

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 111 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 5 月 18 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路三段 140 號、視
訊會議為 Microsoft Teams 視訊軟體)

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*	梁代表淑政	梁淑政*
吳代表麥斯	吳麥斯*	郭代表咏臻	郭咏臻*
宋代表俊明	宋俊明*	曾代表國憲	曾國憲*
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	楊五常*
邱代表琦皓	邱琦皓*	楊代表孟儒	楊孟儒*
洪代表冠予	洪冠予*	鄒代表繼群	朱益宏(代)*
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*
張代表禹斌	張禹斌	顏代表大翔	顏大翔*
張代表晏晏	張晏晏*	謝代表輝龍	謝輝龍*
張代表鈺民	張鈺民*		

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*、陳燕鈴*、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

黃麗如*、許雅淇*、吳昱嫻*、

何宛青*、顏正婷*、林佩荻*

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
社團法人中華民國藥師公會
全國聯合會
中國醫藥大學附設醫院
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

曾庭俞*

張玉慧*、蔡春玉*、鄭靜蘭*

黃秋錦*、郭慧亮*、楊凱玲*

劉林義、韓佩軒、陳依婕、

洪于淇*、吳秀蘭、宋宛蓁、

劉志鴻、楊庭媽、林其瑩、

邵子川、林其瑩、鄭正義、

楊淑美

高幸蓓、涂奇君、連恆榮、

何小鳳、詹淑存、郭容桂、

陳淑儀、陳惠群

吳少庾*

王宗曦*、吳箴*

李佩耿

朱文玥*

林怡君*、陳懿娟*、莊智雯*

陳祝美*、盧珮茹*

林昱*

梁耀文*、傅明貞*、李怡君*

黃梅珍*、張曉玲*、黃雅蘭*、

葉美伶*、蘇家驊*

李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、

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2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」篩異指標管理機制：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，並續辦腎功能狀態不明者提示事項。
 - (二) 序號3-全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」修訂案，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。
 - (三) 序號4-「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行成果：請中華民國中醫師公會全國聯合會於今(111)年第3次會議報告執行成果。
 - (四) 序號5-「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於今(111)年第3次會議前研擬相關指標。
- 三、有關代表反映基層透析診所取得中央流行疫情指揮中心提供之防疫物資(如：N95口罩、隔離衣)及快篩試劑嚴重不足一節，轉請衛生福利部疾病管制署參考。
- 四、另有關基層診所代表反映疫情期間確診醫師可視訊看診、放寬醫病比、放寬護產人員照護比及發放防疫獎勵金津貼等事項，轉請衛生福利部醫事司參考。

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、於下次會議之業務執行報告增加Pre-ESRD藥師諮詢服務相關辦理情形。

第三案 報告單位：本署醫務管理組

案由：110年第4季門診透析服務點值報告。

決定：

- 一、110年第4季點值確認如下：

項目 年季	浮動點值	平均點值
110年 第4季	0.86047784	0.87064800

- 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。

第四案 報告單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」（下稱「品保方案」）附表之三、專業醫療服務品質指標「C型肝炎抗體陽性慢性透析病人HCV RNA檢查率」及「HCV RNA陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」2項指標「參考值」案。

決定：

- 一、同意修訂「C型肝炎抗體陽性慢性透析病人HCV RNA檢查率」及「HCV RNA陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」2項指標之「參考值」以「最近3年平均值*（1-10%）為下限。」。
- 二、依程序辦理行政作業事宜。

第五案

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：「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明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，請台灣腎臟醫學會研議：

- (一)發展腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。
- (二)腎臟病人推動預立醫療照護諮詢(ACP)。
- (三)慢性腎臟病人多重用藥整合。
- (四)提高初期慢性腎臟病方案照護率。
- (五)提高器官捐贈。
- (六)腎臟病人全人照護及在宅照護模式。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：追蹤透析病人 C 型肝炎之檢驗結果及請透析院所提供後續診療處置案，提請討論。

決議：

- 一、請分區業務組於 3 個月內回復所轄院所輔導回饋之透析 C 型肝炎病人後續醫療處置情形。
- 二、請健保署針對 Early-CKD 及 Pre-ESRD 的病人進行 C 肝檢驗結果追蹤。

第三案

提案單位：中國醫藥大學附設醫院

本署醫務管理組

案由：有關若健保給付「居家血液透析」之運作模式，提請討論。

決議：有關中國醫藥大學附設醫院建議給付「居家血液透析」案，
移請台灣腎臟醫學會審慎評估。。

伍、散會：下午 5 時 02 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 1 次研商議事會議-與會人員發言實錄

主席

理事長、各位代表、醫管組、醫審組還有各分區業務組的同仁，大家午安！因為疫情的關係，今天我們用視訊來召開門診透析預算今年第 2 次研商議事會議。現在是 2:04，已經有半數以上的委員都已經在線上，會議正式開始。因為疫情還是很嚴峻，感謝各位委員都還準時撥冗參加今天的會議，也請大家保持自己的身心健康。好，我們會議就開始。

壹、確認本會前次會議紀錄

主席

首先，請看上一次會議的會議紀錄，從第 1 頁到第 6 頁。請問各位委員對上一次的會議紀錄有沒有什麼問題？因為今天是視訊會議，如果有要發言的委員，麻煩在視訊上操作「舉手」，讓我們知道您有意見要表達。請問上一次的會議紀錄大家有沒有意見？好，到目前為止沒有人舉手，我們會議紀錄就確定。好，接下來我們就請進行上次會議辦理情形追蹤報告。

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，謝謝昱廷。我們今天列管的這個追蹤辦理情形共 5 項，相關辦理情形請問各位委員有沒有什麼意見？好，請宋教授。

宋代表俊明

主席、大家好！序號 1，雖然都已經建置完成，但是事實上後面的追蹤成效以及後續，因為我們最主要是要 NSAIDs 開立在腎功能不佳的病人確實下降，那現就解除列管，好像就沒有一個案子在追蹤 NSAIDs 的使用，還是說在其他的案子有到列管，不然好像解除掉以後就沒有了。

主席

好，謝謝宋教授。沒有錯，您講得非常的正確。我們的追蹤辦理情形，今年的第一季跟去年的第四季比較的話，是有下降 14%，但這樣還有 8,600 人在名單內，就是還是繼續開立 NSAIDs。所以今天如果解除列管，我們就不知道這個

指標有沒有繼續有成效。所以各位委員覺得我們是不是每半年要追蹤 1 次呢？或者是我們每次開會時都追蹤 1 次這個指標，等到讓大家看到在雲端系統提示後，是不是持續能夠讓腎功能不佳的高風險的病人開 NSAIDs 藥品人數能夠持續下降。是不是我們繼續列管？每次會議時都列管，成效部份持續追蹤一段時間再來解除列管，大家有沒有意見？

鄭代表集鴻

贊成。

主席

好，謝謝。還有其他的意見？第 5 項的部份，腎臟醫學會跟藥師公會全聯會不曉得有沒有要補充？腎臟醫學會的代表。

黃代表尚志

請藥師公會補充就可以。

主席

好。藥師公會全聯會有沒有代表？常主任在嗎？好，常主任好像沒有在線上，那腎臟醫學會有沒有要幫常主任這邊說明的？

黃代表尚志

我們沒有特別的討論呢，所以如果常主任可以補充的話，不然就繼續列管，我們下次再提出來。

主席

本案就暫時繼續列管，如果會議當中常主任有回到會議上要做補充的時候，我們就隨時來補充。如果大家沒有意見的話，我們這個第 5 項就做這樣的處理。其他部分辦理情形就確定。接下來是報告事項第二案。

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。謝謝昱廷的報告。針對報告內容，各位代表有沒有什麼意見要提出來的？請干委員發言。

干代表文男

我請教一下，我們在今年的報告的都是重中症洗腎的人比較多，請教一下在這一季洗腎人數有沒有跟上一季，還是去年同一季來比，死亡率有沒有超過多少？報告裡面都看不出來。第二個就是上次會議張孟源醫師提出，現在有 SGLT2i 這個可以防止進入洗腎的藥，我不曉得說現在這個藥有沒有進來，包括它有沒

有經過食藥署檢驗，有沒有個別醫院先進來，我要知道。如果說有的話，如果說還沒有進入健保給付，在私人的給付裡面是不是可以先開始先做實驗，以上，謝謝！

主席

請問干委員，您剛剛說的是那一種藥嗎？

干代表文男

緩解進入洗腎的。

主席

糖尿病的用藥嗎？SGLT2 抑制劑(SGLT2i)嗎？

干代表文男

對，用在還沒有進入洗腎之前。張孟源今天不在，請張孟源再表示一下，昨天跟他聯絡，想說我沒有很清楚，他也很忙，因為目前 COVID-19 的關係他也很忙，是不是請他來說明一下目前的情形。

主席

好。請張孟源醫師。

張代表孟源

主席、各位委員，大家好！干委員你好。其實干委員對於這個問題很專心，也很認真，我覺得讓我們晚輩非常的敬佩。其實這個 SGLT2 這半年內有所謂的 DAPA-CKD 跟 EMPA-REG 都出來了，DAPA-CKD 的話，不但可以延緩進入洗腎，假如早期給的話，大概可以延緩 5 到 8 年進入洗腎，甚至死亡率也可以下降。但是上一次會議有提到，目前主要卡在預算的問題，我們知道干委員是我們健保會的委員，我們其實在專業方面都很了解，就是希望拿最好的藥物給病人治療，但今年總額協商的時候，是不是委員可以幫助腎臟醫學會來提出這個主張，上一次副署長也同樣提到預算的問題。今年總額協商也快要到了，到時候相信要預算才可以給付，目前 SGLT2 的話，早期只有使用在糖尿病，但是在藥品共擬會議，目前已經擴大適應症對於心臟衰竭開始使用。那這一次又擴充到 Jardiance-SGLT2 也可以使用了。所以我相信這是未來的趨勢，但目前就是卡在預算。因為這幾天我要負責中正區及萬華區很多重症的新冠肺炎 case，剛剛又有一個轉到臺大醫院急診室，所以我現在還在努力，從早上一直到現在還在做視訊，真的很不好意思，我想我能夠補充到這，大家一起努力，謝謝！

