

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算

111 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 2 月 23 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	郭代表咏臻	郭咏臻*
吳代表麥斯	陳瑞瑛(代)	曾代表國憲	曾國憲
宋代表俊明	宋俊明*	黃代表尚志	黃尚志
李代表妮真	李妮真*	楊代表五常	楊五常*
林代表元灝	林元灝	楊代表孟儒	楊孟儒
邱代表琦皓	邱琦皓	鄒代表繼群	鄒繼群
洪代表冠予	請 假	蔡代表宗昌	蔡宗昌*
張代表克士	王斯弘(代)	蔡代表明鎮	張鈺民(代)
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
張代表禹斌	公 出	顏代表大翔	顏大翔
張代表晏晏	張晏晏*	謝代表輝龍	謝輝龍*
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、陳淑美
台灣醫院協會	黃麗如*、許雅淇*
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	常宏傳、王郁青*

全國聯合會
本署醫務管理組

游慧真、劉林義、韓佩軒、
陳依婕、洪于淇、劉立麗、
鄭智仁、劉志鴻、劉勁梅、
阮柏叡、林其瑩、鄭正義、
楊淑美
高幸蓓、涂奇君、陳昌志
丁安安、陳惠群
吳少庾
王宗曦*、趙偉翔、吳箴*
李佩耿
陳靜慈
陳懿娟*、莊智雯*
盧珮茹*、張佩萱*
戴婷豫*、林昱*
林純美*、賴阿薪*、洪穰玲*、
梁耀文*、傅明貞*、李怡君*
張曉玲*、黃雅蘭*、蘇家驛*、
葉美伶*
江春桂*、張家綾*

本署高屏業務組
本署東區業務組

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
組

報告單位：本署醫務管理

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4、6、7、8、9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。
- (二) 序號2-C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案：請台灣腎臟醫學會依本署提供名單輔導會員後續處置與轉介。
- (三) 序號3-「腹膜透析追蹤處置費及APD的機器租金費，回溯追扣案」，併報告事項第五案追蹤。
- (四) 序號5-「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明(111)年本會議報告執行成果。
- (五) 序號10-「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」(下稱Pre-ESRD計畫)藥師照護指標定義及說明案，請台灣腎臟醫學會於實施半年後，依病人照護情形，研擬相關指標。

三、序號6「基層透析門診無法參與西醫基層保留款計畫」案，因111年全民健康保險西醫基層品質保證保留款計畫業已公告，請台灣腎臟醫學會於商討112年前開計畫前，提案至中華民國醫師公會全國聯合會，並於本保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議討論。

四、序號8-有關111年「門診透析服務保障項目」之偏鄉認定範圍，同意比照110年認定方式(附件1)。

第二案
組

報告單位：本署醫務管理

案 由：門診透析預算執行概況報告。
決 定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案 由：110 年第 3 季門診透析服務點值報告。

決 定：

一、110 年第 3 季點值確認如下：

年季	項目 浮動點值	平均點值
110 年 第 3 季	0.85914332	0.86943829

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：本署醫務管理組

案 由：111 年門診透析預算四季重分配案。

決 定：

一、依 111 年醫院及西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式，
門診透析服務項目之決定事項略以：自基期減列「腹膜透析
追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該
項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百
萬元自西醫基層門診透析費用減列，減列數按季均分減列。

二、111 年門診透析預算分配比照 110 年分配方式，採「加總
近 3 年西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門同期核
定點數之占率分配」，以 107 年至 109 年各季核定點數推估
111 年預算占率(附件 2-表 1)、111 年度門診透析總額預算
(附件 2-表 2)，並依前述占率重新分配各季預算(附件 2-表
3)。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案 由：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。

決 定：

- 一、依 111 年醫院及西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式，111 年醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」編列預算 15 百萬，其中依門診透析服務項目之決定事項略以，自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列，減列數按季均分減列。
- 二、考量 58028C「全自動腹膜透析機相關費用」業經 109 年第四次共擬會議決議，並於 110 年 3 月 1 日實施，故不另修訂該項支付標準。
- 三、58011C、58017C「腹膜透析追蹤處置費」，修訂重點如下：
 - (一)門診或住院執行院所按實際使用天數申報。
 - (二)修改支付規範註 3 文字為「病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比例扣除腹膜透析未治療天數費用」。
 - (三)新增支付規範註 4「病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報」。
 - (四)為能確實掌握腹膜透析病人治療情形，新增支付規範註 5「申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載」。

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：

一、解除列管案件：

(一) 本署：

1. 研議糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護計畫。
2. 於雲端藥歷提示病人腎功能異常，並持續監控院所對腎功能異常者使用 NSAID 情形，進行院所抽審作業。

(二) 台灣腎臟醫學會：腎臟病相關費用納入健保透析總額。

二、持續追蹤案件：

(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：

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. 慢性腎臟病人多重用藥整合。
4. 提高初期慢性腎臟病方案照護率。
5. 提高器官捐贈。
6. 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：關於健保醫療資訊雲端查詢系統「高風險腎臟病人用藥提示(API)」新增腎功能不明者提示內容及邏輯，提請討論。

決 議：依台灣腎臟醫學會建議照案通過。

伍、散會：下午 4 時 35 分。

陸、與會人員發言實錄如附件 3。

附件 1

111年門診透析保障項目如下：

- 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，前述所稱偏遠地區應依本署公告範圍為主。
 - (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)。

附件 2

**表1、以107年-109年各季核定點數推估111年預算占率
西醫基層**

季別	107 年		108 年		109 年		107-109 年 核定點數小計 $Y=y_1+y_2+y_3$	111 年預算占率 (西醫基層) (a)=$Y_i/\Sigma Y$
	核定點數 (百萬) y_1	占率	核定點數 (百萬) y_2	占率	核定點數 (百萬) y_3	占率		
Q1	4,982	24.56%	5,079	24.25%	5,439	24.66%	15,500	24.493007%
Q2	5,040	24.84%	5,204	24.85%	5,439	24.66%	15,683	24.782281%
Q3	5,079	25.04%	5,316	25.39%	5,593	25.36%	15,989	25.265177%
Q4	5,186	25.56%	5,341	25.51%	5,585	25.32%	16,112	25.459535%
合計	20,287	100.00%	20,940	100.00%	22,057	100.00%	63,284	100%

醫院

季別	107 年		108 年		109 年		107-109 年 核定點數小計 $Z=z_1+z_2+z_3$	111 年預算占率 (醫院) (b)=$Z_i/\Sigma Z$
	核定點數 (百萬) z_1	占率	核定點數 (百萬) z_2	占率	核定點數 (百萬) z_3	占率		
Q1	6,068	24.68%	6,148	24.46%	6,305	24.75%	18,520	24.630378%
Q2	6,128	24.92%	6,273	24.97%	6,305	24.75%	18,706	24.877681%
Q3	6,135	24.95%	6,358	25.30%	6,442	25.28%	18,934	25.180672%
Q4	6,255	25.44%	6,350	25.27%	6,428	25.23%	19,032	25.311269%
合計	24,586	100.00%	25,128	100.00%	25,479	100.00%	75,194	100%

整體

季別	107 年		108 年		109 年		107-109 年 核定點數小計 $X=X_1+X_2+X_3$	111 年預算占率 (c)=$X_i/\Sigma X$
	核定點數 (百萬) X_1	占率	核定點數 (百萬) X_2	占率	核定點數 (百萬) X_3	占率		
Q1	11,050	24.62%	11,227	24.37%	11,744	24.71%	34,021	24.567600%
Q2	11,168	24.89%	11,477	24.91%	11,744	24.71%	34,390	24.834083%
Q3	11,214	24.99%	11,674	25.34%	12,035	25.32%	34,923	25.219291%
Q4	11,441	25.50%	11,691	25.38%	12,012	25.27%	35,144	25.379026%
合計	44,873	100.00%	46,069	100.00%	47,536	100.00%	138,478	100%

註1. 110年2月24日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算110年第1次研商議事會議」決議：110年「門診透析四季預算分配」依加總近3年(106-108年)西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門同期核定點數之占率分配。

註2. 核定點數=核定非浮動點數(M)+腹膜透析追蹤處置費核定點數(P1)+核定浮動點數(P)，核定非浮動點數不含自墊核退。

表二、調整前111年門診透析預算金額

項目	110 年各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)	110 年各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)	「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」移列西醫基層門診透析費用(A0)	「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」移列醫院門診透析費用(B0)	111 年各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)=(A1-A0)×(1+ <u>4.689%</u>)	111 年各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)=(B1-B0)×(1+ <u>2.015%</u>)	111 年各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)=G0+G1
第 1 季	4,576,473,680	5,410,109,069	10,200	1,009,800	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472
第 2 季	4,718,786,630	5,801,050,331	10,200	1,009,800	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205
第 3 季	4,965,619,131	5,664,883,220	10,200	1,009,800	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803
第 4 季	5,126,778,828	5,730,982,973	10,200	1,009,800	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941
合計	19,387,658,269	22,607,025,593	40,800	4,039,200	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

註：

1. 本表自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」預算，按季均分。
2. 111公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)=110告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.689%)。
3. 111公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)=110年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+2.015%)。
4. 111公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)=111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+11年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

表三、調整後111年門診透析預算分配金額

季別	調整前			調整後 B				差距		
	西醫基層 G0	醫院 G1	合計 A3=G0+G1	西醫基層 B1=C1*a	醫院 B2=C2*b	合計 B3=B1+B2	占率	西醫基層 E1=B1-G0	醫院 E2=B2-G1	合計 E3=E1+E2
111Q1	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472	4,971,272,851	5,679,380,088	10,650,652,939	24.566068%	180,218,998	161,287,469	341,506,467
111Q2	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205	5,029,985,935	5,736,404,293	10,766,390,228	24.833020%	89,946,078	-180,507,055	-90,560,977
111Q3	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803	5,127,997,901	5,806,269,281	10,934,267,182	25.220233%	-70,448,433	28,268,812	-42,179,621
111Q4	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941	5,167,446,166	5,836,382,906	11,003,829,072	25.380680%	-199,716,643	-9,049,226	-208,765,869
合計	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421	100.000000%	0	0	0
	C1	C2								

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

黃理事長、各位委員，包括現場跟視訊的委員，其他列席的代表，還有本署醫管組的同仁、分區業務組的同仁，包括線上的同仁，大家午安。今天我們要召開門診透析預算今年第 1 次研商議事會議，現在人數過半，大概有三分之一的委員是在線上，所以現在會議開始。今天有兩位代表有更換，第一位是由臺灣醫院協會推派，原來是羅永達院長，現在更換成謝輝龍院長，今天是視訊參加。另外一位是健保會原來委員蔡明鎮代表，現在更換成張鈺民代表，但他還沒有到現場，我們歡迎這 2 位新代表。現在會議開始。

首先，因為今天是我們今年的第 1 次會議，是新的開始，也會有新的預算，也會遇到新的問題，或者是新的任務，當然本會議也承續去年大家一起努力的結果，對於如何減少透析病人，還有促進用藥安全著力也非常多，也都陸續在進行中；有一些有效益的方案，以及還有努力的空間方案，同時我們也針對透析病人 C 肝治療的部分，這些延續去年的努力，今年也都會再陸續在報告案或者是討論案中一併來商議；有些是侷限於預算沒辦法解決，在新的年度有新的預算，我們就有辦法來解決。所以先感謝大家過去長期一起努力，特別黃理事長帶領台灣腎臟醫學會，大家一起地努力，非常感謝。

