

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 111 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 11 月 16 日(星期三)下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路三段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：賴昱廷

出席代表(依姓氏筆劃排列，*為線上與會人員)

干代表文男	干文男	郭代表咏臻	請 假
吳代表麥斯	請 假	曾代表國憲	請 假
宋代代表俊明	宋俊明	黃代表兆杰	黃兆杰
李代表妮真	李妮真	黃代表尚志	黃尚志
林代表元灝	林元灝	楊代表五常	請 假
邱代表琦皓	廖秋鐳(代)	楊代表孟儒	楊孟儒
洪代表冠予	請 假	鄒代表繼群	請 假
張代表克士	張克士	蔡代表宗昌	蔡宗昌
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
張代表晏晏	請 假	謝代表輝龍	謝輝龍
張代表鈺民	張鈺民	顏代表大翔	顏大翔
梁代表淑政	梁淑政		

列席單位及人員：

衛生福利部	陳淑華、白其怡
衛生福利部全民健康保險會	吳鴻來、陳燕玲、陳淑美
衛生福利部國家消除 C 肝辦公室	吳慧敏
台灣醫院協會	林佩荻、黃麗如、許雅淇、何宛青
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕
台灣腎臟醫學會	張哲銘、林慧美、張靜宜
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
全國聯合會

本署醫務管理組

本署醫審及藥材組

本署資訊組

本署企劃組

本署財務組

本署違規查處室

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

常宏傳、黃千惠

劉林義、韓佩軒、洪于淇、
陳依婕、宋宛蓁、鄭智仁、
劉志鴻、鄭正義、楊淑美

高幸蓓、連恆榮、何小鳳、
郭容桂、陳惠群、單國浩、
薛俊傑

吳少庠

王宗曦、吳箴

李佩耿

陳怡菁

林怡君、莊智雯

蔡秀幸*、王慈錦*、盧珮茹*

謝明珠*、張黛玲*、戴婷豫*、
張凱瑛*

林純美*、洪穰吟*、梁耀文*、
黃佳慧*、傅明貞*、李怡君*

張曉玲*、黃雅蘭*、葉美伶*、
蘇家驊*

李明玉*、羅亦珍*、江春桂*

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

參、報告事項

第一案

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：

一、洽悉。

二、序號5、6、7、8解除列管，其他持續列管(如下)：

(一) 序號1-「腎功能異常使用NSAIDs藥量者」篩異指標管理机制：持續回饋透析前高風險腎臟病人3個月內累計使用NSAIDs總日數 ≥ 31 日個案之監控成效及研擬啟動專案審查機制，並續辦理腎功能狀態不明者在健保雲端提示系統之提示事項。

(二) 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。

(三) 序號3-「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，請台灣腎臟醫學會及藥師公會全聯會研議相關指標。

(四) 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)。

(五) 序號9-「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」：為提高腎病照護計畫(Pre-ESRD、Early-CKD)收案個案之C型肝炎篩檢率，請台灣腎臟醫學會與衛生福利部國家消除C肝辦公室、衛生福利部國民健康署研議執行策略後，提案討論。

第二案

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：

一、洽悉。

二、為利糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)收案，請本署醫務管理組強化健保資訊網服務系統(VPN)上傳功能。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：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之會議召開事宜。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各位代表預留時間：

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 臨時會
112.2.22	112.5.17	<u>112.8.15</u>	<u>112.11.14</u>	112.11.29
(週三下午)	(週三下午)	(週二下午)	(週二下午)	(週三下午)

第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：門診透析專業服務品質指標監測結果。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年「門診透析服務保障項目」討論案，提請討論。

決議：112 年保障項目決議維持原 111 年項目：

- 一、腹膜透析之追蹤處置費(58011C、58017C)採每點1元支付。
- 二、偏遠地區之門診透析服務保障每點1元支付，前述所稱偏遠地區如下：
 - (一) 山地離島地區。
 - (二) 當年「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。
 - (三) 當年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」之所列地區範圍(不含僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定之醫療資源不足之地點)。
- 三、本案報全民健康保險會同意後實施。

第二案

提案單位：本署醫務管理組
臺北業務組

案由：門診透析 111 年第 1 季點值重新結算及 111 年第 2 季點值結算確認案，提請討論。

決議：

- 一、配合本署臺北業務組 111 年 3 月有 12 家醫院因故未於期限內核付，同意 111 年第 1 季點值重新結算。
- 二、111 年第 1 季點值經確認，浮動點值由 0.89904465 修正為 0.87921946，平均點值由 0.90603525 修正為 0.88793110。
- 三、111 年第 2 季點值確認如下：

	浮動點值	平均點值
111 年第 2 季	0.87292451	0.88205613

- 四、請本署計算 112 年透析預算重分配各季平均占率時，109 年第 1-2 季之計算方式由兩季平均(半年結算總核定點數除以 2)修正為依各季實際核定點數計算。

第三案

提案單位：本署醫務管理組
台灣腎臟醫學會

案由：「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」修訂案，提請討論。

決議：請台灣腎臟醫學會參酌本署及與會代表針對全面檢討本計畫之建議糾正內容，並研擬更具鑑別度指標，提本會議討論。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

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)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)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、有關居家血液透析支付標準修訂案，請台灣腎臟醫學會提供成本分析表及作業流程後，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與台灣腎臟醫學會依本次報告分析結果研議 NSAIDs 使用建議原則，提供相關學(協)會輔導會員謹慎開立予腎功能異常病人使用。

五、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。

伍、散會：下午 5 時 45 分。

陸、與會人員發言實錄如附件。

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算

111 年第 4 次研商議事會議-與會人員發言實錄

主席

理事長、各位委員大家午安，非常抱歉今天會議延遲後 3 時開始，希望今天仍能有效率的進行，現在會議開始。

壹、確認本會前次會議紀錄

主席

首先，請各位代表看上次的會議紀錄，在議程的第 2 頁到第 7 頁，各位代表們有沒有什麼問題？好，如果沒有問題？會議紀錄就先確認，在會議的過程當中，如果有要修正的可以隨時提出來。好，接下來報告事項第一案。

貳、報告事項

報告事項第一案：

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，請問腎臟學有序號 6 及序號 9 有沒有要先補充？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

待會先，等一下再我再想一下。

主席

請秘書長再看一下，等一下補充。首先第一項 NSAIDs 篩異指標，本署已這麼長時間的提示，但不管是繼續開立的醫師數與病人數回到更多的狀況，很顯然目前的機制效果有限，所以要啟動專案來做專業審查，請審查醫師再幫我們把關，看看病人是否確實需要開 NSAIDs，我們打算這樣做，不曉得大家有沒有意見？理事長，可以嗎？

黃尚志代表

做法當然是這樣做，不過我接到的訊息是，有部分醫院接到的名單其實也不是腎臟科開的，無論如何，個案在每家醫院狀況都不太一樣，審一審也好，但是審的時候要注意，醫師是腎專還是非腎專，因為有一些是免疫風濕科，有些骨科開的，實際上，他們有反應說我們醫院

沒有，可是仍常常會接到這樣的通知。當然我這邊也講不清楚，因為每家醫院人實在太多，現在要審查後統計時，一定要區分開來，有些是病人的因素，有些是醫師的因素，這樣比較清楚，未來在做決議時能更正確一點。

主席

好，醫審藥材組有沒有要回應的？

醫審及藥材組 高幸蓓專門委員

照決議辦理。

主席

可以，好。各位代表對於啟動專案審查有無其他意見？我們確實不希望透析的病人越來越多，要從透析發生前去做預防。當然也希望更早的代謝症候群、DM 病人能夠減少，但如果已經走到疾病中期的人，繼續服用這類藥物，怕加速進入透析。所以要啟動專案審查。請張醫師。

張孟源代表

主席、各位代表大家好，關於 NSAIDs 已經進行好幾年了，NSAIDs 再做下去，可能對於減少透析(病人數)的效果有限，其實除弊很重要，但是新立也很重要。是不是應該把 SGLT2i 用在糖尿病及慢性腎臟病人身上？已有報告可以延緩兩年到三年，甚至更久才進入洗腎，我想這樣才是最明顯最有效的。