主席

謝謝張醫師。有關 COVID-19 疫情對透析病人有沒有影響，如增加死亡率，這部分理事長或學會有沒有相關的統計？

張代表孟源

主席，我可以再補充報告一件事情嗎？剛剛主席提到的洗腎的部份在 COVID-19 有沒有什麼重要的事情。我現在在幫助一位洗腎的病人，他過去長期就在台北市聯合醫院洗腎，但是因為目前聯合醫院被作為專責醫院，所以病人被轉到附近的洗腎中心，結果這個病人很不幸的感染 COVID-19，而感染到 COVID-19 的時候，我們知道腎功能比較差，所以說在一般的核心藥局或者衛生藥局也沒有 Molnupuravir，因為腎功能的關係他也不能用 Paxlovid。所以我就拜託他的家屬去聯合醫院的某一個院區去拿，因為該院區又說不接受一般民眾來領這個藥，因為 Paxlovid 是到處都可以領得到，而 Molnupuravir 尤其對洗腎的病人可能只能唯一的選擇，他 eGFR 太低了，這有一個漏洞，因為洗腎的病人，他又不是醫療機構，只是個人，現在變成病人在外面流浪，他既是慢性病也是重大傷病，卻又領不到藥，不知道要怎麼辦？請我們的理事長來幫忙，不然這些市井小民真的很可憐，到處跑，我到現在還沒吃午餐，謝謝大家！

主席

好，謝謝張醫師，理事長這邊有要回應嗎？

黃代表尚志

對於這個個案，我想一定有辦法解決的，所以不予置評了。在 CDC 的會議裡面都有考慮到，自己的病人自己洗，但一旦發稱重症，專責醫院就會收治。剛剛干委員提到透析的病人如果感染的話，死亡率比較高，這是根據國外的報告。我們臺灣的資料說真的我也沒有，我每天都很注意記者會裡說明的死因裡面有沒有標註是不是透析的，可是有些是標註慢性腎病，不曉得有沒有透析的。所以這些資料都要等這波疫情過了以後，我們很誠懇的希望 CDC 也好，加上健保署的資料的話，最後能夠彙整起來做一個臺灣整體或透析也好，CKD 的病人也好，感染 COVID-19 以後的癒後研究跟報告，現在資訊每天都在變，可能也沒辦法回答干委員的問題，要等到全部資料出來以後再看。但相關的對於透析的病人如果感染 COVID-19，學會跟中央指揮中心這邊有很多的討論。

主席

理事長的聲音沒有了。

張代表孟源

我來補充一下。這個並不是個案，而是通案，因為現在一個病人感染到新冠肺炎，醫院也不肯幫他透析，原來的洗腎室也不可以洗，不知道到那裡透析？然後要領藥的話也領不到，到藥局也領不到，醫院也領不到。而我也不知道怎麼辦？謝謝！

主席

好，謝謝！謝謝張醫師。張醫師在反應現在洗腎的病人有可能如果感染 COVID-19，有找不到洗腎的問題。本署也收到臺北業務組反應，臺北業務組的林科長在在線上嗎？好，您是不是也藉此在會議上跟大家說明一下？

臺北業務組林科長怡君

好。報告主席，各位委員大家好！我們臺北業務組今日接獲醫院層級的透析院所在反應，診所端感覺對於感染 COVID 的洗腎病人，有一些部分會建議到醫院這邊來處理，讓他們沒辦法負荷。我們有去看資料，以今年 4 月到 5 月確診的透析病人，診所這邊總共有 780 位，其中有 11% 有挪到醫院層級來洗腎的情形。其實據悉衛生局也有發文給各透析院所，如果是輕症、無症狀的陽性透析患者，還是希望在原院所持續的提供透析治療服務，不要拒絕。這邊也誠懇的呼籲各基層院所能夠盡量來就原病人去提供透析的服務，以上。

主席

好，謝謝林科長。您剛剛講說 780 位是全國還是臺北區？

臺北業務組林科長怡君

我們臺北區基層的透析院所，陽性確診病人有 780 位，其中 11%。

主席

是什麼時候？多少個月內？今年 4 月到 5 月？

臺北業務組林科長怡君

4 月到 5 月中，從 4 月 1 號到 5 月 15 日。

主席

4 月到 5 月就已經有 780 位的洗腎病人是確診 COVID-19，其中有 11% 是轉到醫院去做透析，是這樣嗎？

臺北業務組林科長怡君

是的，是。

主席

好。如果是這樣子的話，11% 是臺北業務組一個確定的數據，這樣的話，表示有一定比例的病人在診所與醫院的透析室之間遊走，病人的權益確實是需要被關注。理事長表示會員這邊是有注意到，我記得 CDC 的會議也有討論本議題，也有要求透析病人確診 COVID-19，原透析醫院或診所要能就地安置在原院所透析，並安排在當天最後一班來透析，最後再做進一步的清消。我不曉得理事長這邊是不是會員之間都有此共識呢？

黃代表尚志

這已經宣導了一段時間，但因為各地的疫情不同，像目前臺北市跟新北市因為它疫情比較嚴重，病人量也比較多，所以如果有轉到醫院去，醫院是沒辦法負荷的。也謝謝很多院所都自己處理。剛剛張醫師或是干委員提到，這個病人的

話他沒辦法開處方箋出去，但是他可以開領藥單，到有 Molnupiravir 的醫院或者是藥局去領藥。CDC 有公告標準的做法，但是可能有一些院所有 follow 到，不是循其的管道，我想這是有辦法解決的。現在我們最主要依每個縣市的病人量，如果太大的時候，到底怎麼樣讓每一個病人都能夠得到很好的照顧，這一點可能是學會要能夠跟 CDC 的政策去執行的。謝謝！

主席

好。吳麥斯副校長舉手，請。

吳代表麥斯

我剛好回答張孟源醫師的問題，Molnupiravir 上個禮拜全臺缺貨，大家都拿不到。我們醫院今天下午才領到藥，所以張醫師，你可能可以趕快跟這個病人講，就像剛剛理事長講的，我們趕快找到有進藥的醫院，因為備藥的地方不是每個醫院都有，您看 CDC 公布的那一家醫院有然後去那邊申請，有固定的流程。上個禮拜拿不到是所有人都拿不到，今天下午才開始進來，這個是以上補充。透析的部分就像理事長講的，理事長已經在上個禮拜禮拜天，就是 2 天前又開了一個全臺灣的一個視訊會議，將近有 800 人參加，很多的透析院所都知道自己的病人盡量自己洗，但是有需要到醫院的，我們整個學會會做最完整的支援，我們會盡全力來幫助我們所有的同仁們，幫助臺灣一起渡過這個難關，以上。

主席

好，謝謝吳副校長麥斯。其實現在因為我們的委員裡面蠻多是透析診所的代表，CDC 指揮中心這邊也已經非常明確的提示，所有的病人能原院所透析，只是改變安排的時段。因為我們分區這邊也依然有接到訊息，就像臺北區 4 月到 5 月中就已經有 780 人 COVID-19 確診，全國可能最起碼也要 3 倍，可能約 1,200 人確診的狀態。但這些病人的健保透析權益是不能受損的。所以還是回到指揮中心的指引，就是能原院所透析。至於病人給藥部分，由診所是可以開單，請病人的家屬去取藥，取藥地點應該是特定的醫院，要協助病人能順利取得藥物，因為確診 5 天內也是用藥的黃金期。拜託各位委員，你們自己的病人要好好的做完整的照護。現在線上還有顏大翔醫師，請。

顏代表大翔

主席、各位前輩，大家好！我是開業醫師，代表基層。我的想法是說 CDC 一個會議就改變本來洗腎病人確診就要住院，輕症跟無症狀就要在成立專責的醫療院所來透析。事實上這個決定事實上剛剛理事長也有報告，就是根本做不到，因為醫院其實也沒有容納量。很快就下另外一個指令，譬如說臺南市衛生局也發函給我們說你們就留在原來的地方洗。對我們來講最大的壓力是說措手不及，再來就是說這麼久時間的疫情，其實都沒有給診所真正的防疫物資。譬如說隔離衣這些東西，N95，幾乎拿到的非常的少。所以我們是覺得說我們是措手不

及。以我來講我診所現在 5 個確診病人，我已經連續兩個禮拜二、四、六晚上都要加班，因為我現在還沒有準備好所有的程序怎麼走，對病人最好，對醫護人員的保護最好。所以變成我每個禮拜二、四、六都要值班幫病人洗腎，因為我們要分艙分流很困難，只有二、四、六晚上可以幫病人透析。就臺南而言我們也組成了一個群組，請衛生局出來當頭，組成那個群組，希望互通一些訊息，事實上前臺南只有安南醫院提供 4 個床位，另有一個診所本來有提供兩個床位，後來嚇到跑掉。為什麼？他的病人抗議說你為什麼洗外面確診的病人？所以事實上把確診的病人留在診所洗，是一個不得不的方式，其實診所端都沒有準備好。但是目前是被趕鴨子上架，大家都很努力做，我們目前也沒有聽到說臺南那裡做得不好產生疫情的大爆發。倒是我要建議的就是說在防疫獎金那一塊，雖然不是這個會議的重點，但是希望是專責的醫療院所透析既然已經做不成，希望是以任何醫療院所包括診所所有做透析治療，都應該給予適度的補助，那診所其實是也是醫療最底端，我們希望我們很認真的做，也可以在這一段疫情有貢獻，也照顧好自己的病人。我覺得這是一個不得不，我們也願意做，但是希望很多的部份能夠照顧到診所所需要的一些物資或者決策上能夠多多考慮到我們的立場，謝謝大家，謝謝！

主席

好，謝謝顏醫師。顏醫師提到大家都有一些倉促，防疫獎金跟防疫物資的部分希望能夠 CDC 這邊能夠給足，我們就請同仁記下來，如果還有對 CDC 的建議，特別是透析病人這一段疫情期間的完整照護所需要的資源都一併記下來，會後再轉給 CDC 疫情指揮中心參考。好，線上還有楊孟儒理事長，請發言。

楊代表孟儒

補充一下吳麥斯副校長講的藥物 Molnupiravir，這個藥今天基層已可以開始拿到藥，流程已經簡化，但是現在仍需跨院領取，無法讓病人自己去領，譬如說我診所的病人，我就到有備 Molnupuravir 的藥局領過來，然後再交給病人。

