

「門診透析總額聯合執行委員會」101年第4次

會議紀錄

時間：101年11月14日(星期三)下午2時

地點：中央健康保險局18樓大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

主席：黃召集人三桂

紀錄：廖子涵

出席委員：

王委員惠玄	王惠玄	李委員素慧	李素慧
吳委員三江	請假	朱委員益宏	羅永達 ^代
阮委員明昆	阮明昆	林委員文源	林文源
梁委員淑政	梁淑政	張委員孟源	張孟源
張委員煥禎	請假	許委員玫玲	許玫玲
郭委員正全	郭正全	陳委員雪芬	陳雪芬
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	陳委員誠仁	請假
陳委員漢湘	吳志仁 ^代	游委員開雄	請假
葉委員明峯	請假	蔡委員宗昌	蔡宗昌
蔡委員淑鈴	蔡淑鈴	廖委員秋燭	廖秋燭
謝委員武吉	謝武吉	鄭委員集鴻	鄭集鴻
謝委員輝龍	謝輝龍		

(依據姓氏筆劃順序排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署	周雯雯
全民健康保險醫療費用協定委員會	林宜靜、方瓊惠
台灣醫院協會	江培群、劉碧珠、何宛青、楊智涵
台灣腎臟醫學會	范姜尤珍、林慧美
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏、陳哲維
本局資訊組	姜義國

本局企劃組	詹孟樵
本局臺北業務組	賴香蓮、蔡慧珠
本局北區業務組	盧珮茹
本局中區業務組	徐麗惠
本局南區業務組	葉瑞興
本局高屏業務組	陳惠玲
本局東區業務組	張瑋玳
本局醫審及藥材組	王本仁、蔡佳倫
本局醫務管理組	林阿明、張溫溫、張桂津、劉立麗 李健誠、鄭正義、楊耿如、林子量、 劉軒秀

一、本委員會 101 年第 3 次委員會會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

二、主席致詞：（略）

三、報告事項：

（一）案 由：確認本會上次會議紀錄。

決 定：洽悉。

（二）案 由：本會 101 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

（三）案 由：門診透析總額執行概況報告。

決 定：

1、門診透析專業醫療服務品質監測指標監測結果，目前係每季由台灣腎臟醫學會提供，部分指標如死亡率、住院率及瘻管重建率，未來將由健保資料庫分析產製。

2、餘洽悉。

(四)案 由：101年第2季門診透析總額點值結算報告。

決 定：

1. 確認101年第2季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
101Q2	0.80207829	0.82634128

註：平均點值含鼓勵非外包經營透析院所1%預算

2. 依全民健康保險法第50條規定，一併辦理點值公布、結算事宜。

(五)案 由：102年「全民健康保險醫療給付費用門診透析研商會議」召開會議之時程案。

決 定：102年度會議時間，訂如下表：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	102.2.20 星期三.2PM	102.5.15 星期三.2PM	102.8.14 星期三.2PM	102.11.13 星期三.2PM	102.11.27 星期三.2PM
會議名稱	102年 第1次會議	102年 第2次會議	102年 第3次會議	102年 第4次會議	102年 第1次臨時會
會議地點	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂

(六)案 由：有關102年「門診透析預算採日曆數分配四季預算」案。

決 定：101年四季預算分配情形，內容詳下頁附表：

附表一：102年度門診透析總額按「日曆數」推估預算增減情形

年度	102年				
	實際預算數 (百萬元)	按日曆數推估 預算(百萬元)	預算增減 (百萬元)	102年日曆數 占率	天數
第一季	7,567	7,841	274	24.66%	31
					28
					31
					90
第二季	7,985	7,928	-57	24.93%	30
					31
					30
					91
第三季	8,042	8,015	-26	25.21%	31
					31
					30
					92
第四季	8,206	8,015	-191	25.21%	31
					30
					31
					92
合計	31,800	31,800	0	100.00%	365

