

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

106 年第 1 次會議紀錄

時間：106 年 2 月 15 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉立麗

出席代表：

吳代表瑞堂	吳瑞堂	呂代表國樑	呂國樑
宋代表俊明	宋俊明	李代表妮真	李妮真
林代表石化	林石化	洪代表冠予	請假
張代表克士	張克士	張代表孟源	張孟源
梁代表淑政	梁淑政	陳代表麗淑	陳麗淑
曾代表志龍	曾志龍	楊代表五常	楊五常
廖代表秋鐳	廖秋鐳	蔡代表江欽	蔡江欽
鄭代表集鴻	鄭集鴻	盧代表國城	盧國城
謝代表武吉	王秀貞(代)	顏代表大翔	顏大翔
羅代表永達	羅永達	鐘代表應欽	鐘應欽
龐代表一鳴	龐一鳴		

(依姓氏筆劃排列)

列席單位及人員：

衛生福利部	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、廖尹嫻
台灣醫院協會	李雨青、吳洵伶、吳心華
中華民國醫師公會全國聯合會	洪郁涵
台灣腎臟醫學會	陳金順、林元灝、林慧美、 吳明儒
基層透析學會	曾庭俞

本署醫務管理組

陳真慧、張溫溫、劉林義
洪于淇、陳逸嫻、林蘭
邵子川、楊秀文、鄭正義
林右鈞

本署醫審及藥材組

曾玫富、陳淑儀

本署企劃組

董玉芸

本署資訊組

姜義國

本署臺北業務組

陳懿娟、張惠芳

本署北區業務組

麻晟瑋

本署中區業務組

張志煌

本署南區業務組

黃梅珍

本署高屏業務組

陳雀美

本署東區業務組

江春桂

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

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」
之說明。

決定：洽悉。

第二案

案由：本會歷次結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第三案

案由：門診透析獨立預算執行概況。

決定：洽悉。

第四案

案由：105 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認 105 年第 3 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
105Q3	0.82342296	0.83687274

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第五案

案由：活體腎臟移植面面觀。

決定：洽悉。

第六案

案由：慢性腎臟病防治策略研議進度。

決定：請台灣腎臟醫學會參酌委員意見修正，並提供指標定義及優先順序等相關建議，於下次會議予以說明。

肆、討論事項：

第一案

案由：106 年「門診透析四季預算分配」案。

決議：106 年四季預算分配比照 105 年方式辦理。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午5時

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議

106 年第 1 次會議與會發言重點實錄

李署長伯璋

歡迎新年度各位代表參與本會，共同為照護臺灣腎臟病患一起努力；目前我觀察透析、B 型及 C 型肝炎等患者，對健保財務具較大影響，需要大家持續關注與討論，個人對於健保事務秉持盡力做好，任何問題請隨時向本署反映！接下來請蔡副署長主持。

蔡副署長淑鈴

本次為今年新會期首次會議，有多位新的代表，署長亦來會場給予我們勉勵。今日議程有「活體腎臟移植面面觀」及「腎臟病防治策略」等二項由臺灣腎臟醫學會之重要報告，也期待各位代表持續給予我們指導。請各位代表先確認上次會議紀錄，若無問題即予確認，進入報告事項第一案。

報告事項第一案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明

蔡副署長淑鈴

因屬新會期有多位新代表，本署同仁整理會議作業要點向大家說明，本會議發言採重點實錄，請各位代表把握發言時間及審慎發言。各位代表是否有意見？

羅代表永達

本次我簽利益揭露聲明書時，對於本人任職之醫院職務與本會議題多有相關，故參與本會需要利益迴避？請健保署再說明一下。

龐組長一鳴

本會代表多屬利益相關團體，故本會代表僅需揭露並予公開即可。

張代表克士

我每次看會議實錄時，在修改時改得很辛苦，甚至改了80%，有時寫的跟我講的不一樣，我認為會議記錄的品質要再加強，我自己有寫下來每件案子的重點，健保署做記錄的人即使文字不是修飾的很漂亮，但至少語意不要顛倒了，將甲的意思寫成乙的意思就很不好，常讓我花很多的時間修改，既然是實錄，有錄音嘛！就按原來呈現也沒關係。

蔡副署長淑鈴

張代表反應事項，請同仁於紀錄時更加仔細，不要誤會代表的意思。是否還有其他提問？如無提問，進入報告事項第二案。

報告事項第二案：「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額研商議事會議」歷次會議結論事項辦理情形

蔡副署長淑鈴

本案僅序號3之第二小項係臺灣腎臟醫學會於106年4月底前提出腹膜透析相關支付標準調整之成本分析，提下次會議討論，故建議繼續列管，其餘案號則建議解除列管。各位代表是否有意見？若無意見，本案即予確認，進入報告事項第三案。