主席

那很好。

楊代表孟儒

跟張醫師報告一下。有關在臺北分局有 11% 的透析診所的病人無法在原單位透析，仍需去醫院透析，因為確診病人一多起來的時候，基層診所的人力有時候不夠應付，重點在人力問題。第二個就是說很多基層診所的護士他們擔心自己被感染進而傳給有老小的家人。另外，因為物資不夠，譬如說像 N95 口罩、隔離衣及快篩劑，尤其是快篩劑是現階段相當重要的物資，可及早確認確診病人是否轉陰，把隔離床空出來給新確診的病人透析，因為幾乎每天都有病人確診。還好，目前觀察到的透析病人確診，重症的不多，還是以輕症或是沒有症狀為

主。目前最重要的是希望 CDC 能夠適度的給我們一些資源。而健保署是不是也可以考慮在這一段我們洗確診病人能保障點值，基於有幫助緩解醫院急診及住院的壓力。或者是仿照居家照護確診者的模式可以另外申報一些費用。因為照顧確診病患成本增加是相當多，除了防疫物資，光開一個班，就需增加比平常雙倍的人力，可能也要額外找醫師支援，可是當很多醫師確診的時候，可能找不到支援醫師，因此是不是可以允許居隔醫師在家裡做視訊看診，在這個疫情大爆發期間，我覺得這應該要再好好的考慮一下變通方式，以上報告。

主席

好，謝謝楊理事長楊院長的說明。剛剛謝謝你特別提到說藥物的部份現在已經比較簡便了，我也希望基層透析協會可以把這個訊息轉知讓所有的透析診所都理解怎麼樣幫助確診的病人在治療的黃金期趕快取得藥物，否則病人在這個時候會比較無助。至於透析的病人現在原則上輕症為主，還是希望在原來的透析地點繼續透析，這部分也麻煩診所按照指揮中心的指引，盡量讓病人不要到處求助無門，讓他透析的權益能夠保持住。因為這一群病人不比其他的病人，因為如果一段時間沒有透析，可能對生命及健康威脅更大。至於您剛剛特別提到的這段時間的防疫物資的請求，還有防疫的獎金的鼓勵，因為成本增加，本署也記下來，我也有留意到醫事司或者是指揮中心也有相關的議案在討論，我們等到有討論結論後便會轉知大家。至於透析診所的醫師確診找不到支援醫師，這個部分還有防疫物資，我們都一併轉給部裡面的相關單位來討論。因為這個部份都牽涉到法規或者是防疫預算的支用，也不是在我們的會上能夠決議的。那部份我們都一併記錄，然後轉給我們部內相關單位。支援醫師的部份應該轉給醫事司，防疫的部份就轉給指揮中心。至於是不是在總額內要保障點值或者是可以有其他鼓勵，剛剛我們報告裡頭也其實很明顯的提到，我們現在的點值是 0.88。在我們今年的總額也沒有協商其他鼓勵的預算，所以如果直接從原來的這個總額內去做其他勻用的話，平均點值又要再下降。所以這部分我們就先留供參考。至於重症與死亡的統計，剛剛干委員一開始提到這一次 COVID-19 有沒有造成我們的透析的病人死亡率的一些影響，其實會議在後面的品質監測指標裡面，就有看到死亡率，就是透析一年內跟透析一年以上的死亡率。但因為這個死亡率是全死因的死亡率，沒有辦法區分是不是 COVID-19 造成，所以這個部分現在也沒有明確的數據，這可能就像剛剛黃理事長講的，可能要等這波 COVID-19 疫情過後再做資訊串聯，才有辦法去釐清這段時間透析病人的死亡率有多少可能是因為 COVID-19 所造成的死亡，這部分可能也留下來，等日後大家資訊比較完整的時候再來做比對與討論。最後，干委員有提到說治療糖尿病的 SGLT2(抑制劑)是不是能夠提早用在初期腎功能不好的病人？那這塊可能我們要在今年協商明年總額的時候，我們再來努力爭取看看。因為 SGLT2(抑

制劑)這一類的藥物，事實上它的單價是遠比我們原來的 Metformin 高許多，所以如果大量使用的話確實也會排擠到總額的點值，因此我們還是拜託大家腎臟病的照顧要從最早期就要開始來介入，等到 Pre-ESRD 的時候都比較很難恢復。所以我們剛剛的報告裡面，其實也對 Early-CKD 的收案率現在才 21%，而 Early-CKD 的完整追蹤有 65%，但 65% 還有進步的空間。我們今年 3 月還新增一個 CKD 跟 DM 的共同照護計畫，共病 DM 及 CKD 的病人的照護計畫，目的都是要從一開始就要趕快介入，因為如果我們早一點介入，當然腎功能惡化到 Pre-ESRD 的病人就會慢慢的減少。不過我們倒是看到報告內有呈現數據，也謝謝大家，就是我們現在透析病人人數的成長率，在投影片是第 23 張(報 2-13 頁)，現在人數的成長率是 1.3%，相較於幾年前有達到 3% 的成長率，現在人數的成長率是有趨緩，謝謝大家的努力。最後一項就是我請大家留意一下，在報 2-21 頁，因為我們在去年花了很多的力氣，也爭取蠻多的預算在處理藥師諮詢。藥師諮詢現在收案照護的人數，特別 Pre-ESRD 期間的才 3,236 人，所以相對於我們現在在 Pre-ESRD 的病人數是約 10 萬人，這個比例還是太低。也許常主任還沒有進來，是不是我們藥師在現在是 COVID-19 期間，也會有一些影響。但是事實上我們希望邀請藥師對我們病人的藥品的共照服務，能夠對這些病人的病情有所改善的部分，現在還看不太到，因為收案的病人真的非常少，讓我們修正的方案還沒有辦法看到比較積極的效果，這些都是大家要一起努力的地方。請問報告案大家還有沒有其他的意見要提出來？黃理事長，理事長請。

黃代表尚志

對於剛剛提到 DM 跟 CKD 的要擴大層面還有擴大人數，這個我們都有了解。首先，我想藥師照護從去年 10 月底才開始，人數的成長大概開始不會太快，我相信以藥師的積極度，我們有很多 Pre-ESRD 已經在手上了，要轉介是相當簡單，這個數目絕對會成長的，所以再過幾個月，應該開始就有成長。Early-CKD 的擴大層面我們也看糖尿病也相當的積極，他也跟基層也合作，那我們腎臟醫學會也希望說跟糖尿病這邊有更好的合作，所以不論是機構的擴充或是照護人數的擴充以及照護品質的提升，這個是列為我們今年的三大目標，所以我會努力把這個事情做好，下一次再提出一個好的結果出來。

主席

好，謝謝理事長。我也知道我們的基層協會也開了非常多的訓練班，在訓練我們基層的醫師怎麼樣參與這個共照服務，就是 DM 跟 CKD 的共照服務，希望大家團結一下，也幫助我們初期病人的照顧。因為我們只有從越早期介入，才有辦法讓病人數增加得以緩解啦。我們線上楊五常教授舉手，請楊教授。

楊代表五常

是。主席，我楊五常。剛剛基層透析協會楊孟儒理事長有提到，我覺得蠻好的，是說萬一醫生確診，是否可以用視訊醫療來看診，我覺得當然醫院我們現在還沒有達到疫情的高峰，所以一多的時候，如果說真的是醫師本人如果是他確診，但是他是輕症，但是他還有體能，不要說重病了還要賺錢，我想當然不是這個意思。是說他輕症還能看病，為了不要讓醫療能力整個崩解的話，我覺得這個時候可以適度的同意他們用視訊醫療來巡查透析的病人，我相信我們現在一般醫院的門診可以用視訊醫療，所以理論上在透析醫療在特殊狀況下應該是可以考慮的，以上，謝謝！

主席

是，楊教授，謝謝。我知道這也是在特殊的情況之下應該要做一些放寬，但因為這是法規，要多少病人必須要有多少的醫師在現場，因為病人畢竟是在現場。所以我們需要把這個建議轉知醫事司，希望醫事司法規能夠做從寬的解釋。如果可以從寬解釋，我們的視訊診療也是可以配合辦理。所以我們會快速的把您跟楊孟儒理事長的意見都摘錄，轉知給指揮中心跟醫事司。現在是宋教授，請。

宋代表俊明

是。我要提的事實上跟副署長你也商研過，但是從公務的體系上，我要拜託腎臟醫學會，尤其是黃尚志理事長，在跟 CDC 開會，現在他是最方便的，就是包括物資，包括這個可不可以通訊看診，包括是不是趕快把 COVID-19 的 HD 病人加給，是不是能夠分到基層醫療診所，以及拿不到口罩，現在可能是腎臟醫學會跟 CDC 那邊可以更快速的處理，而不是由可能由副署長這一邊可能會稍微會比較慢啦，而且好像權責也不太相符。所以我是認為說應該是從理事長這邊來做。就像我舉個例子就像我們醫院一樣。

主席

理事長要補充。

黃代表尚志

很快。第一個現在 CDC 的那個會議裡面都有提到，除了自己的病人自己洗，人數如果是確診的話，醫事司這邊也是說他這裡用視訊去看，但是他希望找一個人，不一定要腎專，只要是一個醫師在現場能夠 cover 住的話以防那個緊急的狀況，他一樣可以在家裡看。第二個護理師照顧的床數，在一般床如果你人手缺乏的話，也可以放寬到 1 比 6，不是每一個院所都 1 比 6，如果你缺的話也可以放寬到 1 比 6，他不會干涉。確診的病人可以放寬到 1 比 4。防疫物資那時候也都會議中有提到，是由縣市衛生局去負責防疫物資的 supply，不是這個 CDC 也不是健保署，其它防疫的獎金的話醫事司也都有提到，也有考慮到說你照護確診的病人的話，也有防疫的獎勵，這些都有提到。所以我們只要等正式的公文出來以後，如果有問題再回應，其它的再等一下，應該他們很快的會作業的。

