5 頁建議第三點。給付有增加，但實際上腎臟科醫師卻沒有獲得真正鼓勵。

主席

我們比較困擾，因為像護理人員也常常有這個爭議，所以說因為我們的特約的時候是機構，那機構它內部的錢怎麼能夠到員工上，有時候去介入太多也不容易講那麼清楚，這邊多一點那麼少一點這樣。這一點事實上我們像護理界那邊有非常多說我們獎勵了一堆，然後他們該拿的沒拿到。如果是說像美國那個醫師費直接掛到醫生那裡去就比較容易這樣子，這個是現在我們要研究看看像這種怎麼辦，還有人要求我們說護理加了以後，要去看一下他的年收入報的投保金額有沒有增加，還被要求到要去做這個東西，那個真的是有一點過界，所以這裡變成說有鼓勵，但是要不要去破壞醫院內部的決策或者是介入還有員工的敘薪制度是很傷腦筋的。大家也可以再幫忙想看看像這種怎麼辦。好，各位再往下。

醫務管理組林其瑩

接下來討 4-29 頁的第六點，那我們這邊序號也改成第四點，是腹膜透析的一個照顧團隊的獎勵費，我們有酌修文字是新發個案照顧團隊獎勵費。這邊原本的學會送來的版本是一個月支付 6000 點，我們這邊是建議由本署計算，然後並直接支付 6 個月的費用。這邊說到持續接受腹膜透析達 6 個月上者，持續的部分我們希望備註這邊可以就是列入，持續是指每月皆有申報腹膜透析處置費的才列入計算這樣子。

醫務管理組洪于淇專門委員

這個我補充說明一下，因為這一塊因為新發個案，我們上一次 2 月 1 日有提過，可能大家不知道，怕後續追扣捕付，我們建議還是由結算端來幫大家一起算說，整年來看說它是不是有持續照顧 6 個月，那另外就是請看那個說明三的地方，因為我們有去試著統計了一下，110 年新腹膜透析的個案，持續照顧 180 天的大概有 96.8%，那照顧 365 天的就有 93.2%，可是學會這邊設計出來的是每個月 6,000 嘛，那請大家翻到下一頁每個月 10,000，就是如果他到了 7 到 12 個月是 10,000，那是不是要這樣的差距，那也請一併討論。4-30 頁的那個第

四點我們一起說明，如果是 7 到 12 個月，那因為那個提案裡面有說是要 7-12 個月可以換醫院，就是它前面是要同一家院所，可是 7-12 個月就不限同一家院所，所以我們到時候就會看是誰申報就給那個院所。

吳麥斯代表

當時有這樣設也是有一些討論，那也是在數字上有看到，其實第一年的 drop out 最多的通常是在下半年那邊前面，所以你看這邊有 drop 3 點多%，所以這個也是相當多的這樣子，因為其實剛開始 drop 並沒有那麼多，因為那個都是剛開始就有的。所以當時也是想說如果到了 7 個月以後，其實我們做了更多的努力，那通常過了 1 年以後大部分就會穩定比較久了，所以這個部分的話所以當時是這樣子。那我們也希望說假如就像剛剛洪教授提的，這個人是住金山的，那後來第 7 個月他回金山了，那我們這個還是要給金山的，這個獎勵應該還是要給金山分院這樣，只是這個概念。

醫務管理組洪于淇專門委員

所以金額的部分是沒有變嘛，還是維持前 6 個月是每月 6,000，然後後面是 10,000 嘛。那另外我補充說明一點，就是因為我怕有人他是同一個月兩家院所，所以我們在那個備註的地方就寫，如果同月有兩家以上，我就他執行起日比較早的那個給他，可以嗎？還是你們想要後面那個，不用平均，平均我們作業比較麻煩，我們現在是用起嘛，OK，就這樣。

主席

是後面比較重要再申復，再去處理要怎麼認定問題。

曾國憲代表

我第一次發言，曾國憲。我覺得應該是以照顧天數比例比較合理，不然後面為了這個吵來吵去，對，這個一定會很多。

主席

這個是這樣，同時兩個的機會不是那麼大，但是硬要把它天數再去拆，那個事實上是還蠻麻煩。所以我們可能擇一嘛，現在先設定說是第一個，但是如果事實上第二個覺得它貢獻比較大，再來處理這個部

分。

曾國憲代表

那第二間如果拿不到會不會就不要收他了？這個鼓勵性質的東西我覺得還是要公平。第二個收不到或者是第一個收不到的話，會不會影響到他收的意願，這其實我覺得如果要訂，可能要訂得比較清楚或者是想前面想後面。