報告事項第三案：門診透析獨立預算執行概況

蔡副署長淑鈴

本案各位代表是否有提問事項？

廖代表秋燭

廖秋燭第 1 次發言，我看本次簡報有許多圖、又是黑白的，都疊在一起，不容易分出這一條到底是那一區，在辦公室會先看這些資料，以剛剛報告舉例如每千位透析人口醫師數跟透析醫師平均申報點數，譬如說每千位透析人口醫師數以東區最高，相對以正常的常識邏輯來講，本來東區平均申報點數就是最低，正常來講是有一種因果關係。因為看這些我不知道意義在那裡，我是希望你們可以分析跟正常邏輯是相反的，找出異常再來解釋或分析到底是什麼原因造成，如果是正常邏輯不用太多解釋。另外之前我已經反應過，我們上傳檢驗檢查報告、健康存摺，我記得 CKD 及糖尿病也有上傳一些資料，但欄位有些不一樣，工作重複會造成我們申報人員很大的 loading，之前我已經反應過是否可以整合，但到現在為止仍然沒有，這部分重複工作會增加 loading，希望能簡化作業。再來，過去可以看到平均每件不管是腹膜透析或血液透析的申報點數，但現在是看不到的，有總件數、總點數、成長率，看不到每件，這項解釋上意義是不一樣的点，以後每季簡報增加腹膜透析或血液透析每件申報點數，可以知道利用率是否成長或比較節省。

蔡副署長淑鈴

其他代表是否有其他意見？沒有的話，先請醫務管理組說明。

張專門委員溫溫

本次簡報是考慮過去以單點數值進行報告，易忽略整體且長期的趨勢，為使各位代表能較快掌握透析五年醫療供給或利用的長期趨勢，所以做此改變；另因議程書面資料係黑

白印刷，各分區趨勢線條不易辨識，故請本署同仁於傳送電子資料時，附上彩色版本之電子檔案，供各位代表先行參考；另考量各代表對數值變動與差異之解讀可能不同，故本署會持續關注重大趨勢之變動，再予細項分析。

另院所如有透過上傳檢驗檢查資料，部分論質計酬項目會將所需項目數值帶入 vpn 不須重複上傳，本署立場希望院所端為單一作業且不要重複作業；本項建議容我攜回再次確認。至於每季簡報增加腹膜透析或血液透析每件申報點數，自下次會議即予新增並做例行性報告。

蔡副署長淑鈴

議程第 22 頁顯示健保 Early CKD 計畫一年約花費 1 億元，照護率雖有 4 成，但照護後滿 2 年以上僅 1 成病人其期別獲得改善，以 Early CKD 之期別若能提供好的個案管理與衛教溝通，期待參與本項計畫之醫師透過支付上的鼓勵要更盡責，是否有更好的方法使本項有更好的 outcome 並提高改善的速度？

另對於議程第 34 頁屬於二項功能衰竭之病人(呼吸及腎臟功能)歷來每季多維持 100 出頭左右，醫師多建議此類病人可鼓勵進入安寧，長期呼籲下目前也僅約 10%之病人選擇安寧，因此李署長一直期待回歸以病人為中心來提供服務，稍待就此部分先就教於宋教授及林教授的看法。

林代表石化

謝謝副署長給我們這個機會。事實上這是大家經常碰到的合併呼吸器及透析病人的問題，時間都很長，效果不好我認為應看看鼓勵的 incentive 是否足夠？如果沒有足夠的 incentive 效果就不會那麼明顯，另外是否設定目標值，鼓勵大家朝目標去努力，對於達標者給予正向回饋與鼓勵。

宋代表俊明

我本人曾參與最早由南區提出的 Early CKD 計畫，目前

有很多 Early CKD 的個案於非腎臟科醫師收案，如果沒有記錯健保支付大約 200 元，若病人於門診就診後再到衛教室進行更深入衛教的效果更好，但院所執行上確實遇到某些困難。建議臺灣腎臟醫學會評估須增加多少預算以落實執行面的衛教，使 Early CKD 衛教成效更加明顯。至於目前進行透析及呼吸器接受安寧者約 10%，但病人意識是否清楚、ADL 是否 OK..，即便對於年齡大的病人臨床上還是要考慮家屬間感情(無法馬上割捨)的因素，如果病人意識還清楚，僅腎臟衰竭的話，醫師也很難說這些都是無效醫療，故我們能否蒐集到病人的意識狀態，再鼓勵院所提供這些病人接受安寧做為另一種選項。