主席

好，謝謝黃理事長，事實上我也有看到指揮中心這些討論內容跟會議紀錄。但可能正式的決議還沒有傳達給到大家，所以如同黃理事長所說的，因為黃理事長都有參加指揮中心有關透析議題的會議。我們就雙管齊下，本次會議大家有反應，我們也一樣用公文轉給相關部內的權責單位。腎臟醫學會或者基層透析學會，你們也透過專業團體的管道也向指揮中心提出需求，我想這會更快的能讓所有的透析醫師，還有醫院負責透析的單位可以得到相關的解釋，更能應變。我們線上還有鄭前理事長，請鄭集鴻醫師。

鄭代表集鴻

主席剛剛提到藥師參與 Pre-ESRD 照護計畫，剛剛有提到確實是執行上的困難度蠻高。我們的藥師其實很想做，但是也是覺得執行上要花費很多時間。我想我們是不是可以在下次會議可以增加一個統計數字，目前申報藥師申報的數量，然後可以分醫院端跟基層端，看我們藥師方面執行的情況看怎樣。如果困難度真的高，是不是說可以做一些修正，讓藥師入手可以更方便進入。

主席

好，謝謝鄭院長這邊，你的需求其實我們手上是有這個數據，我請劉專委來跟大家報告一下，來請林義專委。

醫務管理組 劉專門委員林義

跟各位報告一下，我們有區分成層級別來統計，剛剛講的雖然院所有 55 家，其中基層是只有 3 家，其他的 52 家都屬於醫院。醫中是 11 家，區域是 31 家，地區是 10 家。收案的人數，診所 3 家大概只有收案 76 位，3,236 位全部的對象裡面只有 76 位是診所收的。醫中是 1,554 位，區域是 1,273 位，地區是 333，基層就是只有 76 位。所以的確在診所這邊收案的還是相對比較少。不過這個是只有到今年第 1 季的統計，以上。

主席

好，謝謝林義專委。確實，診所要跟藥局的藥師合作，本來就要重新建立管道跟關係還有互動，所以是會花一點時間。事實上，我剛剛跟大家報告是 3,236 人都太少，目前絕大多數(95%以上)都是在醫院收案，由醫院的藥師提供服務。所以診所跟藥局的合作模式還有待所有透析診所的努力。當然也不是每個透析診所都有 Pre-ESRD 的病人，就是有收 Pre-ESRD 病人的診所，特別要把這個與藥局新的互動關係建立起來，讓藥師可以真正介入病人的藥事諮詢，來緩解病人這部分的共病的嚴重性，特別是藥物所產生的，這部分希望大家一起努力，我們持續監測。至於鄭院長剛剛提的這些數據，下一次我們可以放進我們 routine 報告案中。請問大家對於本案還要表示意見的？好，現在線上大家沒有再有表

示意見，我們報告案就討論到這裡。剛剛 summary 的部分請同仁做好紀錄，列入決議事項。接下來報告事項第三案。

報告事項-第三案

案 由：110年第4季門診透析服務點值結算報告。

主席

好，謝謝昱廷。結算報告是去年的第4季，大家看點值也是回到平均點值 0.87。還有專款結算時程以及執行率的部分，大家有沒有意見？好，到目前為止沒有人舉手。如果沒有意見，我們報告事項第三案就確認，接下來報告事項第四案。

報告事項-第四案

案 由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」（下稱「品保方案」）附表之三、專業醫療服務品質指標「C型肝炎抗體陽性慢性透析病人HCV RNA檢查率」及「HCV RNA陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」2項指標「參考值」案。

（業務單位報告）

主席

好，這個是一個修正指標的下限，正向指標負向指標的上下限。好，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們這個報告案就確定了。下面報告事項第五案。

報告事項-第五案

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！所有指標都是報告來監測去年的下半年，去年的下半年。那現在疫情升高是今年的上半年，所以下一次再追蹤今年上半年的時候的資訊就更能夠反應我們這一次疫情可能會不會相關指標受到影響。好，那這個部份的報告大家有沒有意見？好，大家有沒有意見？好，如果沒有意見的話，那這個相關的指標就請大家參閱。那有一些腹膜透析的指標略高於監測值參考值的部份，都跟分母比較小(腹膜透析的人數比較少)，波動比較大有關係。好，那我們這個就洽悉。接下來討論事項第一案。

參、討論事項

討論事項-第一案

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，那這個部份追蹤的部份是腎臟醫學會嘛，那學會這邊有要表示意見嗎？特別一共有六項的部份。有沒有特別要跟大家說明目前的進度？來，請黃理事長。

黃代表尚志

好，謝謝，謝謝昱廷的這個報告。這幾項在這一季裡面我們進展不多啦，雖然有一些的資料的回來，但是這一些資料還沒有做成最後的 final，所以我很抱歉，我今天也沒有什麼特別的 comment，我們會持續的把它弄好。這已經是 5 月了，有 Data 的話就最後再提出來，所以今天我沒有特別的報告。

主席

好，那其它的委員有沒有對這幾項有特別的建議？

黃代表尚志

也是提案。

主席

有沒有要表示意見的？好，現在線上看起來是沒有人舉手。這幾項是國衛院論壇報告的政策建議，當然都是比較大的題目，是需要再審慎的研議。其中第 7 項，在宅照護，今天也有一個提案，是醫院建議的，我們等會兒再聽聽大家的意見。其他的部份就麻煩黃理事長如果有具體的規劃建議，就提到我們本會議上再來大家一起討論，可以嗎？理事長？好，謝謝！我們就進到討論事項第二案。

討論事項-第二案

案由：追蹤透析病人 C 型肝炎之檢驗結果及請透析院所提供後續
診療處置案，提請討論。

(業務單位報告)

主席

好，這是有關我們國家政策要在 2025 年根除 C 肝，其中特別是重症的、領有重大傷病卡透析的病人，如果有 C 肝應該更優先來給他 DAA 的治療。這部分還有一些病人現在是還沒有完成，我們希望能夠把透析病人徹底的追蹤完成。這裡有一部份是沒有檢驗結果的，有一部份是不願意轉介治療。這些到底不願

意的原因是病人根本不適合用藥呢？還是病人不願意被轉介出去？他不習慣？還是什麼樣的原因？我們是需要了解。如果病人是不願意接受，他不願意到醫院陌生的地方，也可以透過本署各業務組的媒合消化系醫師，透過外展的方式來給藥。當然最好的方式是診所就直接給藥，這是最能夠讓病人不需要再做轉介。這部份我們會將名單給分區所屬的醫院或診所，在3個月內回報自己的病人到底是屬於那一類？能不能給他治療？或者是需要協助？必須把這個訊息來在3個月內回應給我們，若是沒有檢驗結果也麻煩趕快協助來上傳。我們希望這群透析的C肝病人能夠徹底的解決。本討論案歡迎大家來表示意見，這樣的一個擬案擬辦有沒有不周嚴的地方？或者是要修改的地方？或者是不適當的地方，都歡迎大家提出來。

臺灣腎臟醫學會張哲銘秘書長

報告主席，我是腎臟醫學秘書長張哲銘醫師。其實健保署已經將開立檢驗跟開立藥物都已經開放權限了，所以我們腎臟醫學會也會盡量鼓勵所有的會員，就算是在診所，也都能夠自己去從事這些檢驗或者是治療。關於到底是不是有一些不願意的或者不適合的，我相信大概是都會難免有這種情形，有的是其實病人已經非常不好，治療不治療對病人已經沒有什麼差別的話，有時候醫師或者是病人家屬都會做這種決定，就是我們不要再去治療，因為狀況已經那樣子了，再好也沒有好到那邊去，這種情形我們現在是有，但是應該屬於少數。不過主席剛才都已經把這些重點都已經 summary 得很好了，重點是健保署現在都已經把檢驗的開立跟處方的開立都已經打開讓腎臟科醫師可以自己在從事，我們會盡量鼓勵會員自己來做。至於最後講到外展，外展其實不是那麼簡單的事情，因為要有醫院的配合，要有檢驗的配合等等，外展的部分我覺得還要另外再討論，並不是我們說鼓勵外展，外展就可以成立得起來，因為要相當多的人跟醫院單位來配合才可以。以上。

主席

好。謝謝！事實上沒有錯，如果腎臟科醫師能夠就地來給藥的話，病人就不需要轉診，也不需要 GI 的醫師外展到診所去給藥，這個都是不得已的不得已，醫師也不願意，病人也不願意動的時候，最後才選擇外展。所以就如同秘書長所說的，我們優先還是鼓勵，因為所有的障礙都排除了，腎臟科醫師既可以開藥，也可以 check 檢驗項目，醫院或透析診所是病人最常去也是最熟悉的地方。但是如果病人是不適合 DAA 治療的，這個資訊也要回饋給我們，我們可以將他們從待治療的名單排除，否則的話這個名單就一直掛著，感覺他沒有接受治療。所以我們希望能夠有很好的過濾，如果病人已經不適合用藥的，因為他可能病情已經很嚴重，再用藥也沒有什麼實質效益的，這個資訊也要回給我們，我們在追蹤的名單內可以去釐清需要治療有效益的治療名單，我們希望追蹤到大家

都能夠給藥治療為止，所以這個部分要麻煩大家。我們這一次的名單大概也會希望診所照顧的醫師可以回饋，不管是檢驗結果，或者是治療效益已經不佳的，這種訊息都要回饋給我們，我們才可以理解說這一群病人中，還有多少病人是需要再協助？或者是能夠再追蹤的。以上做這樣的補充，大家有沒有什麼意見？請宋教授。

宋代表俊明

副署長好以及委員大家好！現在當然我們洗腎這個部份已經做得相當的完善，只是後面要做一個結尾。似乎是署裡或者是部裡都有這個想法要把推到 CKD 的病人，糖尿病的病人，我覺得是有疑問跟障礙，就是非腸胃科的醫師對於開這個藥有部份的障礙，其實開這個藥很簡單，而且又很多網站可以去查那個藥物交互的作用，醫師們不是非常了解。所以我覺得要開放腎臟專科醫師可以開藥給洗腎的病人，把這件事情做好的話，或許腸胃科的醫師可能要有一些研討會教很多的，有一些線上的課程教這些醫師怎麼樣去開 DAA，不要害怕，要注意什麼方式這樣子，以上報告。