主席

好，請藥品科連恆榮科長。

醫審及藥材組 連恆榮科長

好，謝謝張醫師的提議，當然我們藥品的收載有一個程序，我們也是在就是等待廠商這邊提出來他們的建議案件，所以如果廠商有提出來建議的案件，我們會儘速來做一個擴增給付範圍的作業程序，以上報告。

主席

擴增給付範圍，相對也要降價，否則醫療費用會吃不消。請顏醫師。

顏大翔代表

主席、各位代表大家午安，我想 NSAIDs 的這個是一個很難處理的問題，因為我們其實在南委會西醫基層也曾討論過。所以我是覺得止痛藥其實有時候在治療期是必要的。但是申報端及審查端會有碰到困難，有些診所會說之前開都沒有刪，這次為什麼核刪，所以有沒有必要在審查共識部分修訂這項，讓所有審查醫師有藥品審查的依循，不會說有時候刪，有時候不刪，醫師也不曉怎麼辦。我想這類藥物有時候病

人真的很需要。

主席

好，本案就不多花時間，既然大家同意啟動專案審查，其棟前應有審查共識，審查標準才能一致。專業共識就麻煩醫審藥材組在啟動前把專業共識討論出來，在一致標準之下進行審查。有沒有其他意見？好，請干委員。

干文男代表

主席、各位與會的代表好，我們今天在這個會期裡面有包括你們的第二案裡面的，透析業務執行報告裡面有牽涉到下年度的預算，我也覺得奇怪，你們在會中也一直提說，呼應基層能夠把成長率讓我們知道，沒有拖到最後我們還是向健保署要。要了以後，到協商你們的成長率跟醫院的成長率，你們的成長率加起來也不夠這個，我們為了協商的順利，而且醫院診所透析也做得也不錯，洗得很乾淨。結果最後確認時，連西醫基層的成長率都不承認，我不曉得學會裡面跟西醫基層的關係是什麼？你們知道我們的成長率多少？你們協商的成長有多少？應該你們有一個(共識)，如果你們連(各自)成長率跟整體成長率你們都不承認，我覺得很納悶。再來就是我看了補充資料，你們(B型肝炎及C型肝炎)受檢率都有95%，在各項的受檢率，能不能再提高一點？如果受檢率提高，從這裡面轉陽率多少可以？可以看得很清楚，有多少是你們做的功勞。還有這個3家沒有上傳資料，我們健保署一直在推動資料上傳，全部要上傳。也許是你們是換家洗腎，但是你們的資料應該是無縫接軌，但這個地方看到說3家沒有資料上傳。這樣的話，我們在健保會看起來就很怪怪的，希望能在這方面能夠加強，以上，謝謝。

主席

好，謝謝干委員，干委員現在提的內容將在後面的議程討論。辦理情形追蹤部分要先告個段落，不曉得還有沒有意見？張醫師？請簡短。

張孟源代表

主席，各位代表大家好，總額協商時，西醫基層有8位代表，我只是八分之一，組成裡有理事長、各縣市的理事長、還有各分區代表，並非西醫基層跟透析學會關係不好，我是很尊重腎臟醫學會。協商時，很多代表有很多意見，我也不方便表示什麼意見，因為我只是其中八分之一而已。相信全聯會跟腎臟醫學會關係都很良好，以上。

主席

好，謝謝，因為總額已經協商完畢了，透析預算也是兩案併陳，待衛生福利部核定，如果有任何還要繼續討論的，或者再檢討以後怎麼談判，大概也非今天的議題。請問其他代表有沒有意見？好，請宋教授。

宋俊明代表

序號 8。

主席

序號 8。

宋俊明代表

序號 8 這個是 Pre-ESRD、Early CKD 的部分，我個人不太理解這項是什麼意思？當初我們說要透析的 C 肝病人處理的也差不多了，要把 Early-CKD 及 Pre-ESRD 病人也一起納入追蹤。今天是不是健保署這邊給的結果，好像 Early-CKD 及 Pre-ESRD 病人全部都做完了，是這樣的意思嗎？

主席

這一題 C 肝病人，對不對？現在透析、Early-CKD 跟 Pre-ESRD 還有 23 個人要繼續去追蹤。

宋俊明代表

這個應該才剛開始大規模有在 Pre-ESRD 與 Early-CKD 的病人開始去篩，尤其是 Early-CKD 的病人。好像他們沒有全部都去篩檢？

主席

序號 8。

黃尚志代表

宋代表講地方沒有什麼問題。

主席

我們是不是請連科長，把序號 8 及 9 再跟大家說一下？

宋俊明代表

他序號 8 的這邊是把序號 9 全部併在一起。

主席

是沒有關係的。

黃尚志代表

所以再說明一下好了。

主席

對，連科長再說明一下。

醫審及藥材組 連恆榮科長

好，我針對序號 8 的部分呢，跟各位代表這邊說明一下。因為這個是

在之前會議當中其實有針對 C 肝的病人要做追蹤和治療的作業程序。因為在透析的病人當中那些 C 肝的病人，這一塊我們比較注重的一個就是病人的範圍。所以在上一次的會議當中有提到是對 Early-CKD 或 Pre-ESRD 的病人也要加強的追蹤，來了解一下現在是不是還有一些 C 肝尚未治療的名單。這個是我們在抓取 8 月 1 號開始，在全民健康保險醫事服務機構，其實查詢病患就醫資訊方案上面的上傳欄位我們有新增了一個陰陽性的判斷。有這樣的欄位之後就利於我們去了解說這個病人在，就是做 RNA 檢測的時候是陽還是陰，然後後續是不是接受治療？所以我們就整理了這一份資料，所以才會有現在目前關於透析的病人，現在抓起來有 5 個病人，就是他 RNA 是陽性，Pre-ESRD 有 2 個人是陽性，Early CKD 是 16 個人有陽性。這些病人的名單我們就會提供給分區業務組做後續追蹤。這邊也是請我們腎臟醫學會這邊也協助幫忙，就是這些名單統計出結果，就可以發給我們的分區業務組，所以這個是單純針對 C 肝的病人所做的一個作業程序。

主席

第 9 項，麻煩請台灣腎臟醫學會再說明一下。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

第 9 項是因為 Pre-ESRD 計畫，延伸講到 Pre-ESRD 跟 Early-CKD 的篩檢。我們腎臟醫學會委託慢性腎臟病防治委員會的邱怡文主委跟國民健康署與 C 肝辦辦去討論，因為這個牽涉人數就比較多。而國健署現在已經有對部分的民眾提供 C 肝篩檢了，所以怎麼樣排除，怎麼樣去計算人數，怎麼樣去申報費用等這些細節我們有在開始討論了，好，以上。

主席

差別在序號 8 是已經完成 RNA 檢驗陽性的病人去追蹤治療結果，而序號 9 是參加這兩個照護計畫的病人可能有病人是還沒有做篩檢的，因此沒有列在序號 8 內去追蹤，差別在這裡。

黃尚志代表

出錢單位不一樣。

主席

序號 9 因為要全面篩檢，而普篩就不應該是屬於健保醫療費用。

黃尚志代表

這個不應該由健保署來出錢。

主席

是的。

黃尚志代表

所以但是國健署的篩檢系統很繁瑣，要填的單子跟醫療的完全不一樣，所以病人會兩邊跑，後來病人都沒有意願，醫院醫師也沒有意願，所以我們才拜託 C 肝辦出來當公道伯，看流程怎麼合併，經費由國健署出，不然如果全部由健保署出，下一次我就會被點名起來。所以協商看有沒有辦法流程改善，不然表格太複雜，醫師及病人都不願意，在檢查的時候還要跑另一個地方，這是流程的問題。篩檢出來後，如果確診的話當然就循環目前的機制去治療追蹤，大概差別在這裡。

