

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

107 年第 4 次會議紀錄

時間：107 年 11 月 14 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：蔡副署長淑鈴

紀錄：黃曼青

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	請假	李代表妮真	陳文琴 ^(代)
李代表永振	李永振	李代表純馥	李純馥
林代表石化	請假	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	周雯雯 ^(代)	張代表晏晏	張晏晏
郭代表錦玉	郭錦玉	郭代表咏臻	郭咏臻
曾代表志龍	曾志龍	楊代表五常	楊五常
廖代表秋鐳	廖秋鐳	蔡代表宗昌	蔡宗昌
鄭代表集鴻	鄭集鴻	盧代表國城	盧國城
謝代表武吉	謝武吉	顏代表大翔	顏大翔
羅代表永達	羅永達		

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	陳燕玲、廖尹嫻
台灣醫院協會	林佩菽、吳洵伶、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕
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	陳淑子

台灣營養學會
本署醫務管理組

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署資訊組

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

陳淑子
劉玉娟、劉林義、洪于淇、
林右鈞、楊瑜真、劉立麗、
鄭智仁、黃曼青、邵子川、
鄭正義
曾玫富、張如薰、詹淑存、
潘尹婷
江禹霆
李冠毅
黃于珊
陳祝美、林耿揚
張凱瑛
傅明貞
黃郁莉
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：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

一、洽悉。

二、追蹤事項序號4，有關80歲以上且無意識之患者適當透析處置案，將轉至國家衛生研究院政策論壇相關議題討論。另降血壓藥品含NDMA對於腎臟之影響，請醫審及藥材組函衛生福利部食品藥物管理署表示意見，本案繼續列管。

三、追蹤事項序號5-精準審查抽審指標篩選「腎功能異常使用NSAID

藥量者」一案，請醫審及藥材組再與台灣腎臟醫學會確認定義後，於下次會議提供各層級分析結果，本案繼續列管。

四、其餘追蹤事項解除列管。

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：107年第2季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認107年第2季點值如下表，會議確認後辦理點值公布、結算事宜。

季別	浮動點值	平均點值
107Q2	0.84641094	0.85767661

二、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

三、有關建議放寬活體腎臟移植親屬之限制，將轉衛生福利部醫事司參列。

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：108年研商議事會議之會議召開事宜。

決定：洽悉。

第六案

案由：報告研議修訂「全民健康保險醫院及西醫基層醫療費用內科審查注意事項」規範之「尿毒症相關治療及檢查」案。

決定：

- 一、同意本署意見，於審查注意事項明訂「因癌症或其他外傷出血所需之輸血不含在血液透析費用內」，本署後續將依程序辦理修訂事宜；另「尿毒症相關治療及檢驗」及「診察費」部分不訂定。
- 二、病人病情是否屬血液透析費用所包括尿毒症相關治療及檢查應由專業認定，另本署將函請總額受託單位重申，若經專業認定核刪之案件應詳述核刪理由。

肆、討論事項

第一案

案由：108年「門診透析服務保障項目」討論案。

決議：108保障項目決議維持原107年項目：

- 一、腹膜透析之追蹤處置費採每點1元支付。
- 二、偏遠地區之門診透析服務保障每點1元支付，前述所稱偏遠地區指下列地區：
 - (1) 山地離島地區。
 - (2) 當年公告「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。
 - (3) 當年公告「全民健康保險西醫醫療源不足地區改善方案」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)。

第二案

案由：108年門診透析總額四季預算重分配案。

決議：四季重分配改依加總近3年(104年-106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。

第三案

案由：108年「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」修訂案。

決議：

- 一、有關新增行動支付獎勵指標一事未獲共識，為提升民眾生活便利性及配合國家政策，請中華民國醫師公會全國聯合會再研議。
- 二、為配合全民健康保險會要求，提前本計畫核發作業時程，同意將申報點數之截取時間點提前至次年1月底。
- 三、本案報請衛生福利部核定後公告。

第四案

案由：108年度「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。

決議：

- 一、同意營養師須領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明；或台灣營養學會腎臟專科營養師證書之營養師，並自108年起新加入方案院所均需符合上述營養師資格規定；另已加入方案院所，給予半年緩衝期，自108年7月1日起未符合資格者不得參加本方案。
- 二、有關照護團隊應接受移植相關課程部分，請先洽相關學會提供細節，再行研議於計畫敘明規定之訓練時數及課程內容。
- 三、衛教內容新增腎臟移植，應充分揭露如活腎捐贈之手術方式、恢復時間及術後可能副作用等相關訊息，接受衛教對象應包含病患親屬，以提供充分資訊。

伍、與會人員發言摘要詳如附件。

陸、散會：下午 5 時 30 分。

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議

107 年第 4 次會議與會發言重點實錄

壹、確認本會前次會議紀錄

主席 蔡副署長淑鈴

如果前次會議紀錄沒有問題就確認，接下來報告事項第一案。

貳、報告事項

報告事項第一案：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

主席 蔡副署長淑鈴

有關第五案，醫審及藥材組請補充。

醫審及藥材組 張科長如薰

關於第五案的部分上次會議有提到，針對相關定義釐清之後，再提供相關資料給學會作為輔導依據，前次會議會後我們有跟秘書長、學會這邊有做過聯繫，但是我們是行政單位，需要比較具體的文字敘述，但是一直還沒接到比較具體的回覆，我們就想說先用原來的定義，提供給學會，先做初步的參考，讓學會也順便再完整地檢視相關的情形，可以做為如果要修訂定義或者是後續名單的調整，都可以再給我們一些建議，我們再跟著做調整，以後提供給大家參考。

主席 蔡副署長淑鈴

這部分一共有五項，前四項解除列管，最後一項繼續列管，大家有沒有意見？

謝代表武吉

非常感謝腎臟醫學會在第四案提供了很多內容，剛第三案降血壓藥品含 NDMA 造成的影響，依據美國 FDA 的訊息，病患服用藥物並不致於影響腎臟的損傷風險。那請問一下，台灣沒有 TFDA 嗎？為什麼不用台灣 TFDA 的資訊，這樣對我們老百姓才更有公信力，第四案如果是這樣的回答，我是不能夠接受。