主席

好，謝謝！剛剛顏醫師顏大翔醫師好像有舉手是嗎？請。

顏代表大翔

我本來想說這樣的建議是不是成熟，就是我看署方這邊很認真也做了很多統計，但是基層診所對於個別，分類說 A、B、X，或者 RNA-positive 或 Anti-HCA porisitve，這些統計數字到底個別診所是不是有自己診所的資料？如果個別診所沒有資料，特別在資訊的這方面有落差，例如說你問我診所有 A、B、X 到底是不是切實有統計到，有沒有反應到。因為有時候我們就是看 VPN 裡面到底有沒有。以我來講，譬如說我這邊有些病人在 C 肝這一部份 DAA 出現之前，其實有一些病人有做干擾素的治療，但是我們那時候驗 RNA 事實上是都沒有了，但是是不是這些資料都有 Key 到 VPN，因為 VPN 這些資料可能是好幾年前的資料，那時候其實都是叫病人自費，或者是我們幫病人檢驗是都沒有收費是不見得有把資料 Key 到 VPN 上。那我不曉得署方在統計這個資料是不是從 VPN 裡面跟我們看到的資料是一樣，是不是資訊上的統計有落差，那如果真的有落差，當然這個統計資料永遠會統計得沒有那麼完整啦，這是我個人的意見，不曉得跟事實差異多少，謝謝！

主席

好，謝謝！那請連科長來回應一下。

醫審及藥材組連科長恆榮

謝謝宋教授所提出來的意見。我這邊說明一下，這個相關資料因為我們現在是從透析品保款獎勵計畫，就是院所上傳的這一個資料裡面去撈取，也就是在

VPN 內的資料，如果院所沒有完整的上傳資料的話，這個資料確實是會有抓不到的一個情況。我們現在就我們現有抓得到的資料來做一個處理，這是我們優先處理的。但是要強調希望院所未來可能有一些病人的一些治療的情況，或者是檢驗的資料能夠完整的上傳在這個資料系統裡面，到 VPN 這個獎勵計畫裡面，未來我們還是會根據這樣子的一個資料來做後續的統計分析。另外一個部分就是我們會把這一個資料我們會透過分區業務組回饋給醫療院所，所以醫療院所可以拿到這個名單上我們的雲端，比較新的雲端資訊系統裡面，或者是這個院所所有後續針對這個病人有做相關的檢驗，但是沒有向上傳 VPN 裡面，可以再把它補進去。所以我們這個名單確實是針對現在只是大家有上傳資料我們抓得到的名單來做一些處理，以上說明。

主席

好，謝謝！跟大家說明沒有檢驗結果的這一些病人，或者是治療完成的這些資訊，現在我們看到的這些統計表，都是從院所上傳資料統計出來的，當然如果你自己診所都沒有完整上傳，當然也看不到資料。所以有一部分是如果沒有完整上傳，就麻煩要上傳上來；如果病人端的病況不適合用藥的，也麻煩醫師做好評估。最後就是剩下來是適合用藥，也麻煩醫師給藥。因為我們現在這個階段統計在每一個診所或者每一個醫院的病人數都已經很少了，就是等於少數的病人，因為你看起來是兩千多人，事實上如果分散到所有的診所或醫院，其實每個醫院或診所的個案數都不多，就麻煩大家來仔細的檢視這些病人的狀況，資訊弄完整，這一群病人的追蹤就不需要一直掛在上面一直留著。至於剛剛宋教授提的，就是醫師有開這個 DAA 藥物的障礙，確實這個部分學會應該要幫忙。不管 GI 相關的研討會都有，資訊也都一直 release，如果還有醫師有這樣的障礙，是不是請學會這邊不管是基層透析協會或者是台灣腎臟醫學會協助你的會員，能夠做好這個角色，應該學會是責無旁貸的。不曉得兩位理事長可不可以當會員有這樣子問題的時候，可以協助他怎麼樣讓他的能力可以提升來有信心來開 DAA 的藥物。

醫審及藥材組連科長恆榮

主席，我這邊可不可以先補充一下？

主席

好，先請連科長。

醫審及藥材組連科長恆榮

就是有關於教育訓練，其實本署也有請消化西醫學會，然後他們現在有一個 C 型肝炎全口服抗病毒藥物治療 C 型肝炎線上的教育課程，這個可以到消化系醫學會的網站上可以去上課。另外，他們也提供了諮詢的 E-mail，這相關的資料就放在我們健保署的 C 型肝炎全口服新藥專區內，所以如果有相關的問題需要

詢問，其實可以透過這個管道來跟消化西醫學會裡面的專家來做一個詢問，以上說明。

主席

好，謝謝連科長。有關教育訓練以及專業諮詢的部分都已經有管道，如果有不清楚的醫師可以上我們網站的 C 型肝炎專區，就可以獲得資訊，也希望像宋教授所提的，能夠減到最低，畢竟病人都是各個診所或醫院自己的病人。好，請問還有沒有其他的建議？請楊理事長，楊孟儒理事長。

楊代表孟儒

主席，剛才有提到再提升 C 肝病人的治療率，台灣基層透析協會的每個禮拜的週報都有張貼訊息，包括基層診所怎麼申請健保給付流程、如何開藥，也有專人或藥商代表協助開藥的選擇及注意事項，因為現在平均每家醫院大概只有 2~3 個病人左右，其中還包括誠如主席說的，根本就不適合治療，例如肝硬化蠻嚴重的病人，所以剩下應該治療而未治療的並不多，因為辦研討會看似有幫助，我覺得幫忙應不大，倒是個別的輔導會比較好一點。

主席

不管是個別輔導或者是各自去上課，如果有困難的，醫師學會應該要幫忙，我還是要強調就是剩下這些人散在各院所，其實人數都不多，但是這些人究竟狀況如何？我們應該最後一次要把這些病人病況做個評估。我也希望這些人數經過評估之後，如果不適合用藥的，我們就把他拿掉，把他歸類成他不適合用藥，就不需要在我們這 C 肝專案裡持續的再列管。這部分還是透過專業來做評估。這個資訊一定要回饋給我們，我們這一次的名單的 release 還有相關資訊的回饋，我們是希望 3 個月內能夠完成回收結果，我們在下次會議再將結果分享給大家。我們對本專案就能夠做得比較完整的處理。下到每一個醫院或診所，其實人數都很少，但是可能需要一段時間的了解或者是資料的蒐集，希望大家能夠配合。好，線上還有宋教授，請。

宋代表俊明

主席 這個專案事實上已經很不錯了，不知道有沒有計畫推到 Early-CKD 跟 Pre-ESRD。

主席

當然，可是我們現在目標是我們這一群透析的病人，本會議上最主要是透析，對不對？事實上，除了透析的病人以外，所有的 C 肝都要消除。只是我們會提到這個會議上，是因為我們今天這個會上最主要是門診透析的總額，所以透析的病人更是所有病人裡面共病最多，然後病情也比較嚴重的病人，他要審慎用藥；如果有機會讓他消除 C 肝，也許對他病情有幫助，我們也不要漏掉。所

以，這些病人還是很重要的。那其他的 Early-CKD 或者 DM 的病人或者是 Pre-ESRD 的病人也是下一次我們還會持續的做追蹤。好，大家還有沒有意見？來，宋教授。

宋代表俊明

其實提出來說醫師都要去再受教育，事實上就是以後他會接觸到 Early-CKD 跟 Pre-ESRD，以後我們也要做啦。

主席

好，謝謝宋教授。我們這一次的會議是對透析的病人，我們下一次的會議就會開始針對 Pre-ESRD 跟 Early-CKD 的病人是屬於 C 肝的再做下一波的追蹤跟個案管理。好，那這個案子我們是不是就討論到這裡？那我們希望兩位理事長，黃理事長跟楊理事長可以轉知會員，這一次的調查就麻煩三個月內一定要會報，我們會請分區業務組來做這一件事情的追蹤。好，謝謝！那我們這個提案就討論到這裡，接下來第三案。

討論事項-第三案

案由：有關若健保給付「居家血液透析」之運作模式，提請討論。

（業務單位報告）

主席

好，謝謝依婕科長的說明。因為這個案子事實上是由中國醫藥大學附設醫院有正式公文提出，希望本署增加給付項目是「居家血液透析」。我們現在可以在居家的，當然是長期推動的腹膜透析，血液透析的部分現在沒有居家模式。因為血液透析病人畢竟還是占大多數，有 92% 的病人都是血液透析，也將近 9 萬人。所以如果有居家血液透析，當然影響層面會比較大。所以我們優先提到會上討論，因為在場的所有的代表們都是透析主要照顧的醫師。我們報告現在由中國附醫的血液透析科主任郭主任跟大家做報告。那請問郭主任現在在嗎？有，我們線上還有黃副院長，黃秋錦副院長，您好。我們是不是就請中國附醫來跟大家做簡報，開始。

中國附醫血液透析科 郭慧亮主任

（簡報居家血液透析-略）

主席

好，謝謝！我們邀請黃副院長有沒有要補充？

中國附醫 黃秋錦副院長

主席、各位委員大家好！大家都知道我在推這個居家血液透析，就是因為我在國外看到他們的成果非常好，所以覺得我們臺灣有這麼多的透析病人，也希望他們能夠享受這個很棒的透析治療。所以這十年來筆路藍縷，我們逐漸把整個

系統都建立起來，到目前為止病人也是安全的，並沒有病人說因為在家透析然後就產生不幸的事情，所以我覺得現在時間已經成熟了，我設計的這一個 proposal 我不希望再增加健保的負擔，因為我們健保其實已經給我們血液透析病人非常非常多的 support。所以我想到說當初腹膜透析，這個 APD 就是晚上讓病人在家居家腹膜透析剛開始健保局也是讓病人自費，那時候好像一個月要交三千多塊，過了十年以後健保才支付，所以看到香港他們也是這樣的模式，就是機器的租賃這些由病人自己負擔，我覺得這是一個可以讓我們這個好的治療給病人，然後又不增加國家負擔的前提下，我提出這個 proposal，請大家指教。