羅代表永達

據我瞭解臺灣的 Early CKD 計畫相較全世界是很先進且積極，故請教腎臟醫學會對於 Early CKD 期別改善的理想比例或數值為多少？以今日報告為 12%舉例，到底是好還是不好，我們並不清楚，如果腎臟醫學會可以提供理想數值做參考，可以讓我們知道努力的空間在那裡！

第 43 張簡報，我每次換一屆新代表，我都要重新說明！該張簡報以中區來說，醫學中心有 8 個、區域醫院有 5 個、地區醫院有 10 個，其實大家都清楚在醫院端這個部分屬於 casepayment，三個月約 10 萬點，如果再加上洗腎(感染率、褥瘡)其成本十分地高，故在醫院端並無誘因去誘發這些病人去洗腎，惟每次討論這件事，就好像醫院故意去做這件事，我的經驗很多都是先洗腎再呼吸器的病人比較多，在座也有很多專家可以提供經驗。此外，這個部分屬住院部門，本會是門診透析會議，本項並不是不能談，畢竟在座有許多腎臟科的專家，但是也應該要請胸腔科的醫師一起來討論為何會造成此種現象？這樣比較公平！

另外對於安寧這件事，家屬端是有許多窒礙難行的問題

或理由，早期是仁道的解釋，以 RT 為例，因為安寧的推廣、照護強度下降等理由，使目前 RT 已經在下降，這是可喜的現象，我強調不要用醫療強制的手段去割捨人倫與親情，醫師位在第一線做這樣的事情是承擔很多壓力，何況現在很多事情已經朝好的方向走，本會是否有必要每次都檢討這件事呢？

盧代表國城

我呼應羅代表的意見。第 20 張簡報經 Early CKD 計畫照護後滿 2 年以上之期別改善人數約 12%，方才二位代表已經提到很多 Early CKD 的病人並非在腎臟科收案，可能在家醫科、糖尿病科、心臟科等科別醫師的手上，由醫院的高級長官配合政策推動可能比較有效，腎臟科醫師對於 CKD 或 Pre ESRD 的患者一定是責無旁貸，因為本部分涉及很多科別，故到底合理占率應為多少，我們並不清楚！

顏代表大翔

Early CKD 我本身有做，我從第一年就參與計畫方案，計畫是以收案追蹤率做為獎勵原則，超過一定比例且品質變好，才有獎勵金，第一年沒有拿到獎勵金。但我看到部分診所收案是有浮濫的現象，更重要的是對於 stage 3b 或蛋白尿在 1000 以上之患者，很多診所根本沒有轉介，這部分的稽核希望予以加強。此外，我認為簡報上關於 Early CKD 改善率的數字是 ok 的，但病程變壞時改善率的數字完全沒有辦法反應出來，應有更積極的處理才是重點。至於照護年度愈長是否容易變好，我認為有年齡的因素故不太容易，臨床上觀察，年齡每增 1 歲 eGFR 下降 1，許多不可逆的因素很難讓病人愈來愈好；但是基層常看到有亂吃藥或打止痛針的病人，健保雲端藥歷就是好工具，可以及時衛教停掉不適當的止痛藥。副署長求好心切是好事，但以臨床經驗要一直改善確實不太容易，故我建議該簡報增加『是否轉介出去』及『收

案病人腎功能變壞的比率』等二項資訊，對於病況不好的病人，若沒有轉介則獎勵金應予扣減並加大權重，不然若只是收案卻沒有提供適當的轉介也不適當，另亦可思考收案變壞（或沒有變壞）、有無轉介等比例做為指標，若變壞的比例沒有增加，例如，糖尿病病人雖然腎功能不好，但若能一直維持在不洗腎的狀態，已經很不容易值得嘉許啊！

張代表孟源

醫師公會全聯會很認真在推動 Early CKD 的計畫，我是腎臟科醫師，但本會很鼓勵家醫科..等醫師一起來參與這個計畫。我認為衛教僅是 Early CKD 的一部分，Pre-ESRD 的飲食控制相較 Early CKD 就更重要了，故全聯會一直希望能擴大參與率，促使病人自覺其腎臟功能有變差的現象，而 eGFR、MDRD、EPI 等預測方式無法絕對反應病人腎功能的狀態，僅藉由一串公式計算做為簡便的期別分類方式，eGFR 50 或 40，對於不同年齡層是有差異，輔以死亡預測能力、是否進展到洗腎、是否增加罹患其他血管疾病之風險..等才能統一評估 CKD 效果，我認為應該從 CKD 病人未來進入末期腎病可以減少 30%或 50%這個面向來評估 Early CKD 計畫的效果，目前雖然沒有這項資料，但間接以透析人數成長率逐年減少的趨勢，再觀察 3-5 年或更久時間或許可以佐證計畫的效果。至於一般內科或家醫科在 CKD 的角色，就是將病人的血壓、血糖、生活環境、避免腎毒性…控制好，醫師在門診就可以做得到，我相信大家會繼續努力。腎臟病人不要進入末期雖是我們的目標，但老化的因素造成 eGFR 下降，以 65-75 歲為例，eGFR 數值在 50 左右或 75 歲以上 eGFR 數值 40，並不會增加死亡率，故若這些老人維持前述數值，那麼 Early CKD 計畫對其而言就是成功的。

