

「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 4 次會議紀錄

時間：106 年 11 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)

主席：李組長純馥(代)

紀錄：邵子川

出席代表：

吳代表瑞堂	陳瑞瑛(代)	呂代表國樑	呂國樑
宋代表俊明	宋俊明	李代表妮真	李妮真
李代表永振	李永振	林代表石化	請假
洪代表冠予	洪冠予	張代表克士	張克士
張代表孟源	張孟源	梁代表淑政	周雯雯(代)
陳代表麗淑	陳麗淑	郭代表錦玉	郭錦玉
曾代表志龍	曾志龍	楊代表五常	請假
廖代表秋鐳	廖秋鐳	蔡代表江欽	請假
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

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	廖尹嫻
台灣醫院協會	王秀貞、林佩菽、洪郁婷 吳洵伶、董家琪
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜
台灣腎臟醫學會	陳金順、林元灝、林慧美、 林佳靜、曾庭俞
中華民國營養師公會全國聯合會	莊世玟、李珮誼

本署醫務管理組

劉林義、洪于淇、劉立麗

林右鈞、林蘭、楊秀文

邵子川、鄭正義

本署醫審及藥材組

曾玫富、朱文玥、陳淑儀

本署企劃組

柯秉志

本署臺北業務組

陳懿娟

本署北區業務組

陳祝美、黃毓棠

本署中區業務組

張志煌

本署南區業務組

林育彥

本署高屏業務組

謝明雪

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：本會歷次決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號7，請針對「血液透析屬定額支付項目，同一醫師醫療服務不得再申報診察費」部分繼續列管，其餘同意解除列管。

第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

案由：106 年第 2 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認 106 年第 2 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
106Q2	0.84016418	0.85209246

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。

第四案

案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決定：洽悉。

第五案

案由：107 年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

案由：修訂「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」案。

決議：

- 一、B 型肝炎表面抗原(HBsAg) 及 C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率之監測目標值皆修訂為 $\leq 2\%$ 。至於合理人次部分，請台灣腎臟醫學會審酌，儘速提出建議值。(註：台灣腎臟醫學會已於 106 年 11 月 17 日提供修訂意見，病患人數 ≤ 50 人之院所，轉陽率下修至 $\leq 3.5\%$)
- 二、有關『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準計算公式，不予修訂。

三、安寧緩和醫療意願書採財團法人台灣安寧緩和照顧基金會之「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。

四、餘同106年計畫。

第二案

案由：修訂「107 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」案。

決議：有關營養師資格認定，仍維持現狀，同 106 年計畫。

第三案

案由：107 年「門診透析服務保障項目」案。

決議：107 年保障項目仍維持原 106 年項目如下：

- 一、腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 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。
 1. 山地離島地區。
 2. 106 年「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。
 3. 106 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。

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 4 次會議與會發言重點實錄

報告事項第一案：「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額研商議事會議」 歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席(李代表純馥代)

會議資料第一頁開始，各位代表有意見嗎？如果沒有的話，我們就進到報告事項第一案。

主席

謝謝！請北區同仁為最後一案序號七的事情做個補充說明？

北區費用二科陳專員祝美

主席、各位代表大家好，我是北區業務組醫療費用二科，我先代表基層的審查做說明。目前我們對於透析申報的診察費，絕對沒有全面核刪的事情，也沒有逕予核扣。所有的案件我們都是先送請審查醫藥專家審查，再依審核結果來核定。這中間如果有疑慮的部分，我們會再送複審後才核定。我們跟鄭代表也是很熟，針對這個問題我們也一直釋出善意，我們的北區分會也經過多次的討論，目前的共識是採個案案件來認定，因為代表所提這個案是屬於醫院的部份，所以請費一的同仁來補充。

北區費用一科黃專員毓棠

主席、各位代表好，我是北區醫院費用一科再做補充，鄭代表在前次會議上面反應的是 102 年 2 月醫院總額的一個送核腎臟內科隨機樣本案件，所以依照隨機樣本送審查做認定。審查醫師覺得是屬於同一個療程，所以就予以核刪。經過申複爭審的程序，因為當初鄭代表反應的時候，已經走到爭審的部分，我們為了要再檢視分區的審查醫師是不是具有適切性的共識，所以，就請爭審會再調回分區來做一個更適切的審查，分區經過兩位醫師再審查之後，是給予補付的，所以這個案件目前已經走完爭審階段，那我們也補付給鄭醫師反應的案子，以上補充說明。

主席

謝謝！第一個我們先跟各位代表說明，現在審查的部份，其實專業審查都是委託專業團體，絕對不會由我們的同仁直接進行做所謂的專業審查的部份，我們唯一會依照行政規定，即支付標準已經很清楚的才會透過電腦來做核減的動作，所以剛剛提到的都是醫師審查過後的決定，或許醫師的意見不太一樣，所以，我們有一定的程序。第一個醫師如果核減的話，被核減的醫師他可以來申複，我們第二位醫師絕對不會跟第一個是同一位，在審查端這邊。那第二位醫師如果還是依照我們第一位醫師的意見還是繼續審查核扣的話，可以到衛福部爭議審議會，這個會都不是我們的審查醫師，是另外的團體，可是他也是由醫事人員所組成的團體，這醫事人員專家們再透過他們做審查，所以，基本上有一定的行政救濟的管道。我就先做這樣的補充，不曉得針對我們前次會議的辦理情形，各位代表有沒有要做什麼指教的。羅代表！

羅代表永達

主席、各位先進大家午安，序號三，記得上次開會的時候談到說要醫療院所對某些疾病，透析儀器要有專屬的標示，後來在這個會議決議是取消的。因為認為，如果直接貼在這台機器的話，會讓很多人覺得，我是被歧視的！上次開會的結論是這個樣子的。所以，要專屬但是不標示，或者用其他的方式來標示。我記得上次會議的結論應該是這個樣子，可是我看辦理情形好像不是這個樣子，可以請專員來解釋，這是第一件事情；第二個，序號七，事實上腎臟病的共病與併發症很多，說實在的，我先前問過很多腎臟內科的醫師，很多醫師是不敢報，因為大部份會被刪，但是哪些可以被包括，我覺得腎臟醫學會應該負起責任來。用很多的例子來告訴醫師，哪些可以報？哪些不能報？否則的話，我所知道的，爭審要很多的程序、要花很多的資源，所以，很多人就不敢報，事實上都不可以報嗎？也不是，因為他規定是共病，所以這件事情腎臟醫學會應該多做這樣的說明，讓所以腎臟科的醫師知道哪些東西，比如目前我們審查的一些例子，應該把這些例子做一些公告，讓他做個教育訓練。以上！

主席

有人跟腎臟醫學會提出建議，你們要不要回應一下？

盧代表國城

我想共病這部份也牽連到相當多的可能，有一些是直接、間接的，那這一部份的話，在學會我們再宣導。

主席

其實，我們本身有審查注意事項，或許透析這一塊比較特別，是不是也可以朝著審查注意事項裡面可以再做一些調整的部份，不過，確實現行醫療就是一個很多不確定因素在裡面，包括病人因素、醫師本身的看法、見解會不一樣，所以，要達成共識有點困難。所以，我們才會有不同的爭審階段去處理。這有好有壞，如果我們訂得太明白，最後就是病人要自費，所以，有時候這中間會留容一點點裁量的空間，就是彼此都有認知的部份。我們回過頭來看第 9 頁，支付標準寫的很清楚，如果今天這個人來做透析這個動作，同樣這位醫師，他知道他有其他的問題，假設他跟這個治療透析無關的話，他是可以報用藥。我們講的是他同一次診療不應該再報一次診察費，因為他來透析，知道他的問題，所以，他看過之後去做透析的動作，我們在包裹裡面已經含有診察費，有爭議的地方是診察費，如果是真的跟洗腎比較無關的慢性疾病，他需要做控制，我想我們健保是會付的。這部份我的概念是很清楚的，我想比較有爭議的是診察費的部份。

宋代表俊明

我這邊要替許多基層急診醫師講一下話，審查醫師訓練的部份，因為約定俗成，很多審查醫師有時候會聽到一些流言而影響其審查，其實並不是像很多健保署的官員這邊所講的，每一個醫師都是按他的心證在做，沒有！他們會受到很多的影響。這個是今天有洗腎而且更多感冒或有其他的病症的門診他就刪！其實這個在我署內當審查醫師召委的時候就已經有這種情況。所以，審查醫師的部份，我想不是全部可以給腎臟醫學會趕快去宣導哪些可以報？哪些不可以報？審查醫師的訓練我想應該也要好好地作告知和訓練。有一些不是屬於共病的其實是規定可以報的，那個會議我有參與，我記得好像在 100 年還是 90 幾年左右。那個時候黃東坡主任還沒退休的時候，譬如說，血壓的部份，除了利尿劑以外，其他的可以另外申請，其實這都有一定的條文在裡面。所以，除了這個腎臟醫學會要宣導以外，我想鄭理事長所提的那事情是確實是有！就

是審查醫師在感覺上有一些好像是被暗示說，在洗腎的過程中，這個東西應該被核刪。這個部份應該在健保局審查醫師的訓練方面可能要多加宣導，那個可能不是腎臟醫學會可以做的。以上報告。