備註：

一、實際預算數係指該年度實際預算。

二、按日曆推估預算=(按該季日數/該年度總日數)*該年度實際預算。

(七)案由：102年門診透析總額新增2%預算，用以鼓勵非外包經營之透析院所分配方式案。

決定：比照101年之切結方式辦理(格式如后)，近期將請各分區業務組通知醫療院所辦理切結事宜，俾利辦理預算分配事宜。

(八)案由：「二代健保業務宣導簡介」報告。

決定：洽悉。

切 結 書

- 一、 依據全民健康保險醫療費用協定委員會 101 年 9 月 15 日第 186 次委員會議決
議，102 年度門診透析服務新增 2%之預算，用於鼓勵非外包經營之透析院所辦理。
- 二、 立切結書機構：_____
- 三、 茲切結下列事項：
 - (一)執行透析服務之醫師、護士等相關醫療人員由本機構聘任。
 - (二)設備由本機構自有，或向廠商租賃且有明確詳細之租賃合約；耗材由本機構
自買。
 - (三)透析服務由本機構自行經營，且在所屬醫療院區內進行。
- 四、 應檢送之資料：
 - (一)本機構執行透析服務之醫師、護士之會計帳上人員薪資、勞健保費支出及憑
證影本。
 - (二)自買之設備及耗材購買發票憑證影本，或設備向廠商租賃之合約。
- 五、 為證明前述切結事實，茲同意中央健康保險局得依健保法第八十條規
定，隨時至本機構查核相關資料。
- 六、 本切結事實日期自 102 年__月至 102 年__月。
- 七、 如切結事項有異動，應按月主動向健保局報備。
- 八、 若經查核有違上述切結事項，除應繳還非外包之透析院所獎勵款項外，本機構願
負一切民事、刑事及行政責任。

此 致

行政院衛生署中央健康保險局

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人及身分證字號：

醫事機構地址：

(醫事機構特約章戳)

(負責醫師印章)

中 華 民 國 年 月 日

四、討論事項：

討論事項第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關 102 年門診透析服務保障項目及操作型定義，提請討論。

結論：

- 一、本局會依據健保法相關規定辦理透析使用材料及藥品之採購價格調查。
- 二、血液及腹膜透析之藥費及藥事服務費採每點 1 元計算。
- 三、腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 58017C)採每點 1.1 元支付。

討論事項第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：研修「102 年度門診透析服務品質提升獎勵計畫」案，提請討論。

結論：本次修訂重點如下：

- 一、同意學會訂定『兒童專業品質指標監測值』供院所參考，分數不另外獨立計算。
- 二、品質指標配分由全年 105 分，修改為 100 分，達 70 分以上者方予核發。
- 三、同意 Hct、Kt/V 品質指標更改為 Hb、URR 指標。
- 四、脫離率指標仍維持「腎功能回復而不須再透析者」及「因腎移植而不須再透析者」，並採每半年計分，各 2.5 分，共計 5 分。
- 五、附錄二、(三)各院所血液透析、腹膜透析分配獎勵金額之公式，將原 98 年方案按各血液透析院所申報「血液透析次數」占率改為「申報點數」占率；各腹膜透析院所「申報腹膜透析病人透析月數」占率改為「申報點數」占率。
- 六、修訂計畫詳附件一，將續辦理公告等行政事宜。

討論事項第三案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」102年門診透析總額支付制度專業醫療服務品質指標修訂事宜，提請討論。

結論：本次修訂重點如下：

- 一、將原列之「積極性目標值」改成「參考值」，「參考值」包含最近5年平均值及±10%等參考數值。
- 二、同意 Hct、Kt/V 品質指標分別更改為 Hb、URR 指標，另有關紅血球生成素(EPO)的藥品給付規定及支付標準、審查注意事項亦一併配合將 Hct 改為 Hb。
- 三、死亡率監測內容增列下列文字：透析時間<1年之死亡率、透析時間≥1年之死亡率。
- 四、脫離率指標維持「腎功能回復而不須再透析者」及「因腎移植而不須再透析者」。
- 五、另未來考量以健保資料庫計算死亡率、住院率及瘻管重建率供參，操作型定義將與腎臟醫學會討論。
- 六、修訂後之計畫如附件二。

