

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算

109 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：109 年 11 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)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：賴昱廷

出席代表：

朱代表益宏	鄒繼群代	黃代表尚志	黃尚志
吳代表科屏	請假	黃代表明和	黃明和
吳代表麥斯	吳麥斯	楊代表五常	楊五常
宋代表俊明	宋俊明	楊代表孟儒	楊孟儒
李代表妮真	李妮真	廖代表秋鐳	廖秋鐳
洪代表冠予	請假	趙代表銘圓	趙銘圓
張代表克士	張克士	蔡代表宗昌	蔡宗昌
張代表孟源	張孟源	鄭代表建信	鄭建信
張代表晏晏	張晏晏	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	顏代表大翔	顏大翔
郭代表咏臻	郭咏臻	羅代表永達	羅永達
曾代表志龍	李少瑛代		

列席單位及人員：

衛生福利部	白其怡
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、陳淑美
衛生福利部疾病管制署	黃詩淳
台灣醫院協會	林佩菽、曹祐豪、何宛青、 周貝珊、許雅淇

中華民國醫師公會全國聯合會
台灣腎臟醫學會

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

秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院
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

吳韻婕

林元灝、張哲銘、林慧美、
張靜宜

曾庭俞

常宏傳

李文欽

劉林義、洪于淇、劉勁梅、
楊秀文、陳依婕、鄭正義

高幸蓓、許明慈、陳淑儀、
馮文嘉、陳昌志

李冠毅

陳泰諭、陳蔚滢

陳怡蓓

陳懿娟、洪毓婷

張佩萱

張凱瑛

傅明貞

葉美伶

江春桂、張家綾

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

決定：確定。

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、持續列管案件：

(一) 序號1-80歲以上且無意識之患者適當透析處置案。

(二) 序號2-「腎功能異常使用NSAIDs藥量者」篩異指標管理機制。

(三) 序號3-C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案。

(四) 序號4-減少C型肝炎抗體檢驗數據偽陽性暨修訂「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式」案。

(五) 序號7-修正門診透析總額專業醫療服務品質指標之同、跨院住院率操作型定義案：有關同跨院住院率同儕比較之分組依據，請台灣腎臟醫學會研議以「病床數」分組之可行性。

(六) 序號9-研議次年門診透析合理成長率：請台灣腎臟醫學會提出研議門診透析成長率協商所需資料，本署將依權責協助提供。

三、與會代表對門診透析預算之建言，請全民健康保險會委員參考。

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、Early-CKD 及 Pre-ESRD 計畫收案率仍有進步空間，請台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會輔導會員積極持

續推動收案。

- 三、有關研議非親屬間之器官移植、邀請宗教團體領袖及社會公正人士協助宣導移植之可行性及效益等建議，轉請衛生福利部醫事司參處。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年上半年門診透析服務點值報告。

決定：

- 一、109 年第 1-2 季採合併結算，點值確認如下表：

項目 年季	浮動點值	平均點值
109 年 第 1-2 季	0.84448992	0.85636729

- 二、一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指 109 年第 1-2 季結算點值；「前一季」及「最近一季」係指 108 年第 4 季結算點值。
- 三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。
- 四、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。
- 五、因新冠肺炎疫情可能影響民眾上半年選擇就醫層級(醫院或基層透析院所)之行為，進而影響次年度門診透析預算之分配額度，請於臨時會報告門診透析預算及實際收入占率之比較。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 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、110 年會議時間如下，請與會代表預留時間：

會議名稱	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
時間	110.2.24 (週三 下午)	110.5.19 (週三 下午)	110.8.18 (週三 下午)	110.11.17 (週三 下午)	110.12.1 (週三 下午)

第五案 報告單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、修訂重點如下：
 - (一) 增列行政院性別平等委員會建議，會議代表任一性別不得少於三分之一為原則。
 - (二) 明列代表代理人及列席單位出席規範。
 - (三) 刪除與全民健康保險法 61 條重複之資訊公開相關規定。
- 三、研商議事會議代表應親自出席，如因故無法出席，指派順位代理人出席，請務必做到交班事宜。
- 四、俟各總額確認後，依法定程序公告修訂。

第六案 報告單位：本署醫審及藥財組

案由：門診透析專業醫療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：楊孟儒代表

案由：「門診透析給付季結算改為年度結算期間，提升每月申報暫付款(暫付一加暫付二)至預估點值的九成五以上，以紓解基層透析診所於防疫期間的資金周轉及稅賦可能波動過度之壓力」討論案。

決議：109 年第 1-2 季結算作業預計於 109 年 12 月辦理，已可緩解基層透析診所資金周轉及賦稅壓力，本案不須討論。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：110 年「門診透析服務保障項目」討論案。

決議：110 年保障項目決議維持原 109 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。

第三案

提案單位：台灣腎臟醫學會

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」及「全自動腹膜透析機相關費用」修訂案。

決議：請釐清腹膜透析於門診、住診使用情形，於臨時會討論後，提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

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」各單位追蹤辦理情形。

決議：

- 一、洽悉。

二、持續追蹤案件：

(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 NSAIDs 情形，進行抽審作業。
3. 函請教育部將護腎衛教納入課程。

(二) 台灣腎臟醫學會：

1. 發展腎病專業品質監測指標(如 NSAIDs 等具腎毒性藥物監測之指引)，以落實專業審查。
2. 研議腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。
3. AKI 病人照顧及藥師納入腎臟病患者照顧計畫之可行性。

三、與會代表建議宗教團體領袖及社會公正人士協助宣導緩和醫療一節，請衛生福利部醫事司參處。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

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」暨「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式」修正案。

決議：

- 一、洽悉。
- 二、「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」(下稱品保款)內容因前次修改未滿1年，於執行1年後再予以檢討。
- 三、品保款之「ESRD透析服務品質提升獎勵計畫上傳資料注意事項」3、上傳時間，增列補上傳日之說明(含遇假日順延規則)。
- 四、同意修改「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務

品質上傳資料格式」：

(一) 同意鈣磷乘積長度由「5」修改為「6」。

(二) 新增【C肝病毒檢驗日期(HCV_RNA_DATE)】及【C肝病毒核酸(HCV_RNA)】2欄位。

第六案

提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」修訂案，提請討論。

決議：本案未及討論完成，將於臨時會繼續討論。

伍、與會人員發言實錄如附件。

陸、散會：下午 5 時 00 分。

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 109 年第 4 次

研商議事會議-與會人員發言實錄

壹、確認本會前次會議紀錄

主席

各位委員午安，今天我們要召開今年第 4 次門診透析預算研商議事會議，感謝各位委員的出席，現在人數過半，陸續還會有代表入席，感謝醫管組的同仁籌備及分區業務組同仁的參加，現在會議正式開始，首先請各位代表看上次的會議紀錄，從第 3 頁到第 7 頁，看看有沒有什麼意見？好，如果沒有意見的話，我們會議紀錄確認。今天的報告事項共有 6 案，討論事項有 6 案，內容較多，現在進入報告事項第一案。

貳、報告事項

報告事項第一案：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

主席

好，謝謝，例次決議事項辦理情形，請問各位代表們有沒有意見？好，請羅院長。

羅永達代表

主席及各位先進大家午安，我想談的有 2 案，一是序號 9，當時提案是替腎臟內科或所有門診透析的從業人員請命，因為 109 年談 110 年預算總額時，當時出現一個現象，就是醫院總額跟基層的總額分別有低推估跟高推估，若按照醫院占 53% 及基層 47% 的百分比去算，成長率應該有 3.7%，但當時在協商的過程中卻只有提到人數，其他項目均沒有考量，如當時成本的增加，人口老化的程度，或是共病增加等，當時都沒辦法談。在協商過程當中，所有的消費者代表很在乎健保署所提供相關的資料，這份資料沒有這麼明確，在這麼短的時間要充份表達是有困難的，所以在上一次的會議提到說是不是可以比照醫院跟

西醫基層的低推估，算出透析的低推估，最起碼把成本、人數、老化人口結構等因素都有納進去考量，我們當時是這樣提議。這次的辦理情形是說在醫院的預擬會議當中邀請他們參加，問題不是這樣，我們這次醫院協會所提出的預擬的成長率是4%，所以不用他們來參加我們已經給到4%，所以並沒有解決根本的問題，所以我們上次也問過腎臟醫學會跟所有門診透析的從業人員，在座很多的先進都討論過，希望是不是署裡面可以提供相關的數值，低推估的數值，曾經在當年提到過被採用，只是這樣子而已，我們希望提供這樣一個數字給假設在明年協商的時候，如果說一個參考值，至於要不要使用，要不要採納，我講這個是由消費者代表跟我們二者之間協商的結果，但是這個重要的參考的數據，的確這個數據要提供給消費者代表，我想這個對他們相對比較公平，至於辦理情形跟我們牛頭不對馬嘴，跟我們當時期待的辦理情形不一樣，所以希望是不是能夠繼續列管？也希望署裡面能夠採納，有關於序號9的部分，序號7的部分，上次我們提到地區醫院差異性很高，有299床的地區醫院，我們有20床的地區醫院，用同樣的標準來看他的指標，似乎有點不當，所以我們當時希望是說是不是可以100床以上到某個層次是不是用這樣一個方式，我們也希望腎臟醫學會能夠採納，我想因為繼續列管，希望待會能夠看到腎臟醫學會的報告，以上。

主席

好，謝謝羅院長，分別對第7項跟第9項有一些說明，來，林醫師。

台灣腎臟醫學會 林元灝副秘書長

腎臟醫學會非常感謝羅院長在透析預算這邊幫我們說了很多公正的話，同樣，我們在過去這10年來，我所經歷這10年來面臨一樣的問題，都是各說各話，羅院長剛剛提的是一個非常客觀的非常實用的一個方式，同時我在這裡也希望健保署這邊能夠提供給有來參與議事會議的人員一些正確的資訊，要不然我們每一年都會在協商，或我們去跟他們討論，或是遊說他們的時候會受到一些莫名的質疑，我覺得原因是因為說健保署這邊提供的資訊不足，所以我們希望健保署站在全民共

同照顧的原則下，醫師跟健保署同樣立場都是照顧病患，我希望健保署能夠提供一些正確的資訊，還有一些正確的解讀方法，不要再讓健保會的委員們一直產生誤會，或甚至採取一些比較不恰當的取捨方式，當然他們是為了節省費用，但還有很多比費用更重要的東西，我覺得健保署並沒有完全提供，這一點我希望大家能夠再一起進步，謝謝。

主席

好，謝謝，代表腎臟醫學會秘書長的補充，其他大家對於辦理情形有沒有意見？好，如果沒有的話，就是第 7 項的部分，腎臟醫學會要先說明？代表腎臟醫學會這裡，請理事長。

黃尚志代表

這部分時間可能比較晚一點，剛剛想一想，因為我們資料有層級，我們回去用層級儘快送到署裡面參考，我在下一次再完整的報告，不是層級是床數。

主席

剛剛羅院長的訴求是說地區醫院規模差異很大，可不可以再幫他們做一些分組，例如用病床數來分組。

黃尚志代表

可以在床數裡面再做分級。

主席

可能稍微要試算，好不好？再麻煩腎臟醫學會提供分組方式，這一題就繼續列管，序號 9 的部分先請林義專委補充。

醫務管理組 劉林義專門委員

委員提到說協商總額的會議，因為我們目前可以討論總額會議，其實是健保會授權我們可以去邀請各個總額部門來開預擬的會議，大概在每年的 7 月、8 月左右，我們會跟各個總額部門開預擬的會議，當然透析會變得有點尷尬，因為基層、醫院都分別有關係，所以我們才想說跟基層或是跟醫院開的時候都可以分別邀請腎臟醫學會可以在裡面講話，還是說其實你們內部其實已經有共識，所以還是其實你們不用討論本項，這是第一項。另外，你們是要參與這個會呢？還是在醫界