主席

好~謝謝代表指正，那我們先請同仁回應羅代表所提到的 page7 第 3 點的部份。

醫審及藥材組曾專委玫富

醫審及藥材組說明，有關透析專屬機器標示說明，之前討論大概有兩個層次要處理，第一個層次是現行這個指標是院所別品質資訊公開指標，醫改會反應有不少家院所在網頁上資料是空白，沒有標示 yes 或 no，所以第一層要先補足這些資訊，我們這一次填報辦理情形就是說明有請腎臟醫學會去補足資訊，有三家院所已經停約了，就只差一家堅持不提報。另外，第二個層次就是有關院所品質資訊公開指標的存廢問題。我們在今年 11 月 1 日有邀請各個專業團體，還有病友團體代表，討論醫療品質資訊公開辦法的指標增修。原則上，這個指標因為只差一家，其他所有的透析院所都已經有做這種標示，而且疾管署感控的方面已經有做很明確的指引，為兼顧考量專屬機器標示可能會有病人隱私暴露的問題。所以 11 月 1 日的會議決議這一項品質資訊公開指標要刪除。因為品質資訊公開辦法是子法規，我們依程序要把這個增修檢討案，提報健保會討論，以上說明，謝謝！

主席，

是！李代表。

李代表永振

主席、各位代表，我 follow 羅代表講的，剛剛健保署的答覆好像還是與羅委員沒有交集。如果按照健保署的答覆的話，這個不應該解除列管，因為兩個層次裡面，後面的層次好像還沒處理，怎麼會解除列管呢？這是第一個；第二個，第 7 項，健保署還蠻用心的把它列出來，但是我聽剛才在說明的時候，好像是兩個層面的問題，上一次臨時提案，聽起來變成個案，而且個案在處理的過程，會讓人家覺得怪怪的。因為程序還沒走，有程序沒走完就提案，提案之後重審又給他，那是不是鼓勵大家，反正不

行就提案！這個應該怎麼樣去規範？如果程序走完還是不行的話，那再來提案可能會比較好。另一層面應該是說，裡面還有蠻多問題，共病或是共病之外的事情。這個部份是不是變成另外一個議題，怎麼去規範！把它規範再提出來。這樣才有辦法把大家認為的問題，很清楚地弄好。不然的話，問題一下這邊冒出來，到最後不曉得問題有沒有解決，這樣是不是會比較完整？謝謝！

鄭代表集鴻

主席，我想先澄清一件事情。這個議案是我提出來的。第一個是說，這裡辦理情形第一條，依支付標準第二部西醫第一章的這一點。「限申報門診診察費一次」，下面一句「另血液透析屬定額支付項目，同一醫師同次醫療服務不得再申報診察費。」我們的支付標準沒有這句話，不曉得是哪裡出來的。這寫在一起感覺好像支付標準就是這樣寫，這樣會誤導在場委員。我們現在可以馬上查電腦，支付標準沒有這句話，這請主席澄清一下。再來剛剛主席有說，您的認知洗腎的時候看其他的病就不能申報診察費，但是這裡的標準、這邊的邏輯上，同一醫師同日兩次以上門診相同病情才能申報一次，這是邏輯推理的問題，相同病情只能申報一次，但如果不同病情，理論上應該可以再次申請，這個應該是這樣認知才對。照您的意思是只要同日同醫師不管什麼病，全部都要診察就對了！照您的意思是這樣嗎？

主席

我的概念是說，假設我這次去就醫我身上有三個問題，是屬不同的系統、不同的病情，我跟同一個醫師報告我有這樣的問題，當這個醫師診察完，他可不可以因為這三個病給我三個診察費？概念上是因為我同一個診療的行為裡面，我處理上三個問題，所以，我們會認為那是同一個診療的行為，它的診察費當然就是一筆。那您剛剛提的是另一個概念，它是說如果這個人，他在早上看了一次同一個這位醫師，下午他又跑去找這位醫師看同樣這個問題，我們是認為他前面的問題沒有解決，下午又跑去看他。所以，我們才會在支付標準裡面去寫，相同病情同日診療兩次，我們只給你一次診察費。這是在上面，沒有錯，支付標準並沒有寫到這麼細，因為透析的支付標準通則寫得很清楚，他是一個包裹給付，裡面含有診察費，所以我們才會說，如果說在同一次病人來洗腎的當下，你是同一個醫師去看他的問題，我們就是一個診察費包在血液透析裡面，是這個概念。

鄭代表集鴻

我還是有澄清一下，您剛才講的這個也沒有寫在規範裡面，審查規範只有提到說，血液透析應注意開始的時機、透析次數、EPO 等使用的劑量。尿毒相關治療，包括簡單感冒藥，應包括於血液透析內，只有這句話。並沒有你剛剛提的那一些描述，目前是這樣。所以，我贊成剛剛代表提出來說，這件事情不應該這樣含糊帶過。哪一些是共病可以報的，我們把它擬定清楚。這樣大家真的都有規則可以遵循，不然，我想您也很清楚，為什麼會有這個爭議。因為這是總額的關係嘛！現在洗腎病人有其他的病，他如果掛西醫基層門診，他們的感覺就是吃到西醫基層總額。現在審查的代表都是西醫基層總額的人在掌控。雖然您說這是委託專業在辦理，但是那些專業的人，說實在的他們不了解透析。他看到這個就刪。您也說照程序來，是沒有錯啦！但是，他不照規範來刪，我們照程序申複都不會過。那現在一個問題是說，我們在署裡面申複不會過，您說爭審的時候會過，可是爭審的醫師都是醫學中心，他們比較不清楚這一塊，也是不會過，難道都要我們打行政訴訟嗎？我相信這不是署裡面希望的，所以我們才會在這裡面提出來說，這個問題真的造成整個基層透析很大的困擾。署裡是不是可以幫忙釐清楚這一塊，邀請我們腎臟醫學會，大家把相同相關的共病照目前的規範，尿毒相關治療，應該包含在裡面，那我們就一律不能報，但是如果不是尿毒相關的，照法規面是可以報的，真的不要再隨便核刪了！希望是這樣。

主席

我想這個主題確實非常重要，那是不是我們會上這邊可以責成，其實我們署長也非常重視各學會審查上面的一些 guidance，尤其是審查注意事項都希望各醫學會能夠主動去建立你們專業之間的共識。那是不是這邊可以責成醫學會先就目前審查端上面可以先行研據，因為審查端不在醫管組，所以，是不是這邊可以先提供給我們來 organize。至少有個初步的建議給我們，我們來做後續的處理，可以嗎？那也請鄭代表，您就透過醫學會的角度，去把你們專業上面的一些看法跟建議去處理。確實因為這幾年洗腎，尤其是門診透析的總額點值較低，我們有看到一些狀況是，他會溢出來到西醫總額，這是我們分區在做分析，有看到這個資料的狀況，我想這也不能怪各區的各個共管，尤其是西醫基層的共管的代表會有這樣的感受，因為他是從數字上看到這樣的感受，當然就會比較審慎去看這些案例。剛剛您提的主要案子是在醫院總額，所以，又跟您

主述的西醫基層有一點點不是這麼 match，不過我想都是很重要的意見。不管是醫院總額、西醫基層總額，都是腎臟專科領域裡，那是不是先容我們做這樣的處理，可以嗎？謝謝！謝謝，醫學會！

顏代表大翔

不好意思，我可能還是要發言一下！我在南區，滿腹牢騷對這件事情，剛剛主席有提到說，溢到基層總額去。這個”溢”好像是我們多申報了，我想必須澄清，我們南區其實診所被控管的最嚴格，我自己還被約談過，因為病人在不是洗腎那一天來看外傷、感冒，通通被刪，還被罰了 8 萬塊。8 萬塊是因為回推兩年、抽 1 個月推到兩年，8 萬塊，健保局長官說怎麼扣這麼少？西醫基層就是這樣對付腎臟科的診所，為什麼我們今天還要來這裡談這個事情，如果照法規來做，我們不需要拿來這裡談。真的要讓我談，我可以舉很多的例子。我問你好了，糖尿病會引起腎臟病，腎臟不好洗腎，糖尿病跟洗腎治療，這是不是共病？你知道南區現在 HBA1C，三個月要驗一次，現在只允許我們一年報兩次，你知道嗎？真的是講不完的事情！所以我是覺得，這一塊而言，我希望我們醫學會真的提出。再說共病的部份，從葉金川前局長就有解釋了，看他的解釋函很多那個時候就有解釋了，其實都知道，現在連高血壓藥品費都可以給付了。可是我們洗腎看門診還是被刪，剛剛提到的早上洗腎、下午來看感冒可不可以來報診察費，我請問你！也被刪！我們實在沒有力量去抗衡這件事情。希望我們每次爭審，大家診所那有空，就像醫師怕被告一樣，我們沒有時間去處理這個事情。所以，我不曉得這個委員會能夠發揮多少功能。幾個月前我跟林元灝秘書長跟鄭集鴻理事長，我們去台中參加基層全執委員會，他讓我們參與講話，講一講沒有下文。其實我們不是沒有反映，是沒有用！西醫基層在審查這一塊根本把我們看得很死、不准申報，你應該全部吞下去，事實上這觀念不合理。其實他們是違法，只是健保各區各組都沒有去處理這一塊，因為他們也不想得罪審查醫師。所以，說真的連在基層受苦的情況，連宋教授都了解了，就代表我們很多學弟妹，從成大出來的都抱怨給主任聽過了。真的是做得非常辛苦，而且南區最嚴重了。今天北區有這個事情，講實在話，是在南區發生的，為什麼？因為有一次在開會的時候，他們說南區為什麼點值不錯？南區就提出來說，因為他們把透析門診申報管得非常地嚴格，所以才產生這個事情。以前沒這麼嚴重，對不對！