張代表克士

我先從呼吸器的這件事情講起，在會議上我們看到的是

數字，但醫師面對的是生命。我同意宋教授所說，若病患意識清楚確實有醫學倫理、法律糾紛..等困難，從管理角度來說，數字告訴我們也不過 100 人出頭，金額占率其實不高，我認為可以不要花太多時間在這裡。影響點值的因素我認為不是這項原因，應該是我們照護品質太好，使透析病人存活的機會大幅提高，健保也使重大傷病患者都不用花錢，在這裡我並沒有要針對病人抱怨，但我們真的把病人寵壞了！有時病人連是否有交通車接送、是否提供較好的便當…都納入選擇，我只能說健保提供的服務真是太另人滿意，再加上照護品質很好、老化以及三高病患多…等因素，讓透析病患增加。要脫離透析除了換腎就是死亡，透析人數過去有 6%至現在每年約 3-4%成長率，這些年預算由 1%到今年有 4%，其實遠遠不及前者的成長(所以點值只有 0.8)，感謝腎臟醫學會整合腎臟科醫師幫我們照顧好病人，然而照護品質好，卻造成點值降低，這是變相的懲罰，這樣的結果其實非常糟糕。我們應於健保會再爭取成長率，並設停損機制，點值不能低於某個門檻，而健保署是有權責提供資訊讓該會委員都能支持。

另我認為 Early CKD 的 incentive 非常重要，以現在收案率約 4 成，如能增強誘因並簡化流程，擴大基層診所及鼓勵更多科別的醫師來參與，按標準 SOP 執行，使其有好的 outcome。本次有多位新代表，我以前已多次強調，各項計劃與專案能夠儘量整合，目前不同疾病有不同專案，如高血壓、糖尿病、Early CKD、Pre-ESRD..等，每個專案都要衛教師、個管師..等相關人員，讓基層診所難以參與，而這其實大致上都是血管問題、上下游的問題而已！我建議應將不同專案間儘量予以整合，並且提供充分的 incentive，使地區醫院及基層診所以及更多醫師都能參與。

龐組長一鳴

我先回應張院長的意見，以 CKD 為例與 DM 的病人多有重複，計畫的整合一直是本署的方向，另呼應各位代表之前對於 VPN 上傳的意見，之前各疾病計畫規劃不同 VPN 上傳之資料，去年亦就檢驗檢查進行上傳，故前述資料我們希望不要重複上傳。若個別醫院發現需要重複上傳的情形，請將實際狀況反映本署予以改進。另試辦前期 Early CKD 等論質計酬方案，是朝收案及 Pay for reporting 等方向予以鼓勵，等院所 reporting 一段期間後才會進入 Pay for outcome 的方式，這是本署長期的目標與方向，未來須進一步討論時將再徵詢大家意見，今日各位代表的建議留供本署未來規劃參考。

宋代表俊明

我個人認為 Early CKD 一定要衛教，並不需要由專門的衛教師或營養師來做，但醫師一定要做，讓病人知道自身腎臟的風險狀態，若病患衛教沒有做收案則淪為形式，未來健保支付如要朝向 Pay for quality 等方式，我認為衛教這件事值得大家再深入思考。

楊代表五常

早期 Early CKD 僅為拿到品質保證款，是否真有衛教仍須商榷！因為此類病人常不在我們這兒，衛教師常問我目的在那裡？我回答起碼健保署提供定期檢驗(抽血、驗尿)讓病患知道其腎臟在 CKD 的狀態。顏醫師及張醫師講的很好，抽血驗尿後如果知道是腎臟病，多數醫師在用藥上會相對小心。此外，我認為不要一直使用期別的觀念，有標籤化的感覺，我個人看法是使腎臟病的進展延緩下來，所以獎勵方案不是關注在期別，而是在 2-3 以下某個程度者都可以獎勵，朝彈性化來規劃較佳。

另外對於透析且呼吸器的病人，我前曾與宗教界領袖談過，他們也同意我的看法。目前健保署期待推廣活體腎臟移

植、安寧…，然以醫界選手兼裁判的角色，尤以安寧尤為二難，建議應由社會賢達、宗教領袖予以呼籲，醫療主管機關亦應說明其意義，營造社會氛圍後，醫師於臨床上就很容易向家屬解釋；故建議由官方邀請宗教領袖，據我瞭解他們非常樂意。