台灣腎臟醫學會 陳主任金順

主席，針對第五案做個回復，因為醫審剛剛有補充一些辦理情況，上次我有代表理事長來開會，會議結束以後，依照主席指示，大概有兩個案子我們就儘速來把它完

成，那這一案之前承辦人員都有跟我做一些溝通，當時在電話裡面我就有跟他提醒一些我個人相關的意見來做回復，我要在這邊再說明一次，第一個在 ATC code 的話，這四碼應該要重新考量，就我自己對藥物的瞭解，這四碼上面代表的意義跟後面六碼代表的意義會是不一樣，那抓到的藥物也會不一樣，就我的經驗來講，四碼有可能連維骨力都被抓到。第二個就是針對 ICD10 碼，當時電話中我的回饋是應該要把洗腎、非洗腎分開，因為有些碼是洗腎相關的，有些常規性、規則性透析的話，在使用這些藥物用量上面，也許有些人是可能常去使用的，應該是比較針對還沒有透析的病人，尤其是比較早期 CKD 的病人使用去作分析，以上報告，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

對於剛剛謝代表所提的問題，腎臟醫學會要回應嗎？針對第四項降血壓藥物的部分，麻煩理事長。

盧代表國城

目前全世界資訊最多的還是美國 FDA，那台灣部分我們再確認。（因為國內並無相關研究，TFDA 也沒有資料，所以參考美國 FDA 資訊）

另外針對第五案，謝謝署裡面整理這些資料，但除了這些 ACD 跟 ICD 這兩個 coding 要考慮以外，另一個要考慮的是，到底他的診斷是什麼？因為事實上我們知道尤其在整合醫療的時候，即便在 CKD 的病人，假設病人有些風濕免疫或免疫性的疾病，有的時候整合在我們這一科，有時候要教病人謹慎小心地使用，並不是說你教他開這個，就是不能開的，應該看他到底是什麼診斷，假設到非要用不可的時候，是不是用比較安全，劑量是不是有做調整，所以並不是說用了就是要去輔導，只要他是對的，那我們要怎麼樣去輔導，所以應該是要把定義稍微清楚一點，以上。

李代表永振

有關於第四案腎臟醫學會的意見，其中第 11 頁腎臟醫學會意見的括弧阿拉伯數字二第三行的眼瞼外”商”的”商”是什麼意思？因為學數學的商，就是兩個相除的結果，眼瞼怎麼會有商。

主席 蔡副署長淑鈴

我想這可能是錯字，請腎臟醫學會等一下回應。

羅代表永達

我想請問上次開會是希望能夠統計 RCW 病人或者是洗腎病人，假設意識不清醒的情況要不要洗腎，我不太懂腎臟醫學會的意思是將來全部用 Coma scale，還是有另外

功能性的評估，不曉得後來署的決定是什麼，是採用以後多填一個表格或一個欄位去寫 Coma scale，還是說用功能性評估，最後的結論是什麼？

張代表孟源

序號 5 的部分，上次提到說關於 NSAID 的使用超過 3 個月還有超過 1 個月，不知道這次會不會有更詳盡的統計資料給所有委員參考。

主席 蔡副署長淑鈴

大家還有沒有意見？如果沒有意見，請腎臟醫學會先針對第 4 點的部分，還有後面來文中，李委員講的“眼瞼外”商”這個部分有沒有要回應？是寫錯嗎？

台灣腎臟醫學會 陳主任金順

謝謝委員的提問，我想“眼瞼外”商”應該是錯打，應該是傷害的傷，後續會做修正，另外，我們經過學會專家的討論，並經過理監事報告之後，因為無意識狀態，目前還是屬於專業人員認定，並不是腎臟科就可以做相關的認定，所以後續這個認定我們認為還是需要專家，包括神經內科、神經外科這些專家一起來作認定，甚至需要更多政府單位介入，不然純粹由腎臟科來幫病人認定無意識狀態的話，這樣對家屬或對病人來講，不是那麼公平的。

主席 蔡副署長淑鈴

學會的回應是第一大項的 1、2、3 點，國字二的部分是本署意見，國衛院現在有個討論無效醫療的論壇，本署預計將這項議題移到國衛院的論壇，再做進一步討論。

羅代表永達

因為上次會議大家有討論什麼叫無效醫療，強調無意識就是個很重要的指標，但是目前無意識這三個字沒辦法定義，主席的意思是要等到那個論壇討論完之後再來討論，對不對？

主席 蔡副署長淑鈴

因為國衛院的論壇是衛福部指定要他們研究的，本署將這個題目移交國衛院，尋求共識之後，再看看後續要怎麼處理，或者是否需要訂定其他規定。

羅代表永達

這樣本項解除列管？

主席 蔡副署長淑鈴

對，暫時解除列管，未來若國衛院有新進度再追蹤。

羅代表永達

這樣應該不是解除列管，不然以後這件事情就不會有人提了。

李代表永振

上次會議討論這個議題這麼久，結果還是虛晃一下，又沒有了！既然羅代表、主席又提到，我覺得健保署應該要有一個比較具體的東西出來才是對的。上個月會議審查的會前會曾經提到這個問題。要怎麼收支平衡？支出面有一部份就是醫療資源如何有效利用，這邊剛好是其中的一小部份。我不曉得移到國衛院去的話，是何年何月以後的事情。在座代表還有剩下一半嗎？

無效醫療是很重要的議題，但是搞了半天、研究了半天還是沒有結論。這是有關人權的問題，這個帽子很大，但既然這個帽子是已經到國家級、政府級的問題，那健保署這邊可能要更辛苦一點，我看腎臟醫學會大概也無能為力吧！我不是看輕你們，是回答讓我感覺是這樣。這項一定不能解除追蹤，既使列入追蹤還不一定會有結果，我沒有很高的期待，但是要延就繼續延，謝謝！

謝代表武吉

兩位委員都講過無效醫療這件事情，我就不再著墨了！剛才我提的 NDMA 這些高血壓藥品，如果是原開發廠商，也要經過台灣的 TFDA 許可，才能夠拿到許可證。如果是屬於三級藥品，或是過專利期的藥品，也要經過 TFDA 的許可，販售也一樣。不能說這是外國的訊息造成怎麼樣，我們要有本國 TFDA 給我們很明確的回答，到底會造成什麼樣的影響，能夠公開於老百姓才是真正的成品，真正的有效照顧老百姓，這是我堅持不能解除列管的原因。

主席 蔡副署長淑鈴

第四項看樣子就不要解除列管，繼續列管，包括移給國衛院以後還要繼續追蹤，以及降血壓藥品含 NDMA 是不是會對腎臟造成影響，再請 TFDA 表示意見。有關第五點也是繼續列管，剛剛陳主任提到有些碼或者是疾病部分，希望分成洗腎、非洗腎的病人，這部分雖然原來定義有提供名單給學會這邊去輔導，但是現在如果改變定義，會後就麻煩醫審及藥材組再跟專家們確認定義，再重新分析口服藥物大於 31 天以上的案件。至於理事長講這些是不是該給，或者是必要給，或者不應該給，這涉及專業本署無法判定，是不是容許把這些案件挑出來以後，麻煩學會幫忙過濾？因為這些都是鎖定腎臟科醫師，我們希望協會可以協助輔導會員不要再給病人這類藥物，理事長覺得可以嗎？好，那這項就繼續列管。這邊列有 409 位醫師，經過定義修改，