內部有共識，再由醫界代表過來再跟我們討論，看要參加那個層面都可以，第二個剛才秘書長有提到說我們都沒有提供正確的資訊，我們資料庫很多，但到底什麼是你們所謂正確的資訊？麻煩各位醫界代表要跟我們講，每次研商議事會議我們都有提供人數、床數、點數、件數，因為透析相對比較簡單，沒有像其他部門還可以區分一些比較細的部分，假如各位代表認為我們還要再區分什麼？我們也很願意改善，我們還可以再增加那些部分？代表能夠列表給我們看，我們都願意提供，我們每季都提供這個資料也都有健保會的委員在場，他也可以了解的更透徹，重點是到底我們還要提供什麼？提供的部分也要法律有所依循，羅院長講的我們要提供低推估，目前法律講的只有 4 個部門有所謂人口成本的低推估，透析不是一個總額所以就沒有，在沒有的情況下我們要怎麼估？我們這邊會有困難，有些資訊其實醫界可以提供給付費者參考，假如法律有規定的然後我們可以做細部分析的，也請醫界提供，我們就可以處理的部分去做到，我想中間的關鍵可能在這裡。

主席

請羅院長。

羅永達代表

謝謝署裡的回復，有 2 件事情，醫院跟基層當時在總額的時候包括成本或是人口的占率，那些要抽樣當時都有律定，門診透析並沒有預定那些成本，除非總額是一個法定的總額否則你也拿不到這樣一個數字，所以我剛剛有提到說利用醫院或是在基層門診透析類似性相當的高，所以我們的參考值不是法定值，假設不用參考直接用法定的就不需要這樣要求，我們的意思是說在每次協商的過程當中，我們提不到相關的數值讓我們消費者代表參考，我們當時曾經考慮說是不是用醫院人口變化的占率，因為被保險人或病人族群的百分比是不一樣的，可是他的成本指數很類似，所以我們一直希望相關的指數用醫院 0.53% 加基層的 0.47 加起來這個值對不管是成本的提升或是共病的增加，被保險人本身人口結構相關的數據，目前大概只能這樣做，數據能夠說服

消費者代表，並沒有像法律說一定要在低推估以上，讓消費者代表當參考的時候有很好的說服力，為什麼？把這些因素考慮進去，我們現在都問一下去年的成長率多少，加個 0.1、0.2，為什麼 0.1、0.2？在場沒有人說的出來。醫院在協商的時候，代表直接告訴我說最多 0.2？然後就是人數加 0.2，直接這樣告訴我們，我們實在也沒轍，也期待署裡面能夠幫忙，這麼多年來，我這次只要求說沒有改變的東西能不能在去年協商改變，結果今年還是沒改變，我期待明年的時候如果有這些數字，因為有這個數字跟消費者代表解釋不要低於這樣的數字，否則長遠這樣下來對我們臺灣門診透析的品質相當大的衝擊，算是打擊，我不希望看到的，以上。

主席

好，那個楊代表。

楊五常代表

我附和羅院長講的，全世界洗腎最多的是日本、美國、臺灣，我請教過日本跟美國參與過總額預算，他們原則上每年的成長必需考慮到透析病人高齡的成長率，糖尿病的比率，所以這是千真萬確的，我們回到剛剛提到洗腎沒有這個資料，答案絕對是有的，理由是這樣子，第一，透析病人的年齡跟糖尿病的成長率，絕對高於我們全國有健保的百姓，因為你知道老人家糖尿病是尿毒症的高危險群，所以可以預期在透析的族群，高齡糖尿病的比率絕對大於 general population，至少成長率只要比照醫院的成長率就好了，以上。

主席

好，謝謝，還有嗎？這個案子原來意思是說希望有機會能夠討論次年透析的合理成長率，而且是希望在這個會議上去討論。

羅永達代表

我剛所提到希望有一個低推估的預算表，然後在 109 年的，然後經過大家討論後更改為主旨為以下所講的討論未來的成長率，我剛開始提案是希望有一個最低的目標。

主席

最後就是留下來的的是希望在每年的第 3 次會議，在總額協商前可以在這個會議去討論，可是本會議本身並未授權討論總額的成長率，後來研究是否到每年總額協商之前本署召開之預備會議，請大家來討論，也請腎臟醫學會來討論，可是剛剛的說法又說我們討論歸討論，我們需要資料來說服付費者代表，說服付費者代表是那一種資料呢？羅院長講的至少提供一個合理低推估，另外剛剛楊代表說明其實有很多相關的證據及數據可以佐證透析病人增加，林義專委也提到總額的低推估有 3 種因素構成，第一是人口成長，第二個高齡化，第三個是成本指數，但透析總額不是獨立的總額，所以直接要 apply 醫院或基層的這幾項指標好像也有問題，特別是成本指數，因為透析總額不是法定總額，也沒有去 survey 成本，所以沒有數據。確實在這裡大家都有困難，剛剛秘書長有提到說希望我們給你們資訊，沒關係，資訊的提供與分享，健保署不會有任何的藏私，而且只要你們願意有明確的定義，我們即可以提供的，或以後併到會議資料中例行執行報告中，如果覺得什麼議題會跟透析預算有關，經過會議討論認為可以提供，而且本署也可以產製，我們可以在第 1 次或第 2 次會議就先提供，不一定要到第 3 次會議，可以變成累積的例行資料，這些都會變成公開的資料，公開的資料當然就變成 evidence，有證據是這些數據，這些數據是不是有助於醫界去協商總額就由使用者自己決定，因為總額協商時，本署也不是付費者代表，也不知道他們會用什麼方式來協商？這就超越本署能力了，因為羅院長你也參與協商很多次，也很了解付費者代表獨立性很強，健保會的代表燕鈴組長等一下請再補充。因此，資訊的提供 OK，但是能不能有助協商結果如所願，本署就不予表示意見。綜整來說，你們認為這一題辦理情形沒有達到預期期待，再繼續列管，這次決議你們希望的資訊，可以在很快的時間整理出來，好不好？正式行文給健保署，我們評估如果本署資料庫確實能產製，例如下次的會議就可以慢慢來提供，甚至把過去幾年的經驗值也整理出來，是不是在這樣的基礎之下，我們會議的付費者代表，像鄭代表、趙代表，今天也都有來，一起來看數據，這些是不是足以協助明年的透析總額

協商，大家比較有好的論理的基礎，這件事情就是 open，這樣可以嗎？

羅永達代表

謝謝主席善意的回應，腎臟內科的要求，第一個就是繼續列管，第二個請腎臟醫學內科開個會，操作型定義到底是什麼？其中有 2 樣東西可能很重要，除了品質以外，一個比照醫院總額裡面，人口因素，因為被保險人百分比的成長率跟洗腎是不一樣的，其他 2 個東西是一樣的，譬如老人年齡的成長，被保險人的架構，第二個成本指數，腎臟內科剛剛有提到像糖尿病相關因素的時候，因為這是很專業的東西，可能要請相關的人員做一個研究，剛剛主席也很善意的說希望明年第一次會議或第二次會議的時候就把他公開出來，我覺得這些東西都會有助於我們未來的協商，至於協商最後的結果，是署裡面沒辦法達到的，我想這是大家認可的事情，以上。

主席

其實我還是要提醒，這些數據我們都可以提供，但是很多人的努力都是希望透析病人逐年變少，並不是變多的，而且現在台灣腎臟醫學會從 Early-CKD 到 Pre-ESRD 跟我們一起合作，現在還有 AKI，以及所有 DM 計畫的努力，都是更超前照顧病人希望不要進到透析，而不是一直預測透析病人會越來越多，而大家的努力都白費了，這並不是我們所期待的，把錢花在前面的衛教上，不要讓病人最後腎功能惡化必須要透析；而為了脫離透析，只能移植，要離開這不好的循環。這麼多的努力，很多地方都非常困難，例如：移植也沒有顯著增加。我們這麼努力，當然這幾年有看到透析病人的人數成長率有下降，但絕對的人數仍在增加，這個是不爭的事實。人數成長率的下降是大家共同努力的，包括內分泌科醫師、糖尿病醫師的努力，要不然同一個時間點，人口繼續老化，DM 病人繼續增加，但如何讓老化的病人不要進到透析，或是 DM 的病人可以在早期讓他們的 HbA1c 得到控制，而不惡化到透析，這個才是正辦。我們現在真的看到的是人數成長率，這些努力的預算跑到那裡去呢？是跑到前端去，健保還是付出在前端的，更是動用很多的醫生及病人的努力，衛教師、營養師前端的付出，這

些並沒有減少健保的付出，健保的資源還是投入的，是要讓病人不要進到透析，這才真的是大家一起努力。這應該是我們協商總額所要思考的，希望大家能夠理解這已經是病人到末端才會把資源投入在這裡，所以我們願意提供任何的資訊，也希望大家正確的解讀，特別付費者代表也能夠理解，將來在理性協商總額時，能夠有論理的基礎。先請楊代表，再來林醫師。

楊五常代表

我相信不管是基層、醫院或是醫學中心，大家都努力想要把腎臟病控制住，因為大家努力及科技的進步，確實老人家也活的下來，糖尿病也活的下來，這些代表前面做的功夫都沒有白費，這些人口增加，糖尿病老人在增加，洗腎病人一定增加，我想今天不要再談這個，這是無可奈何的事情，我就讀到一篇社論，就國會議員來講要控制預算，一定會叫人失望，這是不得以且殘酷的現實，我想我們都一定要努力，這是沒辦法的事情，怎麼取一個平衡？

主席

好，請林醫師。

台灣腎臟醫學會 林元灝副秘書長

剛剛楊教授講的話跟我差不多，實際上我也是想表達這件事，我們以老人數成長率和總糖尿病人數的成長率來看，是每年增加，所以我們的洗腎人口不可能減少，這個是一個趨勢，全世界都一樣，因為我前2年還聽過健保會有人講說以價制量這件事，讓我覺得實在是很荒謬，也很可笑，也很可悲，剛剛副署長這樣子提的時候讓我感覺到說你們壓制經費，似乎是想要讓人口減少的意味，這個是不應該的。

主席

林醫師，您可能只聽一半，剛剛是說歷年透析人數的成長率在下降(趨緩)，但總人數是增加，透析總額也在增加中，剛剛並沒有說要以價制量；總人數增加的背景可能是因為人口持續老化、糖尿病人數增加等因素，但人數成長率減緩，我們有稍稍覺得寬慰，但總透析人數仍在增加，盛行率也還在增加，所以這是預算仍要成長原因，只是預算成長的幅度要透過協商而來。

台灣腎臟醫學會 林元灝副秘書長

主席，抱歉，剛剛話沒有講完，我想主席是怕我誤會，但我希望您能將真正的事實表達給在座及健保會委員知道，人數成長是不可逆的現象，本會議開會的目的是想辦法讓人數趨緩或減少，並提升現有透析病人的照護品質，我再重申一次，品質是要花錢的，各種消費指數的提高、人事成本增加，但我們的費用卻必須面對被刪減及價格抑制的現況，這是不合理、不應該的。我再重申，品質是要花錢的。