主席

好，謝謝黃副院長還有郭主任的說明。這個案子我們就歡迎我們的委員們有沒有什麼意見可以提出來。有，請干委員。

干代表文男

好，有聽到。謝謝郭醫師跟黃醫師的這個簡報，做得很好，也很辛苦。我有幾點請教，如果按照現況的這個透析的費用跟這個新的居家用這個透析價錢是差多少？病患要多少？那這個是目前最現實的問題，就是經費上的考慮還有病患的這個環境允不允許，這個是要值得考慮啦，很好的一個計畫啦，我不反對，但是希望說能夠先溝通，因為設備也有很多的問題，還有數字的問題，剛才講了很多你要訓練被保險人，還有其它的設定，主要就是說這個做了這個計畫，如果經費上沒有衝突的話，應該是可以推行的，那推行起來是蠻有誘惑力的，那如果沒有，也可以做一個長遠的規劃，這個比那個現況透析的人方便的太多了，我表示贊同。現在已經在用的人有多少，每一個人的費用一個人補多少，以上幾個問題請解答，謝謝！

主席

好，謝謝！等一下統問統答。那現在線上還有朱益宏朱理事長。好，請，朱理事長。

朱代表益宏

好，謝謝主席。我想目前我覺得中國醫藥大學這邊做得非常好非常出色啦！但是如果要健保全面實施的話，我覺得有幾個可能健保署要考慮一下的，第一個就是說現在是做了剛剛講說 18 個人的經驗，那我們全國洗腎那麼多人，全臺灣這麼多人，到底全面推廣這件事情，現在包括剛剛講到的儀器設備還有電子資料傳輸到底是不是成熟，還是少數的醫院可以做得到，這個事情我覺得健保署可能也要考量。第二個就是說剛剛在最後幾張投影片有提到我們團隊有提到說希望不要增加健保的財務負擔，但是看起來因為健保每一年的總額協商的成長率大概 2%-3%，可能 3% 都達不到，大概 2.5% 左右。洗腎透析的人數大概成長率

大概不到 2%，所以我覺得未來透析總額的成長率要到 2% 其實是相當不容易。現在的點值是 0.88，所以在不增加負擔的狀況之下，所謂不增加健保財務負擔的狀況之下，但是包括訓練的費用、護理師訪視的費用等等這些費用要增加，那就有兩種可能，第一個就是大家點值再稀釋一點，大家點值再下降，然後挪一點經費出來給這個居家透析來使用。第二個，就是說現在在健保給付的 4,100 點或者是 3,600 點左右，如果居家透析，因為它沒有醫療院所的這個 overhead cost，所以給付的點數再降低一點，在裡面支出來一部分，還有可能。不然的話勢必看起來就會健保的財務還是會受到影響。這樣子的財務衝擊，到底健保能承受多少？我覺得這一部分可能健保署在考量要進來的時候，這一部份也要真的慎重的考慮一下。但是我覺得最重要的就是健保署這邊有提供的一些問題，幾個疑點裡面，就是病人在居家透析的時候，如果發生什麼狀況的時候，該怎麼樣去做必要的緊急的處理。因為中國醫藥大學是醫學中心，可能他們的資源比較豐富，但是如果推診所，那特別是病人在晚上，因為透析的時間比較長，如果洗到晚上，診所透析的醫師能不能負擔這樣的緊急狀況？那能不能做立刻的處理，我覺得這個都有待政府要去做考量。我以上補充三點，謝謝！

主席

好，謝謝朱理事長。線上還有沒有委員要表示意見的？兩位理事長有沒有表示意見？黃理事長跟楊理事長。

黃代表尚志

好，主席還有黃副院長，其實在腎臟醫學會的理監事會也有提出來，黃前理事長也在那邊報告過，理監事的話對於這是一個方便的也前瞻，而且真的是把醫療品質勝於現在的傳統的血液透析表示支持。至於財務的衝擊，剛剛黃前理事長也提到說盡量不要增加這個健保的財務負擔，如果不會增加健保的財務負擔，但是病人願意這樣支付的話，從腎臟醫學會的立場是樂觀其成，因為畢竟它是一種治療的選擇，也提供好的品質，在這種新興傳染病出現以後又能夠做到居家，所以我們在腎臟醫學會這邊表示樂觀其成，謝謝！

主席

下面我們請楊理事長。

楊代表孟儒

基本上對於 Home hemodialysis 給病人多一個選擇，當然是好的事情。剛才朱委員有提到的問題也是我們基層醫師會 concern 的事情，譬如說這個病人在宅透析的時候發生緊急事件處理的問題，如果在這個過程當中發生了因操作不慎而造成意外死亡的事件，責任是要歸咎於是負責追蹤的醫師？還是病人或照顧者呢？這也是我們比較關注的事情。

主席

好，謝謝！其他的代表有沒有要表示意見的？張醫師。

張代表孟源

主席、各位委員大家好！其實對於就是說 home hemo-dialysis 是一個選擇，但是我剛剛也聽到那個中國醫藥學院的主任報告得非常的詳細，對於說鈣磷、貧血及存活的改善，我覺得說寄予厚望。但是有一個小小的疑問，就是說臺灣的水質，在北部、南部跟中部水質可能不一樣，南部的水質可能就是硬水或者是它的品質會不會有不同，我知道一般在洗腎室對水的要求非常的高，還會有一個 RO 逆滲透水的處理，但是病人在家裡面的水有辦法處理到說把所有的硬水都軟化，或者是把它的雜質都能去除。這一點可不可以請中國醫藥那邊給我們回答，讓我們更加的安心。謝謝！

主席

好，那線上還有林醫師林元灝醫師，請。

林代表元灝

不好意思，剛剛忘了關麥克風。因為我剛剛是在跟我的那個同仁，我今天請了代班醫師，所以我在跟我的代班醫師講。我現在有一個疑點就是說，因為 home dialysis，我們如果說以健保整體支出不增加的情況下，那勢必會增加家庭支出，我想這個一定跑不掉，因為它這個整個金額會變大，因為包括機器儀器的增加，因為本來一臺機器是可以洗 5 到 6 個病人對不對？等於說一個班，等於說一臺機器可以洗 5 個班到 6 個班嘛，它等於 5 到 6 個病人。但是如果以 home dialysis 的概念來看，假設全部的人都去家裡洗，勢必儀器要增加，6 臺，假設全部都居家，增加 5 臺到 6 臺的費用，那這樣的話如果以健保不增加，那這些勢必要回到病人身上，包括其它的，包括以硬體來講設備那些，統統都是沉重的負擔，會影響到接受 home dialysis 治療的意願。

主席

林醫師，您的聲音越來越模糊。

林代表元灝

對不起，這樣可以嗎？這樣聽得清楚嗎？因為共病又多，等於 CB 的問題也是一個很嚴重的問題，所以變成說在透析當中會產生的幾個問題，一個是掉血壓嘛，一個是產生心率方面的問題，這個族群的平均年齡是 65 歲，容易產生這些問題，尤其是七十幾歲更多。那我比較擔心說在透析當中這些出來的時候，家屬大概沒辦法處理啊，大概沒辦法處理。那醫生會因為這樣我怕，疲於奔命 NB。第二談到支出，每個家庭都會增加，我們假設 80 個病人，80 個病人如果統統都在家透析的話，我告訴你，那些病人費用相當可觀。那我是懷疑，我是懷疑，我們推廣 OK，但是我懷疑這個有多少的人會接受，我也不曉得說因為我們黃

(前)理事長當然他的構想是說應該多少人接受，這樣就比較有意義有效率的推廣，我是這樣的疑問。

主席

林醫師，您的手機是否有問題。

林代表元灝

不好意思。我剛剛在講就是說即便說每天往返透析的交通費用，他們都未必承受得起，更何況是這個機器儀器的負擔，然後加上說每次透析中間所可能會產生的一些併發症，如血壓過低，心律不整會造成病人和家屬的壓力。

主席

林醫師，你的聲音又不行了。我大概知道你的意思，你其實就是在考慮病人能不能支撐，又是長期對不對？財務的部分。好，我們再邀請楊教授楊五常教授。

楊代表五常

楊五常第二次發言。從秋錦副院長還有郭主任他們都提了建議，我個人持比較是贊成，有下面幾個理由。第一，我想以林杰樑教授他個人的經驗就是 Home Hemo-Dialysis 他做了十幾年。第二，以黃院長跟郭主任這邊，這樣做了將近這十年來做了有這麼多成功的個案，只要慎重的選擇，嚴謹的訓練，還有病人好好配合的話，我想這應該不是問題。我覺得最大的考量，就是剛剛有幾位委員所提的不外乎兩個問題，一個是財務的問題，一個是生命健康安全問題。我先講生命健康好了，剛剛講過這幾個病人，而且今天他提出來十幾個個案，有一些做了很多年，甚至有一些做了將近十年了，這是蠻了不起，我知道黃副院長以前過去多年來蠻努力的工作，那但是現在還是客觀數字，所以我相信裡面有很多困難的因素在這裡面，執行可能就比較困難。就是我剛才講的那兩個問題，生命健康安全，第二個就是財務的問題。就生命健康，我覺得只要好好訓練，好好慎重選擇，病人他也知道這個危險性，尤其國人一般個性上都比較被動，他願意自動選擇自己自我 control，然後自我調節這些問題，坦白講一定有他的考量，他已經慎重選擇過了。有時候在這種指標上，沒有錯，病人的生活品質的增加，坦白講，家人的生活品質的減少了，因為家裡面要負責承受的壓力，照顧的壓力來照顧他。但是我相信如果他們願意選擇，那是他們個人的抉擇，我覺得我們沒有必要去替他們去思考這個東西，這個一定要慎重選擇，病患一定要好好選擇，醫院要有一定的水準，那其實大家講了很多都是在於財務面。你剛剛黃副院長提到過，我知道她過去提的這個理念，我以前也跟她提過，你假如說按照現在目前透析的結果，你就把他當，因為現在病人必須要自己在家裡付錢，機器自己承租。那現在黃副院長提到說為了避免增加引起不必要的爭端，然後以免增加國家健保的財務負擔，那一切都按照現況，那如果按照現況的話，你每次透析按照現在大家一起給付，門診不透析，我相信它有排擠這