壹、確認本會前次會議紀錄

主席

好，現在進入今天的會議，首先，請各位看一下去年的 11 月 17 日的透析預算研商議事會議的會議紀錄，看看有沒有

什麼問題要提出來的。這次會議我們花非常多努力在處理 Pre-ESRD，把 AKD 病人納入收案，然後讓藥師參與照護團隊，這是大家共同努力的。各位委員有沒有意見？線上的委員如果有意見，麻煩你們按「舉手」鍵，我們螢幕上看得到會請各位來發言。好，現在線上也沒有人舉手，好，沒有問題的話，我們會議紀錄就確認。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，這幾項中，我希望先請同仁補充說明序號 2(透析病人 C 肝治療)，以及序號 6(已拿透析品保款的診所能不能再分配西醫基層的品保款)，本署模擬結果在附件三，請林義專委跟大家補充說明。先請昌志說明好嗎？

醫審及藥材組陳昌志技正

序號 2 補充說明，請大家可以請看附件的表格會比較清楚，那我們這邊分析的結果呢，我們最左邊的欄位第一欄的位置，那是我們從去年 12 月的時候去分析的狀況，那目前的這個欄位就是我們用 2 月最新撈到的資料來做，來檢視它目前是不是已經有去做治療，或是已經有上傳了病毒量的結果。那上面的這一大項，就是當初我們在去年年底的時候，看到他病毒量結果是陽性，那我們擷取的病毒量彈性的資料，還有包括院所即時上傳到 VPN 的那一個部分的資料，就除了 ESRD 這個獎勵計畫以外，還有納入其它的可以找得到的資料。那我們就是找病人最近一次的不限四年內，所以有可能我們看到的資料是他比較早年前的資料，因此在

目前這邊呢，會看到說還沒有治療的，就我們從健保紀錄裡面沒有看到有 C 肝新藥紀錄的。有一些透析院所可能認為病人已經治療完成了，那我們資料看到，目前看到他可能還是陽性，那可能透析院所可以把這個已經治療完成的這個病人，他最後檢驗在治療完 12 週的時候，會檢驗病人應該會有陰性的資料，那希望可以傳到 ESRD 這個獎勵計畫裡面，這樣我們就可以確定他已經治療完成，陰性的我們就會列到已治療的這個項目裡面。那下面的第二個大項目呢，是 HCV RNA，在我們去年年底的時候看到，完全都沒有看到結果，連在那個即時上傳方案裡面也沒有看到有人有上傳。那因此在今年，在今年二月的時候重新看，有一部分的人已經有 C 肝新藥治療了，大概有 317 人，那在 RNA 陽性是在今年也有看到有一部分的人有傳它是陽性的資料，那這一部分就是希望院所可以去，透析院所可以提供 C 肝新藥給病人治療，因為我們不限專科，那如果沒有辦法提供的話，也可以協助轉介。那有一部分的人是院所有上傳說病人不願意轉介，那有稍微初步了解可能是因為透析院所一個是他可能比較，他沒有辦法提供 C 肝新藥治療，那病人要轉介的時候，他也不願意去，那這個後續我們再去了解是看有那些院所有這樣的狀況。我們可能可以協調衛生局來跟一些醫院來做外展，類似外展門診這樣的服務，來解決這樣子的問題。那後面的話，在最後的備註欄裡面，就有針對剛剛說的這些分析的項目，我們後續會去採行的方法，以上報告。

主席

好，謝謝昌志，這部分等都報告完之後，我們可以跟各位委員進一步討論，怎麼讓 C 肝病人可以快一點接受治療。另外序號 6 的部分，請看附件三，也請說明。

醫務管理組劉林義專門委員

好，有關基層透析跟西醫基層的品保款，我們模擬試算了幾個表。現在請大家先翻到報 1-10 頁跟 1-11 頁，本署共模擬了 5 個表，表一是 109 年有關西醫基層跟透析診所兩種品保款的核發情形，第一行就是透析診所，109 年透析診所目前有 438 家，符合透析品保款發放的有 340 家，有 98 家沒有拿到透析的品保款。照西醫基層品保款的規定，這 98 家沒有拿到透析品保款就可以參加基層的品保款，所以這 98 家本來就有在西醫基層品保款的核發範圍內。西醫基層的品保款，基層家數總共有 10,280 家，符合核發品保款的有 8,087 家。假如我們把這前面的 340 家已經有拿到透析的品保款，去看看這些診所有沒有符合西醫基層品保款的核發標準。我們計算的結果，340 家裡面有 219 家其實是符合的。於是我們看表二，西醫基層整個核發品保款的比率，西醫基層品保款滿分是 112 分，然後依據分數算完之後再去排序，前 80% 可以領到品保款。也就是說他的最基礎要到 80%，80% 可以領到多少錢呢？平均每一家西醫基層診所大概是可以領到 4 萬 693 元，一直到 100% 可以領到 5 萬 866 元，就是介於這個區間。報 1-11 頁的表三，表示假如 219 家透析診所也加進來的話，對西醫基層品保款分配的影響，可以看到核發金額本來是 80%，本來最少那一個是可以領 40,693 元，假如 219 家透析診所進來，金額就會降到 39,625 元。同理最高的品保款的就從 50,866 元就降為 49,531 元，平均而言每家西醫診所平均領到的品保款因為 219 家透析診所假如加進來的話，整體平均減少 1,252 元。而透析診所平均可以多領到 46,220 元。表四是這 219 家透析診所報西醫基層點數的占率分析，可以看到透析診所中申報西醫基層占那家院所總申報的狀況，屬於西醫基層點數的占率在

10%以內的，這 219 家裡面有 190 家，大概有 87%，其他 13% 占率從 10% 到 50% 的都有。表五的部分我們模擬假如透析診所同時可以領到兩個品保款的話，可以領多少錢？西醫基層品保款剛剛我們講過就可以領 4 萬 6,220 元，再加上原來的透析品保款是 6 萬 2,865 元，平均總和大概是 10 萬 9,085 元，就十萬多元。以上分析報告。

主席

好，謝謝，這都有討論的空間。各位對於追蹤辦理情形有什麼意見？有沒有想要提出來的？顏醫師。

顏代表大翔

主席，我是顏大翔醫師。我們當初在提這個，其實。

主席

第幾題？

顏代表大翔

序號 6，附件三，品質保證保留款，我們是覺得是原則上的問題啦，公平性的問題，因為我們常常強調透析診所在做透析那一塊的成本還有人的配置，其實跟門診是不一樣的，反而要另外配置人，那把我們排除在外，我不曉得那樣的立論基礎在那裡。可能認為說我們已經有領了一筆保留款，所以不應該再領這一筆，可是對我們來講這是原則的問題，我們很認真在做，從統計表是看得到，其實如果我不知道有沒有看錯，這麼說 98 家不符合透析品保款的，現在有的診所都不符合你那個西醫基層的品保款，那是不是代表說透析品質做得好的人，其實門診也做得不錯，我不知道是不是這個意思，我蠻意外的是沒有領到都不能領品保款，好像有點百分之百怪怪的。不過如果這是確實的話，代表我們其實做透析很認真的診所，門診也做得很好，好像不應該是類似一種懲罰，雖然這個情形是很多，我們還是強調說不應該類似這

樣一種片面的結定，其實他沒有讓基層透析協會去參加會議，也沒有讓腎臟醫學會參加會議，他們自己的結定，我覺得這真的不太公平。以上是我的意見，謝謝。

主席

好，謝謝，謝謝顏代表。其他大家的意見？線上的委員，西醫基層的張醫師在嗎？好，這個問題確實我們在會很努力地研究了一下，當然我覺得顏醫師講得也是原則問題，不是錢的問題，可是對西醫基層來講，他們可能考慮得更多一點。剛剛有提到不符透析品保款的 98 家，把他們納入西醫基層品保款去來評比的時候，也沒有前 80%，所以也領不到西醫基層的品保款。但反過來說，已經領了透析品保款的診所，可不可以一起來評，這件事情對西醫基層的代表來講也認為是原則問題，他們認為說已經領了一個品保款，大家都是領 1 份，所以他們也認為是原則問題。也許張醫師等一下來的時候，可以再一起討論。再來就是以金額來講，事實上，現在透析品保款平均每一家有領的，平均領的金額是比較高的，而因為西醫基層家數多，雖然是 80% 西醫基層的診所可以領，但基本上因為分配的人多，所以分配的金額也相對比較少。另外一個觀點，這些透析診所究竟提供西醫基層的服務占總服務的比例是多少？其實也有 2 家是 40%~50%，這比例很高，但有 87% 都是 10% 以下，表示主要業務還是透析服務，有 87% 的院所還是以透析為主要提供的服務，當然也有提供少部分的一般門診。所以這些當然這都是客觀的分析，沒有做價值判斷，也是提供代表們就公平性、原則性或是合理性，大家再斟酌。因為現在沒有西醫基層的代表在場，所以也許大家可以先表示意見，還是希望能夠公平討論，來請林醫師。

林代表元灝

主席，我有跟西醫基層的顏鴻順理事長我有談過，他也贊成我們應該要領取，但是因為有一些西醫基層的人他們會介意說，你們都已經拿這麼多了，那為什麼還要來跟我們搶這一點點？我想這是主要的原因，但是我們如果就以原則來講的話，我都已經開診所了，我這個科也有做，那個科我也有做啊，你不能因為說我有做就不承認我的品質吧？既然你有品質的比較，就應該要給足夠的獎勵，要不然乾脆等於否認我，否定我開診所的意義，對不對？要不然為什麼要弄品質保留款出來，因為我有開，但是好，那當然他也認為說因為比例的關係，所以我們後來有一個共識是說，可不可以用比例的原則，就是好，那我們就用比例來算，不要說有或沒有，而是說用比例來算，來分，這樣可能西醫基層會比較平衡一點。

主席

什麼比例？

林代表元灝

就是量的比例，服務量的占率，我覺得這樣至少有，不會完全被否決掉，我覺得這樣會比較公平。

主席

量是金額還是件數比例？

林代表元灝

金額或件數都可以，就是後面再討論，但是至少可以用一個比例，大家來領取那個比例的數字，我覺得會比較公平，不能說你有領，另外一個就不算，不能這樣講，我覺得這完全不公平。