也許就沒有這麼多，這個報告案就到這裡，好嗎？

謝代表武吉

這件事情不解除列管，建議進一步了解、分析 409 位醫師，是診所醫師？還是醫院醫師？

主席 蔡副署長淑鈴

下次會議再提供進一步分析結果，並且於追縱辦理情形會再說明。

報告事項第二案：門診透析預算執行概況報告。

謝代表武吉

我沒有透析病床不是很清楚，但我覺得很奇怪，供給面的 107 年第三季門診透析病床的增加數。醫學中心沒有增加，區域醫院增加 100 多床，地區醫院也增加，而基層診所卻增加很多。請問增加的原因是什麼？

第二點，不論層級，有些醫院的病床數超過 200 床，有的保持在 200 床之間，請問健保署及衛福部醫事司有什麼管控機制？應該要對病床有所管理，不該又增加，否則門診下降 2%及分級醫療制度，就無法落實。

人數好像也沒有明顯的下降，希望能夠更深入了解。

台灣腎臟醫學會 林元灝醫師

每年病人數成長率就是 2.9%-3.1%，既然病人數成長，當然就會需要床位。不論是透析醫療院所數增加，還是床數增加。但有沒有新的院所數成長會看健保給付有多少。因為有的地方比較偏遠，可能未必會能夠有家數成長，但是既有院所裡如果有空間的話，還是可以增加床位來容納這些多出來的病人。

醫務管理組 李組長純馥

表格上確實是在基層床數增加的比較多，分別是在臺北、中區、高屏，我們再回頭請分區釐清是否因為院所擴床或是因為家數增加，我想很難直接看出原因，可能還是要再進一步分析。

鄭代表集鴻

剛剛謝院長提到床數管控的事情，好像去年有一季，醫學中心的擴床率增加到 7%，那個時候我們就有提出來說，似乎是不太合理，特別是慢性的治療，不應該集中到醫學中心去。就目前的法規面來講，診所是有限定，每家最多只能 45 床，但是對醫院來講，限制就比較鬆，目前是透析床加呼吸床，不能超過一般病床，意思是說，

一家醫學中心可能有 1000 床或 2000 床，洗腎床其實幾乎就是無限制擴充，所以才會有長庚一、兩百床這種大型的洗腎中心。剛剛謝院長提到分級醫療裡面減 2% 的部分，建議應該要把血液透析納入，因為這是慢性穩定的治療，集中到醫學中心確實對資源是比較浪費的一個現象。

謝代表武吉

非常謝謝血液透析的鄭集鴻醫師及前輩講這些話，過去有人還因為我沒透析病床所以不准我擔任門診透析研商議事會議代表，但我們會員很多有透析病床!!

昨天我才下飛機，今天就上台北出席會議，說沒打拼也算有認真吧!!

我所強調的是，大型醫院是看急嚴重症、教學研究，應該把這些透析病患轉診到外面去，落實分級醫療、轉診制度。所以，我剛才講要對大型醫院做管控，包括健保署與醫事司的管控方式是不是要共同來好好管理，才不會讓整個醫療結構面難以導正。所以，分級醫療、轉診制度、人數的問題，我很謝謝鄭醫師的說明，其實我都了解。我是覺得剛才健保署好像都沒有回答我分級醫療、轉診制度要如何落實在洗腎的問題。

但我也希望洗腎這部份要爭氣一點，不要給人家說洗腎醫師出去開一瓶紅酒最少都 6 萬塊以上，這樣說出來很難聽啊！要節制一點！我希望醫療不是買賣，是正當的救護行列，這是我的忠言和目標。

主席 蔡副署長淑鈴

超過本會議可以討論的，包括紅酒的部分，就不在這裡討論。但是楊教授、盧教授都在醫學中心，有沒有什麼看法？

楊代表五常

我以前在醫學中心，現在到桃園區域醫院。我的看法跟謝院長一樣，這是制度面的問題。如果要分層級的話，我也不反對限制醫學中心，但是給付上就要不一樣。就像轉診的點數、給付就不一樣，跟美國制度一樣，在醫學中心跟基層醫療機構都是不一樣的情況，不然以現有制度，我個人認為是沒辦法的，除非給付上分層級給付。

盧代表國城

這個問題已經討論多年，過去執行的是高額折付，尤其是醫學中心是有高額折付，折抵相對在某種程度是會有限制的壓力。署推動分級醫療我們是相當認同，可是要實施下去，總是會有一方會不太舒服，這個遊戲規則怎麼訂定，可能也要請署裡面幫忙。

廖代表秋燭

第 9 頁的病床數成長 500 床，非常明顯的發現有 147 床是醫院層級，有 356 床是基層院所。這代表什麼？基層的成長可能像剛才先進有說到的，或許有些是偏鄉，真的有需要，這個我們都認同，一定要提供病患的可近性，他不可能到大醫院來洗。點值結算的報告案我會再講一次，我覺得如果是這樣的話，其實從數字上可以看得出來，每年談成長率時，基層成長率還是太低，應該要更高才對，才不會造成預算移轉，因為他們的需求確實在成長。不論什麼層級、機構都要控制病床數，那為什麼大家不要從源頭解決？就是不要讓洗腎病人一直成長，難道不能零成長嗎？只要有病床數增加，供給有沒有可能誘發需求？我覺得還是要回到源頭，如何去解決不要讓病人增加，這才是追本溯源的方法。

台灣腎臟醫學會 林元灝醫師

廖代表，我要嚴重地駁斥你的講法，這叫做倒果為因。疾病的發生絕對不是人為造成的，疾病的發生就是疾病的發生。今天會有疾病的發生是因為有這個需求，絕對不會因為擴了床之後，病人就增加了。腎臟病不是人為造成的。是因為需求才有床位的增加。