宋俊明代表

學會再去訂就好了。

吳麥斯代表

這個我想我們這個技術的部分，我們再來討論好了，我們也謝謝曾醫師提出來的意見，我們就把這些就列入一些考量我們再來討論，就把它訂下來。

醫務管理組林其瑩

接下來原本學會的第七點腹膜透析別人共同照顧費與第八點轉介費的部分也會移到後面支付標準，那接下來是第九點加強病人自我照護品質處置費，這個部分它的支付點數計算的方式是處置費加成 60%，那本署的意見的部分是因為這個計畫的目的是希望可以鼓勵腹膜透析新發個案數，所以如果要調陞腹膜透析支付點數的話，建議是回到支付標準去調整，然後並提供成本分析。那第二點的部分就是有去計算說 58011C 跟 58017C 它的部分點數是 8,675 點，如果加成 60% 之後是 13,880 點。那第三點有關於就是這個項目裡面可能會遇到，像是減少腹膜透析併發症或者是給予諮詢的這些內容，建議補充具體的。這是第四點的部分為文字誤植，請說明加成 60% 的一個理由。

廖秋鐳代表

不好意思，你要成本分析？然後回到支付標準調整，這是專款，支付標準去調整，調高之後以後就不可能再調回來，怎麼會回到支付標準調整？如果你們願意我們也很願意，但是這個是專款。

醫務管理組劉林義副組長

她的意思是說，因為這個專款是要鼓勵新增的腹膜透析的病人，你舊的腹膜透析病人原來還是在那 2% 裡面，結果我們這邊寫的追蹤處置費

加成 60%，看起來是所有的腹膜透析病人都要加 60%，那這樣就加到原來的部分。

廖秋燭代表

那我就告訴你，你會因為新增的病人我服務比較好，然後原本的腹透的病人我就服務比較差嗎？應該是一樣，品質是一樣的，都要兼顧到吧。那或許你認為說加六成你覺得沒有可以調降的空間這可以討論。但是那我覺得不能夠說新增的病人才有加成，然後原本的透析病人就沒有加成，我覺得這樣比較不好。

中華民國腹膜透析腎友協會吳鴻來理事長

不好意思，中華民國腹膜透析腎友協會第一次發言。首先我這邊真的非常感謝腎臟醫學會跟健保署很用心擬訂這個計畫，因為這麼短時間，你看 1 月 9 號才公告總額，馬上就要在這麼短的時間內生出這麼多的規劃，在此真的代表病友跟家屬照顧者表達我們的謝意。那再來就是因為我們現在是在討論追蹤處置費，還有包括前面剛剛討 4-29 討論這個新發團隊照顧的獎勵費用。那站在病友跟照顧者的觀點，其實我們真的覺得就是在照顧腹膜透析病人的醫護應該是得到更好的，就是他們應得的費用是應該要拿到。包括追蹤處置費其實它這個 8,675 點裡面，付給醫護的是 5,235 點，這個在會議資料裡都有寫。那因為我自己本身就是洗腎，然後加上家人也是，腹膜透析室算是像我的第二個家一樣，在這個地方也打滾了大概有 15 年。那其實我們第一線真的最常接觸到，當然包括每個月要回診見醫師，非常重要就是腹膜透析的護理師。那像剛剛包括前面有代表很多位醫師都有提到，我們這個方案是要推廣腹膜透析，那當然說所謂推廣是希望它的占率提升及很重要是說我們要維持這個品質。那有這個品質，需要有基石，那要能提升這個推廣效果，我們不是說我們直接人增加就好。我們還要第一個院所要建立要適當的規模，然後再來第二點就是我們的醫護人員也是要相應的提升人數，不然的話例如主責的護理師有時候 1 個護理師要照顧 30 位以上的病人，這個是非常可怕。當然說它這個 30 人是專職去照顧的，但是真的很累，尤其是在新病人，因為新病人包括從開刀的時候他要去跟刀，然後要幫他們上課做衛教，然

後新病人上手的時候有非常多的問題。那老病人都比較能夠自我照顧，但是對於腹膜透析來說，因為它是一個居家的治療，在初期對於病人的照顧真的是非常非常的重要，所以我們站在病友團體的立場，非常希望醫護團隊要得到應有的報酬，對。然後再來就是前面剛剛有提到 CDE 它有一個關於透析的 HTA 報告，裡面也是提到在政策方面如果要鼓勵腹膜透析其實大家有一些考量點，那剛剛有一些代表有提到，像剛剛廖代表有提到嘛，其實確實我們今天雖然是鼓勵新病人，可是這些老病人的品質還是要重視。所以我是覺得說我們這個計畫也不是說只收新病人，很重要我們如果要維持這個占率，我們要讓適合 PD 的病人有機會可以進來，不然的話你說人進來然後又轉去 HD 或者移植的，它可能就沒有了。謝謝！

主席

謝謝非常重要的建議。

醫務管理組劉林義副組長

我再補充一下，請大家看到 4-39 頁，這是我們財估，因為剛剛其實就講說我們財估其實已經遠遠超過 4 億了嘛，那假如這一項又要加成，其實我們是覺得說你要鼓勵新進的腹膜透析病人，應該從譬如剛剛那一些或者是後面我們可以看到那一些來做一個獎勵。那假如連現有的都要獎勵，因為現有的獎勵，現有的腹膜透析的費用就到 6 億了，就是追蹤處置費這樣就 6 億，那你再加 6 成，所以大概就是 4 億多了，我們這一項專款才 4 億。所以其實我是覺得說在這一項專款有限的情況下，應該是優先鼓勵新增的腹膜透析病人，那這一項是不是可以拿掉，以上。