鄭代表集鴻

被你們害的啦！

顏代表大翔

北區基層透析診所是被我們害的！這是公平的問題！合理的問題！大概是這樣，不好意思，可能有點激動。

主席

謝謝！表示真的很受苦！那我們這個案子是不是就先這樣子？

鄭代表集鴻

主席，那剛剛您的結論是第三點請我們腎臟醫學會提出一個建議案？

主席

對！

鄭代表集鴻

那第四點也是我們的訴求，洗腎點值是全國一致的。當這個方案出來，全國各區皆適用，不要有各區的差異，我們的期望是這樣。

主席

這個可能超乎我的決定權，因為一個現行的運作機制是我們會尊重各區共管會議的一些對於當區的總額管控的一些做法。可是就審察面的 guidance 這部份是統一的。比如說他要設什麼樣的指標去找到異常值，這個我們要尊重各區，所以，我這裡只能跟您說，就審查的原則部份，我們可以統一，至於他們是不是可以依照同樣的指標來處理，這部份因為涉及各區的現行的共管會議。

鄭代表集鴻

我覺得只要審查的指標一致，應該就可以。

醫審及藥材組曾專委致富

主席，剛剛那個第三項我再補充說明，我剛請同仁再調閱前二次會議資料，這一案是上上次的會議決議。當時的決議有兩件事，第一件事是標示專屬機器有標籤化病人的疑慮及隱私權的問題，所以當時請醫審組要向醫改會反應說明這件事，上次的會議辦理情形我們已經填報並行文醫改會說明；第二項決議是請我們把未標示完整的院所名單，請台灣腎臟醫學會協助輔導補足資訊，上次的辦理情形係填報我們已把未標示完整的院所名單給台灣腎臟醫學會處理當中，所以是因為這一項尚未完成，上次會議決議繼續列管。這次會議是報告說資料已經補正上網，只差 4 家，其中 3 家是停約，剩下的 1 家，腎臟醫學會還無法說服該診所回報 yes 或 no。上次會議時已辦完一半，這次又辦完另外一半。另外這項是院所品質資訊公開指標，我們已在今年 11 月 1 日開會，與專業團體、病友團體代表充分溝通討論，決議是要刪除，依程序要提報到健保會去討論，且因為是子法規修正，還有預告、公告等等程序要處理。

基本上這個決議，經過上次跟這次兩次的辦理情形，已經分別各解決一件，當時的兩個決議都已完成了，以上補充報告，謝謝！

主席

謝謝專委補充，這個案子，請李代表先允許我們先予以解除列管，可是我們會以您剛剛的指示，針對這個案子所延伸的品質指標的修訂，我們就併到修訂完成，請我們相關單位到這邊跟代表報告，整個公告修訂的結果，不知可行？

李代表永振

主席裁示我沒有意見，主要問題是，坐在對面這些代表，你們原來想要的問題，有沒有解決，如果有，就要剔除，如果沒有的話要列出來。

鄭代表集鴻

主席我建議第七點還是繼續列管，因為還沒解決。

羅代表永達

序號三可以解除列管。

主席

代表可以嗎，第七的部分，剛剛鄭代表說，是繼續列管，我們是不是繼續列管醫學會？

宋代表俊明

剛剛，一個是你自己提出來，同一個療程，例如說，第一個他早上洗腎，下午再來看病，你把它視為同樣病情，這個就是爭議最大的地方。很多健保局的基層審查醫師，講白一點，他可獲得健保給付會被擠壓嘛，他如果都未核刪，他會擠壓到他自己，他本身就是利害關係人，在這個總額裡面。例如說基層裡面，審查醫生本來就是利害關係人。這問題要從根本上去解決，是不是真的同樣的病情，上面條文很清楚，你假設早上洗腎，但是下午是不一樣的病，例如跌倒、發燒，他再過來看，根本不一樣，本來就不能合在一起。不能就審查醫師這個共識部分，再做進一步的調整，醫學會再怎麼講，還是沒辦法解決，我覺得健保局對審查醫師的專業訓練，尤其在這部分應該更強調。他條文寫得很清楚，他完全是一樣的病情，你才可以刪他，你不一樣的病情，怎麼會去說，他已經醫師看了兩次，不一樣的病情，不一樣的診察，你憑什麼去刪。例如，現在健保署各區有很多，假設是小感冒，我再看一遍，醫師怕被核刪，然後擴大扣額，所以連報都不報；但是這樣不是一個正常的醫療行為，我想並不是僅僅醫學會這麼做，健保局這邊也要對審查醫師做一定的規範。

主席

好，張代表

張代表孟源

基層總額管理的要點不會有針對性，因為對全國一萬家診所而言，腎臟科診所在全國診所只是一部份而已，所以，基層總額管理公平原則是最重要的。關於是否同意同一個療程，因為我們西醫基層一年有一億七千萬件次，對於診所而言這個到底是早上看一次，還是下午再看一次，是不是可以申報，這是可以討論，而且不是指透析的病人，而是指一般的病人，我們在西醫基層，每天看這種 CASE。至於洗腎的病人，當天再去看第二次門診，在我們西醫基層的量，真的非常少。公平公正是我最重視的，而且我不是南區，也不是北區，我是台北區，所以我先說明一下，我是以一個客觀的立場來

說明。所以我們也不會去針對，刻意針對任何人，西醫基層的總額，對於開業醫師，比如咳嗽，流鼻水，尤其是小兒科，他晚上可能發燒，可能拉肚子，又跑去看一次，每年面對這樣的案件，可能要上千萬件。一個公平的原則失去了，基層總額管理對於一般診所的案件，所有感冒，傷口，早上看診了，下午又發炎了，因為鄰近方便就醫，我們怎麼辦呢？我只能這樣說，這裡都是我的好朋友，我們真的不是針對洗腎的病人，我們是針對自己內部的管理，開業醫師，每天碰到就是這樣的事情，非常的多，我只能說，看到這樣同儕，腎臟專科醫師，我們也很同情，我必須替西醫基層說一句話，我雖然現在不當執行長，我真的不是針對任何人，而是針對，同儕之間，本來就是同一天，本來就是會同一天看兩次，我就給你申報兩次，我相信組長，也會一個頭兩個大，說真的，我從來不會去刪任何人，我從來不會去當審查醫師，因為覺得我沒有那個能力去刪別人。以上報告，謝謝。

主席

好，謝謝。

醫審藥材組朱專員文玥

有關審查醫師總額別的問題，現況本署雖將審查作業我們受託分類為給四個總額，但實務審查作業是依申報科別分類予本署已聘任之該科審查醫師進行審查，腎臟科相關案件，是送給腎臟科的相關審查醫師辦理審查。本署竭誠歡迎各專科醫學會推薦符合資格之審查醫藥專家人選，本署將於收到推薦名單後，推薦人員名單納入遴聘人員資料庫，以上是有關遴聘審查醫藥專家實務作業之補充。

主席

因為時間的關係，我們是不是，我們還有好多議題，這才第一個案子，是不是可以讓大家允許我在這邊做一點結束，最後都流於大家對於臨床上面跟健保的互動上的心聲的吐露，這樣才下去，我們可能會諮詢不完，我們是不是可以，這個案子先到這邊結束，您剛提出繼續列管，我們就繼續列管，會把今天大家所共識的那幾個點，第一個就是希望，由醫學會主要來做擬定相關審查的共識，我們也會請透過一定的程序，公告以後，我們會請分區業務組，轉知所有的審查醫師，按照這個公式來做審查，這樣是不是可以做這樣子的決定，之後我們就進到第二案，可以嗎，

報告事項第二案：門診透析預算執行概況報告

主席

好~代表有沒有對我們剛才的報告要提問，或是指教的地方，沒有的話，我們是不是就洽悉，進入下一案。

報告事項第三案：106年第2季門診透析服務點值結算報告

主席

好~第二季的結算，各位代表，有沒有要提問的，剛剛我們同仁念的是第25頁，詳細的報表，是在第27頁，看起來第二季比第一季好，因為預算的關係，好，那代表沒有提問，我們是不是到下一案

報告事項第四案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果

主席

謝謝曾專委的報告，請問各位代表有沒有要提問的，或是要指教的？沒有的話，我們就謝謝醫審及藥材組的報告，那我們進到報告案第五案。

報告事項第五案：107 年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜

主席

這部分醫管組劉科長有沒有要補充的部分？

醫務管理組劉林義科長

跟大家報告，我們透析本來是在 2、5、8、11 月的第三個禮拜，因為考量明年過年的年假到 2 月 20 號，我們是第三個禮拜應該是 2 月 21 號，剛好是過年後的第一天，考量恐不太適合，因此建議順延二周，就到 3/7，也是禮拜三，以上說明。