蔡副署長淑鈴

各位代表是否還有其他意見？如果沒有的話，謝謝各位代表提供許多建議，請業務單位未來規劃 Early CKD 支付方向，應納入本會代表相關意見進行研議；另就議程第 34 頁簡報觀察住院同時併用呼吸器及透析病患，雖然不是於門診透析而是住院在透析，惟此類病人仍列入重大傷病透析患者計算，這類病人可能先經門診透析再經住院呼吸器，原先也是門診透析的病人啊！且本會多數代表都是腎臟科之專業背景，未來仍宜由本會持續監測與關注這群病人的生命品質較為適當。楊代表建議邀集宗教領袖，我們再向署長報告以何種型式邀集大眾一起來呼籲與推廣。接下來進入報告事項第四案。

報告事項第四案：105年第3季門診透析服務點值結算報告 蔡副署長淑鈴

本案點值的結算報告，各位是否有提問事項？本會有新代表可能對議程第39頁複雜的結算報表較不熟悉，不知道舊代表是否發現有什麼問題？

鄭代表集鴻

我相信健保署結算的點值計算沒有問題。我呼應方才張院長提到點值太低的問題，目前腎臟科面臨透析病人點值太低而且要將CKD的病人照顧好，之前黃尚志教授曾報告CKD的執行狀況，透析病人是增多的，我們將CKD做好是符合醫學倫理但會造成透析病人增加，使點值一直下降，影響品質又使死亡率提高，CKD照顧好但透析照顧不好死亡率又變高，如此是有衝突的，故我建議就透析病人應給予合理的給付，現在是年初，每年到8-9月協定成長率，是否我們就從現在開始努力，請健保會委員關注且慎重考慮這項預算，不要讓我們點值在0.8左右，這是我們懇切的期望。

蔡副署長淑鈴

謝謝鄭代表的意見。協定預算是健保會的權責，本會也有健保會的代表，但因健保會適逢換屆，故本次尚不及推派代表參與本會，下次會議應該就有其代表參與。另近年來透析預算成長率已漸有成長，106年已有4%，大家的努力相信會獲得健保會代表的肯定。報告署長，現正討論到點值太低的問題，105Q3結算出來是0.8368，106年成長率有4%，鄭代表反映透析醫師好好照顧病人但點值偏低，有何方法可使預算增加！

鄭代表集鴻

署長剛剛沒聽到我再說一遍，本會很重要的二項議題，一項為照顧還沒透析的腎病患者，我們對於CKD計畫都很認真在做，但做的好之結果卻使透析病人增加；另透析預算應

用於照顧透析患者，但卻長期忽略點值偏低的問題，影響品質提高死亡率。我們將 CKD 照顧好但其透析時，卻又希望他早日死亡，這是有衝突的。故我們應該重視透析給付不足的問題！

龐組長一鳴

我先代理主席一下。鄭代表反映的事情，方才蔡副署長已有所說明，預算協定並非本署權責。另對於 CKD 如我沒有記錯，國家衛生研究曾說明扣掉年齡這項因素顯示本國年輕的透析人數是有減少的，佐證透析照護有效果，透析人數增加在老人或年輕人，二者意義大不相同，所以大家努力還是值得肯定。也因為增加在老人端其存活年就會與年輕人不同，故應以不同的方法來研究，不宜單以發生率來解釋這些現象，公共衛生普遍以年齡別標準化來探討與 Crude rate 概念大不相同，由於本會並非學術研究機構，多以 Crude rate 為主，但二者間有所差別。

羅代表永達

我是腎臟科代表，我想就合理點值這件事情請教大家！以前點值一路往下走時，我們都非常擔心，因為透析點值比醫院及基層點值都要低，但當預估點值來到 0.85 時，醫院協會的看法就會有所不同，我們推估醫院包含斷頭的影響其點值差不多就在 0.85；未來透析預算要談成長一定涉及整個大餅的問題，我舉健保會前主委鄭守夏教授講的話，健保開辦前十年前透析點值的成長是遠大於醫院及基層總額，現今往前算十年是壓抑透析的成長，但最近又拉平了，很多醫院內部都有相同的感受(癌症…差不多為 0.84-0.85)，透析部門 105 年 Q4 點值預估已有 0.85！106 年成長率也達到 4%。未來我認為大家可能要慢慢思考成本分析或點值與整體大環境之差異性。