主席

所以現在理論上，序號第 8 已經做到篩出來是陽性沒有用藥的人(要去追蹤)。第 9 是很多沒有篩檢到的人追蹤篩檢。因是全面篩檢，所以不應該由健保來支付，應該要 shift 到國健署或 C 肝辦去討論。

黃尚志代表

協商一個流程讓執行更方便一點，不然大家都堅持己見很難進行。

主席

對，這個部分台灣腎臟醫學會已經有補充，就持續找到 solution。

黃尚志代表

再跟我們聯絡，或者是跟國健署有一個結論以後，把這個流程弄好以後再公告出去。

國家消除 C 肝辦公室 吳慧敏博士

C 肝辦這邊快速補充，我們排定 11 月 28 日會召開 C 肝辦臨床醫學組的專家會議，其中一個議案就是針對這些族群的病人應該要多久、還有年齡層是怎麼樣、多久來做一次 C 肝抗體的篩檢。還有後面那個流程應該怎麼走，就是希望藉由那次會議來討論，以上。

主席

好，這個會議麻煩 C 肝辦也要邀請國健署參加，因為費用規模到底多大？國健署是否預算可以支應等等，好不好？好，謝謝，大家都釐清了。這個執行概況有沒有問題？如果沒有我們就確認。另外在報 1-7 到報 1-8 頁補充過去提示的過程，但是 NSAIDs 的開立還是一樣。好，謝謝，接下來報告事項第二案。

報告事項-第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。
(業務單位報告)

主席

好，謝謝昱廷，報告的部分，大家有沒有什麼意見？來，請張醫師。

張孟源代表

主席各位代表大家好，大家午安。就是投影片的第 34 頁關於 DKD 的部分。

主席

第 34 頁。

張孟源代表

今年開始有 DKD 的照顧，時間跟以前 CKD 隔六個月上傳是不一樣的，在 VPN 上傳好像有時間限制？以往是用 CKD 半年追蹤 1 次。現在 DKD 四個月或者是多久追蹤 1 次，健保署的資訊上傳系統是不是要做一個調整？

主席

好，請支付標準科回應。

醫務管理組 陳依婕專門委員

是，謝謝張代表的提問，關於 DKD 的這個部分呢，我們的追蹤管理費的規定是說，每個方案新收案以後，7 週後才能夠報追蹤管理費這個項目。那 VPN 的登錄的話目前我們沒有卡期限，意思就是你完成了追蹤管理之後，可以馬上去 VPN 上面做登錄，沒有時間上的限制。儘量當然是希望大家越即時的登錄越好，這樣我們才可以即時的獲得那個最完整的資訊，以上。

主席

好，謝謝，其他大家有沒有什麼意見？請宋教授。

宋俊明代表

再附議一下張代表所說的，其實我所聽到的是說 DKD 的這個部分，在 VPN 上面還是有一些 bug，就是有很多的問題，然後他上傳的時候，衛教師就是傳不上去，那結果就是還要再等，再等再修再修，就是醫院系統跟可能跟裡面的系統是（有點衝突）。所以可能造成 3C，我剛剛也要提就是 3C 的這邊，不只是期限的問題，好像還是有一些可能要跟，跟這個個別醫院還是有要跟 VPN 上面的上傳，還是醫學會要把關。

主席

好，如果是這樣的話，是不是請支付標準科再深入去了解 VPN 上面到底有什麼不順利的地方？去徹底檢討原因，避免因為行政程序讓收案不順利，讓計畫成果不如預期。因為現在以 5 萬 8,000 人收案占可

同時收案的 72 萬人，這比例是偏低的，到底是不願意收案？還是行政程序造成的？這是很嚴肅的問題。我們不希望行政程序造成計畫推動形成瓶頸，所以請支付標準科徹底去了解原因，必要的時候再跟張醫師或宋教授多了解一下問題何在。好，大家還有沒有其他意見？好，這裡還是要拜託，投影片第 42 頁可以看到我們腎臟移植的趨勢，當然我們的活體移植有一定的比例，但是還是不如預期。因為我們報 2-21 到報 2-22，目前已經提供足夠的誘因，對不對？所以拜託大家，同樣是腎臟科醫師，在跟病人衛教時，尤其是新病人衛教的時候，做 SDM (share decision making) 的時候應該要充分告知相關項目，讓病人可以選擇他後續的治療方式，理事長可以嗎？

黃尚志代表

可以。

主席

腎臟醫學會可能要帶頭一下，等會兒也會有提案，好，其他大家有沒有意見？好，沒有我們這個報告就到這裡，接下來下一案。

報告事項-第三案

案由：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之會議召開事宜。

(業務單位報告)

主席

好，請問各位代表可以嗎？預告明年的開會時間，請大家先把時間保留下來，可以嗎？有沒有問題？好，如果沒有，本案就通過，接下來報告事項第四案。

報告事項-第四案

案由：門診透析專業服務品質指標監測結果。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，COVID-19 確實使死亡率有上升，不管是透析小於 1 年，或者是透析大於 1 年的死亡率都創最近幾年的新高，COVID-19 所以確實死亡人數應該有影響到。而死亡人數的上升也間接讓透析淨增加人數的成長率略有下降。所以 COVID-19 對透析病人確實影響蠻大的。另外，移植的比率在這段時間也下降，我相信也是受 COVID-19 的影

響。本報告大家有沒有意見？好，如果沒有，接下來討論事項第一案。

參、討論事項

討論事項-第一案

案由：112年門診透析保障項目討論案。

（業務單位報告）

主席

好，門診透析總額的比照111年的保障項目，大家有沒有意見？跟111年是一樣的，好，沒有意見我們就確定，第二案。

討論事項-第二案

案由：門診透析111年第1季點值重新結算及111年第2季點值結算確認案，提請討論。

（業務單位報告）

主席

好，本案是臺北業務組轄下12家醫院111年第1季點數沒有納入總額結算。因為第1季點值已經確認，費用已經都核發下去了，現在要重新算的話，點值會下降。整體而言，如果這12家醫院納到第2季結算，第1季的點值會略高第2季。所以如果回溯重新算第1季與第2季的結果，當然會讓第1季的點值下降，院所都有追扣費用。但若在技術上可以在第2季核付的時候抵扣，抵扣後還會有正數補付也有可能。大家有沒有意見？來，不知道臺北業務組今天有來嗎？臺北業務組要先講嗎？請林科長先補充。

臺北業務組 林怡君科長

主席、各位代表、各位先進大家好，我是臺北業務組醫療費用二科的科長林怡君，今天本案我們業務組說明如下。這12家醫院都是確實發生在我們臺北業務組的轄區，是由我們同一位經辦同仁負責費用核付的作業。因為他經辦業務的異動，他不熟悉這個接手透析業務的院所，沒有掌握好費用核付的時程，以至影響了總額結算的正確性，還有院所的權益。本組已經有面談這位同仁，而且責令其檢討改善，這會納入考績的管理。我們另外組內也全面檢討並加強內部的控管，建立專人的複查機制，確保每季的費用都能夠在法定時限內完成，就在當季完成結算，避免再發生本案的情形。而且我們有去清查今年第2季臺北區總共有220家的透析院所，已經依結算時限在111年9月底

以前完成核付，不會再有應納入第 2 季而沒有納入的情形，以上。

主席

OK，請秋鐳。

廖秋鐳代表

是，這件事情我想我們今天來，我請邱代表不要來。

主席

邱代表？

廖秋鐳代表

邱琦皓代表。

主席

為什麼叫他不要來？邱代表不要來您自己來？好。

廖秋鐳代表

我請他，我怕他講不清楚，因為我是他代理人。

主席

是，請。

廖秋鐳代表

有一些事情我想臺北業務組很清楚，也溝通過，為什麼這件事情？我們一定要自己說明。

主席

你是，你是 12 家之一嗎？

廖秋鐳代表

是。

主席

是？OK。

廖秋鐳代表

而且還是自己發現的，為什麼少付錢？對，如果我們不是報表那一筆一筆這樣密密麻麻把他看清楚誰知道我少拿了錢？因為我有習慣把你們結算的東西全部每一筆看過算過。對，然後我就發現怎麼跟以前不一樣？想說發生什麼事了？對，然後就覺得很奇怪，然後因為別家的我也不知道，我只知道自己，我只是，只能幫自己醫院爭取權益。我也幫你們算了。事實上呢，當我收到這份結算報表的時候，我就想說奇怪，為什麼第 1 季的點值變成 0.899 接近 0.9？我也很懷疑，然後後來去問的結果是其實你們在這裡已經討論過，為什麼第 1 季的點值突然間變高？在 107 年的 11 月我去找了那一次的會議以前我還是委員，是我提出來四季分配要怎麼配點值才會平均，才不會忽上忽下。