討論事項第四案

提案單位：本局醫務管理組

案由：研訂「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」(草案)案，提請討論。

結論：

- 一、有關「台灣醫療繼續教育學會」擬列入本計畫衛教護理人員之訓練單位乙節，請腎臟醫學會提供「慢性腎臟病整體照護訓練班」之

講師資格、課程內容、訓練品質、檢定方式予台灣醫療繼續教育學會，並於會後一個月內將兩會共識結果函送本局。

- 二、同一院所經結案對象，一年內不得再收案。如腎功能再次惡化，符合收案條件時可再次收案，惟不得申請「新收案管理照護費」。
 - 三、增列同一個案不能同時被 2 家院所收案，但實際照護院所仍可依現行健保支付標準，申報相關醫療費用。
 - 四、結案原因別同意增列“進入安寧療護”，且得比照透析，申請結案費用 P3405C，死亡個案仍維持不得申報。
 - 五、檢驗報告日期放寬至就醫日期前後 3 個月內均可採納。
 - 六、當「UPCR < 1000 mg/gm 且 > 200 mg/gm」時才可繼續申報完整複診衛教及照護費。
 - 七、結算方式修正為：「預算均分至各季，每點支付金額以 1 元計算，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季預算不足時，以浮動點值計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟浮動點值每點金額不高於 1 元」。
 - 八、增列蛋白尿病患(UPCR > 1000mg/gm)，每 6 個月需檢測 Urine PCR 一次。
 - 九、除第一點訓練單位尚未確認外，餘修訂後之計畫詳附件三。
 - 十、另配合本案規劃 VPN 作業如下：
 1. 未來將於 VPN 之專區提供院所查詢病患收案狀況。
 2. 如超過 1 年無追蹤資料之病患，將在 VPN 上自動結案註記，原院所不得再上傳相關資料，讓他院所可以繼續收案照護。
- 五、討論事項之與會人員發言摘要，詳如附件。
- 六、散會：下午5時00分

附件-「討論事項」與會人員發言摘要

討論事項第一案

有關 102 年門診透析服務保障項目及操作型定義，提請 討論。

蔡召集人魯

本案請委員們表示意見。

謝委員武吉

目前本案對藥費與藥事服務費是否支付1點1元?我有聽到的就會反映給大家知道，這樣說出來對提供腹膜透析的院所比較不好意思，有人說這樣的保障是好到廠商，腹膜透析主要使用就是透析藥水，目前是南光及濟生，但是越賣越貴，如果血液透析點值是0.83則建議腹膜透析點值應為0.93就好，這樣才合理

廖委員秋燭

腹膜透析之追蹤處置費僅8675點(含醫護人員費、材料費、消耗品、檢查費)，就算提高保障點值，其影響非常少，因為腹膜透析1個月只能申請一次，應回歸支付標準調整。全自動腹膜透析機相關費用為浮動點值(目前僅0.8)，廠商不願8折出租，但病人要用，差額還是醫院要吸收，還有藥價不斷調整，壓縮藥品毛利，如何cover腹膜透析護理人員及設施等成本？

陳委員雪芬

上次改成這樣保障後，發現腹膜透析的利潤比血液透析還要少，耗材成本跟廠商議價部份是否請健保局再著墨一些，不然會造成醫院成本非常高。所以其實腹膜透析並沒被保障到什麼，腹膜透析之追蹤處理費保障每點1.1元是不夠的，建議明年保障項目維持，請健保局進行材料訪價後，合理反應給醫療院所。