張代表孟源

主席，各位委員大家好，因為最近健保署很重視一些醫療機構對健保的態度，不管分級醫療或是審查制度，還委託臺大公衛所做專案研究計劃。結果我很有幸地被召去那邊做報告。站在全聯會的立場，醫學中心、診所都是全聯會的會員，促進層級間合作才是重點。不管是分級醫療、價值醫療、垂直整合，如何醫療體系的功能，重點在於住院的給付太低，住院給付太低的狀態下，逼得醫學中心生存很困難，這是最大的問題。尤其是腎臟科的病房，我覺得腎臟科都很有愛心，有些病人不管是做婁管、感染，就會讓他們住院，一住就很久，也沒有任何檢查、處置，就只有病房費，事實上腎臟科病房應該是內科系裡住院最久、賠錢賠最多的地方。我是希望健保署應該以更高的高度來看，如何讓醫院的腎臟科或其他科也能夠生存。才不會為了要生存，又影響到國家醫療分級制度的實施。全聯會總是希望醫院跟基層能夠和諧，如何最有效地利用醫療資源，合理的用在病人上，我覺得這才是我們真正關心的事情。

另外，書面資料裡第 12 頁，司法院大法官釋字 485 號解釋，「立法者基於社會政策考量，尚非不得制定法律，將福利資源為限定性之分配。」，我覺得很有道理，主管

機關是不是也應該參考大法官釋字 485 號解釋，來規劃醫療政策及醫療資源分配，假如再推給國衛院去討論的話，恐怕會曠日費時。

謝代表武吉

我附議剛才廖代表講的，其實也沒錯，我們要將心比心！因為目前有推動分級醫療轉診制度，透析是否也能來推動，這是一個大方向。

剛才我說的，提醒盧理事長好好約束一下，紅酒不要喝的太濃，不要有其他的行為，謝謝！才不會被某人說透析醫師送的紅酒都要 6 萬元以上，看今年協商就知道，健保署提出的透析成長率是 2% 多、醫院部門都還提出 4%，而某單位卻提 0%。

請不要對廖代表太苛責，她是好意。

盧代表國城

謝謝謝院長的提醒，我想這是蠻重要的，不過至少我認識的醫師，及目前在場的腎臟科醫師不會這樣，或許有少數醫師真的有這樣，假如我們知道當然會去做規勸！

主席 蔡副署長淑鈴

大家還有沒有其他意見？

有關第 9 張投影片床數增加的部分，確實最近一年增加 500 床比較多，這個部分醫管組再做進一步了解，究竟 500 床是增加在哪些地方？雖然人數增加 3%，但是床數如果也增加 3% 是很奇怪的，理論上是成比例的概念，但是如果是在偏鄉，那就是一人佔一床的概念，這部分請醫管組在下次報告呈現。另外，透析是否要配合分級醫療，這個議題可以提到醫院總額研商會議再討論。

台灣腎臟醫學會 林元灝醫師

補充說明床數的問題，我想大家都很清楚數字，病人數從去年到今年大概增加約 8000 到 10,000 人。

主席 蔡副署長淑鈴

這是淨增加。

台灣腎臟醫學會 林元灝醫師

所以是淨成長，實際上以排班來講，6 個人就需要一個病床，8,000 除以 6，是幾床？

主席 蔡副署長淑鈴

可是，這是淨增加。

台灣腎臟醫學會 林元灝醫師

表示實際上真正需要的應該更多，但是因為過去有很床沒有被用到，所以增加這麼

多人，但不用增加這麼多床，是消化掉過去的空床，這 500 床不誇張，而是人數確實增加這麼多。

主席 蔡副署長淑鈴

透析病人有增加也有離開的。所以就供需平衡來看，病床是以還在的人在使用，這個部分人數如果增加近 3%，理論上床數不應該增加到 3%，可能背後還有分布的問題，需要細部分析，下次會議再跟大家做回應。

顏代表大翔

我想說明我個人的開業經驗，我想開業的腎臟科醫師或醫院醫師應該不會反對我的說明，成立一個透析單位，不論是醫院或診所，事實上都要申請床位。我們的成本很高，租一個地方要去做透析的時候，這個地方可能可以擺 15 床或 20 床，我不會 1 個病人只申請 1 床，可能會申請 5 床，可能前一個月只來 1 個病人、一整年只來 3 個病人，可是 5 床在那邊，成本很高，但我不能因為需要一個床位再去生一塊地出來，所以實際的操作上是這樣。醫院也是一次擴 15 床，床數擴充跟病人成長不成比例是很正常的，所以要了解的是，新的病人到底分布到那個層級，也呼應分級醫療 2% 的問題。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝，醫管組分析時，也要把病人數一併分析，這是病床利用率的概念。讓大家了解究竟是空置，還是有其他原因。這個案子到這裡，進入第三案。

報告事項第三案：107 年第 2 季門診透析服務點值結算報告。

主席 蔡副署長淑鈴

點值結算大家有沒有意見？

廖代表秋燭

剛剛一直在講病床數、醫師數的增加，因為這是點值結算，增減就是錢怎麼分配出去，我只是要提醒，既使在這種情況下，第 1 季預算移轉，醫院少了 4,000 萬跑到基層去，第 2 季 1 億 5 千多萬，兩季就 1 億 9 千多萬了。

謝代表武吉

第 2 季腹膜透析非浮動點值有多少點？

主席 蔡副署長淑鈴

1 億 6 千萬點。

謝代表武吉

但是第二季今年和去年，我們今年的非浮動點值是 0.84641094，今年是不是管控比較好？去年平均點值是 0.852092456，今年是 0.85767661。請問腹膜透析跟血液透析實際點值是多少？我知道腹膜透析都是 1，那稀釋血液透析多少費用？就像在醫院總額，我希望把地區醫院的點值給算出來，這樣比較公平。

主席 蔡副署長淑鈴

這部分請醫管組再回應，其他大家還有沒有意見？

鄭代表集鴻

我想請問，其實點值最大的決定因素還是在於總額成長幅度跟病人成長的相關性。如果說總額成長不夠，點值就一定會偏低。今年剛好通過明年的成長率 3.1%，而署當初提出來是 2.9%。我想了解署是用哪種基準而提出 2.9%，有沒有計算公式？因為其他總額好像點值都可以到 0.9，而透析那點值一直都有差距。有沒有什麼辦法可以盡量拉近？

謝代表武吉

記得以前沈茂庭組長時期，將門診透析包裹支付點數由 4100 點調整為 3912 點，門診透析點值就上升。

如果要把點值拉高的話，是不是要考慮到實際醫療費用，透析是包裹式，我們去跟各院所調查，透析所有費用是多少？那再調整支付標準。這樣的話，是不是會公平一點？

主席 蔡副署長淑鈴

謝院長這個建議大概不是鄭理事長問的問題，但都可以談，看是想把單價下降，點值就上升，而鄭醫師講的是成長率高一點，點值才會上升，所以是不一樣的問題，但是都在講點值最後能不能上升。請醫管組說明點值結算部分，以及當初 108 年總額協商本署建議成長率 2.9% 的原因。