主席

那個既有的可能要鼓勵就是要去修相關的支付標準，讓大家有更多的那個誘因。

吳麥斯代表

是不是剛剛也提到，那是不是我們就把這個 percentage 往下降，那是為了這整個預算的預估這樣。那我們可以讓它稍微多一點，因為現在已經有到一半了，我想應該不會像預估的那麼的多，那我們就來降

這個 percentage。因為我覺得，也是剛剛我們收到部裡面的公文的時
候，其實它非常重要的，它不是說要增加新病人這樣，它是要改善促
進腹膜透析病人治療的品質，不是 for 新和舊，新只是有一點就是鼓
勵，其實更重要我覺得那個第二點更重要。所以我是建議說這一點我
們不要刪掉，但是我們可以在 percentage 上就是比較符合現實狀況
這樣。那這樣不知道那個理事長這邊也會同意說就是我們這樣的建
議？就是我們還是一定要照顧到這一些就是舊的品質，因為這是也是
我們的這一次的非常重要的重點。

張孟源代表

主席、各位代表，大家好！完全贊成麥斯理事長講的，舊病人也很重
要。剛剛鴻來講得很清楚，舊病人的追蹤處置費也要增加。因為新病
人剛進去，可能要花比較多的時間，所以追蹤處置費可以高一點。但
是舊病人的話，我們應該也要鼓勵，就像剛剛理事長提的舊病人不要
讓他流失，至少可以維持住現有的規模，只是比例上新舊做不同的調
整，讓它符合預算的規定。

主席

這個部分就拜託腎臟醫學會，如果你們有看其他國家在血液透析跟腹
膜透析在支付標準或者相關的誘因上有哪些資料可以提供給我們，那
我們到健保會那些到時候更好說明。整體上來講，我想我們血液透析
過去做了很久，量也很大，品質也都不錯，只是有人希望說對某些人
來講開放讓它去做腹膜透析，這個是一個鼓勵項目，會從優從寬。但
是其他國家在這個支付標準或者是誘因上面如果有一些資料給我們，
那我們到健保會去說明的時候，不管是調支付標準或者是額外增
加預算的時候會說服力會高一點。有時候就變成健保會的很多委員會
有某些刻板印象，會覺得某些領域好像這個做得不錯，然後發展得不
錯，就比較會摳門一點點，所以如果有這方面資料，會讓我們去那邊
協助說明的時候會有幫助的，才不會造成像之前這個零成長那樣的情
況，也是他們有一些固定的印象。所以這個額外的東西就拜託大家幫
忙。

醫務管理組林其瑩

接下來討 4-31 下面第十點是鼓勵院所腹膜透析病人腎移植的部分，那這邊學會提出來是每人支付 5 點萬，本署意見的部分，查 Pre-ESRD 計畫已有支付腎臟移植的之照護獎勵費，所以建議刪除本項支付項目。那說明第二點的部分有將 P3411C 移植 6 萬點，然後 PC3412C 移植 3 萬點，PC3413C 移植是 1 萬點。那這三組的一個支付標準在 111 年申報的部分分別為 P3411C 有 14 人，然後 PC3412C 有 4 人，PC3413C 有 14 人。那建議本項的獎勵費應由該計畫支應。那第二點若建議提高支付標準，是建議去修訂 Pre-ESRD 計畫，以上。

主席

各位對這個有沒有要補充說明或者要修正？

吳麥斯代表

當然其實當時列這一條非常重要的是，當然不是非常大的部分，但是也希望說在腹膜透析的病人接受腎臟移植它的 outcome 的話反而又更好一點，是有一部分也是因為它的腎絲功能有的比較多，所以在這裡面是我們想要特別鼓勵的部分，因為前面其實，當然後來有一些修改，就是以前在那個另外那個就是 P3411C 的部分，其實它主要是在鼓勵那個末期前病人，那我們現在就是說如果已經腹膜透析在這邊腎功能也不錯，那他的年齡層也比較低，那他可能洗了兩三年以後，那他也是很願意去接受，就是大家鼓勵他們去接受腎臟移植，那應該給他們有一些讓院所，因為其實這個對於，就是在腎臟科醫是裡面是有用很多力氣，然後很多的 transfer 病人是從這邊來的，所以才會提出這一點。我覺得跟前面的那個給付有一點好像一樣，但是又不是一樣。那個是鼓勵說那個透析前就已經進到這個，這邊這個是已經接受腹膜透析以後再接受腎臟移植，我覺得應該是，我覺得這是一個很重要的一個，因為腹膜透析真的比較年輕 10 歲，是一個 transfer 的一個很好的突破，那我建議啦，當然我們也不敢說這個是一個非常 perfect 的建議，但是既然是我們的就新方案，我是建議說這個應該留下來讓各院所更積極的推動，不管是新的病人舊的病人來接受腎臟移植這樣。