主席

謝謝副秘書長，大家的心情都是一樣，透過每年健保會的總額協商，透析總額預算仍在正成長中，但總人數增加是事實，前端也已投入不少資源，以期望病人不要進入透析階段；歷年協商的正成長反映透析的需求，本會議也希望提高透析照護品質，楊教授所提出的讓病人停止醫療，現在並沒有這樣的可行機制，目前能做的還是要繼續提供醫療服務，這是現況，相信今天的溝通，在座及付費者代表都有聽到相關的意見。

楊五常代表

過去這段時間，副署長最用心在開這個會議，我們都可體會到。剛剛羅院長是提出基層代表的辛苦，希望能努力做到合理的方式，剛剛林元灝醫師的意見可能是代表個人意見，不代表腎臟科醫學會的意見。

主席

能在這裡開會發言，都代表專家的意見，都是一起努力的，我們都會紀錄下來。好，請宋教授。

宋俊明代表

在現行模式下，病人愈來愈多是不可避免的，但是也要再回頭想想，例如 Pre-ESRD 收案率只有百分之 60 幾，是否還有其他可以做，另外在用藥方面，剛剛的第二案，在健保署施行後，各醫院才開始設定 NSAIDs 的管控目標，各學會才努力這一塊，還有一些是無法管控到的，就像某些醫院，你去看診就是打 1 支 NSAIDs，他不申報你也管控不到，雖然人數成長無法避免(如疾病、老化、糖尿病等因素)，但無可厚非還是有一些措施可以努力，消費者代表要看到成效，在這裡要跟消費者代表說腎臟醫學會及腎臟科醫師已經很努力，但有一部分不可逆的可能需要跨科來幫忙，所以第 2 案是否可以繼續列管，把這些東

西降下來，真的沒有辦法降下來的，有一些需要醫院或死亡來處理的個案，我想這就要用 SDM 來處理，就是看他們的 value，如果還要活下去繼續使用，健保署不付費，這個可能沒有辦法像歐洲國家一樣嚴格做到。

主席

請黃代表。

黃明和代表

1995 年洗腎納入健保是我在立法院所提的法案，因為以前只要尿毒症就破產。像宋教授跟副署長所說的，還有一些可以做的要加強，如 Early-CKD、Pre-ESRD 等，還有品質一定要成本，此外，活體換腎為何沒有增加，我也相信像羅院長，你們醫院屍體換腎的一定比活體換腎的多很多。另外，糖尿病患者一半都是洗腎病人，所以糖尿病學會、腎移植醫學會、外科醫學會也都應該列席本會議一起討論，以提升品質。另外材料費一些中間商不合理的部分也應該處理，讓成本降低。因為我們知道，幾個做血液透析最好的國家裡面，台灣是其中一個，如果能夠有效的控制成本並兼顧品質，也是大家的功勞。

主席

好，謝謝，先請張院長。

張克士代表

腎臟科醫師努力將透析品質提升後，請問各位，透析人數會變多或變少？若洗腎病人沒有足夠的換腎機會，上游又因人口老化及三高等因素愈來愈多，當品質提升，透析病患存活久，人數必然愈來愈多，但造成的結果卻是點值變差，猶如變相的懲罰腎臟科醫師，非常不合理。在此建議，對於透析病患的上游，從 DM 到 AKI、CKD 及 Pre-ESRD，洗腎前的這段過程，涉及很多科別且有各種專案，應該加強整合，讓病患的照護連貫，目標一致，就是降低透析的發生。另外一個 Issue 是，目前點值太差如何改善？除了人口老化及成本指數改變等結構的問題外，上述已說明造成透析人數變多的幾個因素，應該至少依實際透析人數及費用的成長給予相對應的預算費用，否則將讓點值每況愈下，不但不合理，對腎臟科醫師也不公平。

主席

請宋教授。

宋俊明代表

我想講的張院長幫我講了，壓縮點值是不合理的，剛剛追蹤事項第 2 案，這也是跨科的，上游糖尿病或心臟科送來的病人，早在個案在新陳代謝科或是心臟科的時候個案的腎臟就不好了，但沒有提早送來，都等到後期才送，這應該是醫院讓各科檢視一下，該收案者應予收案，讓醫院的院長知道目前收案率是多少，是 60%、70%還是 80%，這樣可以影響到其他科，糖尿病的也可以進來。

主席

剛剛近 1 個小時的發言，好像偏重在討論本會議的職掌及健保會協商成長率給予的合理性；我們可以看看在追蹤事項中，大多是在處理如何讓病人變少，所有的努力都是在用方法減少病人進入透析階段，如剛剛宋教授所反映的追蹤事項，還有如第 1 案、第 2 案，第 3 案 C 肝病病人的追蹤案是讓病人更有生活品質的，還有院所開立 NSAIDs 處方的監控。本會議有很大的篇幅努力降低病患腎功能惡化到需要透析，有些已經超過本會議的權責，還有很多需要其他醫界團體像糖尿病學會、糖尿病衛教學會、移植醫學會一起努力，所以就如黃總裁剛剛所說的邀請相關醫學會參與相關議案的討論。

台灣腎臟醫學會 林元灝秘書長

主席，不好意思打個岔，我們這個會議是在討論透析的品質嗎？

主席

我們在討論透析預算的研商。

台灣腎臟醫學會 林元灝副秘書長

這些病患都已經進入 ESRD。糖尿病學會的人參加這個會議是在跟我們討論是在 CKD 階段的，這根本會議沒有關係。

主席

本會議在討論如何讓透析的醫療體系能夠永續的發展，預算能夠支持病患的醫療費用，所以與透析病患人數的成長有關，能夠讓人數增加比較和緩，否則我們花這麼多的篇幅只在討論透析，更要思考把預算用在進入透析之前的衛教上，讓病患能夠得到比較好的生活品質。

台灣腎臟醫學會 林元灝副秘書長

我們這個預算是透析吧？

主席

是的，所以會上的代表也都有共識，希望透析的病人能夠得到合理的照顧，也希望腎臟專科醫師的專長也非僅止於提供透析服務，同樣也能發揮所長照顧腎功能可能有問題的病患，讓他們能夠得到比較好的治療，因此容我保留一點時間談談序號 1，還有宋教授提點的第 2 案是否要解除列管，但目前還在回饋資料中，我們是否再持續追蹤，第 3 案因為透析患者中 Anti-HCV 陽性大概有一半需要治療，所以繼續列管；第 9 案，也請醫界能夠提供資料的需求，本署再據以提供所需資料，讓資訊的分享更透明，就繼續列管。最後黃總裁所說，不管是前端或後端，邀請相關醫學會(如：糖尿病學會、糖尿病衛教學會、移植醫學會)來協助我們參與討論，讓大家可以一起努力。但如同剛剛幾位代表所提，進入透析的病人也應該得到合理的照護，這也是不變的事實，更是本會議一定要討論的議題，因此各位代表可以提資訊的需求，或提出能夠讓照顧品質更好的策略及方法。所以上述應該有 3 項持續列管。好，請鄭醫師。

鄭集鴻代表

我相信主席也認同我們腎臟界努力再減少病人進入透析，回到第 9 題，就是理性協商這件事，為何我們會提出這個議題是因為每年 9 月的協商感覺不理性，因為時間有限，現場健保會的委員對透析可能不是很瞭解，其實對透析最了解的就是本會議上所有的代表們，有健保會代表、有專家、有醫療提供者及健保署的代表，誠如剛剛主席所講的，這個會議是資訊最透明也最了解透析的，在這裡慢慢達成共識，至少在每年第 3 次會議，提出一個合理的成長數字，呼應被照顧的洗腎病人，而不是在協商會議中被粗暴的對待、或不把洗腎腎友生命看成一回事。希望能在本會議提供一個數字給健保會委員參考。

主席

跟鄭代表報告，健保署在四個總額協商，都沒有提供合理成長率，因為要尊重健保會協商委員的權責，包含透析預算也是相同的，沒有任何總額本署能提供合理成長率的權責。

鄭集鴻代表

健保會委員都說健保署有給明示或暗示。

主席

不可能，本署只有針對各總額部門提出的訴求項目或本署所主張的項

目，提供試算或說明資料，整體成長率還是要尊重健保會的委員，請問現場的趙代表或是鄭代表，本署有明示或暗示嗎？這絕對不可能。趙代表是蠻資深的代表，鄭代表也有參與協商的經驗，健保會還會希望本署提供更多的資訊或數據。另外還要跟您報告，總額協商時，健保署是列席單位，是醫療提供者與付費者兩造在協商，雙方的感覺會有所不同，但如何讓付費者代表更瞭解透析，可能需要現場彼此互動說明。健保會趙代表跟鄭代表有沒有要回應的？

全民健康保險會 趙銘圓代表

本案就上次會議的辦理情形已經討論快一個小時，剛剛健保署已經說明，學協會如果需要數據，請向健保署提出需求，健保署也沒有不同意提供；第二是剛剛提到健保會委員好像都不理性，我想如果有參與過會議的人可能不會這樣說，因為協商過程中都有一定的範圍，而現在健保財務沒有那麼好，因素很多，而本月 20 日就要討論費率的調整，而我們付費者代表也會有自己的看法，而付費者希望透析成長能合理，但希望人數能愈來愈少，因為既然前端已經花了這麼多的預算投入，卻只因為老人人口的成長就一直堅持無限制的成長，那前置所投入的預算是否就浪費了，或是有部分做假；另外在活體移植減少透析的部分，看起來還有努力空間。有多餘的經費當然希望能夠做更多的事情，若政府有多的經費當然可以多投入，但當政府及付費者能力有限時，預算成長率就無法盡如人意，所以說協商代表都不理性，我不能接受。

主席

謝謝趙委員，最後請李醫師。

李少瑛代表(曾志龍代表代理人)

我要針對剛剛趙代表的發言做很直接的回應，我要講的是數據，不是理不理性，30 幾年前的台南，幾乎沒有看到 DM 的洗腎病人，洗腎室大都是 CKD 的，很少 DM 的，2 年前去北台南，洗腎室 DM 病人已經占 8 成，是誰把這些病人弄到糖尿病要洗腎的，現在根據研究，有 3-4 成要洗腎，年齡則在全世界都一樣，70 歲以上就不給予洗腎，美國 NIH 就講明了因為是浪費資源，但台灣能做嗎？如果可以，我們就照做，但不要讓腎臟醫學會來面對病人及家屬的情緒。

我是在美國拿到腎臟專科醫師，在美國 1970 年代開始有 Medicare，所有的疾病都不保，只保洗腎，1970 年開始洗腎就是 200 元美金，本來

有發醫師費，後來不發了，病人直接去洗腎室洗，一年看一次醫生，所以美國洗腎死亡率是全開發國家中最高的，比台灣高 2 倍以上，你們要這樣做嗎？我們把問題還給你們？最近加州在討論希望洗腎室能有醫生在，要省錢可以，但要看源頭，滿街的手搖冰請問誰來管？另外如何讓 DM 病人不要到洗腎階段，請找糖尿病醫學會，大於 75 歲老人要不要洗，請告訴我們該怎麼做。