醫務管理組 劉專委林義

代表所提點值如何上升的部分，因為點值是預算除以全部的點數，整體透析固定點值的占率約是 7%，也就是非浮動點數及腹膜透析處置費點數相加後除以全部點數。第二個是本署提報的透析成長率 2.9%，其實透析在每年協商沒有一定的依據，主要是用醫院跟基層非協商的占率去乘出來的數字，本署大概只有這個依據，當然最後協商的結果是尊重協商現場的代表。

鄭代表集鴻

如果是這樣的話，我覺得不是很理想！沒有很科學、沒有很客觀。第一個，基本上病人如果成長超過 3%，那我們只給 2.9%，明顯的就是降低給付的意思！這樣對病人跟營運單位似乎是不太合理的！我們希望能夠有一個合理的模式，可以依照現在醫療品質跟營運狀況、醫療成品、病患數的成長，這些都可以調查，能夠更客觀、科學，讓大家都覺得合理的數字。不然每年都是用喊的，我認為這樣對病患真的是不太公平！

李代表永振

現在談這個問題，應該是分子、分母之間的變化。這個議題在健保會裡面，專家學者跟公正人士也建議兩次，請健保署確實探討點值的結構問題。探討這個結構問題的時候，再看看現在的支付標準到底合不合理？大家才會比較不會有爭議。不然一直講透析點值最低，以前有一位醫院委員還公開講，一年都打 85 折啊！所以，那個時候就引起學者跟公正人士提出來深切檢討，這樣大家就不會有爭議，才有辦法徹底去解決點值的問題。我也曾經聽過透析的支付標準就一直調，點值當然不會上來，也就是剛才謝院長講的部份，那到底怎麼樣才算是合理的標準？若要根本解決的話，是不是健保署徹底討探這個問題？謝謝。

廖代表秋燭

像剛才在看的時候，病床數成長 3%，可是在今年預算成長率，基層是 4.624%，醫院是 2.622%，而兩者相加的平均成長率是 3.5%。其實還是大於 3% 的病人，點值是 0.8576、0.8520，有好一點點，但事實上去年的成長率又比今年高，為什麼點值還是維持這樣子？

主席 蔡副署長淑鈴

因為人數那時候更高。

廖代表秋燭

更高嘛！所以，無論如何每年在談成長率總是不足，這個問題要怎麼解決？

主席 蔡副署長淑鈴

對於透析這個總額，本署壓力比你們更大，好像資源配置有問題的感覺，包括成長率大家的訴求當然都是要愈來愈高，但是不能再更高了，本署也試圖探討成本到底多少才算是合理，曾經透過腎臟醫學會，提供的成本是比現行支付還要高的，本署希望成本是由 provider 提供，只有你們知道，本署沒有相關資料。可是，到底那個

成本才是可信的，也不太清楚，除非有第三個公正團體出來檢視，然後真正計算出真實成本，否則都是各自說法。我不曉得各位委員是想要提出什麼建議，如果真的要考慮這個問題，理論上這是很複雜的問題，不只是單價，還有人數合不合理的問題，這些都很專業。所以，這個會議每次開會都很沉重，也都很不順利。如果要再去探討成本的話，本署建議找第三方來做，不然大家也都不太相信。

曾代表志龍

剛剛主席有談到評估洗腎真正的成本，事實上署已經委託好多學術單位做不少次的成本分析和評估。我們希望給付愈來愈高，但事實上不可能，我們也希望病人數愈來愈少，大家也知道不可能！如果只是在乎點值，就把給付往下降，點值馬上就上升，但這樣解決問題了嗎？真正要評估點值的成本分析，已經從 10 幾年下來做過多少次，大家心裡都有數，所以這個時候再來提這個問題，我覺得有點傻眼，我倒覺得討論這個問題，大家應該各自要往後退一步，這時候去爭取怎麼樣的點值，或說要用什麼樣的成長率，到最後都會流為空談，我建議這個議題到此為止！再談下去沒什麼意思。

顏代表大翔

我記得之前我有提過一個意見，衛福部有部立的醫院，可以從不同醫院的病人洗腎數做分析。我相信公務體系會相信公務體系醫院做的分析，為什麼要醫學會做透析成本分析，提供了成本分析健保署也不相信。我記得陽明醫管所有一個教授做的一人次透析成本好像是 3600，是不是？好像健保署也不相信！你們請衛福部的部立醫院做這個分析很困難嗎？當然，不同的病人數和所在的位置、醫院的規模、護理人員之年資與薪水，或者醫師薪水，我相信這些數據都拿得到的，也許公家醫院談藥水、EPO 這些藥品的價格，比私立醫療院所來得貴、比大型醫院來得貴，但也可以分析時再打折啊！我認為這不難耶！就客觀來講，健保給付會左右醫療的分布，其實腎臟科很辛苦，所以我很同意主席所講的，來開會是有壓力，我們來開會的人壓力也很沉重啊！好像我們都沒有做好啊！但事實上黃尚志主委做慢性腎臟病照護，他非常認真啊！腎臟醫學會也到海外去做一些推廣啊！所以，我覺得拜託衛福部去找部立醫院去做成本分析，成本應該不是健保署拿不到，而是要不要去相信它。

謝代表武吉

我是希望點值可以提昇，至於要怎麼提昇，大家要想辦法。我的意見與李代表相同。第二點，是不是每一季人數都一樣，每人剛開始都一樣，慢慢增加，第一季的費用

是 0.82 左右，第二季是 0.85，是不是永續的調節，大家要考量一下！

張代表孟源

會議資料第 10 頁，現在最大的問題，其實大家討論的很多，其實今年總額成長率為什麼是這樣。看報告的透析服務利用率情形就知道了，106 年第三季跟 107 年第三季，人數成長 2.64%，成長率就接近這個。後面還有一個議題很重要，目前接近 8 萬人在洗腎，但有 6528 個人在等待腎臟移植，現在連 PRE-ESRD 計畫都要加上腎臟移植的上課認證，到目前我還沒聽過到底是誰來辦？上幾個小時？都沒有說就寫在計劃中，可見署方對腎臟移植是充滿著期待，我個人也是充滿著期待。而且最近所有的專家都知道腎臟移植的死亡率、存活率，還有各方面生活品質都很好，但就是只欠東風嘛！如果每年腎臟移植人數從 200 變成 2000 人，我相信醫療資源的配置就會慢慢地 shift 到那方面，我也相信醫院做移植的人多了，也就不會一直搶洗腎的病人，國外從幾十年前就是這樣子了，現在我們要考量醫療資源如何配置到移植這方面，才是真正的為病人好，就應該考量到哪種方式讓病人死的最少、活的最快樂，我的希望是這樣。謝謝！