主席

所以這就是要討論的，因為牽涉到眾人利益，這也是公共財，也是大家共同的，不是單一一個人可以解決或者是決

定，必須要大家都同意。

林代表元灝

所以我提出這樣的意見，想說看大家的想法，因為我覺得說至少我不會被否定說我不應該拿，沒有這個道理。

主席

好，謝謝林代表，還有沒有那一位代表有意見？好，請楊理事長。

楊代表孟儒

我是基層透析協會楊孟儒醫師，呼應剛才林元灝醫師的，在106年以前，透析診所透析品保款及西醫基層品保款都可以領，後來不知道什麼原因就不能領西醫基層品保款，我覺得品質保留款的發放及領取的資格，應回歸它的精神是什麼，精神當然就是你對品質的貢獻對不對？基層透析診所有看一般門診，也參與西醫基層的品質照護計畫，例如糖尿病共同照護方案，對於基層一般的業務也是有貢獻的。完全被摒除在領取西醫基層品保款的資格之外，對於基層透析診所的會員來講，會覺得很不服氣，我們也透過管道，希望與西醫基層執委會做溝通，但他們仍很堅持，但西醫基層那邊有一些有份量的代表，有提出像林元灝醫師說的，可以考慮依某種比例領取西醫基層品保款，也許可以做為參考。

主席

好，謝謝理事長，還有嗎？好，來，請鄭院長。

鄭代表集鴻

主席，雖然我也是在基層，但是今天我是坐在這個位置。

主席

是專家學者。

鄭代表集鴻

我比較不從自身利益考量出發，記得提出這個議題的時候，

其實是建議我們署方，如果就法規面來探討說西醫基層，他們可以做這樣的決議嗎？例如說如果說醫院他有一個醫院總額，醫院有沒有品質保證保留款，如果醫院有，醫院有領品質保留款，也有領我們透析品質保留款，兩邊都可以領，為什麼沒有排除掉嗎？為什麼在診所就會做這樣的排除？做這樣的決議，有沒有違反這個法規釋義，普及性的問題？如果我們這議題被提到法院去訴訟，還是說釋憲，我們就站得住腳嗎？這樣的分配，我是建議說從這一方面來思考，看這樣做做法是不是有瑕疵？

主席

好，對，大家都會從不同的觀點來看這件事情，我覺得還是需要雙方都在場的時候來討論是比較有意義，現在先收錄透析診所代表們對這件事情的意見，請同仁先整理一下，等張醫師到場的時候，是不是將重點讓張醫師知道後，看看西醫基層的代表來表示意見。因為剛剛林醫師有提到有跟顏理事長有談過，可是畢竟他人也不在場，所以我們也很難在還原他原來的意見。這一項大家還有沒有別的意見？請鄭院長。

鄭代表集鴻

主席，我倒是就是有個建議，雖然這是基層相關的議題，我們在場也有醫院的代表，我們理事長也在，還有我們消費代表干委員也在，是不是也聽聽他們的意見？

主席

他們都沒有主動要發表意見，要不然理事長要發表意見嗎？

黃代表尚志

我剛剛綜合一下兩位的講法，兩位講得都很有道理，我們應該從這樣來看，從一個腎臟醫學會的會員，他從事透析品質做很好，先不管錢不錢，我們是應該是贊同，而且肯定；另

外呢，他這樣子的分開從法理面來說，有它的站得住腳的地方。如果說從實務面的話，以學會的立場，是希望診所可以多參與這一些門診的工作，而不要像我常常講的，不要躲在二樓，應該走下來參與，尤其是現在不管 Early CKD、糖尿病、Pre-ESRD，都需要這些腎臟專科醫師參與，所以如果站在學會的立場，從實務面的話，希望他們多參與。如果做得好，從法理面來說，應該可以拿到品質保證保留款，不只是透析的。但如果說會有爭議的話，元灝的講法也不錯，我剛剛沒有想到這一點，如果你的業務占 10%，或者占 20%，你用這樣子再去調整，我說調整沒有說是乘以 20%，這樣也許可以對他有點 compensation，但是不是全部沒有，對基層院所也有一些交代。這個我講了三件事，實務面應該是鼓勵他們做，第二個法理面也許他們應該領，第三個在領的後面可以做一些調整，但是我更要注意的是，為什麼我們透析都沒有領的 20% 的診所是那裡？為什麼連兩邊都拿不到，這是我們的責任，是不是他們有 quality 的問題？我一聽就說還有 20% 連自己的那個都拿不到，這點是我比較 concern，所以我現在有四點建議。

林代表元灝

剛剛理事長提醒我一件事，我記得副署長過去也曾經鼓勵基層透析診所要多看門診，對不對？既然鼓勵多看門診，為什麼又不給獎勵呢？這一點說不過去。所以既然基層被鼓勵多看門診，不要只關在二樓，所以他有看門診，做得好就應該要獎勵，我想這個論點所有人都會同意。我想就是這樣，那我認為說我們應該要領到那個品質保留款，謝謝。

主席

其實我們看目前珍貴的醫療資源是腎臟專科醫師，我們現在看到 ESRD 的病人如此之多，盛行率如此之高，看起來

它是一路往下走，走到 ESRD 對不對？耗費非常多的資源，所以最近我們太多的計畫，不管是 Early CKD、CKD 跟糖尿病的整合計畫或是 Pre-ESRD，都希望及早介入、預防或甚至花很多力氣在討論腎毒性藥物提醒，對不對？這些措施都是希望病人不要惡化到 ESRD，或者是我們不得已進到之後，還希望能夠退場。所以我們花那麼多的努力，那誰更該來做腎臟病的 prevent？當然是腎臟科醫師，所以他們不能只做透析，如果我們腎臟科醫師主力都只做透析，就真的在等病人進到透析，是不是？這樣子是反過來，這不是我們想要的。我想醫師也是希望病人不要最後變嚴重症，對不對？拿到重大傷病卡都是很不得已、很難過的事情，所以怎麼讓病人不要進到 ESRD，當然就是大家共同的責任，所以各位代表應該有發現說，我們有很多的資源都超前佈署，包括學會極力主張的 AKI，也極力在主張邀請藥師加入 Pre-ESRD 照顧團隊，這不都是希望病人不要進到 ESRD？我們也一直在追蹤透析的發生率、新病人數，還有病人增加人數的比例，可不可以趨緩？與其預算花在 ESRD，為什麼不花在預防，不要讓病人進 ESRD？這諸多觀點也是大家的共識，我們也希望透析診所能夠轉一些心力去做前面的預防工作，這是好事。但品保款又是另外一個議題，又是另外一類小總額的分配。當然總額也是有限，它不是可以無限地創造出來，要去思索品保款是怎麼爭取來的，它是經過評核，對不對？是經過各總額自己去爭取，去向專家報告，經過評核，成績好品保款就多，評得差就少一點，對不對？我們透析院所沒經過評核，所以透析品保款總金額是固定的，對不對？所以，這還是有差別的，不管從什麼論點，但還是有差異，設置的初衷還是有差別的。既然還有討論的空間，大家都可提出想法。

好，大家還有沒有意見？付費者代表沒有表示意見？請千代表。

千代表文男

第一個，主席、所有的代表大家午安，我要請問一下，剛才會前我也徵詢了一下，第一個，權責的，你們的這個權責是怎麼算，剛才已經分析說有分等級啦，你們的評分表，我們根本就不知道你們的評分的內容是怎麼樣？再來剛才副座也講，所有的總額都有評核，唯獨透析沒有評核，我看到評核，我剛才聽承辦人說錢是從其他部門來的，就是 4500 萬來的，至於這 4500 萬拿出來是，健保會同意用了，很多錢給這個，是從署運用的基金裡面拿出來，你說要公平不公平，付費者不敢講，但是有一個宗旨，剛才副座講了，品保款本來就是鼓勵要把好的院所，評核表我沒有看到，我就不敢講，我看是不是有一個公平的方式，有那麼多家，但是真正評沒有那麼多家，是有評核的標準，但是這個標準裡面是否公平，應該從裡面來看。如果說要消費者表達，因為你們爭錢的問題，我們不介入啦，謝謝。

主席

對，這個要跟千委員來補充一下，西醫基層品保款的評核的項目現在沒有放在這裡，但西醫基層的品保款有一套評核指標，而透析品保款又是另外一套，指標完全截然不同。透析品保款主要是注重在透析病人檢驗檢查的品質，以病人的透析結果與品質，就是各家院所的透析品質，大家知道我們的透析品質其實是好的，大家努力去爭取，但是其中沒有任何一個指標是減少病人進入透析的指標，這沒有在我們透析的品質指標裡面，如果未來可以，就不同的觀點，門診透析的品保款的指標內容其實還有精進討論的空間，不要只追求透析品質，而是多努力在獎勵院所如何讓病人不要

進到透析。

另外，西醫基層指標一般都是 general 的指標，因為他們的各科太分立了，沒辦法為各科去設立比較精準的品質指標。但是裡面也沒有任何一個指標是「如何防止病人進到透析」，也沒有；所以如果我們認真去想一想透析的品保款這裡，過去討論的也有，透析這個總額是否該繼續存在？或者要回歸各總額？這些環環相扣，更重要的關鍵是確實透析沒有經過評核，跟西醫基層評核結果有好有壞不同。109 年算是評得好，預算就多，但如果評分不好，預算會更少，因為母數就變小。所以，這是有討論的空間，當時西醫基層品保款在設定時，就有一條寫在西醫基層方案內，就是領了透析品保款不能再領西醫基層品保款，這是寫在西醫基層品保款計畫裡面裡面，所以，今天如果要去打破，可能要改這一個條文。如果要改，這個議案也應該提到西醫基層的總額研商議事會議討論，在本會議沒辦法決定，所以這確實為難。我想今天大家對這件事情熱烈地討論，等西醫基層的張孟源代表到場的話，再請他表示意見。不管表示如何意見，今天任何的決議還得提到西醫基層的總額研商會議去討論。好，謝謝，大家等等可以再回頭討論。再看一下 C 肝，剛剛昌志有幫做了分析，我們剛開始追蹤的時候 HCV RNA 檢驗結果陽性有 225 人，這次追蹤結果，其中 22 人(約 10%)已經治療，尚未治療有 87 人，不願意轉介治療的有 28 人，還有 88 人我沒有找到新藥治療紀錄但院所上傳以治療完成。另外，我們上次追蹤沒有 RNA 檢驗結果的有 1,711 人，現在近 20% 已經治療，但還是有不願意治療的人大概有 470 幾位，另外沒有上傳資料的有蠻多，所以不曉得理事長對於這件事情往後的推動，有沒有比較具體的建議？

黃代表尚志

好，我順便講說，其實腎臟醫學會在去年接受很多的挑戰，簡單講最厲害就是 COVID-19，我們現在即將要調查就是透析院所病人，有人確診 COVID-19 康復，有的沒有；再來是打疫苗，第一、二、三劑，有沒有副作用等等，過去我們第一劑有統計，但是第二劑、第三劑目前都還沒有，如果時間一久戰線拉很長，我們就很難，而第一劑因為施打的期間很短，我們比較好做，但這個會做。第三件就是 C 肝的問題，因為我們跟 C 肝辦公室也有一些交流，其實問 C 肝辦的問題，他們回復內容我也不太滿意，因為他們可能也不知道我們的狀況。我想我們學會經過調查可以答得更好，所以主席問我的，我必須要經過腎臟醫學會，我們有一套系統在調查，其實調查完以後，我們也許在下一次我可以再回答。但是呢，對於不打的病人。