主席

好，謝謝李醫師，我們先請付費者代表鄭代表。

全民健康保險會 鄭建信代表

這邊做一些回應，在整個協商過程中，不論是透析還是其他總額，付費者代表基本上都認同成長率要符合實際的需求，反映到第一線醫師，點值不能太差是基本的；剛剛有些委員提到說，協商過程感覺是亂喊一通，我的回應跟想法是，當天現場的代表都是相當用心地去做協商，或許每位代表的協商技巧不一樣，有些人比較直接，就會讓人覺得協商是不是就像喊價的方式？也坦白講，有些協商沒有達到成果，很明顯一開始就有立場，根本就沒有想達到共識的想法，所以很快就陷入僵局，這是總額協商。

但這個案子一開始羅代表的提醒是，如果有更多足夠的資訊，不只是可以讓我們理解在透析品質提升的同時，是不是能夠符合總額的成長，考量付費者代表並不是相關背景的理解前提下，就需要更多資訊。那常常我們需要去說服別人、也要說服自己，一個很重要的關鍵就是，不論是醫院或基層的總額，是不是就可以類推適用到透析？另外，透析的品質提升之後，就像剛剛張代表有說到，人數自然會增加，成長率也會增加，這些相關的資訊有更多的話，是不是可以給大家有更多的判斷，對我們有幫助的。今天大家都對透析成長率有這麼多意見，有機會的話，我們還是會帶回去給大家瞭解，謝謝。

主席

其實到這裡也差不多了，已經一個小時了，請張代表 1 分鐘發言。

張孟源代表

主席與各位代表大家好，其實花了一個小時，表示大部分與會人員和專家們對於洗腎尿毒病人的關係，但是今年總額協商的時候我有在場，羅永達院長、秘書長也在，協商的會場跟今天會議現場也很明顯的反

差，因為從各個角度如糖尿病、人口老化來討論透析預算的問題，結果協商當天是，付費者代表先說 2.9%，醫界代表羅永達院長則說 3.9%，經過暫停後，付費者代表說 3.1%，這是我的極限，醫界討論後回說 3.7% 可不可以？付費者代表一樣說 3.1% 是極限了，那根據一些非協商的因素，醫院的病人約佔 56%，基層佔 44%，用非協商來算會有 3.35% 成長，就是根本不用談就有 3.35%，所以醫界就沒辦法接受，付費者方也不願意增加，就這樣結束了，全部的過程不到 10 分鐘，就是這樣子，所以這樣的過程為什麼大家要花 1 個小時來討論，因為不到 10 分鐘的時間就決定 8 萬多洗腎病人的費用，就我一個客觀的立場來講，假如我們今天開會的精神，放在總額協商上對人文關懷、病人關懷與兼顧品質，相信不會那麼草率，以上謝謝。

主席

謝謝張醫師，今天的會議是實錄，健保會的燕玲組長有在現場，今天的發言不是對著健保署講的，很多應該是對著健保會較實際，協商的議程、程序、會前說明及付費者的座談會，都是健保會在主辦的，所以今天相關的所有發言，請醫務管理組再整理，將各位代表的心聲轉達給健保會知道。健保署能做的就是提供資訊，讓雙方有多一點瞭解，資訊慢慢累積，希望參與的付費者代表經由瞭解，最後反映在正式協商會場，讓大家心服口服，也麻煩兩位付費者代表能轉知其他付費者的代表。本案就討論到此，增加第 2 項、第 3 項和最後一項的繼續列管。因為今天案子很多，議事效率需要提高一點，進行下一案。

報告事項第二案：門診透析預算執行概況報告。

主席

謝謝，執行概況大家有沒有意見？不管怎樣我們都還有很多進步空間，包含 Early-CKD、Pre-ESRD 收案率都還是有缺口，特別 Pre-ESRD 收案率為 67%，雖然有比以前稍稍增加，但其實已經推動很久，希望大家能夠持續推動收案；另外，就是獎勵活體腎臟移植部分，第 31 張投影片，是不如預期的，雖然我們已經投入資源，這部分還是困難。

黃尚志代表

我們投入的資源，是從幾月開始計算？也許今年是從 7 月 1 日開始？

主席

獎勵活體部分應該有 1~2 年。

黃尚志代表

沒有，這個是 6 個月的，應該是從 7 月？

主席

取得重大傷病 6 個月，所以應該是才剛開始，透析前的比較久，應該有 1-2 年了。

黃尚志代表

透析前當時有提到說，有很多審查的程序和電腦的程式有一些問題，我們正溝通中，相信會再增加的，如果把審核部分修正，程式修好，看起來透析前換腎的個案還有新增加的 2 項都陸續有申報，相信還會再增加的，我們是比較樂觀的。第二，Pre-ESRD 不擔心，gap 大概在 30%，有時候你認為符合，但是病人轉出的時間太短，前面由別科照顧，剛我們討論很多由 ICU 轉出來，現在我們要努力把 gap 補起來，而且有方法與策略去執行。比較糟糕的是 Early-CKD，Early-CKD 的 P 碼希望再修正一下，當初訂的時候不是 Early-CKD，而是按照肌酸酐去計算，所以再改善，另外 Early-CKD 的病人，基層收的較多，這是應該的，更希望說，糖尿病與家醫科能多收案，這些都有策略執行，我們會花更多時間在 Early-CKD 的宣導上，Pre-ESRD 部分等等會提案，把那些加進來，gap 能夠再增加 10% 多，我們希望到最後還是有一個 gap，就是 indifference 無關緊要的那群人，大概就有 10% 左右，看看未來能否達到 90%。

主席

好，我們指日可待，謝謝理事長的說明，未來希望能看到數字明顯上升，請楊教授。

楊五常代表

黃總裁和消費者代表有提到活體移植，我想在座腎臟科醫師大概只有我做最多移植，這部分也跟李署長有提過，通常會叫我們鼓勵，其實醫生去做等於裁判兼選手，當然我們會介紹，不是外科醫生，但還是有侷限性，這些觀念要有改變，剛剛提到透析最多的 3 個國家：日本、美國及台灣，日本跟我們一樣病例數也是不多，但是他們非親屬之間也可以移植，美國有、日本有，但台灣沒有，我記得我曾經在這個場

合講過，建議我們是不是能請衛生福利部或健保署，邀請宗教團體的領袖，或社會的公正人士，請他們來登高一呼，去向民眾宣導移植的可行性及效益，民眾也比較容易接納，要不然只單靠醫生，是很困難的。

主席

謝謝楊教授，有關楊教授所提非親屬間活體腎臟移植以及建議由宗教領袖協助宣導，麻煩醫管組列入會議紀錄，轉請衛福部醫事司參考，因為醫事司下設有器捐中心，任務是在推廣器官捐贈，這部分就請他們推動。另外因為非親屬間的器官移植是需要修法，這個部分也不在本署權責，麻煩列入會議紀錄移醫事司研處。其他對於本案還有沒有意見？沒有就進入下一案。

報告事項第三案：109 年上半年門診透析服務點值結算報告。

主席

有關本案透析點值的報告外，結算的部分請專委再做說明。

醫務管理組 劉林義專門委員

結算的部分，在第一次會議中，可能因為疫情的關係會採全年結算，門診透析部分也是採全年結算，現在疫情比較趨於平穩，每個總額部門也有反映是不是結算部分恢復正常，所以我們最近將簽陳部長，109 年上半年採半年結算，下半年再回復按季結算，目前還在簽核中，核定下來會馬上跟大家報告，以上說明。

主席

可否再補充上半年要結算，是否 12 月要執行？然後程序是否有甚麼要補充的？

醫務管理組 劉林義專門委員

今天會議確認點值後，原則上從 12 月會啟動追扣補付程序。

主席

所以今天確認的點值是 1-2 季整體的半年點值，跟過去最大的不同在這裡，浮動點值是 0.8444，平均點值是 0.8563，這項大家有沒有意見？

廖秋燭代表

所以是指總額上半年結算一次，下半年都是季結算，所有總額都一樣。

第二，之前 1~2 年一直在講醫院與基層的預算沒有差別，剛剛算了一下下半年結算，這半年是不是因為受疫情關係，民眾會選擇去診所的機率有變高嗎？就跟醫院一樣，可以去看看醫院的申報，醫學中心、區域醫院衰退的很嚴重，地區醫院是逆勢成長，看起來是這樣，我不知道洗腎是不是也是這樣？上半年有 1.17 億元跑到基層去，所以疫情還持續下去，我覺得在討論預算的時候，基層成長率就是真的要高一點了。

主席

這個部分謝謝廖代表提醒，醫管組這邊有沒有要回應？確實透析總額的部分要留意一下病人的移動。

醫務管理組 劉林義專門委員

還是我們在下一次會議的時候會提。

主席

下一次？有下一次會議嗎？這是這一次的半年結算要考慮，確實有移轉的問題，誰可以說明？

醫務管理組 劉林義專門委員

有關於中醫還有牙醫，其實他們都面對這樣的問題，像是醫院和基層的衰退幅度不一致的部分，所以像牙醫的部分是經過牙全會的同意，有預擬要撥補預算給醫院部門，因為預算的分配是在牙全會自己可決定自行撥補，只要報健保會備查就可以，所以他們最近是有這樣的提案，會在牙醫總額研商議事會議討論。至於透析部分，預算的分配是依照第一季基層與醫院的占率分配，所以很難說我們現在看著結果，再去看前面的原則要如何修改，也只能做 111 年的預算分配，也會把這個數字提供給大家做參考。

主席

好，謝謝廖代表提出的問題，會後再留意是否有公平性的問題，其他大家還有沒有意見？請張代表。

張孟源代表

主席、各位委員大家好，全聯會也是很關心醫院和基層的預算，很多次醫院的代表提出修訂，我們都是全力配合，但我是贊成專委說的，既然我們已有既定的程序，要更改應該是後年了，不然預算要挪移的時候會影響到全聯會大亂，因為我也沒有授權能更改，以上說明。

主席

確實是牽一髮而動全身，但是背後是不是已經偏離常軌，我們也一併注意。好，這個項目大家有沒有其他意見？沒有的話，半年結算的點值就確認，結算的方式及時間點也都確認，麻煩轉知會員。接下來報告案第四案。

報告事項第四案：110 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。

主席

110 年時程有沒有意見？沒有的話，就進到報告事項第五案。

報告事項第五案：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)案。

醫務管理組 劉林義專門委員

各位代表，我來補充一下，請翻到研商議事作業要點報 5-5，修改的地方有 3 個，第一是行政院性平委員會追蹤，希望每個會議的出席代表性別都不得低於 1/3，以前都是專業團體派員，但要點沒有本項規定，所以本次修訂就備註上述代表都應該考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時，任一性別不得低於 1/3 為原則，是遵照行政院性平委員會的宣示，所以下一次推派代表時，就會把這項條列上去，同時也列在要點上備查；第二，有關代理人出席規範，也是把它明定化，其實原本就是這樣執行，就是推派代表時，應提報代理人兩名，代表因故不能出席會議的時候，得依代理人順位安排 1 名出席，專家學者就沒有代理人制度，列席單位人員以 2 名為限，重點在於代理人要真的能夠代理；最後，請翻到下一頁第 8 條的部分，有刪除掉一項，這項其實在健保法已經有規定，既然法律有規定，則在要點裡就不需要再寫，就是說在開會七日前要公開議程，會議結束十日內要公開出席名單與會議內容，這些都有寫在健保法第 61 條，做如此小幅度的調整，以符合性平委員會的規定，以上報告。