對呀，怎麼忽然間這樣？我就覺得很奇怪，依照常理來講洗腎病人除非死亡的人或者是說去做什麼腎移植他退出洗腎的病人很多，在這種情況下你才有可能說點值變高，你的預算多不了多少，其實成長率很低，可是點值怎麼忽然間變那麼高？好，那我又再去算了一下。真的點數基層沒有比較少，醫院少了，我只能跟以前去年同期比少了2億，我自己就在猜說奇怪，醫院為什麼少兩億？我現在這邊要反應一點就是你們在結算的時候是不是應該要有內控？當你發覺說我突然間點值變很高，那個就是對於數字的敏感度，是不是要去找說是來自於那個地方少？那這一次完全是醫院部門 12 家，兩億三千九百多萬，反正就接近兩億四，兩億四平均一家是兩千萬，兩千萬小嗎？跟基層來比兩千萬很大，一家兩千萬，是不是？這麼多的錢竟然都沒有進來結算。我覺得那個敏感度實在是有待加強。第二個，因為當初我的提案是比照醫院總額用前三年核定占率，但是前三年 111 年，也就是用 107、108、109 的 3 年的每季的一個占率嘛，核定點數的占率。可是呢第 109 年那一年的洗腎是上半年兩季是一起結。所以呢你們在預算分配的時候把 109 年是兩季相加除以二。但是事實上你是每月都有核定是可以分開的，我把這個因素算進來，因為你們已經預算進來預算已經訂了，109 年的上半年，因為兩季都是一樣的核定點數。可是事實上不是這樣子的，如果依照我當初的提案，預算有 798 萬多被移到第一季。當初我自己也在算說是不是預算都從第 2 季挪到第 1 季，所以造成點值偏高？可是沒有，那個預算其實很小，不至於影響，事實上是兩億四千萬的影響比較大。我在這裡就是說我堅持一定要重新結算，因為對我們的影響太大了。然後還有我覺得你們自己的內控包括人員應該要處理，是不是？因為影響我們這 12 家的權益非常的大。是，那該怎麼樣就應該怎麼樣嘛，是不是這樣子？第一個是這樣子。第二個就是因為明年的預算還沒有審，還沒有核下來，部長還沒簽。我也沒辦法先把明年四季預算算出來，但是占率可以算出來了，它是用 108、109、110 這很簡單。我的建議是說要把 109 年那個兩季，1、2 季的不要再用就相加除以 2，算術平均，其實應該用加權平均才對比較合理。儘量降低它的點值的波動性，會更合理，我的建議是這樣，所以我堅持一定要重新結算，因為兩億四千萬太大，對我們權益影響太大了。

主席

好，謝謝，謝謝秋燭的今天的報告說明。這件事情確實是本署臺北業務組的疏忽，臺北業務組的科長自己也承認。確實這 12 家的等於沒

有結算到，當然也就沒有領到錢，對不對？當然其他院所就多拿，現在要還原是回到公道而已，因為如果不這樣的話，對這 12 家不公平？如果發生在你們大概大家都不能夠接受，而且第 1 季第 2 季的點值合併算之後，點值是不一樣的。所以無論如何它是需要被重新校正。但是很抱歉，是我們的臺北業務組造成的，但當然原來拿到錢的人就拿多了。為解決此問題，故提到今天的會議來討論。至於說這位同仁，我想臺北業務組應該要處理，以後再也不可以再發生。事實上，這種事情過去也沒發生過。我們自從有總額結算到目前也沒發生過，這是第一次發生我們也很訝異。而且這案件確實是從醫院自己發現的，並不是我們自己內控去發現的，那更該檢討，無論如何不可以再發生。各分區業務組也一定不可以再發生事情，我希望醫管組在結算的時候，也再 double check。好，本案大家是不是支持我們重新結算？有沒有人反對？因為這 12 家堅持。好，請顏醫師。

顏大翔代表

重新結算我是沒有意見，但是有一些經營比較困難的診所突然扣很多錢，說不定會像以前總額變動比較大的時候會哇哇叫，我不曉得到時候把錢扣回去是什麼樣子。

主席

好，第 2 季結算方式該如何抵扣，請總額科專委說明。

醫務管理組 洪于淇專門委員

我們會第 1、2 季一起結算，就第 2 季的錢一起沖轉，現在盤點結果大概有 6 家院所要追回，就現金的概念有 6 家，這 6 家因為他們有些是概括承受，所以大部分都沒有問題。

主席

當然這種抵扣會變成讓原來要補付院所，補付就不如預期，有些是反而還要扣錢，而院所現金周轉的部分，不但可能沒有補付，還要追扣費用，算起來是 6 家，是嗎？

醫務管理組 洪於淇專門委員

對，6 家。

主席

真正最後負數的有 6 家，但絕大多數的院所補付是不如預期，好，要有這樣的預期，顏醫師，如果個別院所有困難，我們就個案處理，好不好？看有什麼樣的妥協方案，讓我們可以知道之後，再看看如何處理。大家有沒有意見？好，如果沒有就是共識，新光醫院的秋燭這邊抱歉，12 家每一家我們都應該抱歉，臺北業務組應該去做這個動作，

好不好？好，也非常謝謝新光醫院發現，其他陸續被發現我們才知道有這個錯誤。我覺得可能會後請署長跟你們醫院致歉一下，我在此先致歉。

廖秋鐳代表

更多。

主席

更多，對，平均數字兩千萬，對不對？在這裡造成損失。好，本提案非常謝謝大家支持。第二點就是四季重分配，109年時有兩季合併結算，之後做預算分配時，109年第一、二季點數不可以兩季除以2，這個我們說明一下。

醫務管理組 洪於淇專門委員

好，我們下次會議會討論。

廖秋鐳代表

因為還是有差預算。

主席

對。

廖秋鐳代表

我這次堅持就是第2季預算變少了，你又把那兩億四千萬擺到第2季更少，點值更低，所以我沒有辦法接受。

主席

好，就是各四季的分配不要造成點值的波動太大這件事情也要支持，好，所以既然錯了一個不能再第2個再連環錯，造成另外一個新問題。這請總額科也一定要把它承擔起來，好不好？下一次再討論這個的時候，大家再一起監督一下看看是不是合乎大家的預期？

廖秋鐳代表

因為我不是代表，我下次不會來，所以我這次一定要。

主席

請你好好交代原來的代表可以來監督，大家一起要監督，要不然就請您再來一次。好，本案還有沒有其他問題？好，沒有的話，本案就討論到這裡。接下來第三案。

討論事項-第三案

案由：「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」修訂案，提請討論。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，因為透析品質提升獎勵方案，我們先前有請台灣腎臟醫學會看看能不能通盤檢討指標。但腎臟醫學會回復是不修改，所以我們也檢視是不是有值得修改的地方？特別是我們現在非常重視的 B 肝、C 肝防治的部分。另外是「新透析的病人的治療模式的選擇」，我們希望能夠達到充分告知。所以在這裡有提出建議修正的內容。好，為讓這個獎勵方案更具鑑別度。這樣的修正並非表示我們要少發獎勵金，是希望藉由指標修訂精進院所，讓醫療品質更好，讓本來可以得分的變不能得分，那些院所為了爭取分數而可以做得更好。因此金額不變，但是我們希望誘因做一點改變與加強。大家有沒有意見？來，張醫師。