龐組長一鳴

本案討論至此確定 105Q3 點值，接下來進到下一報告案。

報告事項第五案：活體腎臟移植面面觀

蔡副署長淑鈴

本案是由臺灣腎臟醫學會吳明儒醫師報告「活體腎臟移植面面觀」。

臺灣腎臟醫學會吳明儒醫師（略）

李署長伯璋

謝謝吳醫師的報告。民國 69 年我與李俊年教授等學習腎臟移植時，由嘉義至桃園醫院換腎，我當時做為住院醫院，有位尿毒症且腳麻痺站不起來的病患，換腎後腳麻的症狀改善又回到小學教書，我走這條路 37 年看過許多活生生的例子，推動腎臟移植是我個人的理念與志業。今日報告的是活體腎臟移植，是目前不得已的一個方法，大愛捐贈一直是我們努力的方向，之前我擔任器捐中心董事長時，雖說大愛但仍有其盲點。去年有位少將接受肝臟移植，我有機會拜會國防部長亦獲得其於今年 1 月份向國軍宣導器官捐贈。目前有器捐登錄中心大力推動，大前年有 223 位、前年有 264 位、去年有 293 位，惟多捐贈組織而非器官。醫院要成立器官移植團隊並非大家想像中那麼容易，早期專業人力不足且受限給付不足等因素，醫事人員都十分辛苦，目前腎臟病防治列為國家政策，如何推動有效率的方式節省健保資源是一大課題，活體腎臟移植同時有二位家屬躺在手術床上，對外科醫師的壓力可想而知，如果成功還是病人受益，上屆會議已通過鼓勵 Pre-ESRD 醫師積極衛教病人親屬進行「活體腎臟移植」，我瞭解其中有許多困難，但仍拜託各位多向病人及家屬宣導與鼓勵，法律目前亦就捐贈器官者未來其家屬可以獲得優先受贈，這是『捨』與『得』的觀念。現在換肝一年有 400 個左右，活體腎臟一年約 100 個，面臨蠻多的瓶頸，我個人擔任健保署署長的職位，一定會努力來做，各位在推動

上遇有困難需本署配合的事情，請大家跟我們說！接下來請專家指導。

林代表石化

署長已經完整說明了！本人對於署長推動器官移植的努力十分欽佩，我以任職醫學中心照顧透析病患的經驗，之前我有 100 位腹膜透析病人已鼓勵 70 位進行換腎，現行移植應突破的重點，建議腎臟科醫師應先進行透析病人之衛教再令其到換腎醫院進行評估適合何種移植；另對於透析前的親屬活體移植已有醫師 50,000 點之鼓勵，但目前醫院管理階層尚不瞭解該規定宜多予宣導。

宋代表俊明

腎臟移植確有些困難，故我十分佩服外科醫師！近日有二位病人的腎功能約 6-7 想要換腎，外科醫師就說可以等一下！但有時病患處於緊急時馬上就要洗腎了，透析中心洗完後馬上就輸血，該個案洗腎一年多來 Cross matching 一直是陽性！國外 diabetes 大約 5 左右，非 diabetes 大約 7 左右就可以做，提供給大家參考。

盧代表國城

腎臟醫學會這幾年不僅在腎臟醫學會成立活體腎臟移植小組，也十直在推展。日前新北市衛生局林局長期望在三重板橋聯合醫院能與今年 8 月開幕輔大醫院由台大支援移植團隊，三重板橋醫院有八仙塵爆的經驗，加強燒燙傷等重症治療未來也會與輔大合作，接下來我請吳明儒教授補充衛福部醫事司活體捐贈的情形。

吳明儒醫師

本會在前後任理事長的陪伴下拜訪醫事司石司長討論推動活體移植的策略，石司長建議我們以計畫方式邀請專家就整體面一同討論，包含民眾知識調查、專家意見蒐集、病人的需求、適當支付、宣導…，未來等本會蒐集意見後再俟

時向健保署提出與報告。

蔡副署長淑鈴

健保已有支付捐贈者的費用，併同受贈者費用一起申報，且其支付點數都有調高！

張代表孟源

署長是腎臟移植方面的專家，撥冗開會讓我們獲益良多，林院長指導我們很多。醫師公會全聯會很願意配合與推動活體腎移植，未來是否可以比照 CKD 再多一堂腎移植的課程，增進一般基層醫師瞭解，病人可能會詢問他的家庭科或腎臟科醫師「捐贈後少一顆腎臟的影響」，今日吳教授已經講得很清楚，我建議全聯會可以配合來推廣。