個醫院或者是排擠診所的效應是有限的，因為今天如果放在醫院跟診所洗腎沒什麼差別，他也是要跟人家 share，只不過他移到那邊去，只有在有能力做 Home Hemo-Dialysis 的人他能夠執行這個工作而已，差別只是差在這裡而已，這是第一個。第二個安排透析處理器，家裡有沒有這種空間等等，這是病人個人的問題，他只要能夠自我解決就好了，那我相信今天在做實驗的這十幾個個案，我相信他們的家境情況都不會太差的啦，因為只有這種情況才可能，有些人住都沒有空間了，怎麼還有空間放洗腎機。第二個還要買機器，所以我相信那個家境也不會太差。那既然有，只不過他因為這樣子他選擇在家裡，結果他必須要掏出錢還另外的付洗腎的費用，我覺得這一點有一點不太合理，所以剛剛黃副院長跟郭主任他們提到的，維持現況，機器什麼都不要考慮，只有負責血液透析的，我覺得這沒有什麼不可以，這是第一個。第二個剛剛有委員提到說訓練的費用，剛剛也提到說如果他在家洗腎，就沒有 overhead 的問題，譬如說醫院裡面你要水電費員工的問題，護理師在監督的問題，如果這樣的話，你就把它還是按照跟一般的透析的費用給付給他，這裡面可能包含了內含了所謂的訓練的費用還有付你遠端監控的費用，這樣就好了，我不曉得是不是我想得太過簡單了，以上，謝謝！

主席

好，謝謝！線上還有鄭集鴻鄭醫師。鄭醫師。

鄭代表集鴻

謝謝主席。關於在宅治療，我認為這是很好的治療，對病人是很好，但是我也是有兩點的顧慮。第一個就是剛剛楊理事長講的，就是成本結構分析的問題，其實我們透析治療最大的成本是來自於護理人員跟醫師，這個應該是占一半以上的支出。那剛剛中國附醫郭主任的報告，他說在不增加健保制度的原則下，它過去的模式概念上是不是說治療在家裡，但是申報的費用還是以目前現在的費用來申報，我個人認為，因為這整個成本結構是完全不一樣的，就是人力支出是大幅減少，那相對增加的方面應該是訓練方面的制度跟監控，我會建議健保方面可能要重新計算一個支付標準，可能是需要這樣。第二個就是安全性，剛剛也是大家提到了，安全性以外就是責任問題。如果說我們允許病患自己在家裡治療，責任歸屬是一個問題。第二個就是說現有的制度是透析的時候醫師要在現場照顧，那如果我們允許病人自己在家裡做，那這個規定就是醫師要在現場照顧這個規定，是不是會被打破？是不是以後不需要再這樣做了？這個也是要再考量的。以上是我個人的意見。

主席

好，謝謝，然後洪教授洪冠予教授。

洪代表冠予

大家好！我是洪冠予。聽完大家報告以後，我有幾點建議。我盡量把它講得比較系統化，可以讓大家了解我的想法。「居家透析」在國外已經做很多年了，這個是一個 fact 國外有很多經驗，與需要解決的模式可以參考。至於可能的 risk 考量，學術上也非常的清楚。所以我會建議在今天開會的三方(專業的醫師跟醫護同仁，健保署就是付費方，以及第三方就是病人)，首先我會請健保署要回答自己的一個立場(statement)問題，就是：「臺灣如果要跟世界要接軌，那我們的定位是臺灣到底，不只是現在，或者是未來都一樣，我們臺灣到底要不要有 Home Dialysis？」這是健保署要回答的價值定位問題。如果臺灣不需要，因為我們的現況包括其他 coverage 都已經夠了，所以不需要 Home Dialysis，當然這個議題就不需要再花時間討論了，因為沒有 payment(沒有支付端)。相反的，如果我們希望要發展這一塊的話，健保署就要做第二件事情，就是請最具經驗的團隊(在本案就是中國醫大)，把整個的流程 patient flow 中間所牽涉的儀器跟人員訓練等等流程細項寫出來，就像我們在訂一個處置的 RBRVS 的概念是一樣的。之後，健保署就可以根據這個流程細項去估算一個可能需要的 payment，就是「你願意付多少錢來買這樣的一個治療方式」。如果說這個方式可能跟現在的洗腎點值一樣，4,000 點或者是 4,000 元類似像這樣，還是要高一點還是要低一點，它總會有一個經過數學計算後的可量化數據(費用)。健保署在規劃這個(費用)的時候需要一個 detail，而這個 detail 就是我們中醫大這一方要提供的。因為有一些細節不可能在剛剛的報告裡面講得非常非常的清楚，總需要一些數字把這個呈現出來，但是最後怎麼轉化成 payment，就需要靠健保署的專業。總結來說，我認為健保署有兩件任務：(一)第一件事情就是定位，「臺灣要不要有 Home Dialysis?」。(二)第二個問題就是，如果要變成 payment 的話，健保署需要那些資料，請提出來。然後請中醫大(申請端)它也有兩件事情要做：(一)第一件事情就是要負責提供健保署估算可能費用所需要的這些 detail 的東西要能夠回答，沒有這個東西健保署是算不出這個錢的。同時，還有一些隱形費用，你要把很多寫出來。比方說：「你醫師訓練需要花費多少錢？」像剛剛有講到說「一個護理師大概訓練幾個小時？」...等等。醫師的定期追蹤處置費用，要不要像腹膜透析一個月回來一次給多少錢?...等等。這些細節要敦請中醫大提供這些 detail，健保署才有辦法算。(二)算完以後中醫大還要做第二件事情。我相信 Home Dialysis 是一個特殊的治療，它不是適用於所有的病人。所以剛剛幾位先進所提出來說的水質、病人環境...等等，這些考量點都是對的。本來這個治療就沒有想跟我們現在傳統的 HD 或者是 PD 來做一個 compete，它就是另一種的 option。這個 option 代表我們台灣有這樣的能力，或者是我們台灣想要發展這樣的一個 modality，這樣的一個治療的方法。如果是這樣的話，那請中醫大做第二件事情，就是你要訂出 criteria，「什麼樣的醫院可以來做這些？」提供這樣

的服務?」，以及「什麼樣的病人適合做這樣的治療?」。目前中醫大是最有經驗的團隊，沒有別人可以訂出來，所以要請中醫大團隊訂出來。中醫大把這個條件訂出來以後，不是直接送給健保署，因為健保署沒有辦法審查。建議把這個資料先得到腎臟醫學會的 endorsement(註: 因為專家在那裡，就應該由那裡來審查)。在我們的腎臟醫學會就可以去召集一個討論。因為專家裡，建議包括醫學中心的、區域醫院的、診所基層的；然後就可以把這件事情做一個討論以後，就會有學會的版本可以出來。然後就可以送到健保署，經費用估算，估計可能的年度費用之後，在提至本會議來做討論共識。最後，我自己做一個 summary，我認為我們要討論在大的層面、在戰略層面，健保署要去回答的兩件事情。第一件事情是「台灣要不要有這樣的一個治療?」 如果要的話，那誰可以提呢? 目前有 pilot study (experience)的也只有中醫大。所以要請中醫大團隊做三件事情，第一件事情就是如果健保署需要那些框框填充題來估算錢，類似早期估算 RBRVS 的過程，副署長是專家。請中醫大提供這些填充題填完之外，還要幫忙訂出一些 criteria，然後提交腎臟醫學會要去 endorse 它，到底是支持，或者是再把它所提出來的條件做某一些修改。在專家同儕得到一些討論共識之後，就可以回到這裡，進行下一次的會議了。下一次會議，我想像中，我們會看到的是中醫大提出來的一些資料(如:病人 criteria)，而且在我們署方這邊，預期也大概大概總體會花多少的費用的概算，而且在法規上是用一個試辦計畫還是用一個什麼樣的方式、或者用獎勵的方式把某一部份的錢框出來。這個財源也只有署方可以做規劃。署方與副署長可以回答最中心的問題:「到底未來 10 年，臺灣要不要出現 Home Dialysis?」這個完成以後，學會與健保署將可以更確認 Home Dialysis 在三級醫療分級醫療裡面的一些可能挑戰與發展機會。所以讓專業的人考量專業的問題，讓 payment 的這一端做這些政策上的一些立論以及它可能的做法，最後我們才可能讓這件事情實現，或者是才有可能有一個可行的方案，那最後在下一次會議的時候，包括消基會代表就可以看說這樣一個做法做得話，大概需要多少錢，用什麼樣的模式，然後大家才有可能形成共識。這是我大概初步的一個想法，再請大家指導，謝謝！

主席

好，謝謝。楊教授，楊五常教授。

楊代表五常

第三次發言。剛剛看洪冠予院長他是臺大 EMBA 畢業的，然後書卷獎，果然不錯，分析得非常條有理，果然是書卷獎。那我想 comment 一下就是如同剛才那個宋俊明教授講的要不要 Home Hemo-Dialysis，要也可以，不要也可以，所以我覺得這種應該不應該納入這個治療，不是應該交給腎臟專業的人來討論比較好嗎? 國家並沒有因為說政策有什麼很大的困難財政上有那麼大的困難，我

覺得讓腎臟醫學會他們專業的人來討論這個要不要做，第一。第二個剛剛講過中國醫大提到說大概 1%，我個人是認為臺灣不可能那麼多的啦，因為臺灣老百姓的個性，還有我們是地狹人稠的，沒有那麼多環境有那麼容易的啦，而且還要病人自己 puncture，我們講病人的品質增加了，家屬的品質下降很多，所以不太容易啊。所以就那麼少數，那我們要不要提供給他更多元化的治療，我覺得可以放鬆，要不然從一開始就把條文訂得那麼麻煩的話，我跟你講這是很難執行的。第三個就財務面，我跟你講剛剛洪教授提到說要去算各種各樣的成本概念要寫不會知道，我比洪院長慢了好幾屆，我也是剛完成 EMBA，我個人是認為這樣的，我們過去健保署跟我們腎臟醫學會光就這個透析的成本分析就吵翻了，吵了好多年。他算他們的，我們算我們的，我告訴你，幾年了從來沒有交集過，都相互不承認，因為每個人心中都有一把不同的量尺，你如果要把這個算準我跟你講很困難的。最簡單的話，如果我們真的要讓它做得話，你就以目前我透析給付就跟你這個給付一樣一次多少錢，你看執行個幾年，一開始病人數不會很多，你大概做了一兩年兩三年以後，看那個情形怎麼樣再重新評估。像這個健保支付給付的標準多少，如果我們真的要做得話，我覺得先開始不要阻力那麼大，你讓它就以現行的支付標準先執行，執行一兩年你可以附但書說一兩年以後重新評估支付的標準，還要看執行的情況有沒有要繼續進行，以上。