主席

謝謝劉科長，那各位代表有沒有要指教的？

羅永達代表

那臨時會會不會開？

主席

若我們今天的會議很順利的話，大概就不會再召開。是不是就洽悉這個議程，就麻煩代表先預留會議時間。那我們就進到討論事項第一案。

討論事項第一案：修訂「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」案

醫務管理組劉林義科長

請各位代表翻到第 67 頁，這邊為腎臟醫學會提的修正意見，我簡單說明一下。第一項和第二項就是 B 型和 C 型肝炎的轉陽率，上次肝癌及肝炎防治會有告知我們目標值 3.5% 太高了，所以腎臟醫學會現在把它訂為 2%，這個試算的結果大家請翻到第 70 頁，大家可以看到第一個欄位是 B 型肝炎抗原表面轉陽率，下一個欄位是 C 型肝炎抗體的轉陽率，本來是 3.5% 的話，大概只有 7% 的人會不合格，現在把它改訂到 2% 的話，大概只有 75% 的院所會合格，C 型肝炎如果目標訂到 2% 的話，大概就是七成合格。這是試算的結果。

再來，第三點意見，針對我們裡面有一項指標：病人衛教。病患來透析的時候，跟他們告知透析有那些可以選擇的方式，腎臟醫學會希望分母改成：當年度首度開始透析治療，且在該院門診透析治療超過三個月的新透析病人，這部分來當分母。可是我們考量到當初要對病人做衛教，應該是在透析的第一次，他一開始接受透析就應該跟他講了，所以我們建議說這個指標是不是不要改，還是依照我們原來的定義。

第四，腎臟醫學會認為說安寧緩和醫療的表單，目前已經有比較制式的表單，大家翻過來的第 68 頁和 69 頁，這邊已經有一個「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，這部分我們也同意，那就把原本的附件 1-4，大家翻到第 78 頁，我們本來是用一個選擇安寧療護意願書的部分，那就把它修正為這個制式的表，修正為第 68 頁的表，以上說明。

主席

因為這個提案是由腎臟醫學會提的，那是不是由腎臟醫學會的代表稍微說明或是回應我們署裡面的意見。

盧代表國城

我想學會對大部分都沒有意見，謝謝署裡面的用心。另外，末期腎衰竭治療模式完成衛教，這主要是跨院的問題，有些病人洗了一次，從診所到醫院、醫院到診所，或

診所到診所之間會有流動，所以才會提議等這個病人透析到三個月的時候，再把成果歸到那間透析院所，當時是這樣考量，以上，謝謝。

主席

我們是不是聽聽其他代表的意見。剛剛腎臟醫學會在講我們 67 頁裡面的序號三，原來要修訂的條文，因為這個個案是在他們院所已經持續就醫三個月了，把這個當作分母來完成衛教，他們覺得課責到這個院所比較適當。那我們是覺得說設這個指標的用意，在透析之前，當他在選擇什麼樣的透析方式時，就要跟他做衛教了，他都開始固定就醫三個月，就表示他的模式已經建立好了，這個時候再做衛教就覺得時機不太一致，我們的想法是這樣，就聽聽看各位代表的意見。

宋代表俊明

我個人的意見是覺得腎臟醫學會講的這部分比較合理，因為事實上是很多病人送到大醫院做緊急的透析，在做緊急透析的時候，你不可能完全做完整的衛教讓他去好好選擇，而且我們現在開始做 SDM（醫病共享決策 Shared Decision Making）」，SDM 不可能第一次告知就選好了，所以我覺得三個月的時間是滿好的，可以讓病人考慮的更清楚。那這個告知同意書，以後是不是如果有做 SDM 的人，那三個月內的部分就取代同意書，不是一直都是這個同意書，然後 SDM 都沒有做，那反而是開倒車，那到底是什麼樣的病人做 SDM？什麼樣的病人用同意書，是不是要再列的更清楚。我覺得第一次是不太可能，只是理想上你第一次就告訴他是三種，那很多 CKD 進來的病人是沒有問題，可是如果是 PRE-ESRD 照顧的病人，事實上是很大的問題，你不可能第一次就讓他決定，那告知就只是告訴他有這三種，他也是聽聽就過去了，那不是真正的知情同意，真正的知情同意還是需要時間。

鐘代表應欽

我想一個病人從他 CKD 開始到 STAGE3 到要洗腎，如果你照護一個病人大概要 7-8 年吧，衛教是 CKD 治療模式之一，很早就要做衛教了，你說他透析治療模式的選擇，應該是評估在病人，大概三個月之後就會開始透析了，之前就要跟他講透析模式的選擇，你要癭管先做好，所以我覺得要怎麼來算他的時間，應該是要用一年，一季來算他的時間真的太短了。而且有的病人就是急性的，像別家醫院加護病房轉來的病人，

他的腎臟功能可能急性損傷，他最後有恢復呀，那不屬於慢性的病人而是急性的，這個是強調一個病人的 primary care，病人進入透析的持續性照顧，營養衛教才有意義，不然你有些是慢性加急性還有其他醫院轉來的，這樣就失去他的精神了。個人是贊成以年度來講，是比較好。

主席

這邊謝謝鐘代表，不過還是想跟代表報告一下，我們這邊講的個案認定是，急洗的狀態是不會在我們這邊認定，分母裡面不會含到這些個案，所以這邊是已經確定個案一定會進到門診透析這個總額裡面來的這些病人，然後他在甚麼時間點要接受洗腎概念的衛教，那這個衛教單是在我們資料的第 16 頁。其實他的概念是很簡單的，我們當時是因為很多被保險人來跟我們講說，當時他選擇的洗腎方式是沒有選擇的，是由醫師直接說做血液透析，所以我們才在這個計畫裡面被要求，因為這個也是我們部裡面要求我們要推動的，因為有接到很多不同團體的反應，我們才會在其他部門的總額編列預算，額外希望獎勵院所，在他首次已經要走到…我們當然理解，他如果是 CKD 或是 PRE-ESRD 的個案在那裏本來就有給衛教的獎勵費用，這裡是針對說他真的已經要開始啟動不是屬於要急洗，而是要常態性洗腎的個案時，你要跟他做衛教。當然我們也理解，確實你們也提到說，如果病人是跨院轉來轉去，所以我們課責的問題確實有一些困難點，這也是我們今天想跟各位代表做一些溝通和指教的地方，謝謝。

李代表永振

主席，我這邊有一個請教，因為我們這個案是上次八月十六日討論之後留下來的案子，在八月二十五號第七次健保會有一項決議：請中央健保署與各部分總額相關團體依 106 年評核委員建議持續檢討品質保留款之發放條件，其訂定更具鑑別度之標準，核發表現較佳之醫療院所，達到品質提升的效益。我想請教這個跟我們這個案有沒有關？如果有關的話，本案修訂內容是否符合那項決議的要求？

醫務管理組劉林義科長

這個是品保款，品保款在上一次的會議已經有討論過了，上次會議就是完全遵照健保會的規則，所以我們有請腎臟醫學會建立一些有鑑別性的指標，所以他們就有增加鈣磷乘積那一項，只是在肝炎及肝癌防治委員會那邊，他又針對 C 肝和 B 肝的轉陽率

那二項，他們認為那二項的目標可以再嚴格一點，所以我們才請腎臟醫學會回去研議可以降多少，所以這一次是完全遵照上一次的決議，所以這一次他們提要降到 2%。

李代表永振

我剛才特別把時間提出來，上一次的會議是八月十六號，健保會是八月二十五號的決議，是有 pass 給腎臟醫學會嗎？如果有符合健保會的決議，有沒有評估改變之後有沒有符合健保會的要求？謝謝。

宋代表俊明

剛剛主席提到的第一次透析進入到慢性，事實上在全世界的規定本來就是三個月，洗了三個月之後才會開始算穩定，所以我覺得腎臟醫學會提出分母是三個月是很合理的。因為第一次透析，他可能是急性或洗了之後還不是很穩定，又轉到加護病房之類的，這個時候去告知他或讓他去決定這個透析方式，我想這個是不合規定，除非健保署是只要一個形式，反正每一個病人來就叭拉叭拉，就直接講這邊有三個透析模式，反正就蓋個章，這樣的話是可以。那如果真的要實質的話，我想這個東西要等到以後你要訂什麼樣的病人要做 SDM、什麼樣的病人是普通的告知同意，這個才是實質的意義。我會建議還是三個月比較合理。

主席

我們能理解代表的說明，但我們是在操作上有一些困擾，請劉科長稍微說明一下我們的困擾。

醫務管理組劉林義科長

我們是找三個月透析的病人，就是他穩定透析的院所，問題就在於這三個月他可能跨院，那假如照這個定義的話，雖然他有三個月，可是他跨了三家院所，三家院所不滿三個月，那這個病人到底有沒有人要主責？所以我們一定要抓一個主責，因為他還是進行了透析，所以一定要一個主責院所跟他講說其實透析還有其他方式做選擇，所以我們現在是要抓那個主責院所，那我不可能抓中間，我一定抓第一個，以上。