鄭委員集鴻

請問血液透析和腹膜透析藥費是保障什麼？血液透析的藥費不是含在包裹給付內嗎？腹膜透析的藥費是指藥水費嗎？藥費可以不要保障，讓它跟血液透析一樣浮動嗎？

張科長溫溫

之前有部分的慢性病用藥會申報在血液透析案件內，現在已重申一般感冒藥是內含在血液透析給付內，不得另申報，但慢性病用藥不得併報，

需另以其他案件申報。透析液屬腹膜透析藥費，可另申報。藥價是依據藥價基準1點1元核付，只是把它寫清楚而已。

鄭委員集鴻

如醫院覺得腹膜透析之追蹤處理費保障的不夠，應該建議健保局調整相關支付點數，而不是用藥品的毛利來補貼，較為合理。

郭委員正全

目前洗腎並不似當初輝煌時期有好利潤，現在點值0.8每況愈下，已沒想像的好經營可言。

李委員素慧

腹膜透析成本已超過血液透析，但品質不及血液透析，為何衛生單位仍堅持要推腹膜透析達到15%?應回歸專業，點值與血液透析一起浮動，讓醫師、病患有自由選擇權力，勿以政策因素左右。

蔡召集人魯

健保局的政策是鼓勵性質，並未介入專業一定得怎樣作，大家別誤會。品質好不好病人最清楚，透析治療模式最後還是由醫師及病患做決定。

蔡組長淑鈴

透析總額多數為浮動點值，腹膜透析追蹤費占率也不多，還不到2.4%，全年才9億而已。有委員說腹膜透析成本不敷，調再多也不夠。

羅委員永達(朱委員益宏代理人)

點值不夠應該是要調支付點數而不該用保障方式，鼓勵項目才需保障，因有特殊意義，如果認為腹膜透析不一定比較好，那應該2種選擇並行才對。

陳委員瑞琪

如腎臟醫學會認為腹膜透析不一定比血液透析好，請向衛生署去函建議，不要將腹膜透析列入評鑑、鼓勵、保障項目，若腹膜透析之追蹤處理費不保障，我們沒有意見。如全部做血液透析，說不定點值會比較好一點。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

腎臟醫學會一直努力跟衛生署溝通，唯一的實證基礎是腹膜透析符合經濟效益因此列入醫策會評鑑，學會建議不應該用政策來領導醫療行為，應回歸專業才不會誤導，不適當的PD導致拔管，其實成本會更高。腎臟醫學會努力至今，衛生署PD指標只同意將占率只由15%下降到14%。

謝委員武吉

這是我點的火，對於腹膜透析追蹤處理費我沒有意見，但是請問血液透析目前支付點數是否含藥費，如果含這仍是屬於廠商問題，應該要處理，由邏輯上實在搭配不起來，為何麼賣這樣貴，都是有內幕的，如果調查局找我，我會據實以告；對於透析藥水的支付，認為應該要比照500CC的N/S，若500CC是20元那1000CC最高也應該才40元，為什麼卻要賣100多元?!我會不斷提出是因為聽到很多不同聲音。

蔡召集人魯

102年的保障項目就以說明三的操作定義來執行。

討論事項第二案

研修「102年度門診透析服務品質提升獎勵計畫」案，提請 討論。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

同意健保局修訂的方案。

謝委員武吉

腎臟科醫學會代表比較年輕，我來說個故事，一開始我要加入透析聯合執行委員會時，腎臟科醫學會當時的理事長楊五常與祕書長江守山，對我的加入百般刁難，很受侮辱；脫離率是我堅持的，我對脫離率的設定也是在於急性透析病患，並非慢性透析，但也不是沒有相關狀況，也有急性透析卻一直透析的，對於該項修正，我不同意；急性透析就可以都不管理嗎?!怎麼可以!!要我支持也要有論點，來龍去脈比我還不清楚，要怎麼說服我。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