主席

好，謝謝！我們線上應該到目前為止沒有有人在舉手了。我們是不是來請中國附醫這邊兩位專家看要不要跟大家做回應，請郭主任。

中國附醫血液透析科 郭慧亮主任

主席、各位委員以及各位代表，大家好！那剛剛大家提出來的問題，我這邊就是綜合來回答。第一個就是有提到就是價錢，病人要自付多少錢的問題。我們目前病人付給廠商這個機器跟 RO 水的租金，每個月為 7,500 塊，另外，病人可能要額外支付就是機器運轉需要的水電支付，我們估計大約是一千多元，這是一個月病人大約總共要承擔一萬元左右的費用。再來就是他每兩個月工程師要去他家裡做一次的機器保養維護，一次的費用是 500 塊錢，如果有額外叫修服務的話，就要另外再支付費用。在這個環境評估的部份，有委員提到說病人家裡是不是適合做？我們在接受病人要訓練之前，就會派員去他家裡看過，所以一定是他的環境適合我們來做這個居家血液透析的病人，我們才會收他來做訓練。再來是病人的部分，病人選擇，雖然我們講得很簡單，就是他有意願要做、身體狀況合適(不超過兩個合併症)的病人我們才願意收他來做訓練，不過實際上，可以接受這個訓練治療的病人，我們預估跟剛剛前面幾位先進講的，應該是不太可能超過 1%，我們臺灣民風比較保守的情況之下，我們在計畫書上面寫 1%，其實我們自己心裡想可能有千分之五的病人是適合做，然後有意願來

做。另外我們在收治病人的時候一定會對他的身體做詳細的評估，如果他的 comorbidity 大於兩項以上，在透析治療過程當中可能會出現危險的病人，我們是絕對不會讓他接受訓練，甚至讓他回家自己執行治療的部分。這樣的居家血液透析治療，剛剛前面有幾位前輩也講得很正確，就是我們提供給病人一個選項，一個更好的治療選項，並不是要全面把現行血液透析改成居家血液透析，所以預期的人員就是可以參加的病人並沒有那麼多。機器跟人員訓練剛才也有幾位前輩提到，我們初期目前只有我們這家醫院在推廣，未來其它的醫療院所如果願意參與居家血液透析的治療的話，我們可以免費的來訓練這些人員，所以臺灣所有的醫療院所如果有意願要推廣居家血液透析治療，我們都可以幫助訓練。最主要的其實這整個治療大家也清楚，最主要的是護理人員的部分，還有要教會病人自己打針、自己裝機、自己做紀錄等等，所以其實最重要的是護理人員。那我們剛剛的 perposal 上面就是希望說能夠派人來我們這邊實地實習 15 次。再來就是緊急處理，因為對病人的選擇我們非常嚴苛，在病人的身體狀況超過兩個 comorbidity，或者是我們在評估的時候根本覺得他不適合的，我們就不會讓他訓練。在訓練過程當中我們發現這個病人有一些我們之前沒有評估到的狀況，我們也會終止訓練，不要讓他回家出問題了才來後續收拾殘局，所以對於病人選擇的部分絕對是非常嚴格。再來前面有前輩問到水質的部份，因為病人在家裡面也裝置了 RO 機，所以 RO 機所產生出來的水我們也是按照學會所訂的標準，絕對是合乎透析標準的水質，這樣的環境之下，我們才會讓病人回家自己透析。所以他在訓練完成之前，我們在他家裡裝機測試，一定是通過所有的水質檢測才會讓病人回家。剛剛有幾位委員提到的，確實病人或者是家庭的支出確實是增加的，因為有機器，有透析機跟 RO 的租金還有水電的費用是增加的。所以在這些費用的支出會增加，在病人我們要收納他的時候都已經跟他說明清楚了，所以所有願意來接受訓練的病人，他們都知道他的負擔是會增加的。至於會不會排擠到其他的透析治療，我們的預期是不會，因為真的可以願意來做，然後身體狀況又合適的病人，真的是不會太多，再加上我們也願意訓練其他醫療院所來參加這樣的居家血液透析治療，所以大家自己的病人如果你們不方便訓練，也可以由我們代訓練完之後交回給各醫療院所自己來追蹤治療，這都是可以的。另外，剛剛前輩們有問到透析醫療場所的設置規定部份，透析執行治療的時候需要有醫師在場，我不曉得提供給各位的資料裡面後面如果有印出來的話，有一份衛生署的回復函，之前的話就在家裡執行透析治療的問題前任的衛生署已經有給大家一個回復，也就是說在家裡治療它並不是一個醫療場所，所以設置標準不用參照醫療院所，所以透析執行的時候也不需要醫師在場，所以這是之前已經有函式說明過。對於病人在家裡自己治療的部分，其實不需要有這個醫師在場，以上是我補充回答的部份。

主席

好，謝謝！那副院長還有要回答嗎？

中國附醫 黃秋錦副院長

我需要再稍微補充一下。就是剛剛他講到在家透析沒有醫師在場，我們在 97 年就已經透過學會給衛生署去函，然後衛生署回答說這個是可以的，因為就像腹膜透析的病人是不是也在家透析，糖尿病的病人可以在家打胰島素，他如果昏倒醫師要負責嗎？不用負責。所以如果是自己治療自己，醫師就沒有那個責任，這是要跟大家講的。當初我們也非常的擔心說病人在家透析，我們當初開始的時候說一定很危險，像大家現在的 concern 都覺得很危險，後來我們到了香港，後來又到澳洲去參訪的時候，問他們都說不會，都沒什麼問題。我們這十年來做下來發現說真的沒有什麼問題，你把病人訓練好，讓病人知道你在監控他的治療，還相當的安全。另外，剛剛有一位委員提到水質，南部的的水質比較不好，會不會有問題？我們現在是有一位南部的病人，他的水質確實是比較不好，所以他的水前置處理要比較常去更換，另外，我們給健保署的申請書裡面也說到，估計 5 到 8 年大概只有 1% 的病人會做，就是剛剛講最大的困難就是你要自己打針，這個是非常大的困難，所以大家不要擔心說所有都回家做 Home HD，願所會大量流失病人，不會有這種事情。因為看全球數據平均也是只有 1% 的病人可以做，我們只是給病人一個更好的選擇。以上是我補充的部分，謝謝大家的指導。如果健保局需要更多的資料，我們都可以提供。剛剛洪教授講的那些資料分析我們大部分都有，所以歡迎健保署再來跟我們要資料，以上，謝謝！

主席

好，謝謝，謝謝副院長還有剛剛郭主任的回應。基本上，大家提的問題是有得到回應。不過在這整個大家質疑的過程，很多都是很專業的。所以我覺得這個案子，現在的起源是中國醫藥大學附設醫院來向本署申請居家血液透析的支付標準，我們也有覺得也檢附了成本分析表，今天開會的資料也有。我們也有提了蠻多的問題請中國附醫再回答。有關於新增支付標準，我們還沒有正式提到我們新增支付標準的專家會議，但透過今天，因為今天我們與會的都是腎臟科的專家，就算我們提到專家會議，也是需要腎臟科的專家來給我們一些指導。所以我們提前在本會議就藉此機會來蒐集大家的意見。看起來學會其實就像洪教授所講的，學會在專業的部份其實是要協助健保署最多。所以我們也是有提到，因為原來的提案是提健保的支付都不要動，所有的成本都轉嫁到病人的身上，所以病人要付蠻多的費用，當然不是每個病人都付得起。相對而言，當所有的成本移到病人端時，病人也願意的時候，是否健保付給醫院的部分還是原來的點數，這也就像洪教授講的，可能要重新再做成本分析。所以這些部分有蠻多的細節不是馬上可以做決定，雖然推估可能只有 1% 的病人，但是不是在有

能力然後病情也適合的病人可以給他一個選擇的機會，另外安全的部份、責任的部份，還有專業上怎麼樣執行，其實腎臟醫學會可能要協助健保署。因為提案也正式向健保署提出，所以謝謝大家今天給了這麼多的意見、問題與建議，不曉得腎臟醫學會黃理事長您還在線上嗎？黃理事長你覺得這個案子我們是不是有必要，我們也是請我們腎臟醫學會再幫我們整體再評估一下？可以嗎？

黃代表尚志

可以，因為給台灣腎臟醫學會的大家再更詳細的看過以後，應該是更有利案子的推展。

主席

是，現在這個部分如果要落入新的正式的支付標準，顯然並不是單一系列項就可以，專業的部分，請腎臟醫學會看是不是能夠也有一個比較完整的評估之後再送給我們，我們再提到支付標準的專家會議，所以今天是初步的討論，我們這個案子就今天會議就交給腎臟醫學會再做評估，這樣子可以嗎？

黃代表尚志

可以。

主席

可以。就麻煩腎臟醫學會，我們今天會議就正式把本案先交出去，有關支付標準的部份，我們就等腎臟醫學會有具體的回應後，再循程序進行。畢竟試辦在中國附醫也已經有蠻長的一段時間，所以學會如果要討論的話，相信也會邀請中國附醫的專家們一起去討論，對吧？如果黃理事長這邊沒有意見的話，我們今天這個案子就暫且先了解到這裡。我們也知道大家所 concern 的部分，請腎臟醫學會協助我們做整體的評估，包括成本的部份也幫我們過濾。如果有一個比較適當的 proposal，再向健保署提出來，我們再來深入的討論要如何的進行。今天是不是可以做這樣的決議？理事長，可以嗎？

黃代表尚志

可以。

主席

可以，好。我們今天現在是 5 點鐘，非常感謝各位專家針對這樣的一個新的給病人多一個在家血液透析的指導跟建議。好，今天就只有這 3 個提案到這裡，請問各位有沒有臨時動議？好，如果沒有的話，那我們就非常感謝今天大家的參與。疫情期間，請大家注意自身的健康，我們今天會議就到這裡，謝謝大家！