張孟源代表

主席、各位代表大家好，就是關於 B 肝、C 肝，大家已經做得非常好了。主席也提到過去一年，洗腎病人死亡率有增加，衛福部指揮中心也提到將來要跟新冠並存。有沒有可能新增一個加分項目？洗腎室對於新冠的感染管控做得好，或者有提供服務，可以訂出指標，外加 5 分或者 10 分，給予做得好的診所加分鼓勵，以上。

主席

好，請理事長發言。

黃尚志代表

這個透析的品質指標，可能在訂定的時候在我年輕的時候，我現在已經理事長最後的 1 個月。

主席

最後一個月。

黃尚志代表

我剛剛在開玩笑說我下一次在開會的時候還會不會在坐在這裡？我個人是覺得因為這個訂定的過程我太了解了，從一開始大家怕不及格，所以訂得比較偏向大家做得到，後來真的有進步到現在大家看起來像桌上拿柑很容易的到，所以署上面也希望我們再考慮說指標要不要改，而是改了，各位看看每項指標得分後面，每項應該達標後面有一個得分，非常複雜，當年我要講這個(項目跟標準)的時候搞了好久，因為也不能說我自己想，你要考慮到不同層級的，不同的能力的，所以搞了好久，後來我們這次為什麼不修改？說真的第一個在新冠這個疫情下大家心情都很差，還要想這想那，大概也沒有那麼大的精力。當然我是覺得就這一個指標要不要改？我想說雖然說腎臟醫學會的回答是不改，不改了之後你來問我，我說現階段不改，不是說我覺得

它應不應改？說真的，我從內心想說他應該要改，我贊同你的意見，只是說在很短的時間，在很大的壓力下要改，沒有一個很好的溝通的話，我們可能被罵，或是說造成以後的整個都亂掉，心情會很 down，這個就跟 GFR 的共識要不要改一樣，造成的效應相當的大。所以這是第一點，我覺得在這種過程裡面以指標的精神來說是應該改，我把這個講了以後就變成未來的理事長他要(多努力)。但我覺得我會絕對支持，如果希望我們要做什麼，我想你們應該也會同意的，應該要改，應該要去做一個更好，尤其在現在的這些，洪冠予教授他今天沒有來，他是這方面的專家，指標的專家組，怎麼跟我們的期待能夠更貼切，跟給付能夠貼切，這個是未來的(目標)，雖然是理想，但是我還是覺得還是要動，這是第一點。第二點這個剛剛在講說到 C 肝跟 B 肝，我倒是要覺得，像這個今天提出來只是改變篩檢的百分比，95、90，其實 C 肝辦公室他們的立場的話，他們也是要 eradicated(根除)，要讓他不要感染。現在我們這些病人有沒有感染？其實非常少，而且感染都不至於，跟你保證不會在透析室，不是外面其他的行為，像住院，這些都不是我們能夠掌握的因素。但是我們如果說有辦法把他們篩檢出來也好，不管是 B 肝或者 C 肝，能治療的治療，治療是有正面的意義。為什麼會有那個，你看前面的 Albumin 也好，不能達到 100 呢？有時候這個病人住院，到南部洗，出國就是在抽血哪一次可能沒有來的話，他可能會誤掉這個，可不可以說他們記得一定要再做。所以這一點我對於提高這個百分比我沒有什麼說我不可以提，但是應該要想說提高以後對我們整個防止這些 B 肝、C 肝感染有沒有很正面積極的意義，那這個其實對院所來說，該注意的注意一點，該做的都做，不要有漏網之魚，這些還是可以做得好，這是有關 B 肝、C 肝的。最後已經檢查出來的，我相信後面的機制，把他隔離，把他送去做 RNA，然後把他治療，這一點都後面的制度是完整的，所以這一點大家不擔心，從 C 肝辦公室的立場來講，我對國家在防治 C 肝的話應該還是不會有什麼漏洞的這個問題。

最後一點告知，其實我要勸，也希望大家支持。我們要把這件事情拿到在開始透析的時候就要告知，所以要在 Pre-ESRD，不要放在這裡。這種大家都知道說很多的透析的病人他都是在大醫院，到了基層診所，譬如說到鄭醫師那邊，不是他開得的，他要做後面的工作，有一些大醫院有做，有一些沒有做。但是我們如果把這個告知，包括從 SDM，我後面要講的 SDM，變成所有 Pre-ESRD 的病人，或是你不是 Pre-ESRD，但你是 AKI 進來的，很多都從那個關卡把他限縮在那裡，相

信成效會比現在好多了。後面都是虛應故事，開始洗，就做好了，大家說我知道了，一樣選這個，前面都不一樣，前面你要告知以後他真的有一個好好思考的選擇，因為在 Pre-ESRD 裡面可以考慮的時間很長，今天 SDM 沒有結論沒有關係，下個月再來說服你一次，因為跟病人溝通的時間可以拉得很長。這應該更確切吻合實際的狀況，這點我們與其強調在後面的虛應故事，任意給一張 A4 的調查結果讓指標可以達標，不如全部 shift 前面來做，包括我等一下要講安寧、簽署各種同意書都應該在前面進行，不要後面的處理，如果到後面要跟透析病患溝通，要不要安寧可能更不適當，所以我們講真的，也是實際的狀況，也許我們該檢討，在什麼時間才是最適合的，以上 3 點說明，謝謝。

主席

好，謝謝，只剩下一個月？你們下個月要改選？誰要當理事長？

黃尚志代表

我還不知道。

主席

楊教授？

黃尚志代表

不是，再過去那一位。

主席

再過去那一位？Ok。

黃尚志代表

都一樣，都大家理念都一樣。

主席

好，沒關係，你們就交班。請秘書長。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

主席，我補充說明一下，剛才孟源醫師說的這個加分項目很好，但是這個品質指標這種東西，不管是，不然 VPN 上傳健保署有資料，不然就要學會有資料才能夠算出分數。剛才孟源醫師說的這個很好，但是不知道怎麼誰來判斷，所以這個可能要另外再討論。這套指標沒問題，上一次的更換，還是我上次當秘書長的時候，至少 6 年前的事情，修改的是指標鈣磷乘積，每年年底署裡都會問我說要不要修改？其實我想好幾次，至於說我們學會蒐集的資料裡面有沒有具鑑別性的指標？其實有。本來想要提出，但是我把這個指標用我原本預定的數值調學會的資料出來看，院所間差距太大，如果真的提出來要改的話，我跟

黃尚志理事長大概會被人家講說，你們兩個拍拍屁股就走掉，這不負責任，因為指標在診所跟醫中的差距太大，診所都做得好，醫中沒有做的很好。所以這會更被人家罵得更厲害，所以今天還不敢提出來。好，所以以上報告，不是沒有在想，真的是有在想。有沒有鑑別度？有鑑別度，有的。

黃尚志代表

等到我們改選完以後，新任理事長出來時，他會重新再找各委員會或者是幹部討論，我們把這件事情保留以後，也列為如主席提的交班事項，應該再跟署裡研議，所謂研議的話就是要去算資料，算資料有兩個地方可以算，一個是台灣腎臟醫學會收集的，另一個是署裡面的資料庫，我們再弄好以後，可能要有醞釀期跟討論期，最後要改要有一個宣導期，這樣才不會到時候困難重重。所以把這個當下一年度的目標，事緩則圓，也許會處理得更好，而且更貼切更接近我們所要的事情。指標也不一定多了，幾個關鍵性的指標應該就 OK 了。

主席

好，其他宋教授有意見嗎？

宋俊明代表

我沒有其他的意見，只是提醒安寧一定要拿掉，因為從頭開始就錯，錯到底。

主席

好，請林醫師。

林元灝代表

實際上，我們吳麥斯副校長也跟黃理事長，我們也一起開過會，吳麥斯代表他對於未來的一些品質指標，還有一些他認為比較能多做發揮的想法。所以我想未來我們下一任他應該也會很多新的構想出來，這個就先跟主席您報告，謝謝。