一般可以脫離透析的大部分是急性腎衰竭的病人，不列入慢性洗腎病人。這項指標源於過去有論文報告，指出積極找出可逆因素讓那些急性的病人好好治療可脫離透析，跟今天談長期透析品質指標無關。把這項指標放進去，結果造成很多困擾。真的脫離率應該是指慢性腎衰竭病人接受腎移植而脫離才有意義，急性腎衰竭本來就應該脫離，不然就是死亡。

謝委員武吉

腎臟醫學會代表勿在強辯，蔡宗昌委員也已經說，建議比照半年監測1次，這項指標也可以彰顯腎臟醫師照顧的成績，表現如果好，也好幫透析爭取，因於我只拿到補充書面資料，所以對於補充內容，看的特別清楚。

阮委員明昆

急性腎衰竭的腎功能是可以恢復的，重大傷病核卡時，醫師已經把關很緊了，急性腎衰竭的病人理論上是不發重大傷病卡的，讓醫師去監控腎功能。我建議應刪除。

蔡委員宗昌

單純急性腎衰竭應該沒有人會核發重大傷病卡。但臨床上有一種慢性腎衰竭急性惡化時合併高血鉀或肺水腫的病人，經透析一段時間後，高血鉀或肺水腫消失，雖然病人持續慢性腎衰竭合併重度氮血症，但可暫停透析一個月、三個月甚至一年後再進入長期透析。鼓勵脫離透析可節省這段期間的透析費用，不知台灣腎臟醫學會如何解釋？我建議保留此項透析品質指標。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

目前洗腎的重大傷病資格審查已經很嚴格了，我們今天是討論慢性腎衰竭透析品質。基層透析多數是慢性腎衰竭的病人，而醫院可以有很多急性腎衰竭的病人，如透析一、兩次也納入脫離，那高低落差變數會變很大。

張科長溫溫

如委員們針對這點有爭執的話，建議維持。

蔡組長淑鈴

重大傷病卡資料庫跟品質指標資料庫的病患不一樣，進入重大傷病卡的病患是不含急性洗腎的人，品質資料庫又有含。未來應將這2個資料庫整合為一致。簡報52頁顯示有2.02%血液透析的人脫離，吳主任，這個指標是否今年先留著，待資料庫確定監控的人都不含急性洗腎個案後，我們再來研究是否把指標刪除，這樣會比較清楚。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

學會希望鼓勵做移植，急性個案用其他方式把關，以避免進入長期透析。

蔡組長淑鈴

學會鼓勵做移植，要針對領重大傷病卡，長期洗腎的病人，才有移植的必要。

謝委員武吉

監測期間應該是每半年，請列入。

蔡召集人魯

等資料庫釐清後再來討論這項指標是否刪除。那就以蔡組長最後的意見來執行。

鄭委員集鴻

偏遠地區都是一些老弱病患，他們的營養指標如白蛋白、血比容等都比較差，並不是努力了就會有更好的成績，我建議偏遠地區透析院所如有合格就加權1。

蔡組長淑鈴

針對偏遠地區有區隔，應該放在品質確保方案來考慮，品質提升獎勵計畫大家基礎都一致會較好。

蔡召集人魯

建議在學會先形成共識後，明年再提出，本局原則依據學會監測指標辦理，明年的計畫就照剛才決議做。

討論事項第三案

「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」102年門診透析總額支付制度專業醫療服務品質指標修訂事宜，提請討論。

王科長本仁

本方案指標修訂原則，在指標項目的部分，將比照「102年度門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標項目做修訂。另外，本方案係監測整體透析品質，為整體趨勢概念，以每百人月住院率為例，近年來整體數值約低於5，但在品質提升獎勵計畫中，各透析院所病患監測值達成率為 ≤ 8 ，為避免與品質提升獎勵計畫混淆，建議將原列之「積極性目標值」改成以最近5年指標數值為「參考值」，並註明指標之正向、負向以利觀察趨勢走向是否符合期待。