主席

不治療的病人。

黃代表尚志

不治療，對不起，這個就跟不打疫苗一樣，我們只能極力勸說，因為對一些院所如果手段比較劇烈一些，他們就不收，不收也不行，因為會吵得很兇，也得不償失。一個院所如果已經 clean，再來一個 C 肝病人，尤其是新病人的話，他必須特別處理，設備外，人力也非常麻煩。所以這部分，腎臟醫學會已經著墨在做宣導，配合肝病學會，也配合國家肝病辦公室的人在努力，四月還會再開一次重要的會議。我想副座問我，就腎臟醫學會的立場，我當然是希望他能夠治療；我們能夠做得，第一是調查，第二是宣導，第三就是知道院所的話，派專門的醫師去跟病人，跟對方的醫師勸導。因為目前是零星，沒有辦法用大宗的，只能個別去勸導。有些病人真的各種理由都有，他說我生命不長，不要浪費國家資

源，他講得也很有道理。有些是說怕副作用，各種理由都有，但是因為畢竟幾百個，分布全國，應該每一家院所不多，我們調查完，以後還是可以再去勸導的，就跟打疫苗一樣，還是有人不打啊。

主席

好，謝謝，因為這裡大概有將近五百位看起來是不願意轉介治療，不願意是醫生不願意還是病人不願意，也許是醫師還沒有動作，或者其實可以鼓勵洗腎醫生直接幫他治療，因為現在都可以跨專科治療，但如果醫師不想治療，或者是取藥有困難沒辦法治療，也要轉介；至於病人不願意轉介的部分，我們現在還有可以請其他 GI 的醫師外展到診所去提供治療，這樣也解決一大部分醫師的問題。看起來這 500 多位是需要有行動方案的，所以沒有治療跟不願意治療的病人加起來現大概五六百個人，我們可以把名單整理出來，分析他們在那裡透析，然後我們行文給台灣腎臟醫學會，趕快啟動，不要一直放著。因為下一次我們的研商議事會是三個月後，時間不等人，可以嗎？

黃代表尚志

可以，如果你們願意把名單給我們，當然義不容辭做下面的工作，否則必須用我們的系統去調查，需要一段時間，如果說可以的話，我們分一分，看是北中南有那幾個院所，請一個負責的大醫院，加上腎臟科及肝膽腸胃科，我相信還是有辦法解決的，這省下很多事情。

主席

是，醫審組的昌志在嗎？可以嗎？

醫審及藥材組陳昌志技正

可以。

主席

我們就趕快把這個資料 release 出去，讓腎臟醫學會來輔導會員，讓病人趕快治療，這樣可以嗎？

醫審及藥材組陳昌志技正

可以。

主席

可以，那就把這些名單，還有另外一種狀況也比較需要再釐清的就是還沒有上傳資料，這部分情況不明的名單也 release 出去好不好？

醫審及藥材組陳昌志技正

OK。

干代表文男

請問一下，RNA 上傳的結果是什麼？未上傳是什麼原因？

主席

就是說 RNA 檢查的結果是陽性還是陰性的。

干代表文男

沒有上傳結果？

主席

對，沒有最近的結果，我們就不知道他是可治療還是不可治療。

干代表文男

對，沒有一個結果？

主席

對，所以還要再去追蹤，還要去檢測 RNA。

干代表文男

他測出來一定有是陰性還是陽性，陽性就要治療，陰性就不用治療，上傳都沒有上傳，什麼話都不能講。

主席

是，所以這個就是不明，所以需要我們的透析診所的醫師來

回復我們，到底病人的目前的狀態是什麼？所以這兩部分要麻煩理事長，好嗎？

黃代表尚志

這個我們來做，我們有我們的管道，可能比較容易做，你們隔得比較遠，我們來做會比較快一點，好不好？

主席

好，我們同時會把給台灣腎臟醫學會的名單也給我們分區業務組知道，大家一起幫忙，看看能不能趕快將這些處理轉介。

黃代表尚志

一網打盡。

主席

對，能夠做到的話，我們透析病人 C 肝的問題就比較容易獲得解決。

黃代表尚志

這個事情應該往前推，就是我們先在 Pre-ESRD 的跟肝膽科也在合作，Pre-ESRD 就開始要找出來就要治療了，因為有一天如果變成透析，去那一家院所，如果是 C 肝不收的話，又會衝突，所以我們要把戰線往前推。現在糖尿病、腎臟病都在做這個事情，我想整個 C 肝辦公室也在跟我們合作推動，如果是可以照這樣的方式，我相信應該會有結果的。

主席

好，我們名單會在會後趕快函送台灣腎臟醫學會，是不是可以請理事長在下一次研商議事會議的時候提出結果，好不好？最後，我們還是請大家看一下序號 1，剛剛宋教授有舉手。

宋代表俊明

我覺得好像它沒有上報的這個有 80 人這個很不可思議，所

以事實上它應該要上報。這方面我想台灣腎臟醫學會能夠勸說，是不是在這一個部分跟品保款趕快綁在一起，因為一直有些人不上報。

主席

跟透析品保款綁在一起。

宋代表俊明

就是我們腎臟醫學會勸說後。

主席

好，謝謝宋教授。其實大家可以看一下附件，還有一種狀況也是不明的，就是說透析院所上傳說這個病人已經治療完成，可是我們的資料看不出他有治療，有 411 人，所以昌志是不是我們資料截取有落差造成的，有 24% 的病人？

醫審及藥材組高幸蓓專門委員

他出去一下接電話，等一下請他再回應，謝謝。

黃代表尚志

也許是以前是用干擾素的 case。

主席

也有可能，這是要釐清的，這裡有四百多位。

黃代表尚志

們想一想用個方法再去做。

主席

好，我們就回到 NSAIDs 的案子，NSAIDs 我們做了太多太多的努力，1 月 19 日跟 26 日分別有摘要區提示及用 API 去提示，這些提示內容我們也討論非常多次，所以目前大家可以看到，如果以序號 1，國字二括弧三，我們用 110 年 12 月跟 9 月比的話，篩選異常的病人下降才 8%，做這麼多的努力在 API 上面提醒，提醒這些醫生們病人已經 3B 到第 5 期，而且最近 3 個月內 NSAID 還開 31 天以上，所以這部

分還是希望專業來輔導，因為本署不能去介入臨床，所以理事長這部分也麻煩，因為我們還會後續繼續監測，上提示訊息後會不會更有幫助，這部分是不是也一併請台灣腎臟醫學會幫忙，好不好？好，昌志進來了，我們來請問你一下，透析上傳資料已為治療完成，但是我們的資料看起來沒有治療，difference 是什麼？

醫審及藥材組陳昌志技正

因為我們看有沒有治療，是依據健保給付 C 肝新藥的紀錄，院所上傳已治療完成，也許是病人真的他當初有感染過，但是他自己體內就把它清除了，就是沒有經過藥物治療也有可能，或是說他曾經自己自費治療，或是過去曾經用干擾素治療過都有可能，那也有可能是他實際上也沒有成功，那病人是主訴說他過去就已經治療完了，這些都有可能，所以我們希望還是要有一個病毒量的結果，那如果現在檢測他最近的病毒量是陰性，那我們就可以確定他是治療成功的，可以用這個病毒量的結果來確認。

主席

好，所以這四百多人的名單還是要給台灣腎臟醫學會，讓他們去追蹤最近一次的檢驗檢查的結果，好不好？這樣我們就可以釐清，如果是理事長剛剛講說用干擾素治療過的，他現在也應該會在結果，請把檢驗結果呈現上傳。好，這幾項是相對重要的，我們就都充分討論了，還有沒有其他意見？

顏醫師。

顏代表大翔

不好意思，我再一點點時間，剛剛的專員提的那個我們覺得是沒有錯，但基層有一個問題是我們不太能夠申報。

主席

不太能夠申報？

顏代表大翔

申報 RNA，我們開會都說可以，C 肝辦公室也說 4 年要驗 1 次，可是我覺得西醫基層，譬如說南區，他們委員會的態度可能不是這樣啊。

主席

什麼意思？

顏代表大翔

我是覺得只要 4 年裡面，我們沒有查到 RNA 的數據，是不是就允許透析診所可以開立檢查另外申報？因為一個要兩千塊，其實如果量多也是一個負擔，我覺得就 C 肝的根除來講，我覺得這個是不是成本應該花，應該讓透析診所可以 4 年內如果查不到。

主席

你現在有困難嗎？

顏代表大翔

變成我們都自費啊，都自費驗啊，自費驗自然會有一點壓力，其它可以驗，我的意思是說是不是有公文到西醫基層總額或什麼，重申說 4 年內只要沒有驗紀錄的病人就應該可以驗，recheck 一下 RNA 可以申報健保，因為我覺得這還是一個阻力，因為這個變成長期間問題。以上報告，謝謝。

主席

好，那個醫審這邊要不要回應一下？

醫審及藥材組陳昌志技正

在 109 年的時候，其實在西醫基層部分也有編列為了擴大 C 肝治療檢驗費用的預算，那這個部分可能醫審這邊補充一下，就是在一般預算裡面有，一般服務裡面有增加預算。

主席

所以不應該有任何的理由認為他需要自費嗎？應該是已經

有預算，本來就應該可以來開立，然後給病人做檢查，那也不限透析診所的醫師，本來也就可以幫忙病人做檢查，這是非常確定的，如果院所有在這個地方有任何的問題的話，再麻煩跟我們分區來反應好不好？好，其它大家有沒有意見？好，如果沒有的話，我們就先討論到這裡。那剛剛那個品保款的部分，我們就暫保留。好，接下來第二案。

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，謝謝報告。各位代表有沒有意見？來請林醫師。

林代表元灝

我們每一年在那個透析預算協商的時候，就是最後總結的這個 1.9%這個數字，我相信明年一定又會被拿出來修理，因為這是最後的結果。

主席

透析人數成長率 1.9%。

林代表元灝

對，可是實際上我們每一年的人數應該不止一萬個，應該一萬一千個，一萬一千個左右，新增人數？

醫務管理組賴昱廷科員

一萬二。

林代表元灝

一萬二，現在已經升到一萬二了。那也就是說，實際上我們的 ESRD，新 case 一直在增加，但是因為死亡率持續升高，所以使得我們結果在下降，那這代表兩個可能，第一個是費用不夠，一個是年齡增加，共病變多，這幾個都是，所以剛

剛委員在這裡，我也請您回去告訴那些委員們，不要用最後這個數字來修理我們，我們不是錢太多了，我們不是錢太多，我們是等於說我們是花費了很多，挽救最後的結果是剩下 1.9% 的人活著，所以這一點很重要好不好？謝謝。