主席

好，因為我們今天想要的是明年的計畫作修正，而修正的最後期限是評核會議之前，所以評核會議之前，本會議還會再開 2 次。所以這 2 次都可以提出來，但是必須有結論。所以快的話，明年的第 1 次會議要提出來，對不對？最晚第 2 次會議要確定。我們期待你們能夠提出來，而且學會內部有共識的方案是我們比較樂意看到的。今天因為你們都沒有提，所以我們就試著提出本署的建議就給學會參考，只是讓指標鑑別度更好一點。但如果你們認為還有更好的指標，我們更歡迎，或者說還有可以更周嚴的構想，例如我們現在充分告知的始點要往前，

可以更標準化更有效果，這是大家最樂意看到的。另外提到 B 肝、C 肝感控都做得很好，很多的病人是在別的地方感染，包括看牙醫感染。還好今天沒有牙醫師在場，因為牙醫從前年開始做全面做感染管控，他們現在也很重視這項，因此我們也不希望牙醫診所發生相互感染。當然都一起努力，但先不要把轉陽的全部歸責別人，說不定也有可能發生在我們的透析的場域，因為沒有人可以保證，所以拜託大家。以上，包括張醫師剛剛建議的，一併請台灣腎臟醫學會研議。秘書長您也會連任，還是一併卸任？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

卸任。

主席

請你們要跟新任的秘書長跟理事長要好好交班，最重要是最後的期限在明年第 2 次會議前，好不好？我們期待下一次會議就有一個提案大家來討論。署長一直很關心的治療選擇這部分，而且也常常有跟你們說明。這些選擇就是反應在有沒有可能活體的移植，或者大愛移植可以多一點？這些共同期待，因為現在等待換腎的有七、八千人，每年才只有三、四百人移植，這速度何其慢？所以造成我們後期階段的 ESRD 病人要透析的無限增加。這些都是事實，所以麻煩黃理事長這邊交班給吳理事長時，麻煩把這些指標能夠做到位，好不好？一切拜託。今天可能這個提案，有 2 位代表要發言後再做決議，先請林醫師，然後再張醫師。

林元灝代表

我要問的是，剛剛署長在意的是透析數字太低嗎？

主席

不是，透析病人一直增加。

林元灝代表

不是，我說腎臟移植，透析病人換腎的數字太低，對不對？

主席

是。

林元灝代表

那你要知道說我們 donor 很少。

主席

對。

林元灝代表

我們腎臟科醫師去那裡生 donor 出來。

主席

理解。

林元灝代表

要去那裡找 donor。

主席

不是，我相信署長也不是叫你們去找捐贈者，是要讓病人知道他有(親屬間移植)這選項。

林元灝代表

當然絕對有，絕對有。

主席

沒有大愛腎臟，可能也是有其他活體的機會，但是也要病人去努力，對不對？我相信署長的意思並非去怪罪腎臟醫師，這是大家要一起努力推動。

林元灝代表

我可不可以提一個意見？實際上，這是整體的規劃，絕對不是健保署，也絕對不是腎臟醫學會單一的責任，因為牽涉到捐腎人的意願。所以我覺得說除了我們的社保司之外，我們很多這些社會的相關機構，都要一起來發動捐腎這個活動。

主席

理解，所以我們有器捐中心也在極力倡議推動，大家也都很盡力，我相信這也非一朝一夕可成。我們也希望跟透析病人關係最密切的腎臟科醫師，甚至能夠像理事長講的提前到 Pre-ESRD 階段讓他知道有這個選項，能不能充分告知而改變，我們也不知道，但是總之努力。另外，透析病人的減少，這個都已經末端了，就是已經準備近期要開始透析，我們更希望往前做，DM 的病人也要減少，DM 的前期代謝症候群也要減少，這樣可以讓病人腎功能惡化速度變慢，或者是不發生。雙邊努力，看能不能改善大家目前面對的問題，不管是資源有限，以及資源一直耗盡的困境。我相信這非一夕之間可以改變的，但請大家多幫幫忙，大家一起努力，每個人都多做一點努力說不定就有幫助了。

林元灝代表

對不起，我再耽誤一些時間，不好意思。因為實際上我們要讓副署長這邊了解，我們腎臟科醫師，以我的例子，我的新病人一進到洗腎室，在床上我碰到他第一面的時候，我的第一個問題就是你有沒有去登記換腎？我們絕對會問這個問題。當然裡面實際上，你也知道我們現在平均年齡是那個 66、67，所以實際上符合適合去換腎的人也沒那麼多，

加上捐腎的人又少。所以實際上他們去登記也不一定排得上。我們當然我們還是盡我的責任說，希望他去登記，因為實際上我有碰過很多是 70 歲就換到腎也有。這些事情我們都會做，我們也會去推廣，絕對沒有問題。那我只是請您放心說，我們腎臟科醫師都不會一直只想把病人留在手上，我們都會先讓他去做比較好的選擇，這是一定，不管是 PD 或者是換腎，我覺得我們都會有責任去做這樣子的推廣，謝謝。

主席

我們也非常的相信大家都在盡力了，但是大家盡力的情況下還是這樣，我看我們要更盡力一點。請張醫師。

張孟源代表

主席、各位代表大家好，我對於加分項目還是非常關心，有加分項目對於洗腎診所還有一般診所都是一種鼓勵。我簡單提出撈資料的方法，一間洗腎室有多少洗腎患者確診新冠，新冠感染率有多少？重複感染率有多少？院內感染率有多少？因為在健保的系統裡面可以抓得到，是比較客觀的，另外，有一些可以用申論，不用數據，就是說在洗腎室感染的病人，洗腎室會採取什麼樣的措施來保護這個病人，保護其他的病人，用書面寫一寫文章，就加分。對於洗腎慢性病人，病人的死亡率真的會比較高，值得大家關心。

主席

好，張醫師的這段發言我們有實錄，通通 pass 給黃理事長要交班給吳理事長，請他通盤考慮，加分也好，修改現有的指標也好，新增新的指標，我們都會非常的支持。但總希望說跳過現在以及對話的這些指標，然後能夠更加的有鑑別度，把這一筆款項能夠重分配到更努力的院所上，讓它發揮原來品質提升獎勵的精神，這部分應該理事長沒有問題，反正您還有一個月就交班，要好好交班，然後把時限跟新理事長報告，包括秘書長也拜託您一併交班與提醒。因為剛剛您也有想法，也應該貢獻出來，對不對？讓新理事長通盤考慮，這樣可以嗎？

黃尚志代表

可以。

主席

好，謝謝。請鄭醫師。

鄭集鴻代表

主席，剛剛主席說署長很重視充分告知。這件事情剛剛理事長也說過，目前的執行方式有一點太慢，就是病人已經開始洗腎再來問他這件事

情意義不大。從我們看附件提出來這個辦法，就是要統計各院所告知的比例，其實也不太容易計算。因為病人開始洗腎到後來長期洗腎的院所，其實有可能轉換的。所以真正我思考一下整個臨床照護的流程上，如果說把這項告知放在病人開始申報 Pre-ESRD 時，比放在這裡可能比較合適，就是說在 Pre-ESRD 的申報項目裡面加入這一項。然後看在什麼時間點，就是一定要有完成，有完成這一項可能會真的會比較落實，而且比較實用，真的有幫助。這是我個人的看法。

主席

好，我們還是回到告知放在那裡最有效且有意義去思考指標。現行 Pre-ESRD 也有要告知的要求這個機制。現在的品保方案裡面又多了診所對於首次透析的病人再告知一次。現在回想起來當然有點為時已晚，會不會有一點形同虛設。而且究竟告知些什麼？如果只回復有沒有告知？是否達到原來的目的？可能時點上也已經晚了，然後再怎麼衛教講大概也沒有(改變)，所以我同意大家去檢討，至於預算應該用在那裡？或者 Pre-ESRD 計畫要如何做處理，讓這件告知動作可以做得更到位、更確實來改變病人的選擇，或者甚至能夠鼓勵親屬之間的捐贈，讓他脫離透析。所以我們都開放讓大家能夠給予建議。由醫師的角度來看這件事情其實應該更專業，你們也長期接觸病人，病人的想法你們也理解，對不對？我相信你們的建議會更加的可信。我相信理事長在做任何的新建議也會考慮到會員的接受程度，所以就一併拜託，交班完整；如果交班不完整，未來在場的幹部就麻煩向新理事長都有責任去補充。各位應該未來都是幹部，你們討論的時候，宋教授應該是吧？點頭，對不對？一定也是很核心的幹部，所以太多人都要負責。好，我們的時限是下一次開會跟下下次會，請干代表。