蔡召集人魯

請林委員針對補充資料說明。

林委員文源

因品質確保方案之臨床數據係來院所自行登錄，無法明確掌握數據之信度與效度。建議同時由健保申報資料庫分析，作為比對之客觀數據，可更客觀精確掌握醫療品質。

蔡召集人魯

提案二的品質指標資料係個別院所自行登錄，而健保局主要是申報資料沒有檢驗值，未來資料庫要如何建立的更妥善，雙方面要再討論。

王科長本仁

林委員提議以健保資料庫計算指標如「死亡率」、「住院率」、「瘻管重建率」，看起來可行性是比較高的，可以先由此著手。但醫學會提報的此類指標都是以人月為分母，有時間概念，而透析之申報，具有療程性質，健保資料庫之人月操作型定義，會後要再跟腎臟醫學會討論。

蔡召集人魯

本方案建議照目前結論辦理，未來雙方操作型定義一致，大家看報告解讀時較為妥適。

謝委員武吉

品質確保方案與品質提升獎勵計畫指標要一致。

王科長本仁

我們會尊重委員意見，品質提升獎勵計畫留的項目，品質確保方案也會比照留著。品質確保方案是整體的觀念，建議要看整體趨勢是往好的方向或不好的方向走。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

學會有會員反應，如「積極性目標值」改成「參考值」，如比「參考值」低，貴局會請院所寫檢討方案嗎？

王科長本仁

我們將全國各區狀況給各分區參考，目的是讓醫療機構了解整體值並且留意內部狀況，各分區可藉聯繫或共管會議之機制，討論怎麼去處理比較好。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

因為那是Pooling數字，如常常叫院所寫檢討方案，院所會不勝其煩，有的乾脆技巧性寫少一點。

阮委員明昆

寫檢討方案很花時間，還要把相關個案病例調出來，有的跟洗腎不相關的死亡個案乾脆就不提報了，當然最後你們可以自衛生署死亡檔去找資料。腎臟醫學會收載透析品質資料這軟體已使用20多年，如果扭曲了這麼漂亮的Data base，對整個國家資料是大損失，健保局要檢討。

蔡召集人魯

健保局與腎臟醫學會都是為被保險人的醫療品質在把關，本局把監測資料擷取出來後給各分區業務組在總額共管會議了解情形。目前是一季一次，本局會請各分區業務組在總額共管會議上，討論如何減輕院所行政負荷，這是本局可協助的。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

畢竟是Pooling數字，建議有上下10%緩衝參考值，如果是累犯再去深入了解要求檢討。

蔡召集人魯

請醫審組將吳主任的建議列入考慮。

王科長本仁

後續會併指標定義相關問題跟腎臟醫學會討論。

鄭委員集鴻

請問林委員提出的建議，下個會期可以有初步資料嗎?希望盡快有數值可以了解。

王科長本仁

因更改定義與重新計算等作業需要時間，資訊需求相當的多需要排程，我們會儘量努力的。

蔡召集人魯

請給我們一點時間處理。

蔡委員宗昌

既然透析品質指標要由Hct改為Hb，我建議紅血球生成素的支付標準也應由Hct改為Hb。

討論事項第四案

研訂「全民健康保險Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」(草案)案，提請討論。

羅委員永達(朱委員益宏代理人)

貴局建議第一點:請台灣醫療繼續教育學會先參與Early-CKD計畫之照護訓練達適當程度有一致共識後再議。台灣醫療繼續教育學會訓練平台已拿到認證，皆跟各學會合作辦理相關訓練。建議腎臟醫學會應訂定訓練之教育師資、內容、達到標準，不是叫學會先做什麼事情，何謂達適當程度，我們不太懂，這種要求本身不合理。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