主席

性平委員會是希望每個性別不得不得小於三分之一，但是本會代表多是團體推派，所以本署事前並不知道各相關團體是推派男性和女性的比例，最後推派人數比例是否超過三分之一，所以大家是互相尊重；也提醒大家對性別平等的重視。其次，本會代表的順位也是排順序，如果是代理人就需要做到代理人的職責。如果是代表的話，則希望能夠親自出席。不得已才請代理人，代理人是需要全責代理，會後應該把訊息帶回去並讓原代表也知道。另外，本會 10 日內公開記錄，都是按照法規來做的；刪除並非不做，而是已依據法規執行，大家有何意見?如果沒有，報告事項第六案。

報告事項第六案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

主席

大概是只有住院率，特別是層級別的部分有提高，其他都在參考範圍，有代表建議不要用層級別的部分，我們再看看是否有其他意見?如果沒有，是否請理事長帶回去研究，特別是地區醫院的部分，大家對本報告是否有意見?沒有的話，我們就進入討論事項第一案。

參、討論事項

討論事項第一案：「門診透析給付季結算改為年度結算期間，提升每月申報暫付款（暫付一加暫付二）至預估點值的九成五以上，以舒解基層透析診所於防疫期間的資金周轉及稅賦可能波動過度之壓力」討論案。

主席

本案各位代表可以嗎?如果沒有意見，我們在 12 月就會辦理上半年結算。大家是否有別的問題?如果沒有，我們這項就確定了，進入討論事項第二案。

討論事項第二案：110年「門診透析服務保障項目」討論案。

主席

110年總額保障點值的項目與109年相同。大家有沒有意見？沒有的話，我們就確認，請進行討論事項第三案。

討論事項第三案：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」及「全自動腹膜透析機相關費用」修訂案。

主席

本案是住院期間腹膜透析處置費、腹膜透析機的全自動相關費用，病人住院要按比例扣除。如果大家覺得現行申報有問題的話，我們按日扣除。台灣腎臟學會對本案有意見嗎？本案的源頭是最近準備要扣錢的問題，所以要把一些相關事項釐清楚。

台灣腎臟醫學會 張哲銘

台灣腎臟醫學會考量腹膜透析機器在住院時不太一樣，所以我們建議按月計算，如果按日申報的話，其實程序上很麻煩。之前我們有請百特去計算1年要花多少錢？評估每年挺多10萬到20萬之間，住院的機器是跟廠商整月租借的，如果可以的話就是要整月租賃。理論上，如果沒用廠商要收回的，但中間有受損的權責，不曉得要算誰的，有租約的話，如果中間收回，其程序所耗費的成本也是很多的，是不是值得每日算？因為金額很小，所以建議整月申報，如果按日以租約的精神來說，中間的權責就沒有那麼清楚了。

羅永達院代表。

住院的腹膜透析，是歸屬於院總額嗎？

主席

腹膜透析是歸屬於透析總額。

醫務管理組 劉林義專門委員

腹膜透析是屬於門診，所以歸屬於門診透析總額。

羅永達代表

現在腎臟醫學會建議，如果這個病人住院的話，住院的腹膜透析應歸

屬於醫院總額或門診透析總額？

主席

第一項是分工問題，還是在這個總額。第二項是說，病人如果住院了，我們也一直在支付病人租賃機器的費用，監督單位審計部覺得本署應該收回，免得不夠精準。

宋俊明代表

上次我們就已經提過租房子的概念，如果出國的話，房子的租金依然要付呀。

主席

該誰付？

宋俊明代表

還是應該由租房子的人付。

主席

本案重點是病人已經住院，放在家裡的機器並沒有使用，我們還應該要付嗎？

宋俊明代表

問題是那個機器已經在他家了，租金難道不該付？另外，很多醫院(大醫院也一樣)很好心，當病人住院的時候備機給他在病房用，但是備機的設定稍微不一樣的話，很容易出事。所以現在很多醫院是建議病人把自己的機器搬到醫院，醫院沒有再給他一台備機。這種狀況是否還是以每月計算？如果健保申報還要再區分是否備機的話，是不是相對複雜很多？

醫務管理組 陳依婕科長

現在健保法規定院所於實際提供醫療服務時，才能向本署申報費用與支付。所以健保支付的是實際有使用的項目。剛剛有代表提到租金的概念，與健保現行支付上的概念，可能會有所差異。目前支付標準很多項目都已訂有「如果中斷不使用時，要按比例扣除」。本案如依比例扣除在執行上有所困難，因此建議按日申報。以上說明。

主席

本項支付標準有規定「如果停止治療的話，要按比例扣除」等文字。所以，我們現在要討論的是如何按比例扣除？因此，業務單位才建議將按月改為按日支付。也就是實際使用多少天就申報多少天的概念，這樣比較清楚；如果不改成按日的話，就是按照現行的規定，按比例扣除。

楊五常代表。

報告主席，我覺得這是公務員的防弊心態。應該要從長遠來思考，病人住院當中，他也在用機器做腹膜透析啊？又該怎麼算呢？

宋俊明代表

實際狀況就像楊代表講的。腹膜透析的病人如果住院，有些只是把家裡做的藥水、機器帶到住院來做，當然不同醫院會有不同的護理師照顧。

楊五常代表

所以我建議機器就是按月，處置費按實際申報，如果病人住院的話，再由醫院申報，如果在家裡，就由原來的院所申報，我認為這樣比較合理。我還是建議公務員不要有防弊的心態。

主席

先請支付標準科說明，住院時使用家裡的機器和藥水，這樣有問題嗎？

醫務管理組 陳依婕科長

這樣沒有問題。

主席

如果病人從家裡帶機器及藥水到醫院，醫院不應該重複申報。

楊五常代表

如果病人沒有從家裡帶藥水及機器來醫院，而由醫院提供的話，醫院應該會扣除。

主席

如果診所和醫院均不會重複申報的話，那就沒有問題。

宋俊明代表

現在對藥水、機器的重複申報，審查也十分嚴格。

主席

請支付標準科說明，本署是否曾做過「住院期間腹膜透析的病人，是否重複申報的相關資料」？

醫務管理組 陳依婕科長

我們現在手上並沒有相關資料；不過，醫審及藥材組在核扣相關費用時，曾經發現有重複申報的情形及進行相關費用核扣。

主席

如果病人將藥水及機器帶到醫院，而醫院又重複申報的話，當然要扣除。

楊五常代表

我以台北榮民總醫院的經驗來說，因為醫院沒有那麼多機器，所以腹膜透析的病人都是自己帶機器來，藥水部分則不一定，因為醫院通常有庫存量，病人住院時，醫院會先借給你用，但是出院後於下個月會扣回，也就是會把重複的部分扣掉。

主席

病人如果把機器帶到醫院，醫院自然不能申報屬於機器處置的全自動腹膜透析 2,000 點。不過，我們在實務上發現還是有重複申報。

宋俊明代表

我覺得這項涉及申報模式，應該是把申報模式講清楚及載明不得重複申報即可。

主席

如果這樣的話。本案今日就不再繼續討論。我們先把重點釐清，即病人從家裡到住院，因為腹膜透析不能中斷，現行支付標準的租金是按月申報的，如果是用原機器繼續用，當然沒有問題，只是現行支付標準裡「患者因故中途停止治療或入院未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用」這句話要怎麼調整，如果病人即使住院還是有繼續使用，當然不用扣除，或是病人也沒有中止腹膜透析，也不用等比例扣除，顯然原支付標準的條文內容是正確的，惟使用機器的地方不同；如果病人已經將機器及藥水等都帶到醫院使用，但醫院還申

報，則就需要扣除，因此重點是不得重複申報。剛剛代表們也有提到其實醫院並沒有這麼多的機器，所以一定是病人帶過去為主；若實際真的有發現病人帶機器去醫院，則要按支付標準規定追扣。所以我們先把問題釐清，本案暫不做決議。先請楊教授，再請廖代表。

楊五常代表

另外有一種情形，如果出院病人從區域醫院因為重症轉診到醫學中心，而在醫學中心的那段期間只做一般的血液透析，而不是做腹膜透析。這樣的病人機器還是擺在家裡，要如何處理？這就是剛剛宋教授說的。但追蹤處置費的部分，個案還是追蹤中。藥水的部分可能是用普通的藥水，但醫院後來會扣回來。

主席

這又是另外一種情形，如果腹膜透析病人從區域醫院，因其他疾病轉到醫學中心，在區域醫院的時候，可能將機器帶去，但在醫學中心的時候，因其他疾病問題不做腹膜透析，改做血液透析，這期間不見得會帶機器的時候要如何處理，我認為這部分還是要釐清楚後，再依規定處理會比較好。原則上健保支付是一次性，不再重複支付。我們會依照實際的狀況來審視原支付標準的條文，到目前為止這段文字還是正確的，只是有沒有發生。

楊五常代表

我建議透析藥水的部分，也請健保署一併分析，機器的部分就維持現在的規定，以月申報。

主席

我們今日暫時不做決定，等相關數據統計出來後再來討論，如果沒有發生重複申報，那麼機器部分就不須核扣，因為病人也還在使用，沒有中斷。請廖代表。

廖秋燭代表

醫院的部分一定不會重複，我們只能選擇門診或住院來申報。如果病人在醫院住院天數很短，我們會扣掉；如果是做血液透析的話，也會把天數扣掉。另外，對於住院超過1個月以上的病人，如果住院期間

有使用腹膜透析的話，所有的費用就會申報在住院，如果機器是由家裡帶來的，我們門診就不會申報了。不過，現在腹膜透析於門診申報是屬於透析總額的範圍，如果住院做腹膜透析申報是屬於醫院總額的範圍，我們現在申報在門診透析、醫院總額都可以嗎？

主席

建議等數據統計出來並予釐清後，再回頭來看相關規定是否要修正，現在院所的申報態樣，我們也需要透過數據進行瞭解及掌握。所以，本案今天暫不決議，等數據出來，再列入臨時會討論。

羅永達代表

有關腹膜透析病人申報住院、門診應該屬於那個總額範圍？也請下次會議併同說明。

主席

請業務單位把羅代表建議一併記下，於下次會議一起說明。現在進入討論事項第4案。

討論事項第四案：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位追蹤辦理情形。

主席

好，除了剛才同仁念的以外，還有一個要修正的就是討4-1，討4-1的健保署，剛剛講的是說2項對不對，追蹤2項，其實討4-1的(3)也是繼續列管的，這是報告事項第一案的辦理情形，剛剛宋教授就希望能夠繼續列管，所以其實在4-1那裡，健保署有4項，只有(2)是解除列管，因為移殖的獎勵已經做完了嘛，剩下3項是繼續列管，本案大家有沒有意見？請張醫師。

張孟源代表

主席、各位委員大家好，關於初級糖尿病跟初級腎臟病合併的計畫，上星期六腎臟病醫學會理事會，我們也提建議，第一個就是說初級腎臟病有些年輕的他不一定有糖尿病，比方說他可能是因為間質性腎炎或是因為吃藥，或是因為其他的生活因素，但是他沒有糖尿病，而這一類的病人將來要如何照護？第二個問題，很多基層診所面臨的問題，

糖尿病照護計畫費用比較高，初級腎臟病的費用比較低，當然來講初級腎病費用提高，是一個誘因，但是就會有困擾，因為糖尿病衛教計畫對護理師的要求非常高，護理師不但要不停的上課，還要認證，而且還要考試，而且不一定考得過，現在會變成是說，糖尿病衛教已經行之有年，要請他們改變是很困難的，那初級腎病的話，有一半並不是糖尿病，有一半是單純的腎臟病，是不是真的有合併的必要，我是希望提出一個基層實務上的建議，可以考慮一下，因為事實上目前開會的進度，好像還是一直延宕，假如沒有急迫性，是不是讓各個計畫保持，初級腎病進入的門檻會比較低，讓基層診所比較有機會參加初級腎病，讓他們也能發現早期潛在腎臟病的病人，以上謝謝。