干文男代表

我剛才問了，理事長有解釋我聽得懂，但是我還是不理解。受檢率我是知道了這個原因，但是不是能夠受檢率再提高，這是一個問題；再來就是說資料沒上傳，這個是為什麼會發生，應該現在的健保署裡面的資料庫都很齊全，為什麼會發生？應該怎麼改進？這是我一直想不通的，請問一下。

主席

請理事長。

黃尚志代表

舊的項目沒有上傳是各個院所自己要負責的事情。新的項目，比方說那個 DM 加 CKD，可能兩邊還沒有核對好，那個可以再忍耐一下。

剛剛在提那個 C 肝那個沒有上傳，那個應該是院所的問題。如果說有什麼困難，應該跟當地的健保署分區就要解決，這個是小事情，但是問題是在這個院所。第二個呢？會有漏網之魚沒有去檢查，可能委員想的很簡單，去補起來，但一定有他的困難，不過我們再次強調說大家很注意這種指標應該達到 100%，他們應該會想辦法再去解決。這個也是，因為患者在他們手上，如果有轉走的，就算到另外一家院我應該也會做，所以應該不是太難的。

主席

請干代表。

干文男代表

我是希望理事長講的百分之百，因為你們在透析醫療，受檢一下就知道有沒有轉陽，一下子就很清楚，所以是希望是能夠達到 100%，因為每一次其實都有這個現象。

黃尚志代表

沒錯，交代一下，包括現在指標每一個項目都應該補齊，這個大概再強調一下就可以了，不僅只有 B 肝、C 肝，很多的指標，會有比較低的要求補齊，想辦法自己院所要去補齊。

主席

好，謝謝干代表非常重視受檢率，其實受檢率是 provider 可以去訂，是最容易控制的。如果是 outcome 的，就看著辦，一翻三瞪眼，對不對？你們就傳上來，所以我相信受檢率的提高，理論上並沒有太大的困難，但是因為所以我們我們建議受檢率從 90%到 95%，讓這個門檻可以稍微再高一點，不過也是供你們參考，現在都不做決定，純粹建議。

林元灝代表

實際上受檢率 95%以上應該會有，為什麼，為什麼會有這樣的差別呢？你們有時候可能會誤以為那個受檢率過高，其實說有一些病人他會有時間差別，譬如說他剛來洗，還來不及，等於說我們在，在申報的時候還來不及把 data 送到，或許有的病人他那個月過世了，那他的 data 也沒有送出來，所以我覺得受檢率的誤差可能會在這裡。這樣的話，我認為我們洗腎室幾乎都有在做，我們沒有遺漏。我們沒有說百分之百，但低於 90%可能不至於。

主席

對，應該不至於。

主席

對呀。

林元灝代表

所以會低於 90 我覺得不可思議，真的不可思議。

主席

所以在這裡你有看到這個 data，對不對？好，所以沒有關係，你們再去想想，如果現在的計算方式，包括時效你們也一併檢討，讓他更能夠真實的反應現實，讓我們也客觀其成，張醫師。

張孟源代表

各位代表大家好，在 Pre-ESRD 早期告知我是很贊成。Pre-ESRD 是一個很漫長的過程，從第 3、第 4 到第 5，到底是在 3B、第 4 期告知還是第 5 期告知？或是做透析前、放導管之前告知，這應該要有一個詳細的規劃及專業配套的措施，謝謝。

主席

對，我覺得這是很專業，所以要交班清楚，溝通時間點在那裡恰當，對不對？當然可以考慮。

宋俊明代表

其實還好啦，就是 Pre-ESRD 目前在 SDM 時的狀況，事實上大部分都是第五期，而且大部分都在 GFR 5-8 中間給的，大概大部分的狀況是這樣，太早不行。

黃尚志代表

這個沒關係，因為大家不要忘記，我們在跟病人的溝通有一種叫做衛教，衛教就是說我單向的告知你。另外一種是 SDM，SDM 是有系統性、有結構性的互動式溝通。所以比較嚴謹的是 SDM，您剛剛講的，宋醫師講的是 SDM 應該放在可能比較後面的地方，前面的衛教，你看第 3 期的衛教、第 4 期及第 5 期都不盡相同，所以我們跟病人的關係是很長的，我們要認定用那一種的話，再決定就好，但是這種告知、衛教，或者是 SDM 的話，應該是要擺在 SDM，因為 SDM 是最好的方法，而且能夠讓他有 choice，有選擇的這種自主性的選擇，這是最好的。

主席

好，最後再拜託，剛剛的都不再重複。有關告知的部分，腎臟醫學會拿出一個比較專業的態度，考量告知的內容及 SDM 時間點，都有主張。時間點以外，是內容要能標準化，而且不是只有告知，能夠書面讓病人帶回去，因為他可能需要有完整的思考時間，而且他的決定也會很慎重。我們希望修正案裡，如果有這一段的描述，而 SDM 的內

容也可以放進計畫裡，變成標準化的內容，這樣大家就能把告知有一致性，即便每個個案告知內容、詳細程度或重點略有差異，但是還是要讓把完整的內容書面讓病人帶回去，這個很重要，到處可以 download 得到也很重要，本案大概就先討論到這裡，今天對本案所有的發言，代表們的意見，都供未來的理事長參考。黃理事長要做好交班，好不好？礙於時間剛剛講過，就不再贅述，接下來第四案。

討論事項-第四案

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。

(業務單位報告)

主席

好，先邀請腎臟醫學會黃理事長。

(黃尚志代表報告)

主席

謝謝理事長，好，報告內容大家有沒有什麼意見？請張醫師。

張孟源代表

主席、各位代表大家好，剛剛提到醫師公會全聯會會補充報告，如何提高初期慢性腎臟病的照護率方面應該是兩方面，一個是照護率提高，一個是品質提高。黃理事長也提到在不同的專業團體會有不同的意見，內科系的專業團體可能會要求資格還有訓練，家醫科或者是耳鼻喉科或者是其他科可能會要求普及率。全聯會遵照本會的決議，已行文六個分區鼓勵大家來做 Early-CKD 計畫，六個分區已經在推動，而且各個專業團體，各個醫療，各個醫學專家團體也在推動，以上。

主席

好，謝謝，這個到目前為止，這裡共有 3 項，已經由腎臟醫學會已經補充了，那最後請我們藥師公會補充。

(社團法人藥師公會全國聯合會 常宏傳理事報告)

主席

好，謝謝藥師公會的常藥師做了一個非常好的報告，真的很不容易，好，各位代表有沒有什麼意見？宋教授，還有理事長。

宋俊明代表

我先，我先來講一下，那個我最近因為取得 DM 醫師資格，開始照顧

很多 DKD 的病人，成大醫院因為剛剛講的那個 VPN 系統有 bug，所以 VPN 上傳有一點點問題，所以但是已經看到了幾個發現說很大的一個問題，他們很多的代謝科醫師，甚至有一些腎臟科的醫師，他的 ACI 也好，你的用量不夠，用得不夠多強，就是說他的事實上他 ARB 的劑量應該是要調到他的一般的你講的這個影響的這個，那當然有一些病人調不上去，但是這個藥物，我覺得藥師可以再參與，就是有一些的，假如說他的血壓還是高的，試試看把劑量做調整到可以保護的作用，可以拉到一定的劑量，這是我個人的想法，提供給大家參考。