我們認為Early-CKD層面還推的不夠廣，原因是這類病患都不是在腎臟科，分散在其他科，院所覺得申報麻煩，護理人員也不勝其擾。台灣醫療繼續教育學會可以由最急需、人最多的Early-CKD著手；Pre-ESRD收案對象在3b以上，一定要有腎臟科醫師、還要營養師及衛教師參與，基本上較專業且複雜，我們贊成健保局的方向，方法上可再討論用漸進式的。

謝委員武吉

什麼是適當？真的很抽象，還要再考量是否成為Pre-ESRD計畫的訓練單位。台灣醫療繼續教育學會會員很多，都是腎臟科專科醫師，社區醫院很多都是我們的會員，Early-CKD與Pre-ESRD計畫應該都能由台灣醫療繼續教育學會辦理教育訓練，而且我們還有許多視訊點，可以解決學員必須南北奔波的困擾。

鄭委員集鴻

雖然腎臟科醫師有很多，但畢竟會教人要有一定程度，我贊成目前這個漸進式的方案，腎臟醫學會在辦這種訓練班較有規劃及經驗。

謝委員武吉

講那什麼話，你們是人，我們就不是人嗎?!你們是教授，我們就不是教授?!你們是評鑑委員，我們就不是評鑑委員!!太過分，這樣侮辱人的嗎!!

鄭委員集鴻

我沒有侮辱的意思，我的意思是醫療也有分教學醫院與服務醫院，教學醫院比較有教學經驗，讓他們來主導教學是比較合理的。這個案子也沒有說不行，只是說要循序漸進，是否可以採用？

蔡委員宗昌

建議由台灣腎臟醫學會提供特定內容power point版本教材，給台灣醫療繼續教育學會辦理 early CKD 學分認定課程使用。就是講師不限制，教材限制。

羅委員永達(朱委員益宏代理人)

這個學會的訓練平台已經運作3年多舉辦過很多訓練，它的努力可被肯定，腎臟醫學會應該訂定相關標準，達標人員即可被認證，不懂何謂循序漸進。

謝委員武吉

請問北醫陳振文院長是你們的人嗎？

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

是學長，也是我們理監事。

謝委員武吉

陳振文院長就是台灣醫療繼續教育推廣學會的副理事長，這樣夠格嗎？真的太欺負人，以後腎臟醫學會有事別再來找我。

蔡召集人魯

針對羅醫師意見，腎臟醫學會是否可考慮？本局沒有預設立場，當然衛教越多越好。大家都是為病人好，參與的機會是否可以較合理，請腎臟醫學會訂定相關標準，可以再討論。

謝委員輝龍

腎臟醫學會應該要探討，Early-CKD的收案率比較低，主要原因是收案醫師人數不夠，應該容許台灣醫療繼續教育學會相輔相成，來幫助腎臟醫學會辦理訓練計畫，對病人來說也是福氣。

蔡召集人魯

是否要納入慢性腎臟病整體照護訓練班之舉辦資格先暫保留，麻煩請腎臟醫學會訂定雙方面都可以接受的條件，提到本局來再列進去。

謝委員武吉

要通過就全部都通過，否則我也可以對他們提出意見。

蔡組長淑鈴

現在要討論的是，是否將台灣醫療繼續教育學會加入Pre-ESRD計畫，慢性腎臟病整體照護訓練班之舉辦單位。腎臟醫學會的心情應該是想維持訓練品質，而台灣醫療繼續教育推廣學會是希望可以有更多醫師加強CKD收案，這是兩方的平衡點。如羅院長所說你們的訓練平台很好，是否也可以尊重腎臟醫學會的要求內容，藉由你們的平台辦教育訓練。請腎臟醫學會盡快與陳振文副理事長討論，如要維持Pre-ESRD訓練品質，究竟課程內容涵概哪些、師資條件，有更多醫師有資格，加強收案，建議本項先暫保留，待雙方有共識，我們再補進去，較能兼具雙方訴求。