主席 蔡副署長淑鈴

本署也是一直希望朝這樣的方向努力。

張代表孟源

但是今天 Pre-ESRD 計畫的修訂也沒告訴我們移植認證到底是要上多久的課程，可不可以先問一下盧理事長，看看到底是要規劃怎麼樣的課程。

盧代表國城

PRE-ESRD 計畫有關器官移植的部份，我想目前已經有 7000 多人在排隊了，事實上不需要再篩人去排，再排只是浪費資源，因為每年最多只能成功 200 多個。日本可以當我們的學習對象，日本兩年前每年換腎大概也是 200 多人，跟台灣差不多，日本是上億的人口，台灣只有 2000 多萬人，可是這兩年多來，日本每年腎臟移植增加到 1700 人以上，文化、教育、信仰等各種風俗習慣，台灣跟日本是相似的，如果是馬來西亞，信仰是回教，就不用講了，根本就沒有辦法有效提升換腎臟。我想真正要提昇換腎，只有一件事可以做，之前修訂的獎勵 5 萬元，這都不是真議題，對我來講。沒有腎臟來源，給多少錢都沒有用。組間配對這種方式是兩個家庭彼此提供的，不管在歐美、日本，能夠增加的數字還是非常有限，不管在世界腎臟醫學會、美國腎臟醫學會、日本腎臟醫學會，或者是歐洲腎臟醫學會，都提到這個方式沒有那麼

重大的突破，其實關鍵都 focus 在法律層面。今天日本法律已經拋開五等親之內
的限制，假設全部把五等親的限制拿掉，並且從法律方面去做些防弊的措施。日本一
年內是從 200 多例一下子就提升到 1700 例。所以事實上我們討論再多、努力再多、
認證再多，也只是讓移植排隊的人數增加，可是增加到 8 萬人都去登記好了，結果
如何？還是只能換 200 多個，還是沒有意義。所以最簡單的就是法律鬆綁，只要我
的染色體是相符的就可以捐贈，就跟屍贈的意思一樣，像日本就是最好的例子，以
上說明！

主席 蔡副署長淑鈴

有關怎麼樣處理活體捐贈的法律是醫事司的權責。所以，我想這些意見收錄，再轉
給醫事司做為法律修訂的參考。

楊代表五常

確實我們只是鼓勵做登錄腎臟移植，但是每年能移植的還是有限。每個病人腎移植
的評估都要花好幾萬，假設沒有器官的來源，真的是浪費非常多的醫療資源，我非
常贊成盧理事長講的！

第二點，談到點值、預算、成長率，十幾年來好像都談同樣的議題，沒有什麼改變。
我覺得預算當然會有個共識，不過共識也是人為訂的，至少會考量人口經濟成長率
等等。但是透析總額又多一個變數，在於基層總額跟醫院總額要各拿多少錢出來，
每次兩個單位都在吵架，吵說這病人透析時是跑到基層或是醫院，而我出的比例是
否划得來。多年前我也曾經提過，要不要乾脆成立單獨的透析總額，不要再從基層、
醫院拿出來。有總額以後，成長率就比照其他總額一樣，按照透析病人數成長、經
濟成長去估算就好，回歸制度面大家就沒話講，目前都在基層跟醫院總額之間，坦
白來講這兩個單位都是考量在自己本身，這樣就存在很大的變數。

主席 蔡副署長淑鈴

好，討論已經超出本案的範圍，沒關係，第三案的點值先確認，好不好？大家有沒
有意見？好，這邊延伸出來的議題，本署都收錄起來，包括楊教授提的獨立總額議
題，但我跟楊教授報告，其實洗腎總額不合法，因為母法裡並沒有授權可以成立洗
腎總額，但是為了透析病人的費用能夠得到合理的控制，當時還是把從醫院總額、
基層總額拿出一部分，做為一個總額單獨來管理。不過，楊教授提的，本署就收錄，
後續還有四季重分配的提案，是不是到那個議題再討論？這個議題就到這裡。

謝代表武吉

腹膜透析和血液透析的點值？請提供。

醫務管理組 劉專委林義

點值是一樣的，因為同樣是透析預算。

主席 蔡副署長淑鈴

只有部分項目有保障，其他的沒有，如果要再進一步了解，會後再溝通，好不好？
進入第四案。

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。

楊代表五常

主席，我想這個是專業的問題，剛剛看到透析時間小於1年的死亡率。
腹膜透析比血液透析好很多，呈現3、4倍以上，當然過去分析確實腹膜透析前兩年都是比血液透析好，但應該沒有好到3、4倍，頂多是10、20%而已，我想這是定義的問題，也就是說因為病人腹膜透析狀況不好，要再轉到血液透析，最後在血液透析時死掉，統計時就把這個病患當作血液透析死亡個案，我想一般在國外分析的時候，是以洗腎時間倒退三個月，前三個月是在用那種透析治療才能算那種透析模式，我們要分析得很正確的的話，應該要這樣子校正，不然會偏差到3、4倍，實際上不可能這樣子的，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

請醫審及藥材組說明定義。

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

過去研商議事會議有討論過分母的定義，符合慢性透析病人定義是病人連續透析三個月才算，死亡率分母是用人月數，要同時符合兩個條件，第一個條件就是就醫年月減透析的起始月要在0到12個月之間，就是小於一年就開始透析，且在統計期間有申報門診血液透析的任何一個醫令，腹膜透析則是統計期間有申報腹膜透析的醫令。

主席 蔡副署長淑鈴

好，總之，楊教授對於第34張投影片的這個0.15跟0.79感覺分組有問題，認為不應該差異這麼大，如果現在的定義有問題，當然這個趨勢就會有問題，請醫審再回頭確認。

楊代表五常

我的意思是說，當病人透析死亡的那一天，要如何定義他的治療模式是血液透析或腹膜透析，這邊一定是用當時病人用什麼血液透析或腹膜透析就算成是那個模式，其實這樣不對，應該要倒退前三個月，過去三個月前這個病人是用什麼透析模式，不然假設他本來做腹膜透析，結果情況變壞，轉到血液透析，結果一、兩個月就死掉，結果診斷是在血液透析時死亡，而不是在腹膜透析時死亡，我們以前在國外做分析時，這時候就是要定義是腹膜透析死亡而不是血液透析死亡。