鐘代表應欽

學會評鑑標準三個月。

宋代表俊明

第三個月他在哪一家洗，然後就是那一家。

醫務管理組劉林義科長

他都已經洗三個月了，再跟他說他還有別的洗腎選擇？可是這樣他不是已經穩定了嗎？

鐘代表應欽

腎臟醫學會的評鑑標準訂了病人在透析之前，他有知情同意書，必須告知他是選哪一種，而且評鑑時，會問病人。我們平常在流程上不會這樣的，病人在透析前半年或三個月就會先跟他講可以做哪一種 SDM 讓病人選擇，利弊都跟他分析。

主席

所以就選第一家，課責第一家就好。

宋代表俊明

現在的是三個月你進去之後你才進到整個 chronic diagnosis，你跟前面的 PRE-ESRD 無關，PRE-ESRD 的衛教是 PRE-ESRD 的衛教，他的告知是那邊的告知，這邊的告知是不一樣的。

醫務管理組劉林義科長

現在重點就在抓那個非忠誠病人。

宋代表俊明

就是應該是他三個月才真的進去嘛，你在第三個月進去的 chronic 的那個計算，所以那個就是第一家，就是你三個月透析的那家。

醫務管理組劉林義科長

可是那一家怎麼知道輪到他時是第三個月的那家？

宋代表俊明

應該病人照道理來講，他在哪裡洗的，什麼時候開始洗的應該都知道，那家院所應該都知道。

醫務管理組劉林義科長

可是他是跳來跳去的…

宋代表俊明

是，但是他第一次開始洗腎在甚麼地方、連續在哪邊，一般都會知道。

鐘代表應欽

跳來跳去的機會也有，但比較少。但第一家應該知道嘛。

醫務管理組劉林義科長

所以主責院所是第一家嘛。

鐘代表應欽

第一次作業應該會知道。

醫務管理組劉林義科長

對，現在就是知道第一家。

盧代表國城

大部分會出問題的就是急性的，可能會因為是緊急透析，所以不得已接受血液透析，那假如是一個長期需要透析之後，我們會三個月…因為當我們生命現象穩定時，即便一個月、二個月、三個月之後，他可以再選擇適當的透析模式，所以現在提供給病人選擇的話，應該也不會算晚，不會說我今天在 ICU 重症、心臟衰竭，我現在緊急要幫他洗，暫時要把他救回來，這是最快最有效的方式。可是對慢性透析之後，他可能已

經洗了一個月或兩個月都不一定，所以我們 care 的是這一部分。

醫務管理組劉林義科長

現在就是說誰要對這個病人告知？

主席

我們的顧慮是說，我們對所有的被保險人都公平對待，可是今天在這個指標裡面，如果他沒有忠誠的在同一家院所三個月，其實他是會完全 missing 掉這個 data pool 裡面，我們會根本沒辦法算到他。因為你要求他一定要這個院所第一次且做了三個月的透析，我們才會課責這家院所，也就是如果今天被保險人跑了三家院所或二家院所，那他就不會被算到分母裡了，沒有被算到分母裡，我們當然就沒辦法課責到照顧他的院所，我們顧慮的是這一段。所以如果今天腎臟醫學會能夠有另一套公式讓我們對於這一群被保險人能夠有比較公平的對待，那我們是認為很樂於照您的方式來修改定義，只是你的定義裡面，我們會 missing 掉一些 case，也就是他有在洗腎，可是前三個月並沒有在同一家院所，他就沒有辦法被算到這個裡面。

羅代表永達

我另外請教幾個問題：因為我們這個是門診透析委員會，所以剛才很多專家所提的，急洗系統其實很多都在我們醫院這一段，真正進入門診透析他就已經穩定了，當然不是百分之百，有的也是在門診急洗我也知道，但是我覺得這個就是一個指標，再探討這個行為的可行性，所以剛才主席一再地強調可行性這部分，我想我們真的要幫他們想一下，除非腎臟醫學會可以提出一個可行的方式，讓他們能夠找到主責/課責是誰，我想這件事情沒有解決的話，這件事情的過程大家都是清楚的，再加上剛才很多先進所提到急洗的部分，事實上很多是在醫院那一端，真正進入門診透析的時候其實已經是少數了，所以我個人是支持署裡面的決定，以上。

主席

謝謝，還有沒有代表要表達意見的？因為原來的指標並沒有不對，可是可能對於醫師端或院所端來說，他們覺得如果病人沒有固定在我這邊，我怎麼去跟他講。只是我們的想法是說，只要他到你這裡，因為它是一個簡單的衛教，就是我們剛才看到 76 頁

那個表格，其實是不需要花很多時間，因為它有訂一個 FORMAT，就是去 CHECK 它的 LIST，每一個都去做它就不會漏掉，我們的想法是這樣。當然我們也體會腎臟醫學會是認為這樣怎麼可以怪他，我們現在不是說怪誰，而是希望我們去監測我們整體的狀況，因為如果我們把分母變小的話，其實我們可能有些個案是沒有監測到的，這對於我們整個腎臟的照護上是比較不好，所以是不是醫學會這邊可以支持按照我們原有的指標定義？好，謝謝。那其他一、二、四的部分，是不是大家也可以支持我們就按照腎臟醫學會的意見通過？

宋代表俊明

我想我們腎臟醫學會還是按照「肝癌及肝炎防治會」意見，是不是應該有一個「但書」，不然對很多家的院所，假設說它只有十個病人，一個轉陽，就是 10%，就是有少數病人的院所它做 CAPD 很辛苦，像這個就是我們上次提出來的問題，所以是不是應該限定在一定的程度？比如說它只有十個病人，是否應予考慮放寬其條件。

主席

我們資料的 72 頁有針對如果您的透析病人數，在備註二的受檢率目標值部分，那這部分事實上我們有做一點校正，看看是不是各位專家再給我們一些指正？

宋代表俊明

是不是學會對於這部分再拿回去考慮一下？因為有一些爭執拉，有一些基層的因素在。

盧代表國城

所以這部分我想的不論 PD 或 HD 的院所，人數太少的，我們下次提出建議人數。不然很少數病人的院所，它也願意做，病人數沒那麼多，可能也是一個兩個，就變成不及格，這也是不太恰當。

主席

這個因為我們有報健保會的壓力，所以我們這邊是不是請學會再審酌，可以盡快給我們你們的意見，你們針對幾人以下的可能酌予調整，就給我們一個文，是不是代表

這邊可以授權醫學會做調整？好，因為現在就是原則上指標還是改，為配合整個政府的政策，剛才代表所提到的，這間院所有照護人數較少的，怎麼去做校正考量。

盧代表國城

那我們就這禮拜之內會回復。

主席

謝謝，謝謝盧代表。那這個案子是不是就照剛才所提的這幾個點，1、2 的部分就照腎臟醫學會的，第 3 的就照我們健保署建議維持原來的指標，第 4 點也按照醫學會的建議，我們就做通過，那我們是不是進到下一案。

備註：台灣腎臟醫學會已於 106 年 11 月 17 日提供修訂意見(詳下表)

序號	原條文	修訂條文	修訂原因說明
1	血液透析照護指標項目及評分標準： 5. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率： 受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 3.5%	血液透析照護指標項目及評分標準： 5. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率： (A)病患人數在 50 人以上之院所： 受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 2.0% (B)病患人數在 50 人(含)以下之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 3.5%	參考衛福部肝癌及肝炎防治會106年第1次會議紀錄及與會代表相關意見修訂
2	血液透析照護指標項目及評分標準： 6. C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率： 受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 3.5%	血液透析照護指標項目及評分標準： 6. C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率： (A)病患人數在 50 人以上之院所： 受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 2.0% (B)病患人數在 50 人(含)以下之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 3.5%	參考衛福部肝癌及肝炎防治會106年第1次會議紀錄及與會代表相關意見修訂

討論事項第二案：修訂「107 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」案

主席

好，這邊腎臟醫學會要不要做一些補充？

盧代表國城

我想主要是對 CKD、PRE-ESRD、透析病人的營養衛教，營養師的資格符合相關來說也是重要的，那營養師全聯會剛好也有代表在這裡，那他們也表達一些他們的困境，這邊請他們說明一下。

莊秘書長世玟

謹代表理事長表達感謝之意，謝謝健保署邀請我們來開會，還有腎臟醫學會對營養師的重視。針對 PRE-ESRD 營養師資格的部份做一些說明，目前執業的營養師都持有營養師證書，相較於其他醫事職類執業人數的確比較少，營養師要負責糖尿病、減重、腎臟病、心血管疾病、重症、TPN、膳食管理等都必須各自分別取得認證，我們也很開心可以去參加 PRE-ESRD 的在職教育，可以增進營養師的專業，但取得證書的過程中必須要加入「台灣營養學會」，除了上課領有學分之外，必須繳交入會費、年會費，才可以領到這份證書，所以希望能夠比照糖尿病共同照護網的模式來進行。

主席

所以您的建議是後面「或」的那句話劃掉，不要的意思嗎？「或台灣營養學會、腎臟專科營養師證書之營養師」劃掉嗎？

莊秘書長世玟

或者將在職教育訓練回歸到全聯會來。

宋代表俊明

移到全聯會的意思是？

莊秘書長世玟

由全聯會辦理在職教育課程。

宋代表俊明

這樣子腎臟醫學會覺得可以嗎？

盧代表國城

我們想請問糖尿病共照的部分是不是全聯會來辦理的？

莊秘書長世玟

糖尿病共同照護網目前是由各縣市衛生局辦理。

宋代表俊明

營養師的課程各個學門非常廣，那全聯會那邊是不是真的腎臟醫學會或者各位代表真的放心是交給全聯會在 PRE-ESRD，因為它滿專門的，尤其是鈣、磷、蛋白質，各方面都很專門。