鄭代表集鴻

我並不是只爭取洗腎給付，雖我做的是透析業務，但也十分認同換腎，個人會要求 30 以下的腎臟病患一家要去醫院登錄腎移植，多數也都換腎成功！目前在基層洗腎之患者約 34,000 人，因為這些人固定在診所透析，想要換腎的人每三個月要去醫院登錄一次，增加他們就醫不方便性，有時會因此 Drop out，建議登錄及抽血這件事是否可以由洗腎診所來做？腎臟科醫師在大醫院照護過換腎的病人，現在移植後藥物很多，病人其實不須常住院，故未來換腎後的照護是否也可以回到基層？以擴大推動本案。

楊代表五常

我對移植有數項建議，第一，如我之前所說，不論何種移植，建議要有非醫療人士(宗教領袖、社會賢達及政府官員等)共同呼籲。第二，在過去我曾與移植醫學會理事長都提過，移植品質好壞與其經驗有關，即統計上所稱 center effect，但目前規定醫學中心一定要有移植，醫院為申請成為醫學中心，甚至一年只做零星患者，相對設備人力的投資實在非常浪費，故我建議未來醫學中心評鑑改將移植列為加

分項目，而非必要條件，減少軍備競賽，讓能力及病人數都夠的醫院去發展就好了。第三，健保對於 Pre-ESRD 計畫院所鼓勵親屬活體移植支付 5 萬點，如該病患若轉至醫學中心換腎，該筆費用要支付那家院所？我個人認為不應僅支付給醫學中心，而是二者對分或獎勵該轉診醫師，這樣才能真正鼓勵到醫師與該位病人。第四，我們鼓勵未透析而移植的患者，國外 eGFR 15-20 就可以做了，國內醫師對於該觀念仍有落差，我個人做了很多透析前的腎移植，對於有意願接受腎移植病人其 eGFR 15-20 間就要開始準備，對病人也比較安全。

蔡副署長淑鈴

誠如楊代表所講，目前我們考量 Pre-ESRD 患者到透析階段還有一段時間，親屬間器官捐贈也需要長時間的心理準備，這時如能鼓勵病患與家屬開始瞭解與思考移植的可能性，及早做準備可以減少透析的機率，故我們優先在 Pre-ESRD 階段鼓勵醫師衛教與提供病患另一種選擇的機會。但我們未想到如楊教授所提，由基層轉介醫院後是否還在 Pre-ESRD 計畫內等獎勵的問題，未來我們可能要視實際情形再行釐清獎勵的對象！

楊代表五常

Pre-ESRD 計畫收案可以是診所、地區醫院及區域醫院，但要移植時須要轉介至醫學中心，故獎勵是否要平分至前述醫院？

宋代表俊明

這種個案太少了，多數還是由基層轉介過來的。病人可能在甲醫院收案但未經其 Drop out 時，醫學中心無法在 Pre-ESRD 計畫內將該個案予以收案，但目前勸募的過程都在醫學中心！

楊代表五常

我也有看過地區醫院轉介至醫學中心排移植須要數個月的時間！

李署長伯璋

我當時理念是基層、地區醫院、區域醫院等平時已主責在照顧這些病人，對於適合進行腎臟移植者，給予家屬衛教及溝通未來願意進行活體捐贈時，則應給予前述這些 Pre-ESRD 計畫主責院所之獎勵，而不是給移植的醫學中心！與器官移植登錄中心為鼓勵器官勸募而補助醫院一筆錢稍有不同。我們張專門委員是否要補充說明？

張專門委員溫溫

如同署長及副署長的說明，我們現在已經針對 Pre-ESRD 計畫院所團隊如提供溝通與衛教病患與親屬間進行活體腎臟捐贈之獎勵費用 5 萬點，不是給付給進行腎臟移植的醫院。

蔡副署長淑鈴

Pre-ESRD 計畫醫院並不全然是移植醫院！

李署長伯璋

未來將視本項執行情形，再來檢討放寬透析病人適用本項獎勵之可行性！

蔡副署長淑鈴

我再說明吳教授方才的問題，支付標準 76018B 及 76019B 分別為屍體及活體捐贈切除術、腹腔鏡腎切除術，應該已是健保給付項目！

吳明儒醫師

國外做法是整體評估捐贈者可能產生的損失(如：住院費、無法工作之費用..)，這部分常由政府補助予以額外鼓勵，本會也正在蒐集。之前我們也有專家提到捐贈者是否可列入重大傷病？當然這是一個想法不見得要用重大傷病這個名詞。

李署長伯璋

分享決策是一件重要的事情，健保業務若想脫胎換骨要適度給予民眾參與及責任，健保資源有限，給付不可能包山包海，有一說健保是社會福利都應給付，也有代表抱怨點值太低，二者間其實有所衝突！另外，鄭代表提到等待移植病患要每 3-6 個月至登錄醫院驗血，據我瞭解有些醫院會保存血液但部分醫院並無此服務，因此須定期請病人回診抽驗新鮮的血液，避免臨床檢驗值不正確影響後續的評估。至於移植後照護是否有涉及使用抗排斥藥物之限制？