主席 蔡副署長淑鈴

好，這個可能會後再針對這個定義研究一下。

謝代表武吉

第 12 頁跨院住院率，要瞭解為什麼會跨院住院？還有費用是撥到醫院總額嗎？請說明。

再來，請問診所有住院嗎？為何有跨院住院率？跨院住院的原因是什麼？費用又是多少？醫院總額及基層診所各出多少？

另外，同院住院的情況是那些？類別是什麼？

還有脫離率，我記得以前我剛當委員的時候，我要加這個脫離率大家都反對，但是今天看到脫離率中因為腎功能恢復而脫離的人數差不多是兩位數，腎臟移植 107 年已經腎臟移植 108 個人，那 108 個人都是在我們臺灣換腎臟嗎？還是有些不在臺灣換腎臟？這裡還是看不到，是不是以後也能夠給我們更明確的說明。

power point 第 40 張的血液透析的瘻管重建率，這個重建率的費用是由醫院總額來負擔？這個要如何降低？

羅代表永達

主席，我也想請教第 40 張投影片的血液透析瘻管重建率，瘻管通常都是每個地區會有專門的在做，基層都會集中在一個地方做，這個指標為什麼要有跨院跟同院的分別？要看院所的照顧品質好不好嗎？第二個問題，0.41 跟 0.12 的單位應該是%，也就是說 107 年上半年，以 8 萬人來講的話，這半年當中只有 424 個做重建，是不是這個意思？這個顯然跟我的認知有很大的差距，因為一般來講這個重建的百分比應該蠻高，而且很多地區都有 center 專門在做這個。

主席 蔡副署長淑鈴

瘻管重建這裡是次數，跨院跟同院第 2 季人次分別是 1,772 人次跟 541 人次。

羅代表永達

請教 0.41 到底是什麼？

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

是總病人月數，當初這個指標的操作型定義都有跟腎臟醫學會討論，分別是跨院跟同院的總病人月數，因為病人做瘻管不見得會在同院做，所以當時討論要 show 兩種，有點像總執行數的概念。

羅代表永達

我瞭解，但當初是不是要監測全國的血管照護好不好，所以才有這個指標？那跨院跟同院的差別，反正不管是不是在我們醫院做，這是全國的概念，如果說我做的不好，那病人就去別的地方做重建就好，為什麼要分開看？第二個我一直看不懂這個百分比，而且橫軸是上半年，那上半年就是指六個月，也就是說這半年應該把 0.41 加 0.12，加起來是 0.53，那我們現在全國的洗腎病人有 8 萬人，乘起來應該 400 多人，可是對照第 8 張 power point，明明就是 1,000 多人。

主席 蔡副署長淑鈴

這是人次。

羅代表永達

對，可是這個重建的比例應該更高，我的意思是就我所認知的這個數值有問題。

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

人月要用人的概念的話，就要除以 12。

羅代表永達

為什麼除以 12？我不太懂。

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

因為分母是用病人的人月數，所以一個病人分母全年通常是 12，因為每個病人在統計期間被治療的月數可能不見得滿的，但原則上整體平均會很接近 12 這個月數，如果半年的話，一個病人大概就是 6 個人月。

羅代表永達

我的認知裡一個病人一年當中會重建的次數不會很多。

主席 蔡副署長淑鈴

所以要把 1,772 除以 6，然後 541 除以 6，這就是一個月的人次。

羅代表永達

另外所謂的重建，因為有另外一種叫修復，一種叫重建，這是不一樣的支付標準，這個是全部都含在裡面？還是只有算重建？

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

這個是申報動靜脈瘻管或是人工血管手術案件。

羅代表永達

修復不算？

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

依操作型定義文件上就只是動靜脈瘻管或是人工血管的手術這樣。

主席 蔡副署長淑鈴

其實這個報告每隔一段時間就會報一次，每次都會有些意見，不過今天談的幾件事情，一個是楊教授剛剛講的定義問題，會後請再釐清。另外就是謝代表提的，不管是跨院、住院或者是瘻管，這些人次背後的費用是多少，這些費用都會在各別總額裡面，不會在透析總額裡面，但因為現在是品質指標報告，所以就沒有呈現金額，如果要了解這些金額，有必要的話就要下次再分享，最後是第 48 張投影片跨院住院率，為什麼會有在基層住院 22 個人的部分，麻煩會後醫審及藥材組再釐清，現在要說明嗎？好，請簡單說明。

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

定義是以每家收治的病人，去勾稽統計期間內病人有沒有在任何一家醫院住院，所以診所會收治一些血液透析的病人，以這些病人為母體，勾稽出有沒有到其他醫院住院，而不是在診所住院的意思。另外楊教授講的部分，我再釐清一下，因為剛剛講的分母條件，第一個就是要符合慢性透析病人檔，那個檔有分血液跟腹膜，而且是最近三個月，連續三個月有血液透析，或者是連續三個月有腹膜透析，所以統計的時候，這個病人前三個月已經都是在血液透析，或者是腹膜透析，所以勾稽死亡的時候，事實上應該就可以歸類是血液透析時的死亡或腹膜透析時的死亡。

主席 蔡副署長淑鈴

好，沒關係，會後再溝通。

第 46 張投影片，謝代表問這裡的移植人數 108 人，應該都是在國內的吧？

醫審及藥材組 曾專門委員玫富

領有重大傷病卡而且有報抗排斥追蹤治療的，應該是在國內只要領有重大傷病卡而

且有持續做追蹤治療都算進去。

主席 蔡副署長淑鈴

好，如果是這個定義，這個 108 人是含境外，不過現在境外也越來越少了，那我們就到這裡告一個段落，謝謝大家指教，如果事後有需要再釐清定義的再做釐清，好，請到第五案。

報告事項第五案：108 年研商議事會議之會議召開事宜。

李代表永振

明年又是新一屆，你現在問大家有沒有時間？應該是名單確定之後，再麻煩健保署發文通知。

醫務管理組 劉專委林義

我們遴選新代表的時候會發聘函，聘函裡面就會附全年度開會的時間。

主席 蔡副署長淑鈴

新代表會另外通知，這個案子就確認。

報告事項第六案：報告研議修訂「全民健康保險醫院及西醫基層醫療費用內科審查注意事項」規範之「尿毒症相關治療及檢查」案。

主席 蔡副署長淑鈴

這個項目其實爭議已久，腎臟醫學會、醫院協會、醫師公會全聯會都有提出建議，綜整在第 69 頁，大家有沒有意見？

鄭代表集鴻

其實現在基層碰到比較大的問題，就是透析患者在一個診所治療，他就是相對比較相信那個院所的醫師，假設病患在非洗腎當天，因為其他疾病來就診，假設該就診原因跟洗腎不相關，照規定應該可以申請相關費用，包括診察費，但是我們碰到的情形是審查單位不論如何所有診察費都一律核刪，那這樣好像還是沒有解決這個問題。