主席

好，謝謝。請理事長。

黃代表尚志

我的看法跟元灝不會是完全一樣，我的看法是其實在整個透析，要看 inflow 跟 outflow，還不要忘掉每年那些透析的病人也會老，也會病，所以這種動態的變化事實上很難去評估，最後增加多少 percent？反正在看我們策略的時候，進來要讓減少，但像現在進來的都很老，所以我們現在看病歷，有些實在是多重共病的，而且生活品質很差的，我們就一開始就不要讓它進來。但這些要很花時間去溝通，說用安寧嗎？沒有那麼簡單，我自己也都有親身經歷過，沒有那麼簡單。再來進來後，如果生活品質是好的，我們好好照顧，如果生活品質差的，我們也是遊說如果真的這樣就走了，人生總是選擇這一途的。所以看起來一進一出的話，其實每一年情況都不太一樣。更糟糕的是這些人洗了二十年、三十年的話，他現在也漸漸病了，他花費也變多，所以好幾個方面進出，還有裡面也都要處理。最簡單的方法能夠讓它移除，就是移植，移植的話，離開透析的 pool 的話是最容易的。所以我看這幾方面，我們都有策略，其實列出那 7 項其實都包括。再來我要問的問題是，我一直覺得 Pre-ESRD 照護率 70% 有上升，但是我還要更好，我就研究過，一定有某些遺漏的，但是不是我們能夠抓得所有的病人，比方說他一下子急腎衰竭，後來就進透析，而這些人是 Pre-ESRD 計畫抓不到的，或者是有一些情形，以我這多年參與經驗，

我還真想找一天下午好好拜會你們，讓我看一看，問題會在那裡？因為 Early CKD 還有一個問題就是說你們是用 ICD-10 或 ICD-9 那些 code 去查？我們在醫院的話，看病人有沒有 Early CKD 是用 eGFR 跟蛋白尿去抓，這會 mismatch？所以我就說找一天來健保署好好來研究一下，我們好好再看這個問題，把這個問題抓出來。還有你要提醒我，我常常事很多就忘掉了。真的把這個找出來，我們常常也在檢討說我們醫院開出去的重大傷病卡裡面，有一些是沒有經過 Pre-ESRD 照顧的，有幾個可能，就是進來太急促了，腎臟科還沒有收案就進透析。有些是 AKI，或是敗血症等等，還沒來得及照顧就開始透析，我就是想要找這一群病人。以前還有文人相輕這個醫師跟那個醫師不好，資訊不互通，現在沒有，現在同一醫院裡面都會相互照會。但還有一些存在奇奇怪怪的狀況，我想把它找出來，這是第一個。第二，那個項（照護率）的統計出來只有這樣子，我也不滿意的，像我們醫院很努力地開到七成到八成，但是總歸（完整照護）只有四成，沒有參加更只有二成，所以這一些都是這幾年的工作裡面想要解決的問題，但是光我們努力也有限的，醫院有限的資料也不能做代表性，所以還是要從資料裡面，這樣半天可能不夠，可能要一天啦。如果說你願意，我可以帶一個比較有經驗的分析師來，大家一起來看，因為都是在為國家做事，把這個解決，我相信成績會更好，這是以上我的看法，謝謝。

主席

好，謝謝理事長。那還有沒有那一位？我們的宋教授還沒有發表意見。

宋代表俊明

是，理事長講得對，但是不能夠用理事長在高醫大，高醫大

已經有嚴格的要求收病人，一定要做好。但事實上在成大醫院，我們很努力地在收案，當然病人的有區域性的不同，我們很努力地，我們也只能夠達到 30%，所以 20%我覺得還說得過去，如果說你沒有很努力，而且沒有像理事長自己的醫院要求這麼嚴格的話，然後所有的這個醫師都同心的話，大概很難。我覺得 30%~40%已經不錯了，那些 20%的話我覺得應該符合。因為有很多的醫師，他 even 發現這個病人不太舒服的時候，他就讓他去做。像以臺南地區這種大醫院大概就有這種情況，所以這個地方我倒是呼籲一下說，20%，個人是覺得稍微跟理事長的意見有點不一樣。那高醫大有更好的這個結果應該是他們互相配合得非常好的結果，這個院方強力的支持跟要求，以上報告。

主席

好，謝謝，謝謝宋教授的指導，其他委員代表們還有沒有意見？來請顏醫師。

顏代表大翔

請問一下那藥師照護，Pre-ESRD 照護那邊，藥師照護，我們有分是藥局還是醫院裡面的藥師？由基層的那個藥局做嗎？

醫務管理組賴昱廷科員

這個部分我補充說明一下，資料是到 110 年 12 月的資料，目前我們分析的結果只有醫院有藥師收案的資料，但我們知道藥局有一些是有收案需要申報，因為分局有反應說在登錄 VPN 資料有些問題在解決，所以我們知道說可能有一些藥局有要收案。

顏代表大翔

因為我有合作的藥局，好像也都還沒收案，所以是不是現在有些狀況還沒有處理？

醫務管理組賴昱廷科員

本署有在輔導院所要登打資料在什麼地方。

主席

好，謝謝顏醫師。還有沒有要表示意見的？來。

藥師公會全聯會常宏傳委員

我講一下，因為藥師照護，這種門診型的藥師服務應該是 Pre-ESRD 創建，也是臺灣第一個，所以在醫院，整個 11 月各家醫院開始執行，包含各大的 center，也都差不多到十二月到一月才完成了資訊，包含各分區的 VPN 對於藥師要加入這個，這一項的服務，其實大家都很不熟悉，包含各個健保分局，也包含醫院的資訊系統，也包含了批價，所以以我們振興醫院來講，我在 setting 整個的一個串接的時候，也花了相當長的一個時間，才讓比較順利。所以社區藥局要再加入的話，可能要麻煩健保署這邊還要多多幫忙，因為光地方的各健保分局可能都不是很了解，藥師到底要登錄那一個畫面都找不到，還有我們的藥師資料要在登錄的時候，常常被 lock 住，還有起訖時間，很多瑣瑣碎碎的問題，包含我們也都在幫忙回答健保署這邊回答問題，因為我們已經完成申報，我們就會幫忙，我們的同儕醫院。另外，AKD 的藥師照護也是另外一件我們申報時非常痛苦的事，就是好不容易做完 Pre-ESRD 的健保申報，結果 AKD 又出來一個更大的難題，它又是不同的路徑，所以目前光行政的一個流程各大 center，大家一步一步走，現在先做完 Pre-ESRD，只要目前我得知的各個 center，只要開始照護的，以我們目前得知一個診一個早上四個小時，一般的藥師都已經做到五到十位的一個病人，所以我看得到申報資料到 12 月有 918 人，其實大家都卯足勁在做，可是 AKD 這個部分還包含跟腎臟科醫師的合作，還有一段，我覺得是還有一段路我

們要溝通。那所以這一塊社區藥局很難的地方，要回復顏委員就是說，很難的地方是光申報的這個行政流程都有一段路，以上說明，謝謝。

主席

好，謝謝常代表，來請理事長。

黃代表尚志

我做一點補充好了，這個 AKD 的 case 光在抓到這些 case，說真的，那個電腦資訊很重要，人判斷很難，那那個院所除了，我去了解，像長庚體系，還有像吳麥斯副校長他們雙和體系有很好的系統，大家都在學，有能力的醫院都在學這個怎麼去找到這些病人，然後才能夠照護。所以要先醫師這邊抓得到，護理的這邊抓得到，然後才會藥師這裡，所以給大家一點時間去摸索，現在跌跌撞撞沒關係，一定會找到好方法，大家互相觀摩互相學習的一個方法。

主席

好，謝謝理事長，還有其他代表要表示意見？好，干委員。

干代表文男

腎臟移植的趨勢，我們(移植數)掉到 2017 年以下，COVID-19 也是有原因，但是去年、前年都還是成長，這些為什麼會降到 341 例，這是第一個；第二個，剛才理事長講照護人數怎麼抓，這個到現在還沒有一個統一的做法，還是一個方法來做，這樣推展好像比較倉促？

黃代表尚志

是不是，這個叫做實務面跟在用(健保資料)倉儲在抓的可能會真的有定義上的落差，這個那裡都一樣。所以我們是希望說找出這個落差，告訴他們說這一群人也許倉儲不應該把他列進來，也許是醫院，醫院不會，醫院你看的都是那種最實際的東西，他會抓就是會抓到，是怕行政面或個人因素

面，我們再去解決這個問題。至於移植，請各位看那個趨勢圖，真的是 COVID-19 出來以後，真的往下降，去年如果三級管制的時候更低。所以我們也在看現在如果 Omicron 可能影響沒有那麼大，看可不可以再有回升？當然現在吳麥斯副校長是移植醫學會的理事長，看看怎麼去推動，再恢復以前。因為從兩年前的資料可以看出來大家都有這個共識，一直往上走，但因為受疫情的影響降下來，現在是怎麼樣再恢復回去，這個可能還要再做一點努力，不過我是抱持著比較樂觀的看法，因為疫情如果影響沒有那麼大，不會住院管制那麼多，床都縮得那麼多，當然沒有什麼好準備的，謝謝。

主席

好，謝謝，那吳麥斯副校長他今天是請那個陳瑞英代表代理，所以他應該不在視訊連線上。大家有沒有其他的意見？首先，我想如林醫師剛剛講的，我們的人數成長率 1.9%，會不會在總額協商有什麼問題？其實透析人數成長在這幾年都差不多維持在 2%左右，可是費用成長率都有 3%以上，對不對？而我們的點值，從最不好的狀況，現在已經到 0.87 了，對不對？預估好像也有 0.87。

林代表元灝

平均不算，我們現在討論浮動點值，平均不能算。

主席

浮動沒有差很多，所以其實我們努力要看透析的人數不要再持續地成長，這件事情是大家共同努力的目標。總額協商應該不只病人數的淨增加，而還要看到更多層面，所以事實也不如林醫師所講的，或者是您很擔心的，至於我想付費者委員也非常理性，這幾年協商的結果也都很理性在看待透析總額。另外理事長說要去拜訪本署同仁(昱廷)，你要趕快

約一個時間好好地研究一下 CKD、Pre-ESRD 跟瘻管這些部分，事實上，我們還有很多的努力空間，所以到底是我們資料的截取有問題，還是有更有效能正確 identify 病人的方法，也是要跟理事長多學習，也請理事長多指導。另外，各總額都受疫情影響，唯獨透析總額影響很少，因為這些人無論疫情多嚴重，也需要定期來透析。但很多 P4P 都受影響，雖然看到收案人數有且持續增加，但是是否定期來照護就有受影響，投影片第 34 張投影片就看到 110 年第二季就受影響了，所以這些預防病人進入尿毒症的衛教計畫，像 Early CKD 或 Pre-ESRD，還要請理事長宣導會員，疫情已經慢慢趨緩，對病人的照護應恢復，要趕快起來進行，讓病人的照顧可以得到更完整的照顧。另外，剛剛有提到新項目藥師照顧及 AKD，AKD 可能也是理事長要去找昱廷討論的，如何去找新病人。藥師照顧現在雖然收案 918 人，可是我想目前 99% 都是醫院在收案，藥局的資料都還沒有進來，但藥師加入也花了成本，我們希望看到結果也是大家共同的期待，所以下一次累積比較多資料時，我們再來觀察藥師加入後有沒有得到更好的結果。最後，請大家看第 23 張投影片，這些病人都是非常重症的病人，因為呼吸器跟透析都 90 天以上，現在有 164 人，如果一年花到 500 萬以上，表示病人真的非常嚴重，不只有呼吸器跟透析的問題，他可能還有很多的問題。原因是什麼呢？因為我們的透析一年平均大概花 63 萬，呼吸器花 79 萬，這兩個共同的話平均醫療費是 142 萬，但額外的費用一定還有更多，像這樣的病人，甚至現在還有 1 位 100 歲以上的，非常地高齡也非常辛苦。這些病人都在醫院，所以理事長如果我們像這樣子的病人，應該怎麼樣讓他好一點，這可能也是倫理、各方面都要研究。所以等下討論案有一項，也請理事長表示意見好不好？