主席

好，謝謝張醫師。還有沒有人對本案有意見？請理事長。

黃尚志代表

剛剛張醫師講的，我想一想，糖尿病照護也是行之有年，體系上也蠻完整的，而且他們入門的門檻非常高，腎臟病的門檻我們一向設得比較低，希望大家能參與，本案已經討論好幾次，也在其他地方討論過，我總覺得好像不知道阻礙在那？為什麼總是沒有辦法推？合併起來照護是對整個推展最有利的，我沒有什麼特別建議，只希望案子趕快加速通過，因為懸在那邊已經懸很久了，腎臟病也懸著，糖尿病也懸著。健康署的計畫每天都在講整合，真正要落實的步驟，都沒有好的進展，很多疾病都在講整合，但是真正要有平台出來，真正在這個平台上執行才有辦法，不然每一個人都各自為政，到最後也沒辦法統計，這就是我們等一下要討論的，我要特別強調要有一個平台，在這個平台上大家有共識的去執行，這樣後續的指標、成效才能計算，否則的話會很難，我想負責過本計畫會很有感觸，你統計你的，我統計我的。

主席

所以理事長跟張醫師的意見正好相反，一個是希望趕快整合，張醫師是希望不用整合，各做各的。

張孟源代表

我是說假如進入門檻不需要像糖尿病衛教那麼嚴格的話，倒是可以考慮不同的門檻、不同的做法。

主席

那就是分開做，對嗎？我們是急著要整合，請宋教授。

宋俊明代表

我個人還是覺得整合是未來比較不會消耗我們戰力的做法，事實上至少我們今天可以還是說先做整合，我們的目標是這樣，譬如說糖尿病那邊要求的非常嚴格，但是入門這邊，腎臟醫學會請糖尿病的醫師或者是護理師來受這樣子的訓練，這個非常容易，至少糖尿病那邊不要老是看到 creatinine 這些數據都無動於衷，所以他也可以這樣先踏出一步，要不然永遠懸在這邊，我剛剛一直在提的就是，現在後面還有心臟病等問題，而且是 Pre-ESRD 的部分那更嚴重，所以是不是前面這邊我們先踏出一步，先把糖尿病可以兼收案，兼 CKD 的收案，那你可以說你有 2 份的備案也 ok，但是大家可以先有個接觸，或許在 Early-CKD 的部分，糖尿病控制很好的病人，是不是把訓練的門檻再拉低一點，因為不是所有的糖尿病都那麼嚴重，這樣可不可以先上路，不然已經懸在那邊 1 年了。

主席

好，謝謝。總之，共病整合已經是國際的共識，就是面對多重疾病的病人，醫療端服務提供需要整合，當然醫師有不同的專長，醫師要合作，這個部分困難歸困難，但是這個趨勢是不可擋，所以這個計畫，我們很快會提共擬會議討論，現在大概是最後一個指標的部分還要再磨合一下，剛剛是顏代表？，請顏醫師。

顏大翔代表

主席、各位專家，大家好。我想剛剛已經提到很多，糖尿病入門門檻比較高，初腎的比較低，目前是個別都在執行，感覺這個好像沒有互相衝突，如果你沒有糖尿病的團隊，你還是收初腎，剛有統計到就是說初腎的收案率，我們基層做得蠻多的，所以就是說其實並沒有違背，我所知道的糖尿病團隊做得好的話，病人他有初腎的收案條件，他也會去申報照護，所以好像沒有互相抵觸，如果你只報初腎也可以，譬

如說我是泌尿科，我做初腎照護啊，他們很多結石的病人，腎臟可能也不是很好，泌尿科他不可能去做糖尿病人照護啊，所以我說這兩個計畫，事實上你可以個別進行，也可以一起執行，如果你的資格兩邊都符合，譬如說我的診所，糖尿病、Early-CKD、Pre-ESRD 我都收，其實整合根本不是問題，只是申報的部分，個別報稍微少一點，我覺得對總額這一塊是有幫忙，但是我是覺得應該看起來是沒有違背啊，沒有互相抵觸，應該是沒有什麼問題才對。

主席

其實同樣是共病的病人，他有糖尿病又有腎臟病的病人，看他出現在那裡，現在當然這個計畫上路之後會逐步推動，最優先應該著手的是同醫院卻由不同的科別收案，由糖尿病科及腎臟科分別收案，這種共病病人在同院收案卻沒有整合，這是第一步一定要 push 的院內整合；至於糖尿病在醫院收，腎臟病 early-CKD 在診所收案，可能醫療提供者要合作就比同院稍微困難一點，這可能列為我們第二階段，但是就病人的極大利益來講，還是需要整合照護會比較好，所以這個計畫還是得進行，我們會逐步來推動。

黃尚志代表

一個小的建議，現在 2 個檢查的項目，看能不能大家坐下來把它合併，不要分成 2 邊都檢查，一次就 ok。

主席

對啊，理事長說的這項在同院才能達到最大的好處，如果是跨院的情況還是有它比較難執行處，確實現在大家各自收案，跨院會有這樣的問題，我們認為這還是要持續整合，我們要去證明共同照護比分開照護好，這是第一步，誰來證明呢？同院要先去做，由同院的數據去證明整合優於不整合，下一步，其他跨院收案的就要想辦法進一步整合，這個計畫的方向我們會往這裡推動，但是我們要有實證，就像糖尿病剛開始做的時候，就是有實證去證明共照是好的，道理是一樣的，所以這個計畫會進行不是為了省錢，更重要的其實是為了病人好。大家都說透析的病人有三分之一以上都有糖尿病共病，糖尿病的病人如果不好好處理，他又有腎臟病，最後可能就會惡化到 Pre-ESRD、ESRD。

這個計畫現在要做的最後一里路，就要訂出共同照護的評估指標，指標提出後就提共擬會議讓它修正通過，我們期待很多醫院代表，包括宋教授，要從醫院做起，特別是這個病人已經在醫院兩邊都有收了，醫院就要自己想辦法提供整合醫療，讓這兩邊醫師合作，透過合作節省檢查的時間，這對病人才是最大的好處，否則兩邊各自為政，重複檢查，對病人也不好，對資源的利用也沒有得到最佳的利益。

宋俊明代表

我個人覺得今天主席所述會寫在會議紀錄，這一定要推行，後面差一個評估指標而已，現在醫院同仁的困難，糖尿病的醫師要來 Early-CKD 受訓這 ok，但是我們要腎臟科醫師去考試糖尿病的照顧並不好考，還要去訓練及實習、還有線上的登錄，其實很多腎臟科醫師不願意。

主席

我知道，其實你想我們現在很多 P4P 的計畫也都是由個案管理師，那麼多疾病的個案管理其實本來也是可以整合的，像這種共病，第一個個案管理師要整合，第二個營養衛教可不可以同時對於腎臟病、糖尿病一起做，而不是各做各的，這對醫院來講才是有限的資源去做，因此已經不是只有醫師的問題，醫院有參加 DM 衛教的計畫，本來營養師及衛教師都有規格，都是 ready 的，可是對 patients 來講，他接受兩邊的衛教，兩邊建議如果還有衝突怎麼處理？醫師有兩個，這對病人來講他要怎麼整體改善他自己，他是需要有一個共同的窗口。

宋俊明代表

我覺得副署長講的非常好，我剛要提的是，是不是在這個會議上我們已經定論，這樣醫院就可以往這方面進行，醫院要推動，醫師就會去上課，衛教師可以開始 Ready。

主席

因為這是一個 P4P 的計畫，這是寫在支付標準的，所以程序要經過共擬會議，但是現在這個草案，針對指標部分大家還在提供意見，所以還沒有到準備完成的這一步，只要準備好，公告後就可以做，不過方向始終都沒有改變。我們期待的是，雖然沒有辦法一次通通都改變，但是至少同院先整合，同院整合的之後再是跨院的，跨院的也要有一

個整合的醫院，應該說服病人，慢慢提供整合醫療，現在的醫策會也再推動整合醫療，所有人都在做整合醫療。我們討論了這麼長時間的共病，透析的病患中有越來越多有在糖尿病的共病，所以不做是不行的。今天提案只是講分工，未來要把辦理情形拿到會議來報告，否則每次開會為了追蹤這個事情花很多時間。這樣分工大家沒有意見，腎臟醫學會所分到的也有喔，今天要討論的是 3 跟 4，AKI，前面 1、2 的部分，今天好像也沒補充，好，請楊教授。

楊五常代表

我看醫院的部分，像是請教育部。

主席

不是，教育部那個是健保署的，腎臟醫學會的是討 4-4。

楊五常代表

所以現在不談。

主席

對，一共 4 點，1、2 這邊辦理情形是說腎臟醫學會會在會上補充，有嗎？

黃尚志代表

1 我寫了好多次了，也跟其他學會討論過，就是我們應該修的都修了，該注意的也都注意。

主席

有沒有什麼監測指標是可以讓我們在專業審查上發揮空間的，第二個如果是緩和透析或者是安寧透析，這個有沒有 guideline，這兩件事情都還蠻專業的。

黃尚志代表

第 2 件在台大醫院那已經早就有發展一本了，我們有跟他拿，請他刪除一點不要那麼複雜，我們再努力，下次一定拿給你們，這是第 2 點。

主席

1、2 都下次好不好。

黃尚志代表

好，2 順便補充一點，剛我們談移植，要宗教的拜託出來講一下緩和醫療。

主席

那就列入，因為緩和醫療或者是安寧療護，也是部裡頭有主辦單位，那就是 1、2 都要繼續列管，3、4 看第一下討論的結果。

楊五常代表

1 我補充一下，我們知道 NSAIDs 現在用的很浮濫，不過病友疼痛的話，你沒有讓他止痛有些困難，這有在做衛教嗎？

主席

有啊，因為我們剛剛在前面，這個東西都已經談很多，報告事項第一案的追蹤事項第 2，這個部分其實 NSAIDs，這裡重複在講的應該是希望學會就專業的立場如果還有其他指標可以提供給我們的話，我們可以再篩異出來，請羅院長。

羅永達代表

我想腎臟醫學會很有誠意，但是每次跟其他在座溝通整合的時候，事實上出現很多問題，比如剛楊教授所提到的，骨科醫學會也有類似的意見，急性的怎麼辦？急性期時，這個不可以，那個也不可以，要醫師在當時要怎麼辦？第二，當把內容形成文件的時候，目前法律的訴訟裡面任何的 guideline，如果假設現在有病人，他來的時候忘了檢查或者是急性期的時候沒有檢查，上面寫不得，當時我們有提到，如果被對方律師提出來攻擊的時候，這些要負多大的責任嗎？第三，最後會不會演變成所有 NSAIDs 藥物要使用前要先抽血檢查的 renal function？如果是的話可能費用會增加很多，否則變成有照規矩做檢查的人才會出事，沒有去檢查看不到 NSAIDs 就講說不知道，遇到這種情形怎麼辦？在跨很多科時，包括剛講的糖尿病，我們當然很希望在這個會議決定其他科、其他單位，甚至其他總額應該要怎麼做，事實上，沒有經過溝通，會有很多其他的意見，包括剛講的 NSAIDs 藥物，這是很好的立意，現在署裡面也提供讓醫院自己去參酌，我想世界上沒有一個醫師不希望他的病人好的，當他知道了這些事情，他自己會斟酌，在這樣情況之下，你還要立很多的指標，甚至強迫或者是立意抽審，到時候對醫師本身，對當時病人情況的調劑權或是判斷的權利，事實上也不見得是最好的。所以這可能腎臟內科在跟其他的科系，或