醫務管理組劉林義副組長

這個很好，只是說會跟我們已經在 Pre-ESRD 裡面的有重複，但不是有 6 萬點、3 萬點跟 1 萬點嗎？6 萬點就是他沒有進入透析，那你就先幫把做腎臟移植那就給 6 萬，那假如已經進入透析，在 6 個月內去移植的話就給 3 萬，那假如超過 6 個月了然後再做腎臟移植的就給 1 萬，這個是我們本來就有 6 萬、3 萬跟 1 萬，所以我才說這樣跟它會有重複。譬如說你覺得 6 萬、3 萬、1 萬有哪一個點數不足還要再鼓勵，就到那個計畫去修就好。因為在兩邊計畫又重複，同樣都是去鼓勵他去接受移植，可是這邊是 5 萬，那邊是 6 萬、3 萬、1 萬，這樣會有混淆，只是說這個有重複，就看理事長。

吳麥斯代表

那要再討論一下。

醫務管理組劉林義副組長

就是移植的話，你可以用這個來領沒有問題。

主席

原則上當然移植事實上比這個透析一年的費用省了很多，應該要給更多的獎勵，但是現在我們的器官捐贈還有些限制。來，是不是再往下。

醫務管理組林其瑩

接下來請看討 4-32 頁，這個是（二）的部分是腹膜透析機構推廣獎勵費，那這個部分的第一點它是以腹膜透析病人 5 人以上的的機構去進行計算，然後給予獎勵費。本署這邊針對成長率做了一些文字的調整。在本署意見的部分，建議以當年度 12 月之腹膜透析病人數為計算基準，同意年間終止特約或者停止特約之院所的核付本項獎勵費，則建議修正為當年最後有效起月。那第二點如果有換院所代號之概括承受院所是否核定計算，請一併考量。

醫務管理組劉林義副組長

好，其實這邊跟腎臟醫學會講得是一樣，只是說到底獎勵的部分是要用，大於等於 3%，是用 1000 點乘以腹膜透析病人數嗎？那這個病人數指的應該是新增的病人數嗎？所以我們這邊就新增病人數來有一個定義，就是用今年年底減掉去年年底，你知道有新增病人數，那獎勵的話就用這個人數來乘以那個點數，依照不同的成長率。

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

這個應該是未來推廣整個腹膜透析，就是譬如說一家醫院原本它是一般的，那麼它已經有往上成長，它成長越多，我們就可以獎勵越多。所以應該不是說那個人數是總人數，就是該家的 PD 的 center 它的總人數是多少，那就是乘以多少這樣子。

醫務管理組洪于淇專門委員

我的意思說我們現在有修正那個定義，這樣修正有鼓勵嗎？我們用當年去減到前一年的點，然後現在就是我們一樣有剛剛的問題，就是如果保險對象，同月同家申報多家申報，我們要用它的執行期間的起日來算，對，會一樣，但是我不會讓一個人算 2 次啦。

吳麥斯代表

我們再確定一下，我們本來的原意是總人數，不是新增人數。

醫務管理組洪于淇專門委員

對。

吳麥斯代表

但是如果真的大機構的話，要成長這個 level 是很麻煩的。

醫務管理組洪于淇專門委員

對。

吳麥斯代表

所以它也達不到，但是這個也是鼓勵說第一個，有兩個點，第一個鼓勵說有更多的腎臟病醫師參加照顧，這是第一個，就是比較中小型都有辦法參加，有新的機構成立。那第二個就是說希望那個 quality 會更好，就是說不只增加新的，我舊的都要照顧很好，那才會有這樣的成長，是這兩個概念產生的，所以才用總人數的概念，那其實真的很大機構應該困難是很大的。

主席

這個我想新增的一個鼓勵，那我們內部再來研究一下，既有飽和的願意再擴充，用什麼鼓勵的方法。

宋俊明代表

我想我個人的意見，這個原意的話它本來就是要鼓勵新的嘛，那舊的

那邊的話我們可以從品質那一方面著手，不要說把那個舊的全部，假設你品質那邊可以達到另外一個部分，那舊的那個跟新的，不要就是說我舊有的這個東西，因為這個是現在我們的專款的原意啦。專款的原意，假設說這個專款是夠的話，當然可能就有舊的，但是還是新的為主，然後再來就是品質，那真的還有剩下的話再來。那是不是這樣去挪到品質那邊去，你用品質的話我覺得這樣子會比較好，我個人的意見就比較容易說是我的品質有到哪裡，你本來這個就是促進品質。