好，我們報告案就到這裡。張醫師來了，我們剛剛有一個提案一直要問您意見，我們也不用重複了吧？不必，好，請。

張代表孟源

主席、各位代表大家好，大家午安。因為我剛剛在臺北市醫師公會開理事會，所以說比較晚到，真的不好意思。我知道剛剛主席有提到的，也有顏大翔醫師、林元灝醫師、鄭集鴻醫師跟宋俊明醫師都有表示意見，我們全聯會已經有彙整給我們。這個問題的話應該已經討論很久了，最重要的是品質保證保留款的話，我想我們干代表也都很清楚，各總額都有不同的品質保證保留款，我們透析總額研商會議核發的就是透析總額的品質保證保留款，醫院總額核發的也是醫院的品質保證保留款，各總額都有各自的指標，還有分數。很多學者專家甚至付費者代表都希望核發能有區別性，能夠達標才來給付，這也是促進醫療品質的進步，這些我們都知道。但現在的問題是，西醫基層的品質保證保留款，我相信這裡很多代表、專家都已經把意見傳到西醫基層的總額研商會議，我想我們的主席、黃啟嘉主委、還有很多的專家他們都知道。我想這個問題的話，應該要帶到西醫基層總額研商會議討論，這才是正辦，因為款項是在西醫基層的預算裡面，就應該在那邊討論，我們也是希望大家能夠也歡迎各位專家到西醫基層總額研商會議來跟大家一起討論，這樣的話，才能讓大家的意見直接溝通。說真的，我真的是苦主，每次都兩邊傳達，我是一個使者，溝通兩邊的友誼，希望能夠促進兩邊的了解。我想既然傳達那麼久，不如大家直接溝通，歡迎大家過來開會，謝謝。

主席

好，謝謝張醫師，您表達的這一段我剛剛已經講過，本案如果真的要解決，也不是本會議可以解決的，因為條文寫在西

醫基層品保方案的條文裡面，真正要去修訂的條文也希望到西醫基層總額研商議事會議討論。好，現在張代表也表達了同樣的意見，針對這一項，今天本會議是台灣腎臟醫學會要把這個題目提到西醫基層總額研商議事會議當提案討論嗎？大家有沒有共識？

林代表元灝

我們有去過 1 次。

主席

還要不要再提一次？然後把這些資料再 pass 到西醫基層總額研商議事會議，然後請你們派代表去跟他們在會上協商，我相信張代表也沒有辦法現在就答應任何的事情，這也因為是公共財，有限的資源的分配。好，如果是這樣的話，就取得共識，我們就把這個案子提到西醫基層總額研商議事會議下一次的會議當討論提案，再麻煩台灣腎臟醫學會派人去參與討論。好，我們就進到報告事項第三案。

報告事項第三案：

案由：110 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，去年的第 3 季平均點值 0.86，那去年的第 4 季預估平均點值是 0.87，如果想看浮動點值，就各減 0.01，所以 0.85 跟第四季預計是 0.86，所以都有在提升中。好，大家對於結算結果有沒有意見？好，我們進到第四案。

報告事項第四案：

案由：111 年門診透析預算四季重分配案。

(業務單位報告)

主席

好，這是今年透析預算四季重分配的結果，中間有做了一個積極的校正後，最後結果在報 4-2 頁，整體的最後一欄為四季重分配的占率，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們就第五案。

報告事項第五案：

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「腹膜透析追蹤處置費」修訂案。

(業務單位報告)

主席

好，這牽涉到我們去年討論很久，但因為醫院總額沒有編列預算，所以 pending 了，現在 111 年總額預算裡醫院總額專款已經有編了預算，所以我們能執行。好，大家對於本案特別是本署意見國字二括弧裡面，支付規範第三、四、五點，有註記，以後像這類的病人就直接由醫院申報，用醫院總額預算，因為已經有新增的費用。但避免門診重複申報，因為門診端可能不知道病人已經住院，必須由住院的院所去通知門診部門，同院比較容易，現在擔心的是跨院就醫就需要互相知會，並在病歷中記載。本案大家有沒有意見？有沒有困難？是不是合理？現在預算也已經到位，文字說明也寫進支付規範，比較清楚，將來也要提到共擬會議通過，將會成為正式的支付標準規範，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，這個 pending 很久的提案今天就確定通過。非常謝謝大家。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，謝謝，本案我們去年、前年都花了很長的時間討論，特別我們的專家學者宋教授還有好幾位專家學者都有參與討論，所謂腎病管理及預防的相關的策略追蹤到現在有些解除列管，還在列管的，本署的兩項也已經都完成，特別雲端提示的這部分剛剛也已經報告過。現在，還需要再繼續列管的就是腎臟醫學會這邊，當時分配學會希望能夠看看腎臟醫學會有沒有什麼樣的專業的意見，因為會前都沒有收到學會的回復，所以是否請學會現在來跟大家說明？

黃代表尚志

關於第一項跟第二項，我們常常在談說病人如果是狀況不好，又沒有提前進到安寧，有些人 ACP 的話，就在更前面的比較積極地。首先，我們先講 ACP，政府推展 ACP 後很多醫院家醫科有在進行，但事實上做得並沒有讓人很有感覺，只是有在推動。但以腎臟病的 ACP，我們醫院有在推動，但 case 不會太多。倒是安寧的部分，我們已經從 2009 年推展到現在，我們能夠做什麼呢？副署長也提到在上一次也舉幾個例子，事實上我們手上有兩份資料，一份是臺大做的，一份是高醫做的，我花一些時間去看，但我也不知道如何把兩者合併然後實際上推展去；去年的年會，我們也請那個蔡兆勳理事長來到我們學會來演講，講得很好，大家都覺得很有啟發性。但我必須說要能夠把這些事情落實到實際面才有用，所以今天又再黃牛一次，我必須要把這個想法再整理。

主席

再繼續追蹤。

黃代表尚志

對，這三項包括那個最後一項，所謂腎臟病的全人照顧。

主席

還有在宅照護。

黃代表尚志

所以這邊的全人照顧這個定義很大，就是你在醫院裡面的怎麼做全人照顧，在透析院所的，甚至在後端的要怎麼做全人照顧，怎麼跟家醫科的居家照護跟安寧照護，居家安寧去結合，這其實是一脈相承的，所以這些計畫其實都有相關性。但都是比較大的項目，但要落實，要展現成果，必須講說不是那麼簡單。因為光落實面，要推展到除了我們醫院以外的醫院，或者甚至比較中型的醫院去，都沒有那麼容易，還是靠宣導，因為還沒有成型的獎勵或是有什麼辦法，還是跟做 AKI 一樣，先宣導一段時間。不過我覺得安寧的部分，各位如果看前面的結果，其實有在增加，這是比較正向的。但每一位安寧的病人要花多時間溝通，還要在適當的時機才有辦法說服，所以這沒辦法說增加就增加，移植也是一樣，移植也是在 Pre-ESRD 的話，看出適當的 case 跟宣導，一次不行，兩次不行，三次不行，講到最後他恍然大悟，所以這都不是有什麼條件，有什麼 criteria 說一、二、三，然後他就進來了，都還是要費盡口舌來看時機，然後再 push 的。這幾個就像我們剛剛提到的，有些我們要再努力把這些 guideline 整合，再經過宣導，最重要還是要有行動方案，去做才有辦法再提出結果。倒是剛剛提到有一項是 Early-CKD，我剛才講過，我從那個地方去做，也許可以 push 得更好一點。這 7 項好像一直跟著我，要拿掉幾項才不會壓力那麼大。好，我做以上的補充報告，可能大家不會覺得很

impressive，但我們是確實有在做，但是也希望能更具體化，再拿出結果。

主席

好，謝謝，各位代表還有沒有要補充？請宋教授。

宋代表俊明

理事長報告的地方，因為我今天才跟鄭理事長在平台上討論所謂的腎臟的 ACP，但我不曉得理事長當初是什麼樣的構想，因為所謂的腎臟 ACP 根本不存在，目前的 12 項可以進行 ACP 的並沒有包括腎臟病，所以在法理上面是可能不叫 ACP，它可能是一個另外提前預立自己的意願，但目前它不會正式地被包括在 ACP 上面。我不曉得理事長在這一方面設計上面是不是有什麼概念，不過應該在法理上面不包括在 ACP 內，以上報告。

主席

好，謝謝宋教授，來，理事長。

黃代表尚志

ACP 因為它只是一個概念上，如果從病人自主法，那叫什麼？你可以做在那種比較，不是 terminal，而是可能會有 terminal 的病人，在我們醫院的畫，是由家醫科去做，當然裡面也有選擇到腎臟病的 case，當然 case 都很少，但是做起來都很辛苦，因為幾位家醫科醫師還蠻有熱忱的，我想這個地方宋醫師講得沒有錯，不管要包在什麼地方，但是我們確實有在推展這樣的方針。至於成果，我得到了結論後再拿出來報告。至於不能 base on 一些，除了說家裡真的有人因為腎臟病必須有這樣他才會去考慮。

主席

好，謝謝。宋教授講得沒有錯，ACP 其實沒有限定什麼疾病，甚至我們現在健康的人都可以先去預立，所以當然放在

這裡其實沒有那麼針對性，因為不應該是針對腎臟病，這是 general 病人或者是甚至沒有病的人。確實可以理解，第一項、第二項還有第 5 項，很多 consult 要花費很多的心力，特別醫病之間的溝通，這都是不容易的任務。但是就是因為不容易才會一直列管在這裡，即使不容易我們也是要往前推展，所以這部分剛剛理事長的回應也讓我們覺得蠻正面，就是還在思考下一步要怎麼做，至少要有行動計畫，或者有一個明確的目標。這部分我們一、二、四就持續列管。第三項的部分，其實我們現在有一個 DM 跟 CKD 整合照顧計畫，這部分某種程度與希望能夠做到這兩類病人的用藥整合，因為這兩類病人，現在的 CKD 的病人，有 40% 都有 DM，所以病程用藥本來就是很重要的一環，我們 Early CKD，Pre-ESRD 現在也有把藥師請進來了，都是希望在做用藥整合，或者是用藥安全的部分。所以應該要看結果的，至於說理事長要找同仁研究也把 Early CKD 放進去，剛剛講 Pre-ESRD，還有建立瘦管，現在再把 Early CKD 也 consult 一下數據上的問題。剛剛沒有談到的其實是第 6 項？