是其他總額在協商的過程中，我們也提出很多的意見，可是好像也沒有得到相關的解決，所以我覺得不是很單純從腎臟醫學會的角度，或是從腎功能的角度看一件事，醫療是整體的事情，包括：人在疼痛時到醫院急診室，要他怎麼辦？所以遇到這種情形的時候，希望腎臟醫學會可能在擴大跟大家做溝通的過程中，想辦法解決其他科的問題或是其他總額的問題，會比較好，以上。

主席

這件事情是涉及專業，所以我們還是希望台灣腎臟醫學會可以協助我們。

黃尚志代表

謝謝羅院長的指示，我們在寫文件的時候，對於不同的腎功能它也有不同建議，包括現在最輕的用普拿疼，腎功能沒有那麼差你還可以用，你只是在追蹤它腎功能有沒有壞得太厲害，現在大家知道腎功能資料的取得，你看雲端藥歷，包括圖表也都有，很多項目都已經都可以看的到，根據這樣腎功能情形去做處方，比較嚴重、急性痛的，你可以用嗎啡類的藥物，最近不是有討論嗎，只是說不要用 NSAIDs，有些可以用的要再追蹤，只是文字上已經寫了，有些如果寫得很模糊的話，那就等於沒有寫一樣，可是如果我寫不要用或禁止這樣的文字，可能 eGFR 剩下 10 的病人如果用 NSAIDs 明天開始就喘起來，選來選去也沒有比較好的名詞出來，這是我的困擾。第二，我們一直在這會議談，就很難送出與其他的學會溝通，最多的是疼痛學會，上次為了 tramadol 的議題有一些討論，但立場上還是不會差太多，我們是想說不同的腎功能有不同的處理方式，那都寫在裡面了，用的藥也有建議了，只是名詞，如果文字能緩和一點，現在不是沒有 guideline，現在我們已經有很多文字說 NSAIDs 不要用在腎臟功能不好的病人，可是現在得到的結果是統計出來不堪的局面，所以我說是不是文字可以用再強烈一點。

主席

好，沒關係，反正繼續列管，然後下次期待看到的東西也可以把羅院長、理事長顧慮的都一起考慮，那我們的報告事項第 1 案的追蹤，其

實是把認為有異常的提供給醫院協會跟醫師公會全聯會去輔導，我們純粹是輔導，因為這個非常專業，最後的醫療責任也是醫師要去承擔，但是輔導也是要有效，因為動員這麼多人，而且它確實要有改善空間，並不是每一個都像羅院長講的緊急狀態，所以我們還是期待有一些改善空間能夠盡量去避免病人再受到這些不好的結果。

羅永達代表

其實很多東西都有強度，不管是使用上的強度或者是文字上的強度，其實大家所 care，我相信所有的醫師都受過訓都很清楚 renal function 不好就盡量不要用，或是在某個程度你就不要用，可是問題是有很多實務的東西要去解決，所以腎臟醫學會在解決這些事情的時候，就剛所提到強度的部分，可能文字這個形容詞要注意，這個影響很大，我們真的看到很多人就說這樣規定，我們所修的 guideline，現在的律師都受過這樣子的訓練，會調這些資料，如果說 guideline 上面是這樣寫，就會成為一個突破點，這是很多醫師擔心的，動不動其他科沒有想到我們這個科的狀況，結果你列進去以後被找到，變成應該注意而未注意，那是很危險的。所以我們才一直希望說，假設以輔導的立場，事實上醫院協會也好，或者是所有的醫師，大家都願意接受這樣的訊息，我們非常推崇把它用在雲端藥歷裡面來做提醒，可是當進一步去要求，或者是文字太軟的時候造成的影響，說實在話不是我們在座在這邊講講就算數的。

主席

對啦，都可以理解羅院長所關心的重點，但是我們善盡提醒，而且是尊重專業的建議去提醒，然後名單也提供，能專業的輔導就去輔導，當然不是完美的方法，一定會有許多狀況是不適合的，所以輔導之後還是醫師要負起責任來，是這樣的，請楊教授。

楊五常代表

呼應羅院長所提的，疼痛的控制是非常重要的，因為文獻提到，病人疼痛沒有控制住，住院日數就會延長，醫療費用會增加，此外，疼痛會增加發炎反應，病人恐怕疾病會更嚴重，所以這一定要做的。第二，遣詞用字要很小心，要不然真的就像羅院長講的，可能會造成法律上

不必要的爭端。第三，腎臟病人的疼痛控制要怎麼做?除了我們一般用嗎啡類以外，我記得在 10 多年前的一個 symposium 裡有討論到病人的疼痛控制要怎麼做?除了一般對肌肉骨骼系統的你可以用 NSAIDs 或 Tramadol，但也有內臟的疼痛，還有急性的疼痛，其實你也不一定要用非 NSAIDs 類的藥，你可以用麻醉系的用藥，你短暫的用個 2-3 天，其實不會讓病人成癮的。我們腎臟醫學會也是有需要逐漸去推廣一些疼痛控制怎麼樣來用，這樣的文獻其實不少，有教你很多各式各樣的方法，以上。

主席

好，謝謝。請宋教授。

宋俊明代表

剛才討論的有很多當初在寫的時候就相當小心，因為改過非常多次，而且甚至在後面那一段，事實上 SDM 的精神都進去了，就是這個用藥下去，acute inflammation 的時候的確效果差一點，但是你進去的時候，腎功能就會損害，所以這時候你要看 patient 他的 value 怎樣，所以這不是 guideline，也不是什麼，這個是 SDM，所以上面會寫說，要使用的時候要跟病人討論，我覺得到後期的時候，病人跟你反映，我痛得要死，趕快止痛，我寧願洗腎，譬如說到第 5 期，這一次不用搞不好你只是延後洗腎 2-3 個月，現在就痛得要死，那 2-3 個月怎麼辦，他寧願打這個比較好的能夠止痛，如果說我們沒有 offer 其他的藥的話，就跟他講清楚，很多病人就是我不要痛，洗腎沒關係，我沒差這 1 個月，所以有些時候後面的一些事，我們把 SDM 的機制抓進去，其實現在很多 guideline 都這樣，而且可能也要跟很多的律師他們學法律的講，guideline 不是說你一定要照它的這樣做，guideline 是在現有的環境裡面，而且也有個體的差異，比較有證據建議的做法。

主席

謝謝宋教授，所有的溝通都是有幫助的，至少提出顧慮的地方，讓雙方都能聽到。本案有台灣腎臟醫學會專業的意見，健保署是不會凌駕專業的，我們一定會尊重專業，也就是專業的 guideline 要讓大家都知

道，如何遣詞用字還是要讓大家多幫忙。本案就繼續列管，接下來討論事項第五案。

楊五常代表

請問請教育部腎病納入教材的案子?這個案子先前由鄭集鴻理事長很宏觀推動的，在小學推動，但我認為如果能在大學的通識課程裡面教授，像在非醫學院的大學教課，大學生很喜歡這些健康的常識，我贊成鄭理事長的理念從國小就可以教導健康的常識，我清楚課綱可能現在有困難，但應該不只腎臟的課程，應該是全部健康的課程，像是糖尿病、高血壓、心臟病這些都可納入，我想是否能夠以衛福部名義建議教育部，在國小階段就有健康的通識課程，能夠從小就有健康的概念，以上。

主席

現在國小的教育也有健康教育，但健康教育裡也有很多很基本的項目，如刷牙、漱口、洗手等等的健康習慣，很多項目都十分重要，但課程很多，小學生課程也難以安排，因為議題真的太多了。本項因為是列管在健保署，本署仍然會持續的關心，鄭前理事長原本是希望能把腎病放進課綱，楊教授是建議有很多疾病都能夠納入，這可能會有一點排擠效應，但我們仍然期待健康的知識能夠從讓小朋友從小建立。請宋教授。

宋俊明代表

有關獎勵移植的部分，我認為請公正人士來講都沒有用，是否要衝撞非親屬間的移植?

主席

非親屬、宗教的議題也包含在其中，本署會將這些一併移請衛生福利部醫事司作建議，安寧的部分也是。

宋俊明代表

我只想表達日本沒有這麼多限制，希望能夠多管齊下。

主席

非親屬間移植的議題涉及修法，本署會將會議中的意見一併提供給醫事司，讓醫事司去考慮有沒有機會去推動，因為這是其權責。接下來討論事項第五案。

討論事項第五案：「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」暨「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式」修正案。

主席

學會這邊有沒有意見？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

台灣腎臟醫學會報告，當時提出不論 VPN 上傳或品保款內兩項的數字都以抗體為唯一判斷標準，希望能夠加入 RNA 的精神，依據現在疾病治療都以 RNA 的結果為依據，所以學會建議在品保款的判斷標準及 VPN 上傳，還有通報的規定都可以納入，在上次的討論沒有達成共識是因為討 5-1 操作型定義，希望如果抗體陰性且 RNA 也陰性，希望不要當作轉陽，也不用通報，但疾管署不同意這樣的建議，後面經過多方跟肝膽腸胃科醫師、疾管署還有學會內部討論結果，我們有些修正，這樣的修正也借鏡於 COVID-19 疫情檢驗結果的情形，很多原來為陰性後續轉變為弱陽性，這都歸因在病毒微量，所以依照原本 qPCR 的標準是 20 到 24 個 cycle，但如果放大到 32 個 cycle 會呈現弱陽性，所以沒有百分之百，因此沒辦法確定如果放大之後會不會變成弱陽性，再加上我們知道即便現在有 C 型肝炎的藥物，治療也不能夠達到百分之百治癒，目前大概是 95% 以上，經過跟疾管署技正的討論，台灣腎臟醫學會建議先加入 RNA 的數據，但如果是抗體一年內轉陽但 RNA 陰性的個案也還是要通報，後續由地方衛生主管機關監測，共識是疾病管制署發布的「醫療機構血液透析管制措施指引」裡所提到，連續 24 週以上 2 次 RNA 陰性則判斷為陰性，共識是如此。請問健保署，品保款暫不修正，RNA 的資料是？

主席

是增加欄位嗎?另外，秘書長請教一下，您說與 CDC 討論結果，抗體陽性轉陽還是要通報 CDC 嗎?

台灣腎臟醫學會 張哲銘

是的。

主席

但抗體轉陽，但 24 週內檢驗 RNA 是陰性的?

台灣腎臟醫學會 張哲銘

可能剛剛說的不夠清楚，當初提出來是希望，如果抗體 1 年內轉陽但測不到病毒的話建議不通報。

主席

可是後來不接受。

台灣腎臟醫學會 張哲銘

是的，二來我們內部討論之後的結果。

主席

因此修正之後的結論是?