鄭代表集鴻

藥材好像沒有此項限制，但抗排斥藥物的檢驗基層就不能做！就如同目前 C 肝用藥，基層診所也不能做病毒量及基因型的檢測，這些方面期望健保署能開放基層檢驗項目，讓基層也可以照顧換腎的病患。

李署長伯璋

我們想要壯大基層能力，這就是其中的一個部分。國外醫院做完移植後會將病患轉回給腎臟科醫師後續照顧，有參與才有成就感！在這裡我特別拜託張代表孟源帶回醫師公會全國聯合會，反應大家對於基層開放跨表的意見。因為腎臟科醫師是腎臟病人就醫的第一線，在宣導及衛教部分擔任重要的角色，當然最後仍要尊重病患的選擇；醫院移植品質部分，醫事司已建立醫院的退場機制；曾有某位委員提到部分透析病人感受洗腎的不便後，才會去思考移植的可行性，不過我們站在病人角度，還是要儘可能提供相關醫療資訊與衛教；透析點值部分我會另予評估。各位代表如有任何建議，可以再提供予本署進一步討論。

蔡副署長淑鈴

我們還有一項重要的報告案，由台灣腎臟醫學會報告腎臟病防治的策略與建議，請盧理事長報告。

報告事項第六案：慢性腎臟病防治策略研議進度

盧代表國城

我代表腎臟醫學會報告 2017-2021 台灣慢性腎臟病防治政策照護品質提升五年計畫建議(略)

蔡副署長淑鈴

先請宋教授及林教授指導。

宋代表俊明

我們慢慢在推動這些事情，近二週有很多學者專家至成大開會討論，例如本份資料第 4 頁，如果同意衛福部使用收案人數做為指標，並統計醫院三高的病人做為 Base 計算比率，後續就可啟動討論與擬訂，不要再拖下去，有人覺得這支指標好，也有人具不同看法，討論半年至目前也沒有結論，故我建議當場即予討論定案，定案後請腎臟醫學會訂定合理且做得到的年度目標值，這樣可能比較實際！另於第 3 頁行動方案 9.(1)大於 80 歲病人以保守性治療及安寧療護為主要方案，更積極來說，我記得也有專家學者曾提出對於大於 80 歲以上病人，應有 Share decision making 的文件後才開始洗腎，要有提供安寧衛教的文件才可以。

林代表石化

我有二項建議，首先就成效指標部分，如同宋教授提到衛福部、健保署及國衛院各有其指標，建議排列優先順序。另第 3 頁所列行動方案中訂定不同年齡層的照護目標是否須區分如此詳細？50 歲與 40 歲似有不同，建議再參考與簡化。

李署長伯璋

這件事還是要靠大家集思廣義，我們署內同仁都相當尊重專業。還有其建議？

蔡副署長淑鈴

本案請台灣腎臟醫學會參酌本會意見修正並提供指標定義及優先順序之建議等，提下次會議說明後再來執行。

討論事項第一案：106 年「門診透析四季預算分配」案

蔡副署長淑鈴

先請業務單位說明。

劉科長林義

請看議程第 52 頁。門診透析四季預算分配於 104 年是採各季日曆數占率予以分配，105 年改採實際預算數，議程說明三已列 105 年各季點值供大家參考，另於議程第 53 頁提供 106 年各季日曆數的占率，如 106 年沿用 104 年方式時各季預算影響請參考 I 欄，如採用 105 年實際預算數之方式可參考 G 欄，二者差別多在第一季。故 106 年四季預算之分配，大家可以考量採 105 年或 104 年的方式辦理。

張代表孟源

本案去年就討論一次，去年是希望各季點值波動不要太大，我是支持！

鄭代表集鴻

原來的方式就 OK 呀！

蔡副署長淑鈴

二位代表是贊成 105 年的方式。

羅代表永達

去年是我提的。105 年討論本案時只有一個目的，希望點值逐季變多，105 年以前是逐季變少。以管理者之立場是希望財務穩定，只是我們期待要愈來愈多或愈來愈少！以財務規劃立場希望穩定，不要前面很高後面很低或差異很大，對我們財務估算就會很有問題；105 年第 1 季較低，因為預算成長率與就醫間有所差異，但如果 105 年點值這樣是對的話，我認為這樣的趨勢是比較好的。

蔡副署長淑鈴

各位代表是否同意 106 年門診透析四季預算分配採用 105 年方式繼續辦理？如無人反對本案即予確認。是否有臨

時動議？若無，則散會。