吳麥斯代表

OK，我再發表一下意見。其實當然通常我都很同意宋教授的意見，這次我有一點不同意。就是說其實在衛福部這裡面文我細讀了非常多次，裡面沒有一個「新」字，因為我覺得這是醫療的考量，就是說我們不是為了有新就一直 push 所有人都進去，其實它的重點還是在 quality 這樣，所以我覺得在這個部分的話，當然也非常同意那個就是副署長這邊就是說因為我們可以再來討論看要怎麼來弄。但是我是覺得整個的重點還是在 quality improve。Quality improvement 以後接受治療你就會多，然後有信心進來的也會多，那我們的腎臟科醫師也會更有信心也更會做，所以我是覺得說我們先不要把新舊這件事拆開，因為我的 keyword 是 quality，對。沒有，我的意思是說舊的一定要保護，因為其實舊的後面。

宋俊明代表

也有 quality 來保護。

吳麥斯代表

對，所以我是說要鼓勵，就是不要只看新的，對。

宋俊明代表

就是你看 quality 的時候一定是連舊的一起看嘛，你可以把那個 quality 訂得稍微寬鬆一點，讓舊的就是在那個地方，不要說它已經就做了，現在好像你要增加給付的那個。

吳麥斯代表

是，我們是要增加給付，在 quality 要增加給付。那因為舊的 quality 的給付，所以我們的品質拉出來，其實大家都知道那個是不多的。所

以我們現在在這邊 improve 這樣，這個我想大家有這些專門在醫院裡面那個……。

宋俊明代表

你這樣講我完全同意你現在講的。我只是把你的講法變成說那個是用 quality。

吳麥斯代表

因為 quality 那邊真的我們自己是覺得這是不夠的，而且七折八扣以後，確實我們的那個感覺非常的小這樣。那所以也感謝署裡面既然已經給我們這個機會，我們就好好的讓新的舊的我們的 quality 都有得到更大的鼓勵這樣。

主席

實際上三個都可以鼓勵，就是小的新的讓它去增加，那另外大的也讓它有成長，那另外就是量，這兩個都是量，另外 quality 再找 quality 適當的 indicator。那因為基本上在健保會總額協商的時候，那這些非協商因素都比較固定。那協商因素這邊就要靠大家來想像用哪些去說服這個委員能夠增加多的資源進來。所以這三個事實上講起來都言之有理而且有機會能夠說服增加資源進來。那現在既有的就先用既有的，然後再來看它怎麼增第二個第三個這樣。再往下。

醫務管理組洪于淇專門委員

你們再評估再告訴我們。接下來是品質獎勵的部分，那學會有提出細項的品質，前面部分因為我們沒有相關數據，那就是我們剛剛報告說請腎臟醫學會提供我們相關的數字。那以後是不是要開發在 VPN 上傳那就是我們再議。那第六個是腹膜炎的發生率，就是那個討 4-33 頁的第六點的部分，那因為我們有去統計 108 到 110 的腹膜炎發生率每百人月大概是 1.32 到 1.53，我這邊提出來的數值是小於等於 2，所以可能要麻煩調整一下閾值。

醫務管理組劉林義副組長

現在就是說那個閾值的部分當然都尊重學會這邊，可是一定要有一個說法，所以可能要有參考值。可是有一些品質是我們在我們的品質確保方案有公布的，就像第六項腹膜炎達成率，這個我們就已經有在算

了，我們看了是 1.32 到 1.53，結果你們訂這個閾值，這樣很容易被挑出來。

醫務管理組洪于淇專門委員

我們有把相關數值放在討 4-24 給大家參考。

吳麥斯代表

當然我們這個首先是同意我們會再來調整看這是怎樣。但是也是跟署報告就是說，其實小於等於 2 在全世界就已經是超好，那臺灣就是超好中的超好，有時候一直在乎，一直把那個 bar 提高的時候，我們反而忽略了我們大家的努力這樣。所以當時才會訂這樣，但是我們可以考慮一下，因為這個數字在全球裡面，幾乎是打敗所有人。

醫務管理組洪于淇專門委員

另外一個數字大家可以參考，看到討 4-24，事實上品質確保方案本身就有一個參考資料，那腹膜透析發生率參考值是小於 1.54，有看到嗎？我們有把那個討 4-24 頁，我們有把框框，兩個框框框起來嘛，那下面那個框框腹膜炎的發生率，OK。那就是起碼要小於 1.54，我們建議至少要，這樣比較適當啦。

宋俊明代表

OK，因為這樣子事實上有些時候比較小的，有一點點浮動。

醫務管理組洪于淇專門委員

因為目前的應該是這樣。

宋俊明代表

當然我按照那個指標的管理是您講的那樣，但是按照現實的那個或許我們可以更稍微寬鬆一點。

主席

所以就是病人量大的話，那個指標跟病人量少，因為病人量少不小心一下子就超過了，那個可以做額外的處理，不會說 outlier 造成很大的影響。

宋俊明代表

現在可能也是這樣。

張孟源代表

主席，就是說 4-33 第四項那個心胸比小於 0.55，會不會是 X 光它的波動性很大，可不可以加上做心臟超音波，黃理事長有沒有什麼建議還需要用這個心胸比作為一個指標嗎？謝謝！