盧代表國城

我想腎臟醫學會協助營養師取得這些專業的資格和證照是責無旁貸的，那現在實務上要加入台灣營養學會，那就要交滿多學分費和上滿多的課，所以我想問題不是在腎臟醫學會這邊，而是台灣營養學會那邊，因為那些營養師又要加入那邊才發照，那現在只是說署裡面可以說假設他今天來參加教育訓練的課程也把它完成了，那腎臟醫學會是不是也可以發照給他，當作認證的一個基準，主要是這樣。因為假如他們要再參加營養學會那對於他們要繳交的費用和上的課程負擔變得非常沉重，以上。

主席

我這邊跟各位代表說明，大家翻到資料第 82 頁，其實目前我們針對 PRE-ESRD 的計畫上面，我們對於營養師的要求，實際上他只有具有營養師的資格就可以做衛教，也就是我們並沒有說他要通過甚麼樣的訓練，那計畫本身是這樣子在運作的。那現在是腎臟醫學會希望把條文修正成，要經過腎臟醫學會共同舉辦的認證之後，再去允許

他可以申報計畫裡面具有營養師資格的…就是這個營養師要具有這個資格才能夠在這個計畫裏面去執行營養的衛教，這裡我們健保署其實有一個意見，大家看到第八十一頁，第一個，現在我們計畫已經在運作，實際上我們並沒有辦法去掌握現在到底有多少在這計畫裡面執行的營養師具有這樣子的一個共同訓練的認證資格，這是第一個，我們也擔心說，如果我們把這個規定修了，按照腎臟醫學這樣修了，會不會有很多現在已執行計畫的院所要退場，因為它的營養師並不具有這樣的資格，那我想這樣是茲事體大；第二個，如果真的要這樣修，因為這樣又涉及營養師，因為今天很抱歉我們沒有邀請台灣營養學會，既然剛才營養師公會全聯會有提出這樣的意見，各位代表有這樣的意見，那我們是不是也要尊重這個學會的意見呢？因為很抱歉的是，腎臟醫學會是 10/31 寄出公文，我們 11/2 收到，所以我們沒有很多時間去徵詢各個專業學會的意見，是不是說這裏我們是要更審慎，這是考慮到院所的權益，還有病人的權益，我們理解腎臟醫學會是說專業的人要更專業，然後作更精確的衛教，我們也認可這個品質的確保，但是我想需要一點點的時間還有一點點討論，有一點共識。

羅代表永達

有些東西當然不能見樹不見林，當然這個是門診透析的會，而我們是醫院協會的代表，所以事實上很多醫院在執行這件事情上面是有困難的，現在營養師有很多地方(如護理之家)的需求，假如好不容易我訓練了營養師，如果大家都這樣要求的話，那他不要這樣，包括糖尿病、COPD 等其他的，都要營養師去受訓，我好不容易培養一個，當他不在、離職的時候，我所有的計畫都不能做，因為一個地區醫院或是小型的醫院裡面，你的營養師總共才幾個？每一個人都要有這樣相關的資料，這個資格是有困難，就像柯 P 所講的台灣專科或次專科太多了，那現在每一個專科都需要取得一個認證，那將來有多少人會見樹不見林，整個台灣的醫療生態會變得很奇怪。所以包括剛才主席所講的，營養師在他們的受訓當中，一個營養師的養成或考試的裡面，你可以把很多相關的東西納進去，但不應該他已經拿到這個營養師證照之後，你還要求他要額外受這些訓練，我覺得這樣對他們是不合理的，對醫院整體的管理事實上也很有困難，所以我個人是很反對這樣的修正，我建議維持原條文的敘述。

主席

好，謝謝羅代表。

宋代表俊明

我還聽不明白現在的問題在哪裡？

羅代表永達

只要是營養師就可以了。

宋代表俊明

我個人的意見，如果是就羅委員所提的意見，事實上他們畢業之後，要跨進某一領域，我還是覺得幾個小時的訓練對所謂的營養師學分壓力，其實不大。

羅代表永達

每一個課都這樣說，而且一天八個小時，然後二十個學分，他一年當中就是在繳很多很多的學費。

宋代表俊明

現在問題是，剛才我聽到的問題好像是營養師要維持資格需要很多的學分。

盧代表國城

因為這個裡面是要有「台灣營養學會」要入會才能夠拿到這個證照。

宋代表俊明

現在問題是在這邊？

盧代表國城

對。

宋代表俊明

所以問題應該是「台灣營養學會」，如果說你不要他有營養師證照，這樣不是很奇怪嗎？

盧代表國城

營養師證照是一定要有的，但是不是我們一定要強制他是營養學會的會員？現在這個是癥結點。因為他是會員以後，每年大概 150 個學分，有好多的課程要去修，拿到這個學分。

宋代表俊明

我的問題是，如果他不是台灣營養學會的會員話，他就沒有證照？

莊秘書長世玟

通過國考取得營養師證書，就是營養師。現在 PRE-ESRD 的計畫中，規範營養師要到三個學會去修課，但取得了學分，並不能拿到資格證明，必需要加入「台灣營養學會」，繳交入會費、年會費，然後每六年再重新上課再重新持證，繳交證書展延費。

宋代表俊明

但問題是，目前所有的醫師、護理師也都一樣，都必須要加入公會。

莊秘書長世玟

我們並不是不要在職教育訓練，也很肯定在職教育，其實營養師們也很愛上課，但我們並不是高薪的職類，這樣設定對我們的負擔很大，我們也沒有任何的支援。

宋代表俊明

我覺得這樣的問題不該由腎臟醫學會來提出這個問題，而是你們營養師公會要去考量及制定其規則。

莊秘書長世玟

如果健保署這樣規定，營養師為了參加計畫，勢必一定要取得這張證書，才可以衛教 CKD 的病人，但是具有營養師證書的營養師就能衛教病人。

宋代表俊明

就像醫師證書一樣，譬如說他拿到一個專科醫師證書之類的，他還是要繼續去上課。

莊秘書長世玟

我們可以接受在職教育這件事情，但是不能強迫我們去參加「台灣營養學會」。

洪代表冠予

近來我參與做台灣醫界人力的評估，我要發表比較中立的話，「營養證書是國家證書，是吧？」

主席

是。

洪代表冠予

國家證書沒有學會或個人可以去限制它，我想這是基本原則。因此，我的總結建議是：具有考試院證書的營養師，就應該可以執行 CKD 的營養衛教。第二、健保署這邊也要改正，這個叫做專科營養師證書，專科營養師證書的位階有這麼大嗎？我想請教的是健保署沒有授權給任何學會擁有這個權利，基本上腎臟醫學會也好、公會也好，都不能去限制國家證書的權益。健保署授權給誰，等於你特許給它，這件事情本身就是不對的。健保署也沒有這個權利。所以我覺得這件事情，營養師證書它是國家的考試，營養師證書就可以去做這件事情，我們可以說他去接受繼續教育或等等，或診所要不要聘他，假如我今天一家醫院要不要去聘一位營養師，有的她(他)上了很多課，有的完全沒經驗，那我為了我的病人會怎麼選擇，醫院或診所自行取決。這個事情我的建議：第一、「不要修正」，如果要修正，原始條文裡面甚至寫上一個說，公會代表剛才說的要上某一個學會的腎臟專科營養師證書，那就錯了。因為我們不能授權給某一個學會擁有無上的權利，這是不應該的。所以我的提案，基本上就是要回歸國家考試的資格，不管是署裡面，基本上都沒有權力去推翻考選部的那個證書資格，我想應該是要回到最基本的，希望各學會聘有領有執照資格的營養師來做這件事，頂多就是要求這樣子。事實上這些有都是過程面，你也沒有辦法說你上了課 100 多小時的營養師比上課 10 小時的營養師就比較會把病人教好，我想這是不需要的，簡單的方法來做管理就好。我做上述的建議。

主席

謝謝洪代表，他是附議羅代表的意見，只要按照原本的條文就可以。

洪代表冠予

等一下，我要確認原本的條文沒有這一句話：「某個學會的腎臟專科營養師證書」我們現在的錯就是好像讓一個學會好像擁有某個東西，這個學會發了這個證書才能做這件事情，這件事情本來就不對嘛。因為這個學會發的證書不是國家證書，所以現在才會出現說每個學會都來發，或者只要你來上我的課，我也可以發，為什麼大家都高興？因為我們發的證書就變成都可以，但事實上這是不對的，沒有一個學會可以凌駕在國家考試之上，這個原則我堅持還是要考量進來。

主席

謝謝洪代表的建議，我們現在健保署的規定就在 82 頁裡面最左邊，修訂條文的原條文，原條文事實上就是以國家考試領有營養師證書的，就可以做 PRE-ESRD 的衛教。