黃尚志代表

好，我想做一些最後的 common，從這個學會角度，過去我們從看病醫師單打獨鬥，當然有衛教師有營養師，然後他有跨科，有糖尿病科跟心臟科的加入，有跨領域藥師的加入，那個心理師或者是社工師的加入。現在是整個的團隊的運作，當然團隊的運作那需要的是時間，因為看病的時間會拉很長，loading 就會變成更大。除了這個院方的支持，健保的這個支持以外，我們的要求也希望剛剛常藥師最後提的說給他們一點成長的時間，不要一下子要求太多，他們大概也會壓力太大。同樣的我一直在提這個 SDM 也好，那個 ACBR 也是要有一點時間跟家醫科的安寧共照的醫師或者是護理師，能夠磨合得更好。所以現在臨床講究團隊的話，相對的這個各個團隊跟團隊，或者是各個你的職別的間的磨合反而更重要的。從最近我們醫院，還有我們科參加了幾次的認證、評鑑 JCI 就是非常的重要。最近參加的 JCI 上個禮拜很，很符合那個剛剛副署長提的，有一些指標 update，有些指標要根據新的 guideline 來修改，這個我們都完全，完全都同意，我們那邊學習很多。所以署長不要擔心，我們會弄得好好的，而且這個事情會越來越好。因為你看面向越來越廣，越來越細緻，越來越深入，而且大家的那個心都是一樣的，就想把病人把這個體制趕快做好，以上做一點感想，謝謝。

主席

謝謝，謝謝，請問這個代表還有沒有什麼意見？來，請干代表。

干文男代表

請問一下，這個 44 的這個腎臟病人的全人照護，在宅腹膜透析的這個那時候可以完成支付標準，這個哪時候已經有在做，但是那時候有一個啟程，這個是第一個問題。剛才藥師報告得很好，也講得很好，但是我看那個藥師的人數還是很少，效果看起來從這是第幾頁？看起來 113 頁，人數一下子下來到現在已經有 800 多人，好像其實坡度呢

一下子又上去，一下子上去一下子下來太，太多了。

主席

下降約落在 5、6 月，其實是受疫情的影響，現在慢慢恢復。

干文男代表

慢慢恢復，這麼多的這個 CKD 的人，你怎麼樣去照顧？幾個藥師是能夠照顧？以前怕沒有預算，今年健保署有編預算，你們要好好，剛才黃理事長講的非常好，以前是單打獨鬥，現在通通來，通通來要看最後的成果是怎麼樣。如果沒有成果錢都白花的，我是希望說在這方面能夠加強，謝謝。

主席

好，謝謝，那常藥師還有沒有要回應？

社團法人藥師公會全國聯合會 常宏傳理事

其實很感謝干委員在今年有幫我們藥師在 Pre-ESRD 的照護上面有在總額預算上面真的爭取很多，其實我們非常的感動，因為這個整個在執行上面，其實像理事長在醫學中心就很清楚藥師人力的緊繃度並沒有減少，在疫情的時候藥師也是照樣感染，然後所以整個執行上面在疫情的時候真的是有下來。目前就是我們現在積極的一個做法就是我們會開很多次的一個討論會，輔導還沒有執行的，不論是去醫院、醫學中心，以及各個醫療院所有興趣的都儘量能經驗分享，藥師在加入其實在跟醫院系統以及團隊整合上面是一大挑戰，其實是一個全新的局面，跟從前的 ICU 照顧是截然不同的不同。所以像我 11 月就會接受兩家醫院的一個參訪，然後來解決各家醫院細節的問題，我想我們會朝著干委員對我們的期待，然後協助各家醫院有不同的問題，我們來協助，希望明年度能夠持續的一個成長。至於成長的幅度，我當然會希望能夠加速，但是我想要穩穩定定，我們希望的 data 是很乾淨的，而且是可以反應實際狀況，並不是只有增加人數，這是我期待的面向，謝謝。

主席

好，謝謝常藥師代表藥師公會全聯會的回應，好，那我們就回到報 4-4 頁，這三項我們稍微 review 一下，我們也都會繼續列管。首先，安寧的指引要交班給新的理事長，然後 ACP 跟器官捐贈的 SDM，這也一樣，時機或者是剛剛已經談過，就是我們應該在什麼時候介入 SDM 最恰當的，這項剛剛也已經列入就繼續追管。至於居家(血液)透析，我們是可能要有新的支付標準，需要成本分析。剛剛黃理事長是有說這中國醫藥大學附設醫院在做，所以他才有成本分析。但是我們依然

希望腎臟醫學會協助把關，他們提出來的成本是否合理，因為即便是你們不介入，提到本署專家會議時，依然會邀請腎臟醫學會一起來討論，所以希望你們能夠在他們提出來之前幫忙我們，因為你們可能更專業，這個部分只要腎臟醫學會可以提出，我們就會列入排程。剛剛千代表說時程，先要提出來才能夠進來排程。我們如果有提出來就儘量優先處理。

千文男代表

是不是可以訂出一個期限？

主席

腎臟醫學會看什麼時候可以？

黃尚志代表

是(居家)血液透析，不是腹膜透析。

主席

對，(居家)血液透析，腹膜透析本來就居家。好，至於全人照護，就是 DKD 的部分，請大家就是強化收案。剛剛理事長有講的都列為現在的重點，所以這部分再拜託，我們會持續追蹤。至於初期慢性病 Early-CKD 的照顧率提高，剛剛張醫師也有提到說他們都已經在點燈了，日日夜夜都在點，每個假日都在點燈，所以我們也希望這個能夠持續的增加。至於說藥師部分，我們今天聽了常藥師的報告，就理解真的也蠻複雜且非常的專業，剛剛理事長也有回應，其實藥師的加入，相信這個團隊就更堅強。其中醫藥的溝通就相對很重要，因為相對其他科醫師對於腎病的用藥可能不是非常的了解。這個部分，麻煩藥師公會要跟腎臟醫學會這邊能夠提出一個 guideline 或原則建議出來，我們能夠讓非腎臟科醫師的人也理解。要不然這些用藥其實是非常的專業，又有新藥進來，那不是保護胃就是傷腎，這些藥品如何取捨是非常嚴肅的問題。不過另外我也覺得還蠻訝異的，就是說你提到的第 14 張投影片，就是現在用 NSAIDs 裡面，相當於四分之一的病人的 NSAIDs 是來自 OTC，這就更嚴重。因為我們現在在追蹤的都是 NSAIDs 的處方藥，才有所謂的異常名單，然後去 check。但是我們根本沒有 OTC 的資料，而且比例高達四分之一，所以就是現在我們看到的數據可能是低估的，實際上真實的世界還有一部分的病人他的 NSAIDs 來源是來自 OTC，所以這個部分藥師公會就要幫忙一下，對於會員到藥局去自費購買 NSAIDs OTC 的時候如何衛教這件事情，社區藥局要扮演一個關鍵的角色，要不然忽略了就錯失可以停止事情發生的機會的話，那事情就可能非常的嚴重，因為四分之一其實不是少

數，是多數。表示我們民眾到藥局買藥是多麼的方便，而且沒有人衛教。因此藥師公會可以再給一點角色，因為你們自己診斷出來的問題，事實上只能靠你們自己解決。所以這一項，剛剛結論如常藥師說給他們時間，他們會做得更好。我們一定給時間，這個計畫也剛剛開始沒多久，本來就該給時間。我也很感謝常藥師，希望不只是在衝量人數增加，而是真正把品質做出來。所以干代表說希望收案的病人多，藥師多一點。事實上他們訓練出來的藥師是多的，問題是要展開需要一點時間，所以我們在這裡非常感謝藥師公會的努力，還有能夠給我們今天的報告。醫藥的溝通是重要的。好，我們這3項都繼續列管，持續看看未來的成效。好，那我們今天就討論到這裡，抱歉超過5點半了，請問各位有沒有臨時動議？好，沒有，我們今天會議到此，最後非常感謝黃理事長，還有你們的團隊，我們期待順利交班，下次可能黃理事長還會來，我們希望會來，下一次就吳理事長坐在對面。好，非常謝謝大家，今天會議就到這裡，謝謝。