黃尚志代表

心胸比不是不準，而是照的時候 X 光攝影條件要標準化，所以要怎麼照的標準化條件要訂好，這樣才會照出一個前後可比較的結果。不然例如病人沒有深呼吸、憋氣，照出來的胸廓沒有擴張心臟都很大顆，計算心胸比值當然高。有說心臟超音波檢查是否有心衰竭較準確，但是一個 heart echo 檢查要 2000 多塊，全國幾千甚至幾萬透析病人都要做，且年年做這樣負擔太重了。而且不要以為心胸比要求小於 0.55 很好達到，其實不是那麼容易。

宋俊明代表

那個事實上它的脫水並沒有像洗腎而已，所以可能要，甚至要達到 8.5 事實上都是有困難。

醫務管理組洪于淇專門委員

我們接下來請翻到討 4-34 頁，那第七點，最上面那一行，第七點是住院率的部分，那學會提出來的版本是每 100 人的月住院率小於等於 8%，那因為目前我們那個品質確保使用腎病年報就是跟著它的腳步走，所以現在都表達它是每千人的入次，就是我們可以再回到討 4-24，那麻煩學會給我們改成用這樣的方式來表達。那目前的那個參考值是小於等於 470.14。

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

表達方式我們會改。

醫務管理組洪于淇專門委員

因為這樣我們的數字就可以直接用。因為腎病年報也是都這樣子，所以目前我們的統計方法也都用這種方法。沒關係，如果你們還要再研究，就是到時候再給我們。

吳麥斯代表

我們帶回去，原則應該沒有問題，但是那個數字的部分我們再討論。

醫務管理組洪于淇專門委員

對，你們再確認。因為這張表上面也有歷年的監測結果。

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

這些數字的訂定最主要是也會考量到要讓院所拿的到，所以譬如說像剛剛那個腹膜炎發生率我們把它訂在 average 那就很多。

吳麥斯代表

醫師照顧得很好，我們是希望說這個跟在管理的指標不一樣。

醫務管理組洪于淇專門委員

好。那接下來是第二點的計算方式，那我們是說因為滿分是 110 分，那是不是說這邊及格分數可以調為 80。因為目前是調 70，就是 (B) 的部分，本署建議說是不是把 70 分調為 80。那 C 的部分一樣就是我們也是原先的規劃是建議說可不可以用新增的個案，所以我們是用當年減掉前一年的 12 月的透析人數，而不是用當年年底的人數，那邊請學會參考，如果說還是覺得應該用年底的腹膜透析的人數，我們就配合。

主席

總分這個有時候是規定你是都要動一下這樣子，70 大家覺得也還好……

醫務管理組洪于淇專門委員

因為滿分是 110 分，還是要調整滿分為 100 分？

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

訂這些東西的精神，其實是仿造我們原有的品質提升計畫，行之已經多年了，那個大概那個 criteria 會設在那個地方。

主席

每一次討論的時候我們大概加一點減一點，有時候三年五年就動也可以。所以有專業定義我們 70 或者 80 嗎？那就先不動，下面的不動。

醫務管理組洪于淇專門委員

那接下來就是我們剛剛認為說應該會是每個月申報進來的部分，那 (四) 就是給付項目的支付標準不一樣，那我們有設計該怎麼申報進來，就是是案件分類或者是特定治療怎麼填寫的部分，那再來就是那個表列的部分等一下我們再談，就先跳過。另外就是我們會在……

張孟源代表

等一下，是不是總人數？

醫務管理組洪于淇專門委員

腹膜透析的人數嗎？獎勵機制人數嗎？

張孟源代表

12月總人數。有在腹膜透析的才對。

醫務管理組洪于淇專門委員

學會說要再帶回去研議再告訴我們，還是現在就要決定。好，12月點總人數，我們會寫清楚，類似同月申報兩筆取那一筆，我們會把前面這邊寫清楚。然後討 4-35 的十二點的地方是說就是有些地方麻煩臺灣腎臟醫學會提供資料給我們。表 13 的部分是我們是說如果明年還有這樣的預算的話，我們這個計畫是沿用到新計畫公告的時候才換新的計畫。

張孟源代表

剛剛有位代表提到核心問題，原則上是在一般服務預算裡面切開的特別專款，表示四億多就是滾入基期了嘛，是不是明年度應該還是固定的，即使不增加任何的預算，仍然有四億多的預算是用在這個專款。這個應該是維持住，是不是這樣，我不知道健保署的想法。

廖秋鐳代表

所以這個意思就是今年 9 月要談的時候，你現在本來四百多億對不對？是含了這四億，那明年又要成長率，那你成長率一進來的時候，你就不是今年的四億多，一樣是 1%它可能列五億，對不對？那這個就很奇怪了，那變成成長率是在腹透這一個專款呢。剛才講的是說要維持 4 億嗎？

醫務管理組劉林義副組長

有關總額的就是等到 9 月協商。

廖秋鐳代表

因為今年這樣子其實今年的一般服務預算成長率沒有把這 1%的專款拿出來，根本就不是你上面表上面寫的那個成長率，根本就不是。

張孟源代表

廖代表你很委屈我很了解，專款既然框在一般裡面的 4 億，不能說明年一般預算成長率再加這個繼續膨脹。我贊成你的想法，既然框起來，而且專款專用，那就是維持，我個人的淺見。