洪代表冠予

在哪裡？，82 頁沒有「國家考試」這幾個字耶。

主席

不是啦，就是「營養師」。

洪代表冠予

對，「營養師」得依相關法規規定，那甚麼叫做相關法規規定？

主席

我們是在講支援報備的事情。

羅代表永達

營養師三個字而已。

主席

就只有營養師。

洪代表冠予

對，因為國家考試就是國家考試。

主席

好，那這樣子聽起來大家都希望維持原條文，這樣是不是對於腎臟醫學會提的意見我們是不是在緩議一下？就是大家還是有一個疑慮。

洪代表冠予

基本上你沒有權利去推翻國家考試，不管哪個學會，這個你不能做這樣的決議，如果要這樣可能要考量一下。

主席

好，我們就是不同意。

洪代表冠予

因為畢竟是國家證照。

顏代表大翔

我講我的經驗，我們最近找一個營養師，後來發現他沒辦法做 PRE-ESRD 的衛教，他做了三個月，在南部我給他薪水四萬五，應該算不錯了，但是他待不住，所以我覺得受訓應該是應該要求，只是這個條文腎臟醫學會可以再想一想，那我不太了解台灣營養學會是甚麼樣的架構，跟全聯會是不是有重複甚麼的，這是他們茶壺裡面的風暴。我的意思是說，其實應該要受訓，因為是滿專業的，我診所的營養師想到要來上班就睡不著，我的門診會有 PRE-ESRD 衛教他睡不著，所以我覺得養成一個專業的營養師是很重要的，只是如果把這個條文「台灣營養學會」改成「營養師公會全國聯合會」你會反對嗎？是不是就可以了？

莊秘書長世玟

我們是領有證照的營養師，我贊同腎臟專科營養師證書，也贊成要在職教育訓練，這部分不知道大家能不能給我們什麼建議？

宋代表俊明

所以這個不是你今天應該在這邊談的問題嘛，因為依照你提出來的，營養師學會營養師這邊有一個很大的問題是，你們的某一個學會要求你們過多的繼續教育、交過多的錢，所以應該是在你們那邊處理，而不是今天在這邊討論。

洪代表冠予

我還是想確認一件事情，為什麼過去營養師學會頒發的證書大家就把它當一回事呢？如果法規上，這不是一回事，那每一家醫院的腎臟科也沒有這項規定，他照發沒有問題，但當沒有人當他一回事時，他就不重要啦。現在是有人把它當一回事嘛，因為這個就只是一個參考而已，不是一個法或規定。現在想確定的是，它的法源或給它特許的理由在哪裡，講白如果是這樣的話，那大家應該來共同討論的是，我們應該要變成說哪一個學會上課上的最好，如果今天腎臟醫學會也上課、營養學會、腎臟護理學會也上課的話，結果我們發現護理學會上的課最好，那我們應該要有某一個人授權給它。或者如果上課 20 個小時，但對不起我們腎臟醫學會要上 50 個小時，假設是這樣，那就是要就事論事。現在是它自己訂了一個這樣的證書，然後就把它當一回事，我相信這樣不對的。但是要探討的是，那「到底這個需要某學會證書才可以的規定，它當初它是怎麼出來的？誰授權的？」，如果基本上根本沒有這件事，那它對於會員說因為你有這個才能去做這個，而國家事實上沒有給這個組織權力，這就是欺騙囉？，那署裡面也知道的話，就要有人去檢舉這件事情。社會上沒有民間機構可以推翻國家證照的事情，我要堅持的就是這個！請可以告訴我誰給它這個權力的？，「台灣營養學會」他有這個證書被特許的權嗎？

莊世玟秘書長

抱歉，討論的事情，我其實沒有參與到，但我們就是領有營養師證照的營養師，所以這部分不知道大家能不能給我們甚什麼建議。

洪代表冠予

所以我倒是覺得這件事情我們應該為年輕人的未來定位，就像妳剛剛講的，會員的權益被設限，這是妳公會的職責，妳要去協助會員，去弄清楚這件事情，這是妳應該做的。就像我再舉個例子，有很多人在做各種電腦 excel、word 什麼的檔案的這種資格證書啊！那他能不能頒一個證書說以後全部的人都要上我這個才能做這件事，你就知道不可能嘛！再說，有沒有人說依憑學會的某一種什麼品管的高階營養師才能夠去擔任這個職位啊，也沒有啊！所以這個師、這個專科不是一個人訂出來的，所以我真的建議說，在這裡不用討論，你不可能推翻國家法令！所以不用去改他。

主席

好，那我們這個案子就按照各位代表的共識，就是不予同意，那我們就進到下一案。

討論事項第三案：107 年「門診透析服務保障項目」案

主席

那個業務單位有沒有要補充？

醫務管理組劉科長林義

業務單位這邊補充一下，其實門診透析在 104 年以前藥事服務費其實是保障的，固定點值，那是因為健保會的決議，所以其實在各總額部門在 104 年第一次會議的時候就有提會討論，討論結果是透析跟中醫總額部門的藥事服務費就改為浮動，可是醫院總額部門還是固定的，就變成其實每個總額部門對藥事服務費是否保障，都做成不同決議，這是第一點；第二個是因為立法院的委員，他在審本署預算時提案，建議藥事服務費要給予保障，其實當初我們在估算的時候，藥事服務費一年才 400 萬，所以你乘以上保障點值一年只有 60、70 萬，所以當初就是因為這 60、70 萬才同意讓他取消，現在是因為各總額部門還是不一致，所以我們建議還是回歸到保障點值的部分，以上說明。

主席

好，請廖代表。

廖代表秋燭

我的建議就是要回歸到保障 1 點 1 塊錢，因為洗腎總額其實是從基層跟醫院總額裡面再把他拉出來，並不是說他獨立成一個總額，其實他就歸屬在這兩塊裡面，那既然那兩個總額裡面的藥服費都是 1 點 1 塊錢，到洗腎這邊把他拉出來卻變成浮動點值，我不懂，所謂藥服費的給付，他給付的本質是什麼？那總不能說你在洗腎這邊藥師藥的價值就低於基層跟醫院總額裡面的價值，覺得這個真的不是太公平啦！所以我建議還是要回歸到 1 點 1 塊錢。

主席

謝謝廖代表的意見，我們剛剛有解釋，一年大概 60 萬，所以其實真的不多，可是我覺得是感受的問題，就是同樣一個項目，在不同的總額，那當然我們也不能說強迫

大家都要一樣接受，可是我想就是跟大家說明一下，羅代表。

羅代表永達

主席，替醫師說句話，為什麼藥事服務費是固定一元？那為什麼醫師診察費不固定？給我一個理由啊！對不對？所以這不是錢多少的問題啦！最初代表說醫師的價格不如藥師，那我們為什麼要保障？尤其是每次每個專業團體去到立法院把那個決議丟下來給我們的時候，我們覺得就承擔莫名其妙的壓力，這是我們很 concern 的，錢不是很多，每一次在重新檢討的時候，去年也是同一個問題，就是說為什麼醫院總額或者是基層總額裡面的保障項目，很簡單，我們是醫師，那為什麼我們診察費就不能 1 點 1 塊錢？為什麼藥師就 1 點 1 塊錢？始終沒有給我們一個理由，然後要我們去同意這件事情。

主席

謝謝羅代表，請李代表。

李代表永振

我同意羅代表講的，不是錢的問題，若真是錢的問題，沒有上千萬，我們都不講話，因為跟政府要 30 幾億都要不回來了！這是點值問題，送到健保會一定又會討論。去年立委也曾經關心汽機車強制險的議題，就引發健保會委員熱烈討論！健保應屬社會保險，是有對價關係的，投保單位與被保險對象都須負擔保費的繳納，與社會福利不同！若有立委關心健保問題，健保署應設法向其說明清楚！本案討論內容應探討以前取消的理由是什麼？那些理由如果已不存在，再考慮恢復較適當！能夠充分考慮後再提健保會，比較容易被接受！

主席

謝謝李代表，請鄭代表。

鄭代表集鴻

這個問題我們每年都在討論，那大家其實在座大多數代表都反對再保障，那是不是還是照健保會的決議為回歸支付標準，那如果支付標準不合理，就調整支付標準，

不要再保障這個第一點，我是指第一點腹膜透析的追蹤處理費，那偏遠地區我們就維持，不然每年都在討論這個議題。

主席

好，謝謝鄭代表，有沒有還有其他代表對這個議題？請宋代表。

宋代表俊明

透析這個部分的提議，上次會議就已經討論好幾次了，這個問題好不容易沉澱下來，現在又要討論，就上次已經決定了，這次，我覺得腹膜透析這個部分可以先不要動，因為我們討論好久了。

主席

我也可以體諒剛剛羅代表講說為什麼藥服費可以 1 點 1 塊錢，然後醫師診察費沒有，我們會把您的意見寫下來，就是我們會研修，那醫院總額的時候請各位代表拭目以待！因為其實劉委員他不是只有提藥服費，他當然是所有醫事人員的費用，他都覺得應該要，只是那個部分，礙於我們現在支付標準的部分其實是有一點小包裹，他的項目沒有辦法拆出各醫事人員的人力的錢，所以可能如果你要談保障點值這塊，就是概念上在醫院分的出來，可是我們支付上沒辦法拆出多少是付到人事的費用，所以這個部份我想如果可以很明確定義，像藥事服務費或醫師診察費或護理費這個很清楚在支付標準內定義清楚的，我們會朝這個方向來討論，不過剛剛李永振李代表也提到，在健保會的權責上，他們比較傾向是要去調支付標準，而不是要用保障點值，所以可能這個議題還是會有一點攻防，可是我想我們在我們這個研商議事會議裡面，我們還是可以去凝聚我們代表們的共識，大家覺得這個部分要怎麼去處理呢？那有沒有其他代表對這個案子上面？請羅代表。