台灣腎臟醫學會 張哲銘

我們仍然建議通報。抗體轉陽，RNA 是陰性，還是要做後續的追蹤，但是追蹤的標準要以「醫療機構血液透析管制措施指引」為主，連續 24 週以上 2 次 RNA 陰性，以這個為共識標準。

主席

相隔 24 週以上連續 2 次 RNA 檢驗都是陰性，才可以稱為陰性。這樣的標準也符合用藥的標準了。

台灣腎臟醫學會 張哲銘

上述，CDC 也同意我們的說法。

主席

這裡既然與 CDC 已經取得共識，麻煩給我們文字內容，本署據以修正，另外一起把 RNA 的欄位也放入 VPN 上傳系統中，鈣磷乘積長度修正為 6。本案就這樣通過了。

醫務管理組 劉林義專門委員

品保款的抗體轉陽率依然使用原本的計算方式嗎？

台灣腎臟醫學會 張哲銘醫師

是的。

主席

本署就開始建置 RNA 欄位收資料。

黃尚志代表

先開始收資料，以後要分析趨勢比較容易。

主席

先收資料。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

先收資料，之後在以 CDC 的指引為精神來判斷。

主席

通報之後，就會轉介給腸胃科醫師判斷是否進行 C 型肝炎用藥治療，在去做 RNA，本署先收集檢驗資料。請問還有沒有問題？

醫務管理組 劉林義專門委員

相關的欄位跟檢驗日期，本署就再跟台灣腎臟醫學會討論。

主席

欄位設計的部分，就請會後在跟秘書長溝通，再提供文字。謝謝。請楊教授。

楊五常代表

連續 24 週內 HCV-RNA(-)，這兩次間隔多久？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

兩次檢驗日期相隔 24 週以上。

楊五常代表

另外剛剛提到鈣磷乘積？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

是格式內容的修正。

主席

是欄位長度的修正。其實我們是先收資料，以後分析才比較有證據，但 CDC 的通報照樣通報，指標維持原案統計。所以本次品保款的部分，只有修正跟新增欄位，計畫的內容不修正。好，本案就討論到這裡通過。接下來最後一案。還有嗎？請楊理事長。

楊孟儒代表

如果是 C 型肝炎抗體弱陽性的話，之前就再提 2 次弱陽性的話。強烈的陽性當然是轉陽，不管 RNA 是+或-，那弱陽性呢？可能是假陽性，也要判斷是陽性嗎？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

這就是這幾個月我們討論的點，也受 COVID-19 影響，有幾例前面有 2 次 RNA 檢驗都是陰性，後來驗出弱陽性，所以在病毒很微量的時候，的確跟 qPCR 檢驗的 cycle 數是 24 或 32 就有不同的結果，但內部討論的結果還是妥協，因為無法百分之百，所以還是從這次 COVID-19 的結果得到一些心得。

主席

專業也還是要有共識，很多專家大家可能的意見也可能不同。既然最後妥協接受 CDC 的指引，我們就依照 CDC 的定義。接下來討論事項第六案。是否先請理事長先說明？

討論事項第六案：「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」修訂案。

黃尚志代表

本案包括兩個部分，第一為 AKI 的病人要納入照顧的範疇，因為剛剛在討論 Pre-ESRD 收案率的 gap 有一些病人無法掌握，如果可以納入 AKI 的照顧，整個掌握度會更好；第 2，我們 Pre-ESRD 在 06 年寫草案的時候原本要將藥師納入，但以當時的環境，藥師要納入計畫是有困難的，當時的藥師人數真的不足，但經過這麼多年的培訓，藥師的量能應該也夠了，在其他計畫裡面跟藥師專業有關的計畫也都紛紛納入，所以我們希望能夠在 Pre-ESRD 的計畫也將藥師納入，所以從年

初寫到現在，目前計畫比較完整了，才送進署裡面。有關藥師首先要有一個資格，除了藥師公會自己的訓練外，也會跟我們合辦，跟我們營養師、護理師、衛教師的訓練一起，藥師介入照顧有一定的條件，藥師公會有提出來，照顧的對象主要有兩類，我原本計畫只有寫照顧 Pre-ESRD，但健保署看到說是是否也要一起照顧 AKI 的病患，這是我在設計的時候沒有想到的。照顧的頻次我們希望比較衛教營養師，一年大概 2 次，金額因為試算結果有差距可以再討論，另外我有看過藥師收案的評估表，也十分詳細，最後年度再做一個年度評估。最後就是每次照顧費要給多少？另外 AKI 的病人有下面原則，一個個案原本腎功能是正常的，但因為某些因素導致 eGFR 小於 45，這個狀況是符合 Pre-ESRD 收案的，但個案是因為 AKI，所以我們建議多一個 P 碼，因為 AKI 是一個急性的，造成的原因可能因為休克而進到 Pre-ESRD，但如果說本來 Pre-ESRD 但腎功能不好，這本來就是 Pre-ESRD 照顧的，我們 care 本來腎功能正常但突然惡化的 case，但因為收案條件是 AKI，所以多一個 P 碼，以後抓資料才可以統計的出來，否則資料會很混亂，等照護 90 天，再評估個案的腎功能，會依據恢復的程度給予不同的獎勵，總之，我們設計的不是針對輕症的，我們希望收案的是比較嚴重的，eGFR 小於 45 的這些病人，經過照顧以後，照護有照護的費用，依照護恢復的情形，照顧的比較好的給予較好的獎勵，如果 90 日照護後還是沒有恢復，就持續留在 Pre-ESRD 照顧，這是我整個設計的想法。所以首先，不是 Pre-ESRD 變化的我也要給予獎勵，另外有關藥師照顧 AKI 病人等等大家可以討論，我看目前雙方針對計畫還有一些地方要溝通，但剩下 10 分鐘可能還需要多一點時間討論。是否目前有規劃要開臨時會？

主席

今天其實也快 5 點了，各位代表也許也有先訂高鐵的車票，其實本案可以在臨時會討論，另外，剛剛廖代表有提到 COVID-19 疫情期間是否對結算有所影響，雖然總額已經談妥了，但也需要再研究，希望能再討論，還有剛剛待確定的(腹膜透析追蹤處置費及 APD 機器租經費

用回扣追溯案),至少這3案都需要再開會討論,並非現在可以做結論,或者接下來還有要再討論的,如果還可以的話,共同照護的,DM及Early-CKD,如果共擬會議有通過的話,我們也趕快來推動,是也有機會要來開臨時會。所以現在徵求各位代表的意見,是要繼續開會,或是整個移到臨時會再開?因為Pre-ESRD計畫可能大家會討論的比較多,而且藥師公會也有意見表達,藥師公會理事長也很關心這件事情,所以如果可以的話,我們就召開臨時會,讓大家可以有充分的時間可以討論。請黃理事長。

黃尚志代表

我們Pre-ESRD計畫進行了十幾年,本案在今年是進步最多的,不但將腎臟移植的獎勵明確的納入,另外有關NSAIDs的管制雖然沒有直接寫進計畫中,但是我們一直持續在監測,代表對於NSAIDs所造成的問題我們是非常重視的。第三是藥師也納入計畫,這是以前計畫的遺憾,現在也比較完整的寫進計畫裡面。現在根據計畫的試算,金額可能沒有辦法完完全全支應,但我們知道支付標準後面還有修正的機會,範圍可以再擴大,我們可能等等會後再討論協調一下,下一次我們報告,還是我們希望明年可以執行的,雖然可能還是有一些限制,但是相對於以前計畫而言是有很大的進步。

主席

好,我們根據試算的結果,較高要增加1億的預算,等等我們請林義專委再補充,這種的投入也是健保的投入,這樣的努力都是希望後面不要進到透析治療,這就是為何我們不能只談透析要花費多少醫療費用,進入透析之前還要再有多少醫療費用的投入,這筆費用是編列在其他部門項下,這也必須要與付費者代表條論增加預算,所以其實是非常多元的,最後我們請林義專委跟大家補充。

醫務管理組 劉林義專門委員

首先,本署有預留臨時會的時間在12月2日下午2點(下下禮拜三),第二,因為有新增AKI跟藥師的部分,其實我們在爭取明年預算時就

要把前述部分納入，不過當時匡列的預算是 3,000 萬，當然我們還有預留正常成長的 2,000 萬，因此含藥師跟 AKI 納入本計畫暫時以 4,000 萬為上限估計，當然如果後續實施很有成效，我們也可以再向健保會來爭取預算，以上說明。

主席

這部分先向各位代表說明，我們預算分配的情形，否則可能會排擠到其他的預算使用，等於別的醫療費用點值就會下降，所以希望在互不排擠的情況下，我們的限制，就像透析的總額協商下來有困難，我想這是大家都碰到的困境，我想羅院長也是最清楚的，本署在總額協商的時候，本署跟醫界是一樣的位置、一樣的待遇，互相同理心，相互理解。既然 12 月 2 日要開臨時會，就留待下次臨時會好好討論。另外剛剛的追蹤事項，各位代表想要了解的資訊，希望本署可以協助提供的，如果代表們可以儘速提供，本署也會盡力回應。鄭代表。

鄭集鴻代表

是否能在開會前先釐清，藥師納入 Pre-ESRD 計畫，藥師費用的申報是院所獨立申報還是要依附在院所中？

主席

當然是依附在院所中，我們沒有單獨給付。

鄭集鴻代表

性質有點不同，藥師可以獨立開藥局，我們是醫藥分業，例如我診所做很多 Pre-ESRD 的 case，但我沒有聘藥師，我的處方籤是外釋，就不能申報。

主席

要請藥師報備支援。

鄭集鴻代表

藥師不能這樣報備支援。

主席

請藥師公會代表說明。

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

藥師公會可以代為解釋。藥師端的申報跟醫師端的申報有點不同，是 under 在醫療機構下的醫師認為有沒有這個資格，同樣的，藥師很幸運有計畫加入這個計畫來執行 Pre-ESRD 的話，藥師是非常樂意，藥師要跟其他參加計畫的醫師、營養師、護理師一樣要先取得認證，為了整個計畫執行的品質，這個步驟不能省；同樣診所裡執行也是類似的，您診所的藥師同樣要先取得認證，才可以在 Pre-ESRD 的平臺執行，藥師可以登錄衛教部分，並上傳 data。但如果是處方籤釋出的情況，本身的診所沒有藥師，就得看跟您診所合作的社區藥局，要看藥師公會全國聯合會要不要把納入，如果我們本來只針對藥師取的資格的部分，他必須要 under 在您診所之下，這個大架構如果不能變，就沒有辦法執行。所以我們還是要符合原來的規定的架構下去執行。所以醫院沒有層級的差別，您診所的藥師如果取得資格，也是可以申報。

主席

計畫的設計不能讓病人隨便找社區藥局的藥師，才符合計畫的設計，也就是團隊的概念。所以也不能讓病人去其他院所找某藥師、某營養師，如此便非團隊的概念。請顏醫師。

顏大翔代表

延續同一個議題，像本來我的團隊中沒有藥師，而原本的團隊中有營養師且是取得認證的，若現在計畫修改，是否影響原本計畫的執行？只是有藥師，我們另外申報一個 P 碼嗎？

黃尚志代表

對，另外剛剛醫院是方便的，對兩位基層的醫師也不會有影響。很難得診所能夠參加 Pre-ESRD 計畫，但申報是獨立的，不像前面計畫的部分是醫事人員有一項不符合就整筆被核刪。

主席

目前藥局能像本署申報的就是藥師服務費跟藥費，其他的費用一定要支援報備的、有計畫的才可以，我們也做了初步的交流，有利於下次臨時會的討論，今天會議就進行到此，也沒有臨時動議，感謝各位代

表的出席。

散會：下午 5 時。