主席

專款又有一些是外加，一些是內涵被指定的這樣，知道說對於下一年度的影響。

醫務管理組洪于淇專門委員

請大家翻到 4-36 頁，我們繼續談支付標準這一塊。那第一項是講說對於 CKD 的 stage5 或者血液透析治療的人要做那個 SDM，這一塊本署意見是說那可能要提供 SDM 的範圍跟說明的內容供院所來查詢。那是不是有規定說做這件事情的人是有沒有醫事人員的條件資格限制。另外就是因為他寫 stage5 的人要每半年申報一次，頻率需要這麼頻繁嗎？另外就是血液透析如果需治療一年以上的話，那才做 SDM，那如果是一年內的是不是不用做？還是這邊是誤植應該是一年內？那另外還有一個是 Pre-ESRD 計畫裡面我們事實上已經給了 SDM 的錢，那我們會建議說如果這個項目如果還是過的話，就是如果已經在 Pre-ESRD 拿到結案資料處理費就不能再領，以上。

主席

醫學會有沒有補充？

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

這個部分可能我們會再就署裡面這個專業的這些考量，我們會再把這些文字再修得更四平八穩一點，不會有一些重複或者怎麼樣，語義也會再讓它更清楚一點。基本上就是說這半年其實 stage5 通常病人停留在那裡的時間不會太長，所以基本上我們大概就是說半年一次，其實很多病人……。

宋俊明代表

不一定，有一些 Stage 我們再……。

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

基本上在這裡有很多的腎病最主要是希望就是說這些剛剛有講四個層級，然後希望能夠廣一點，希望預算能夠實際的能夠有效力的就是

去應用。所以基本上我們是就像剛剛主席所說的，我們會比照一個從寬的一個態度來看。那如果說這個半年是比較，應該是不要限制，我們就會把它拿掉，就直接把它拿掉。

宋俊明代表

我個人是建議說你就用一個進階版的 SDM，這樣就整個過去。那這邊的話或許半年一次你如果覺得必要的時候，就是半年可以做一次，不要無限上綱，如果說你覺得半年做一次或者甚至是在 stage5 的時候做一次，那就不用進階版的，就是獎勵進階版，這樣是不是大家都解套了。

主席

拜託這個醫學會幫我們看怎麼去做。

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

基本上有時候在一年以上考量，其實也是考慮到基層診所他們這些病人，它事實上有很多病人潛在的 case 它是也有機會可能會是回到 PD 來的，因為有些 HD 很困難執行，那這個還是有機會可以再回到 PD 來。所以基本上大概 SDM 就是希望能夠更廣泛的被推行，而不是就只有在在大醫院裡面，所以才會有這些的考量，會感覺怪怪的感覺，但是事實上是為了要讓整個在基層醫療院所它其實所有的病人都可以去做法 SDM，讓更多的潛在的 case 可以出來。

醫務管理組洪于淇專門委員

所以是血液透析病人不用卡一年以內或者是一年以上的意思嗎？

臺灣腎臟醫學會許永和秘書長

基本上就是說因為我們對於病人就是說如果是一年以內，其實就是指這個因為我們推行以後他已經要進來，其實已經被 SDM 一次了，那假如一年以上的用意就是說，因為這一些病人不會被教育到，那所以我們這一年以上的，那一年以內的開始初進來就一定會被教育到，那一年以上的就是這些病人等於是普遍的都是在這個，因為這個我們一整年到年底的，所以會有這樣子一年的這樣的一個設計，就是讓所有的 HD 病人不論是在透析醫療院所，他都有機會可以來接受這樣的 SDM。

吳麥斯代表

這個細節的部分，我想我覺得署裡面講的這些也很有道理，我們一起我們再討論一下，我們看把它 match 起來，然後讓它再更簡單一點，是不是乾脆就不要 SDM，就是只要有進腹膜透析之類的，那我們再來討論。

醫務管理組洪于淇專門委員

好。下面下一個就是透析新病人，如果他已經執行了 SDM，然後已經收病人這一塊，一樣請你們一併考慮。好，接下來這個訪視費的部分。現在是這一塊我們主要的意見是說，因為我們事實上相關計畫已經有的部分已經有了，譬如說我們居整的計畫或者是支付標準，就是本署意見說明的地方，就是支付標準我們事實上裡面也有一個護理訪視費，那另外就是事實上它的錢沒有那麼多，大概一次是一千二，那可能支付平衡性，或者是你要說明出它為什麼比它高，所以它的特殊性，例如說老師說的那個進階版的訪視或者什麼，所以它有一個區隔，我們會比較適當。然後例如說它有沒有什麼相對應的支付規範，那我們一樣如果說它跟別的計畫相重疊的話，就只能付一邊，我們還是會這樣子。