羅代表永達

腹膜透析的追蹤處理費，因為上次已經做過一圈了，我想就不要再走一圈了，因為上次我們本來的期許就是向我們健保會所提出來，把它算出來成本、費用，但是點數可以調整，可是經過腎臟醫學會把他算出來以後，發現維持現在的點值跟那個其實是差不多的，所以這個是我們上次大家的決議，所以在座沒有人反對，我本來想說就

這樣過了，這樣子，只是說對藥事服務費這個保障點值有意見，但是我覺得其他的部分沒什麼，可以照原來的方式定論，以上。

宋代表俊明

我覺得主席剛剛提的，只是把羅委員的記錄下來，如果羅委員的意見大家都同意的話，如果說委員都同意，這樣子的話不是紀錄下來，是送會。

主席

現在是這樣，保障點值這個項目本來就是在健保會的權責，那只是健保會授權健保署在我們這個研商議事會議這個平台，先有一個共識，所以我們這個討論出來的結果，還要報到健保會，所以剛剛您旁邊那個李代表就是健保會的委員，他就有代表說，如果到健保會來開完會，還是會有不同的意見，那現在我的意思是說在我們這個研商議事會議，因為我們是被授權，那我們可以去凝聚我們的共識提出我們的建議這樣子。

因為現在藥服費這裡，就是我們今天保障項目的 2 的 1 是傾向同意嘛！那現在唯一有爭議是劉建國委員所提的這個藥事服務費的部分，大家覺得有商榷的餘地，那所以這邊是不是再聽聽其他沒有發言的代表的意見？因為剛剛廖代表是贊成嘛，那羅代表是說為什麼醫師診察費沒有保障，可是你並沒有說你沒有贊成。

羅代表永達

我不贊成。

主席

你意思是說你要以後他才可以有，這樣是不是？

羅代表永達

這個是公平原則，因為剛剛所提到的就是說為什麼醫院跟基層總額他們不願意，其實當時那個會議，當時也是基於這個原則，因為大家一視同仁嘛！我們現在有很多的包括護理費，護理的那個他也沒有 1 點 1 塊錢啊！那為什麼就藥師一定要 1 點 1 塊錢？那藥費的這個部分法有規定，沒辦法改，藥事服務費從來沒有入過法，沒有入過法的東西為什麼他一定要特別挖出來一定要 1 點 1 塊錢，當時的理由是這樣子。

主席

我們同仁說我們副署長還回不來，所以可能我要繼續代理，是不是再聽聽其他代表的意見，現在看起來是有支持有反對。

宋代表俊明

剛剛有人支持嗎？

主席

有啊，廖代表，廖秋鐳廖代表。

洪代表冠予

可以建議一件事情嗎？建議請我們紀錄與會代表的意見，然後送健保會討論。意見彙整時，比如假設有 A 贊成，那贊成的依據理由要明確；若是反對，理由論述也要寫明確；我們不能自己提出來的理由都模模糊糊的，所以不見得是說，也不是說幾票、誰多誰少，因為大家都有一樣的權利嘛，即使一個人發言也尊重他。重點在那個理由，我們現在還沒有去討論。我們把理由寫明確 1、2、3、4、5，未來你送到健保會去看的時候，大家就能夠釐清，我覺得如果我們稱自己是專家，那我們提出去的東西(這個理由)的正反方的依據論述要很清楚。如果我們自己的論述都是寫一個好像、似乎怎麼樣、可能性，那我們自己都沒辦法寫，那我們這個結論就不能去論定嘛！所以如果能夠有一個比較明確的結論會不會比較好？

主席

以前我們這個研商議事會議都是共識決啦！我們沒有在投票表決的，那確實我們也理解，就是說每一個代表跟代表們大家對於這個議題都有不同的看法，那現在就是說是不是我還是開放再給幾位剛剛都沒有發言的代表，表達個人對這個議題的意見，然後我們再把他收錄起來。

洪代表冠予

不好意思，我對這個真的沒有那麼了解，但是如果我們講反對，反對的理由要講的更明確，寫紀錄的人就可以把他寫好，這種 critical 的問題，依序就是把他弄清楚，

大家這樣確定以後，再送出去。我想這樣的討論比較能夠代表所有的專家意見，不論是支持或反對。

主席

來，代表。

顏代表大翔

我想是這樣啦！那個這個應該是指腹膜透析的調劑費吧？

主席

不是，是全部的藥事服務費。

顏代表大翔

與洗腎相關的嗎？。

主席

對。

顏代表大翔

因為與洗腎相關在血液透析裡面沒有藥事服務費支付，所以我想應該是指腹膜透析吧！那問題就是說如果剛剛提到的說，應該都一樣保障 1 點 1 塊錢的話，但是知道嗎？在診所有聘藥師，藥師的服務費跟釋出到藥局的服務費不一樣，所以沒有說一定要一致，既然我們以前就是說不更動原有規定，應該不需要改，謝謝，以上。

主席

所以是聽起來是大部分的代表就不贊成，那我剛剛沒有講得很清楚，確實這個藥事服務費大部分都是腹膜透析，就是都是做腹膜透析調劑上面的，就是會產生藥事服務費，好，那我們是不是就先用反對的意見？就是說在這個部分希望還是按照原來健保會的決議，還是用浮動點值這樣。

羅代表永達

洪代表所提到的，其實我們每次都是要更改的時候才提，如果沒有共識就不改，這是我們以前開會的一個原則，所以如果大家都沒有共識的話，理論上就是按照他原來的樣子，這個歷年來都是這樣的一個過程。

主席

謝謝你提醒我，那就是我們的決議就是依照原來 106 年的保障項目予以保障，這樣可以嗎？這是 107 年比照 106 年。

李代表妮真

門診透析的費用，不論是基層或者是醫院，兩邊都是從總額切出來的，但是從醫院總額或是從基層總額來看，藥費跟藥事服務費，在這兩塊總額裡面都是保障項目，不知道為什麼切出來的反而沒保障。

醫務管理組劉科長林義

現在對藥事服務費，其實醫院是有保障的，而基層是沒有，現在是這樣，不過因為立法院有這個案子，所以我們每一個總額部門我們都會提案，就是看各總額部門的意願，現況是醫院有保障，基層沒有。

主席

李代表理解嗎？理解了喔，謝謝，那我們是不是今天的議題到這邊，那有沒有臨時動議？我們這邊是這樣，因為我們今天補充資料有一個新知分享，是剛剛後面已經有一位大師，就是前理事長，就是黃秋錦黃副院長，他要來跟大家分享那個居家血液透析的報告，那不好意思，因為我們副署長也要聽，結果他還趕不回來，您要本次報告還是下次？

黃秋錦(台灣腎臟醫學會)

本次報告，再跟副署長約時間報告。

主席

請您給我們分享一下居家血液透析。

新知分享：居家血液透析

主席

謝謝黃副院長的演講，那不曉得各位代表有沒有要提問的？我想，我能不能問一個比較世俗的問題？那個成本一個月這樣子的運作一個病人要多少錢？

黃秋錦(台灣腎臟醫學會)

我知道你們都會關心這個議題，我講國外的做法給大家參考，像美國是跟日本是最慷慨的，他們一個禮拜可以洗 5 到 7 天。澳洲是定額給付，每一個病人一年給付院所 5 萬 5 千澳幣，每週 3-7 次都可以，因為他想鼓勵大家多做居家血液透析，因為可以延長病人壽命促進生活品質並減少透析護理人力長期不足的問題等等。那香港呢，香港跟我們是比較接近的，香港醫管局規定居家血液透析最多每月可以申報 15 次，目前台灣健保署規定每月在院血液透析最多只可以申報 13 次，但香港居家血液透析最多是可以申報 15 次。那香港居家血液透析費用給付和在院血液透析是一樣的，沒有改變。

主席

盧代表。

盧代表國城

因為我們黃院長也是我們前理事長，因為做居家血液透析這個治療在大部分先進國家是大部分是有的，我想在台灣假如說能有一部份的病人能考慮接受這樣子的治療，那應該會讓我們的醫療水準會更向上提升，所以我們也是請求健保署，看是不是可以讓它能夠成立通過，謝謝。

黃秋錦(台灣腎臟醫學會)

跟主席報告，健保署還會多支出一筆費用，就是我們在訓練病人的時候都要一對一的訓練，所以，大概 8 到 12 次的訓練需要給付一筆教育訓練費用。

本來一台儀器，我們放在院所使用，可以治療 4-6 個病人，但是搬到病人家的時候，只供一個人使用，所以這個也是會有一個費用產生出來。

主席

我想會後再跟副院長這邊密切聯繫，我們再來研議，因為 107 年總額在這塊，我們有一定的成長額度，可能要做一點試算，我們再跟我們長官報告一下，再蒐集一些資料，再做一點評估，謝謝，好，那我們今天是不是會議就到這邊結束？那謝謝各位代表，謝謝。