黃代表尚志

我也不曉得什麼叫做相關費用納入，那個副署長幫我們指導一下，我們才能夠釐清這個定義。

主席

好，林義專委來說明一下。

醫務管理組劉林義專門委員

國衛院指的是整個大宗，就是所有跟腎臟病有關的就放在一起。

黃代表尚志

這個又很多共病，又要從二次大戰開始講起，因為以前有做過，但是因為操作型定義很難定義，所以可能各個系統都會

出現問題，把它全部包進去的話，包山包海很難，要定義跟腎臟相關也很難，透析相關也很難，這個大概二十幾年前曾經拿出來討論，後來就沒有再實行啦，因為如果你 focus 在某幾個項目的，我們確實的，譬如說瘻管或者是什麼血管相關的，這種比較明確的就可以。但是如果說一些包山包海的話就很困難，所以我是不是署裡這邊有一個比較小範圍地，我們或許可以去考慮看看怎麼包，但是包一定又要提高那個費用，又要帶槍投靠，否則的話又很麻煩了。

主席

好，其實第六項，我其實也認為某種程度是困難的，原因是其實腎臟病的病人共病很多，而合併腎臟病以外的共病的費用到透析總額是比較困難的，所以我們會把理事長的意見獨列，我們這一項就暫時把拿掉，解除列管。剩下的 6 項可能都還留著，繼續列管。來請張醫師，再請宋教授。

張代表孟源

主席、各位代表大家好。剛剛主席提到說 DM 跟 CKD，其中我們 3 月 1 號就開始已經公告實施，國人都對此寄予厚望，希望說能夠減緩 CKD 腎功能下降的程度，但是剛剛主席提到裡面一般的 CKD 裡面只有 40% 是屬於有 DM 的。

主席

ESRD 的病人。

張代表孟源

對，而且現在目前的話，我們知道說 SGLT2i 確實是被延緩蛋白尿跟腎功能退化，當然現在 NEJM 在去年也已經有提出有預防 CKD 的報告，沒有 DM 但有 CKD，假如能夠在 Early stage 紿予 SGLT2i 可以減緩九年進入洗腎，這是已經有具體的數字。我們現在處理 CKD 會遇到一個很尷尬的問題，因為現在目前的話，大部分就用 endocifilin，雖然說臺

大有做報告，或者是國內有一些報告，但是沒有一個全世界報告說確實可以減緩進入洗腎透析。那我們知道說在這一次的藥品共擬會議裡面，就是說 heart failure 的話也可以使用 SGLT2i，甚至它可以取代作為第一線。那我們那時候在會議上我有提到就是說我要不要，因為我們今天是所有透析洗腎的專家，假如說對於 CKD 但沒有 DM，那在於我們的藥品給付規定，是不是要考慮我們要不要做一個建議，或請腎臟醫學會來做一個建議，能夠提出能放寬適應症，雖然說它就目前的話的做法，就是病人要自費啦，那我們是覺得說假如學術上已經證明說，這一種已經被證明可以可以延緩九年進入洗腎，那長期而言可能對國家的洗腎的費用的節省，可能遠遠超過病人，而且對於病人的健康可能更有幫助。以上一個提議，謝謝。

主席

好，謝謝，SGLT2 抑制劑。好，干代表。

干代表文男

腎臟病人推動安寧照顧執行，費用多少？

主席

那一個？是 ACP 嗎？ACP 現在如果是低收入戶有公務預算補助，其它是自費的，一次大概是三千元左右。

干代表文男

這樣是不是有障礙？如果是為了三千塊而延後不曉得別人去執行？

主席

這個不是治療，是預立醫囑，萬一未來發生什麼狀況病人的意願要怎麼做。

干代表文男

對，所以個案是有什麼疾病才做嗎？

主席

沒有，健康的人也可以。現在有對低收入戶有醫事司編列公務預算支應，也不是在健保。我們健康的人，如果對未來事希望能夠自主決定，現在先進行專業諮詢後記錄下來，費用大概三千塊。因為有很多專業人員要一起參加，所以訂得比較高。鄒院長這邊要跟大家分享。

鄒代表繼群

我想再補充一下，就是其實在這一兩年推動下來，ACP 在各醫院看到的，大部分有 ACP 人都不是真正有生病，都是健康的人，更多的是因為他們的父母剛剛因為什麼原因過世，他覺得他以後想要依照自己的意願，所以現在 ACP 真的很少有重病的人參加，幾乎是沒有，所以在透析階段很困難。要不然就是要往前推，如在 Early CKD 就開始有這樣的觀念，也可以開始深入人心，也許十年以後才會進入 ESRD，這時候再來考量。自費的部分剛剛誠如主席有講過，確實是這樣。

主席

對，如果我們透析的病人，其實第一是安寧，這比較立即，而 ACP 是更前面的，ACP 已經不是屬於症狀疾病治療階段，所以健保沒有支付這筆費用。請鄭醫師。

鄭代表集鴻

主席，我是要附議張孟源委員的提議，就是 SGLT2i 這個藥現在確實很明確地研究，非糖尿病病人用這個藥可以延緩腎功能惡化，延後洗腎的時間，而且藥物的仿單都已經寫出來了，我們健保署是不是可以盡快讓非糖尿病病人、CKD 的病患使用這個藥？

主席

好，謝謝，其實藥品的專家會議跟共擬會我有參加，現在最

大的問題還是這個藥其實非常昂貴，它的單價是 metformin 的很多倍。因為很貴，而且屬於新藥，基本上在藥品的專家或共擬會議中，還是有新藥預算的總額限制。所以討論結果，heart failure 有通過，這部分的病人還算少，如果把非糖尿病病人，那這個 population 的病人是很大的，預算衝擊就會非常大。但是無論如何，如果台灣腎臟醫學會想要提案到藥品共擬會議，當然可以以放寬適應症的名義提出的，但今年放寬適應症的預算核定是有限，所以機率其實不高，但是可以到那個會上讓專家來討論。謝謝張代表。我們是不是建議把張代表的意見 pass 到藥品專家會議？來，請秘書長。

台灣腎臟醫學會張哲銘秘書長

剛才兩位醫師提的意見，這個不管是改仿單或者是擴大適應症，其實都要有根據。

主席

其實不是改仿單，是改適應症，仿單本署不能修改。

台灣腎臟醫學會張哲銘秘書長

其實仿單已經有做一些修正，但我們改適應症是要有根據的，目前世界上所有有關於非糖尿病的 CKD 的使用，大部分都還是在 eGFR30 以上為多。eGFR 在 20，甚至 15 以下的幾乎沒有人研究，其實高醫正在因為這個研究，非常困難的研究，就是 eGFR 在 20 以下，甚至接近透析的病人來使用這個藥是不是真的有效果？我相信如果研究結果真的有效果的話，我們醫界要要求修改適應症才有理由，但目前的確文獻上對於非常晚期的 CKD 病人是否有效果，我們的確是沒有文獻支持，以上。

主席

剛剛林義專委在提的就是說今年總額核定西醫基層有多兩億九千萬的預算，是因為糖尿病藥物增加的費用，其實這個

就是西醫基層在反應改了 SGLT2 抑制劑的時候增編的預算，他們擔心沒有辦法支應。可是預算應該是不含非糖尿病病人使用，所需要的預算，各位好好地估計一下，因為如果非糖尿病都要來用這個新藥的話，那個預算不是兩億可以來衡量，也不是我們一年預算可以來支應的。

張代表孟源

主席，果然對於預算，健保預算是非常非常地清晰。確實新藥或者是新的適應症，假如說非糖尿病的 CKD 來使用絕對是不夠的，所以說我的建議是說，可能因為我們提出一個新的一個開放適應症，一定要請藥品共擬會議的學者專家做醫療科技評估、各方面的評估、經濟效益的評估，然後可能需要一段時間，至少半年以上，假如說評估，根據國外的報告是早期，eGFR 可能要在 60 以上，或者是 eGFR 比較高才有用，因為我們知道說 SGLT2i 是作用在腎臟，在晚期的時候對糖尿病的治療是沒有特別的效果，所以一定要早期使用，但早期使用就如同主席所擔心的，太多病人都符合早期使用，那該怎麼辦？預算值絕對不夠，假如 Early CKD 的病人有一百萬人，早期使用下去，真的是不得了的一個數字。雖然說號稱可以延緩九年，但是怎麼評估？要用什麼統計方法，我覺得，我絕對不是學者專家，只是提出一個建議，說至少剛剛那些腎臟病的病人希望，到時候還是要進入專家會議來討論，以上。

主席

好，謝謝。其實那個機率是在未來，眼前當然是困難，但是腎臟醫學會如果要提案，當然可以，然後經過 HTA 評估，大概也就是 BIA，預算衝擊太大，可能暫時不行。但是有可能未來當這個藥便宜，如果跟 metformin 一樣的價錢的時候，大家都用，對不對？但這不曉得要過多久的時間？現在

才剛納入不久。西醫基層都還在抱怨說會衝擊西醫基層的預算而去爭取預算，所以我相信眼前提案，我們不反對，台灣腎臟醫學會也不反對，希望為這些病人去爭取，但是目前可能納入的機率很低。現在這些病人可能都在西醫基層在照護，非糖尿病腎臟病、CKD 及 Early CKD 的病人，很高的比例是在西醫基層的病人，但沒有預算，所以這也會大大衝擊西醫基層的總額，所以我們謝謝張醫師。好，現在線上有兩位要發言的，一位是宋教授，一位是謝院長，我們先優先請宋教授。

宋代表俊明

謝謝主席。剛剛我本來沒有提到 SGLT2i，不過剛剛主席講得很對，可能目前稍微會有困難，但是 SGLT2i 在減少進入洗腎的病人，如果說我們剛剛有提到的怎麼樣減少洗腎病人這一方面，由這個觀點來看的話，可能我們要把藥價在經濟上的衝擊跟後面它國人洗腎病人數減少的這個兩個，同時列入考量。我個人是建議說，先提是大家先有這個概念，反正過不過再說，還是把 pass 到(專家會議)上面去。第二點，剛剛提到的台灣腎臟醫學會的第 6 點跟第 7 點，第 7 點，腎臟病的全人照顧，如果我個人沒有記錯的話，當初提出來的是說腎臟病人 even 是在基層，他可能可以去安寧療護的時候，可以 pass 到醫院，做成相互的轉診一起共同照顧，是第一步驟，而不是所謂的腎臟病全人照顧，腎臟病全人照顧有一點像是包裹式給付，一筆錢之後包括所有共病還有透析，全部要 take care 所有，我想第七點應該不是指這個。

主席

第七點，第七點腎臟病人的全人照顧、在宅照顧，因為我們現在有些病人是行動不便，在居家醫療的，但是不一定，因

為我們如果是已經到 ESRD，大概他就會去透析，除非我們有去給付居家透析，這部分理事長好像要表示意見。

黃代表尚志

好，這裡每一個字大家都看得懂，結合起來可能會誤解。因為疾病有病程，有早期的病人還算健康，有已經殘障的，包括透析算腎臟已經殘障，也有在生命的末期，所以每個階段所謂的全人照顧意義是不一樣的。但一定要了解是生命的末期做全人照顧就是你跟家醫科，不管在我們醫院、在診所的、或適聯合的做在家的照顧，或是怎麼樣的形式都可以，是比較在前面的。比方說透析的病人，他腎臟是不好的，你照顧他的當然是他活著。第二，是生活品質要好，生活機能也要好，中間可能會產生各種併發症，就要注意他的心臟、骨頭什麼一大堆的問題，這才是全人。這在醫院是比較好做得，但在診所端也不是不能做，因為現在很多診所在走向聯盟，像在中區的，他們做很多聯盟，大家互相合作，也是一種方法。在前端也是一樣，前端 Early CKD、Pre-ESRD 的話，我們也開始做心肝腎的整合。基層他們也有這樣的合規，除了糖尿病、腎臟病以外，也找心臟科的來合作。所以有各式各樣的合作模式，但是沒辦法吾道一以貫之，每個人的模式都不一樣的。但全人照顧的觀念這幾年被推出來，不管在各種評鑑，都一定會有這種模式出來。每家院所也在尋找是適合他的模式。但是我們如果用這樣全人照顧的模式去推展的話，大家就會開始會注意血糖注意腎臟功能的，也要注意心臟，然後用藥也開始去注意用藥有沒有太多，有沒有多重用藥，一個人一天吃幾十種藥，那最後有沒有縮減的時候。所以全人照顧，這個都是在不同的疾病病程裡面有不同的方式，在醫院基層、南北不同地區都有各自不同照顧方式，我覺得這還沒有辦法吾道一以貫之，或是天下一統。健