主席

就是支付標準的部分。

醫務管理組洪于淇專門委員

對。然後因為它因為有時候如果是屬於簽訂共同合約的人可以申報，所以這一塊就要請學會跟我們說誰跟誰簽約的部分。

吳麥斯代表

這個部分我們再把那個標準定義弄清楚一點，我們就一起並同討論這樣，就是一定要把它區隔開，不要跟現在的給付標準給付這樣子。因為重點應該在於基層，是希望基層可以去操作。

醫務管理組洪于淇專門委員

然後接下來就是下轉，有上轉、下轉、平轉嘛，那我們把它區隔成三塊的給付。那第一個先講下轉跟回轉的這一塊，那我們有寫了一些支付規範，那另外就是因為我看大家都是給兩萬塊，那我們建議是說，我覺得好像下轉比較難一點，是不是下轉錢可以比較高一點，有一點

區隔性。那另外就是本身這邊有規定說每一個病人限申報一次。那我們想釐清的是說所謂的一次是指上、下、平轉只能一次，還是同一個病人，就是那個一次的定義是指什麼？就請學會這邊再幫我們釐清。

主席

這個金額高？

醫務管理組洪于淇專門委員

對。他們寫的 2 萬塊，目前我們的轉診事實上是給 200、250，所以價錢也是有一點，支付點數也是有一點高。

主席

你們去參考一下我們支付標準這些轉診的這些費用看看是多少，因為突然跳一個很高，說不定有道理。

吳麥斯代表

對，或者那個 term 我們也要換一下，不要用那個。因為它確實跟一般的轉診不一樣，一般的轉診只是看一下，這個是等於真的接手變成自己家裡的人，而且只有一次。

醫務管理組洪于淇專門委員

是，所以你的支付？

吳麥斯代表

那個 term 可能要改一下。

醫務管理組洪于淇專門委員

大概就是這樣。另外就是我們還是一樣再提醒一次，因為它是專款，就要寫出執行目標跟預期效益，要具體的量化，那麻煩學會一定要給我們這個東西。

吳麥斯代表

好。這邊倒是有一個問題請教署裡面，就是我們在前面有一些希望我們的就是新病人發生率的增加，還有就是盛行病人的增加，那個部分的話還有就是存活率，這些可以當做我們的預期的。

醫務管理組洪于淇專門委員

這是目標可以。可是它有兩個 term，一個叫目標，一個叫做執行效益的評估指標，要怎麼算。

吳麥斯代表

那個是可以當目標的。

醫務管理組劉林義副組長

對，這個就是一個目標，現在只是缺一個效益。

醫務管理組洪于淇專門委員

目標沒有問題，因為目標已經寫出來了嘛。

吳麥斯代表

這邊指的是錢？

醫務管理組洪于淇專門委員

請健保會補充一下。

主席

還是從病人端的品質？

醫務管理組洪于淇專門委員

它比較像是說多少到多少這樣。

主席

大家還有沒有臨時動議？來，請。

黃尚志代表

這不是臨時動議，但要反映的是，有些本會議追蹤項目從一開始就被列管至今，例如安寧、ACP 等，但事實上像 ACP 院所不是沒有做過，像我們醫院(高醫附院)就確實在做，也有針對還沒有洗腎的病人做 ACP，可是失敗案例佔絕大多數。因此可以說，不是 ACP 不重要，而是實施在尚未透析病人之時機 timing 不對，對 CKD 病人但尚未達需要透析時做 ACP，病人對其未來的醫療選擇都沒有概念，也不會為未來生活與命運作詳細考量。同樣情況還有尚未需要透析病人之安寧療護介紹，也就是說病人現在的狀況還好好的，醫師跟他說一些生與死的狀況與抉擇，病人聽不下去也無心去了解的。現實面跟理想面差很多，但是不論 ACP 或是安寧療護的介紹，都跟今天討論的腹膜透析議題沒有甚麼關係，反而是應該對面臨腎臟替代治療(RRT)的末期腎臟病病人，實施醫病共同決策(SDM)，讓 CKD 第五期病人都能完全接受 RRT 之 SDM 流程，病人完全瞭解 RRT 且做出 SDM 抉擇後，選擇一個適

合的 RRT 模式(移植或透析，血液透析或腹膜透析等)。因本項目已列管甚久，建議腎臟醫學會盡快將這個議題的流程與做法，清楚地提出給本會議審議，儘速解除這個項目的追蹤列管。

宋俊明代表

再把該做的做完這樣，我們也不太了解它的全人到底是什麼，那一些名詞。

主席

好。今天非常謝謝各位。最後額外講一個，就是之前有那個檢驗的單位去反應說有一堆住院的時候用 aminoglycoside 的，然後造成 renal failure，後來 reversible，那在洗之前去測那個東西，發現恢復得不錯。那些你們可能也要輔導這種人，讓他不需要長期去洗，不然的話也會讓點值下降，就是 reversible 的 renal failure，那有時候出院的 3 個月 6 個月以後，發現腎功能恢復得不錯的部分，要讓他得到合適醫療，這一點拜託大家。。

17:15 散會