蔡召集人魯

本局並未認為台灣醫療繼續教育推廣學會資格不符，是因為要尊重台灣腎臟醫學會對訓練品質的要求，而且如果訂出來說不定有其他學會也符合資格。請學會儘早提出，如雙方有共識，請腎臟醫學會來文，我們就列

進去。本計畫年底前報署公告，還有1個多月的作業時間。

謝委員武吉

若陳振文院長是腎臟醫學會理監事，今天就應該可以定案，我馬上與陳院長聯繫。我被污辱過要就都一樣，我們的命運不可以被他們左右，若又要下次會議，變數太大；大家應該都要一樣，也可以我們行公文就可以呀！我們台灣醫療繼續教育推廣學會是以北醫大為中心，陳振文院長擔任副理事長，同時也是繼續教育積分委員會召集人。

蔡召集人魯

照程序本局要尊重腎臟醫學會，總要留一點空間給人家，我沒有說一定要留到下一次討論，只要在報署前確認就可以列進去。我要求他們1個月內將事情解決。

謝委員武吉

一個月太久，兩個星期。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

陳振文副理事長是本學會德高望重的前輩，由他來溝通協調應該很快會有結果。因為也涉及學會的CKD委員會，還是要尊重學會機制等黃尚志主委回國應該會積極處理。

蔡召集人魯

有關辦理Pre-ESRD計畫慢性腎臟病整體照護訓練班之師資、品質水平、如何檢定等，請腎臟醫學會訂定，雙方可以接受我們就納入。

林委員文源

跨院追蹤的病人如何承接原院所的資料，這對照護還滿重要的。

蔡召集人魯

這牽涉到個資的問題，需被保險人同意。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

VPN無法得知病人是否在他院已被收案，重複收案後，很多檢查項目被核刪，改以一般健保支付。現在無法做到即時查詢，不小心重複收案，結果變懲罰，造成院所困擾，有的病人也忘記是否已被收案。

張科長溫溫

未來本局會在VPN建置收案查詢功能，上傳VPN時會檢核該病患是否已被收案，並回饋資訊給院所，屆時可解決重複收案問題。預計12月底完成。

另本次增列同病人不能同時被2家院所收案，而如收案之病患超過1年無追蹤資料，將在VPN上自動結案註記，原院所不得再上傳相關資料，讓他院所可以繼續收案照護。

王委員惠玄

另看診的醫師還要再去確認是否已被收案，不管15、30分鐘，看診順暢度會被打斷，不知醫師是否有興趣做，建議可按基層醫療群的做法，經病患同意後，在已被收案之病人IC卡上貼小貼紙來辨識。

蔡召集人魯

因為個資問題，我們行政機關無法如此規範，各別診所或醫療群這麼做，如有問題必須自行處理，VPN速度會請資訊組看看可不可改善再快一點。

吳委員志仁(陳委員漢湘代理人)

有關建議配合病人拿3個月慢箋時間，報告日期改為就醫日期前後3個月內之報告乙節。目前報告日期需於就醫日期前後2個月，造成病人2個月後還要來抽血，產成很多困擾，為了要配合慢箋抽血，建議放寬前後3個月內之報告均可採納，病人也方便，差1個月而已，慢性病應該沒有太大的差別。

蔡組長淑鈴

這一項我們暫保留，大部分是慢箋的病人，我們用資料庫比對看看，配合慢箋1次抽血即可，如果真是這樣我們就來配合，減少病患奔波還要抽2次血。

林委員文源

我曾經做過相關調查，這真的造成很多困擾，有些民眾因此就不繼續來了。這真的是一個問題。

蔡組長淑鈴

這些人是否以慢箋為主，我們釐清後如屬實就會放寬。

謝委員武吉

剛剛與陳振文院長通電話，他有說這是壟斷式的行為，我會打破，我是革命份子起家的，我們繼續教育推廣學會會認真的做，也會由陳振文院長負責此項業務，但陳振文院長也有說，就怕他們不肯。

蔡召集人魯

今天會就開到這裡，謝謝大家!