保署也好，健康署也好，醫院的話都在看著這個事情怎麼發展啦，所以如果也注意一下，很多基層院所他們在上課，他們在做什麼接這個健康署的計畫，？這個 ACE，就是防止老化，這個都是，這個算一種全人照顧的。那要是有一個計畫，那基層都接啊，那接的話，他們就會注意骨鬆，注意這個全人照顧，不要發生這些併發症，其實往正面看是好的，但是沒有辦法說我今天公布下去，馬上大家都來參加，馬上就解決。所以這還是由署這邊在不同的計畫裡面看看有沒有什麼合作。因為評鑑都會把這個放進去，所以在大醫院裡面一定有這種全人照護的 pathway 會出來。

主席

有很多醫院的願景都是提供全人照護，請宋教授。

宋代表俊明

是，那這樣子我就比較能夠理解，因為另外有一個所謂的 Comprehensive End State Renal Disease (ESRD) Care，國外在美國有人提出來的，它透析的病人或者是腎臟病的病人，他就給你譬如說一年大概多少錢，但是你要照顧它所有的疾病，那個叫做 Comprehensive End State Renal Disease (ESRD) Care，我只是要確定我們現在不是走同一個方向，而是我們一般在說的全人照顧，當然我們要往這方面做沒有問題，但是確定不是在現在馬上要推所謂的 Comprehensive ESRD Care。

主席

好，謝謝宋教授，我跟你說明一下，現在如果末期病人在家裡要做所謂的全人照顧，現在我們叫居家安寧，但是居家安寧基本上沒有一個固定的 package，規定只能花多少錢，但基本上不管怎麼樣去接這種居家安寧的醫師，他當然提供的都是全人照護，所以這個部分目前是有，但是沒有一個固

定的 package。但這裡寫的應該不是指的這種病人，是指的一般 CKD 病人怎麼樣全人照顧，剛剛理事長也有提到，CKD 病人有不同的 stage，每位病人的狀況都不一樣，目前已經 DM、Early CKD、Pre-ESRD，現在還有多一個 DM-CKD 整合計畫，所以的計畫也都希望可以提供全人醫療，避免浪費，能夠做好用藥的整合，這些都殊途同歸。雖然感覺上在很多的計畫分別在做，但也慢慢走入整合，特別你看 Pre-ESRD 的病人，也要顧及到很多的用藥，所以去年也就把藥師邀請進照護團隊，希望能用藥上盡量整合，避免多重用藥，減少交互作用。我們請謝輝龍院長。

謝代表輝龍

謝謝主席，第一次發言。針對 ACP，我提一個建議，我想大概所有醫院剛開始的時候，用免費的方式給病人做諮詢，當時趨之若鶩，來諮詢的人很多，但免費用完之後，開始收費，數量就減少很多。所以現在是縱使 ACP 收三千塊，來參加諮詢的人有限，所以這一點假設是對健保費支出省有幫助，我建議這部分應該是從預算裡面拿來做，這樣的話，我們會把 ACP 的人數會增加，對整個健保支出有很大的幫助。第二點針對安寧的部分，我想大家非常清楚，這一塊的確是醫界跟健保署應該都努力要推動的，過去我在評鑑的時候看到有很多病人，三管插著還在洗腎，這原因裡有一塊是有些病人是因為有牽涉到退休金，因為他如果死掉的話，他的退休金就拿不到，所以變成有很多家屬不願意讓病人有尊嚴走完人生的旅程，這其實對健保來講是一個很大的浪費。所以應該也是要從政策面讓病人有 on 三管插又在洗腎，浪費的醫療資源的病人可以順其自然的讓他善終，而不應該讓他苟延殘喘，對他完全沒有尊嚴的照顧。這是非常不好，以上。

主席

好，謝謝謝院長，那我協助回應一下就是第一項，大家談了很多 ACP，主管機關是醫事司，目前執行單位的單位器官捐贈中心，從今年開始已經叫「財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心」，所以已經把 ACP 放在器捐中心的任務，現在連機構名稱都改，內部組織從本來一個部門，變成兩個部門，增加有一個 ACP 的推廣部門。所以我想有公務預算來支持，這部分跟謝院長報告。另外，剛剛講呼吸器三管仍在透析的病人，真的也不少，也有聽說因為退休金的問題，這也是很無奈。所以也是希望臨床醫師可以好好地進行醫病溝通，也沒有辦法強制。好，以上這一項的討論大概就告一段落。好，請鄭醫師。

鄭代表集鴻

想再建議一下，就是剛剛 SGLT2i 是不能全面開放是費用的問題，現在 CKD 另外一個藥也可以延緩洗腎的時間，也可以七八年，那個是多囊症的用藥 Forxiga，目前已經健保已經開放使用了，但是它是有很嚴格的條件限制。

主席

金額跟 SGLT2 抑制劑比起來的話更貴？

鄭代表集鴻

這藥已經通過了。

主席

我知道，但是它一定不是允許用在非 DM 的病人。

鄭代表集鴻

不是，這個藥是要多囊腎使用。

主席

所以是適應症是限縮。

鄭代表集鴻

我的建議並不是所有多囊症的病患都能使用，我們現在規範是限制在第 3 期，然後每年下降多少五以上，就才可以使用，五十歲以下，有嚴格的限制。我建議如果我們經濟層面不允許這個藥但確實又有幫助的話，是不是也可以先請專家設定一個條件或門檻，先開放某部分的人、最有效益的人先使用，至少真的可以先延緩一些腎功能的惡化。

主席

對，其實這些都可以透過學會在藥品的專家會議基提案。已經給付的項目如果需要適應症放寬就放寬適應症，放寬適應症每年預算有限，新藥或者放寬適應症的預算，但其實預算也有上限的限制。您提到放寬到比較有效益的病人，這需要經過科技評估，因為到底有多少人？要花多少預算？這需要經過專業的科技評估。所以不管是剛剛張醫師講的 SGLT2 抑制劑或鄭院長講的 Forxiga，腎臟醫學會如果覺得有效益，確實是可以提案，我們就麻煩提藥品的專家會議，張醫師好像也是那個會議的代表，是嗎？

張代表孟源

是。

主席

對，所以您能在那邊幫忙說明。

張代表孟源

主席，我先補充說明一下，因為這一定要列入會議紀錄。就是說我建議，但是一定要有財務評估，像主席提到要財務配套，最好是在九月份總額協商的時候研擬出來，雖然我不是什麼學者專家，但是我私底下估計，尤其剛剛干委員您一定要幫我們爭取，為什麼？因為這是救命的藥，然後這個藥物的確實是有效，延緩 9 年開始洗腎的時間，因為假如二十萬人要用，大概估計要 24 億。所以剛剛主席提到藥品的開

放適應症才兩億，這樣可能要開放十年才可能全部納入，這是主要原因。所以因為我們目前只能透析總額研商這是一個專家會議，大家都來討論，但是假如說還是逐步或者是怎麼樣，還是要有預算，我的前提是一定要有預算，我完全贊成主席的說法。

主席

好，全部開放要 24 億的話，那當然可以逐步開放，逐步從最有效益的病人開放，預算衝擊就會縮小，但究竟要如何逐步？也是需要專家討論。所以台灣腎臟醫學會當然可以審慎評估這一類的提案，然後來向健保署提議。請干代表。

干代表文男

爭取這個藥，我算一算，這個一年只不過一萬多塊，但洗腎的話，一年要有超過 70 萬左右。

主席

不是這個意思，只是延緩對不對？

干代表文男

延緩，相對地延緩一年就一年，節省一年的花費，這個藥用一年只有一萬多塊，應該是有效益。

主席

一萬多塊，不太可能。

干代表文男

那你們(腎臟醫學會)說帖要講，效果有多少？，能夠救多少人？

主席

所以如果用一百萬人來算，大概就是眼前所需要的預算。

干代表文男

是，說帖要真的要有預算評估。

主席

就也請審慎到藥物共擬會議去科技評估。

干代表文男

要能說服大家。

主席

好，我們這個提案就多列了這些用藥的部分，然後建議腎臟醫學會備妥說帖，提案到藥品專家會議去討論。其他部分繼續列表。好，謝謝大家的討論。線上的謝院長還有要說明的？，沒有，謝謝你。我們就進到討論事項第二案。

討論事項第二案：

案由：關於健保醫療資訊雲端查詢系統「高風險腎臟病人用藥提示(API)」新增腎功能不明者提示內容及邏輯，提請討論。(業務單位報告)

主席

好，謝謝，這是上次 API 提示的內容，我們曾經都討論過，只有一類的人是腎功能不明的高風險腎臟病人的用藥提示還沒有討論完畢，現在台灣腎臟醫學會給我們兩個提示的條件跟訊息，有沒有意見？事實上，這些提示我相信理事長跟學會的專家在考慮提示的時候，都是斟酌再斟酌，因為又不能太硬性，然後也不能沒有用。事實上，有沒有達到提示的作用，更最重要是行為有沒有改變，醫師有沒有因而更改藥物，或是保護他們不用 NSAIDs，這才是重點，提示就是在不傷害的情況之下道德勸說，大家有沒有意見？健保署是完全尊重台灣腎臟醫學會專業的意見，假定大家都沒有意見，我們這個提案就通過。如果這些善意的提醒還是有很多的醫師持續在處方 NSAID，以致於病人逐步惡化到 ESRD，那可能就要有一些抽審的動作，這部分麻煩理事長跟會員好好的做說明，好，大家有沒有意見？沒有的話，這個案子

就通過。我們今天提案就到這裡，請問各位代表們有沒有臨時提案？沒有。我們有新的委員，張鈺民委員，張鈺民委員是臺灣總工會的秘書長，接替蔡明鎮代表，另外是已經來參加一段時間的是吳鴻來吳代表。

吳委員鴻來

我是列席代表。

主席

對，您是列席代表。

干委員文男

病友列席代表。

主席

是病友代表，是我們腹膜透析腎友協會的理事長。好，大家有沒有臨時動議案？如果沒有，今天會議到這裡結束，非常感謝大家的參加，特別謝謝遠道而來的理事長，還有視訊參加的代表們，謝謝你們。

散會：下午 4 時 35 分