楊代表五常

我到桃園醫院去，醫師跟我反映查房時病人有狀況，透析病人不能到別的地方看，給他開不是內含的檢查或是藥物，按照健保規定要把所有的檢查、檢驗、診療費都剔除掉，如果為了避免這樣，都請病人透析完再到診間去看，會拖很久，而且病人

透析完都蠻累、不舒服想休息，就不會想去就醫，防弊的結果造成病人品質不好、延長洗腎的時間。我跟年輕醫生討論過可否用折衷方案，如果病人在透析期間因病情需要，要開不是內含的檢查單、藥物時，可以申請給付，但是不付診療費，這樣可以防弊又兼顧病人品質。

主席 蔡副署長淑鈴

現實是，只要脫離這個 package 就會回到醫院總額的基層總額，脫離越多就會對兩個總額造成影響，而且現在也會有爭議是說何謂相關?在第 69 頁有同意正面表列排除，其他都是 package，排除的項目就是你們提出來的「因為癌症或其他外傷出血所需的輸血」，至於「腸胃出血」這部分很難去判斷，另外診察費也是不建議增列，這點跟楊教授講的一樣，假設在 package 內就不能申報診察費，這裡最大爭議是何謂相關尿毒症的檢查。

楊代表五常

我同意，為了防弊有時候犧牲一點醫療品質，只是如何拿捏的問題，我們常說有所不為，難道不能有所為嗎?

張代表孟源

今年總額協商基層透析成長率占了 4.8%左右，醫院才占 2%，過去 10 幾年每基層透析成長率在基層比率都遠遠超過醫院，人數在增加，所以基層總額對於透析預算占率方面提供出的貢獻度，是大於醫院總額透析預算占率，這點先說明，我們基層總額的透析預算成長率已經是醫院的 2 倍，已經盡到最大的善意了。有關這案全聯會之前開會建議維持現狀不變，剛剛主席也提到，因癌症或外傷之出血之輸血，假如一個癌症或外傷出血你還會讓他拿去洗腎嗎?在座這麼多專家告訴我，透析是要在穩定的時候還是不穩定的時候洗腎?一個支付標準應該是通則，怎麼舉出這麼多例外，不是很奇怪嗎?我覺得它應該有個核心的精神及平衡點，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

這是腎臟醫學會提出要排除的，假如真的發生這樣的狀況造成輸血，我們不忍苛責他們放在 package 裡面，意思是這樣。

顏代表大翔

全聯會有個建議，考量各區因應醫療環境差異，業已各自發展合宜之監督管理措施，而維持現行條文規定。基層有個最大的困難尤其是南區，請問按照支付標準，非洗腎當天透析病人看門診可以申報診察費，有沒有人反對?有沒有違反現在的給付原則，

應該沒有吧。如果確定的話，那就解決了我們南區很大的問題。

接下來，以腸胃道出血而言，實際執行上，今天有病人胃腸出血，如果住偏遠地區，或是慢性出血，的確腎臟不好有病人會發生腸內血管異常增生，可能會有腸道出血，而且是慢性的出血，常常一個禮拜、一個月要輸 2 包的 Packed RBC，如果不讓我們申報並不合理。現在為什麼要做分級醫療，講難聽是費用問題，這病人到醫院去處理、輸血，會比我們在診所執行輸血，申請 2 包 Packed RBC 來的便宜嗎？事實上有臨床需要，南區也討論過這個問題，我們在南區委員會也是被卡說不可以，實際一個病人來，我們驗 Hb 可能只有 6，病人會喘，血壓低也沒有辦法洗腎，當然送醫院也是選擇之一，有時有特殊狀況，趕快去拿 2 包血給它輸，不見得會比到醫院去來的不恰當。有時家屬沒來，有時病人狀況無法馬上送醫，我們真的不在乎申報那一次透析治療的費用，是考量病人治療安全的問題。至於剛剛孟源兄講的我當然也同意，外傷就緊急處理外傷。可是我們也知道，洗腎病人需要輸血時，是洗腎治療當中輸血，這是一個正常的透析處置，如果輸血不是在洗腎過程中執行，輸血造成的鉀離子過高會引起病人心律不整，而發生死亡事故，就變成是一個醫療糾紛；很多情況都是洗腎當中一邊輸血，我想這原則所有腎臟科專家都會同意。我想輸血這部份，如果能證明不是因為腎性貧血，EPO 打的不夠，應該要給付，因為我覺得輸血不是件好事，醫師也不會違反很多醫療原則去賺輸血的錢，這錢沒甚麼好賺的，不便宜而且有危險，就算是腎臟功能不好引起的腸胃道出血，難道是腎臟科處理嗎？還是胃腸科或是外科開刀或是放射科做栓塞止血，這都不是腎臟科能處理的，如果要歸責因為腎臟功能引起這些問題，洗腎洗得再乾淨也不會改善啦，我想孟源兄也不會反對，這是我的意見，謝謝。

鄭代表集鴻

這問題簡單解決的話，是否可以依醫療專業判斷，跟洗腎不相關來核刪，現在基本原則是這樣，但已經擴張到不論如何只要病人來洗腎、來看就不給診察費，這樣真的不合理，我們爭取的是這邊，不要說洗腎當天一個發燒、一個肚子痛來看，診察費全部刪，理由是全部含在洗腎透析包裹給付，真的是不合理，希望不要這樣。

醫審及藥材組 張科長如薰

剛剛所提個案，基本上都是抽樣經專業審查結果。

鄭代表集鴻

現在情況是只要洗腎病患就要特別標示、附洗腎病例，只要洗腎病例一附進去，診

察費一律刪，理由都是包含在洗腎費用裡面。

醫審及藥材組 張科長如薰

這些案件應該都有給專業審查看過。

鄭代表集鴻

就算專審看過也要有核刪理由啊，不是一律都是包含於洗腎費用。

醫審及藥材組 張科長如薰

核刪理由我們會再請業務組針對這種案件，經專業認定，應該註明比較明確的相關理由，讓醫師可以參考，會跟業務組說明加強核減理由之說明。

鄭代表集鴻

就是因為一直說是含在洗腎費用，才提出不然定義洗腎費用含到甚麼程度，問題才會演變成這樣。

羅代表永達

在這個會議裡講說錢都外面可以給，大家都會同意，可是你問醫院基層總額，會不會吃到別的總額，人家說會，所以人家在乎，在這裡你問十個人都說沒關係，可是你問醫院總額就會有關係，第二件事情，如果病情嚴重，你就讓他去其他醫師或其他診所就醫，不要說都是你處理，今天在這裡能講的就是門診透析總額的事情，以外的都要經過醫院協會或基層的同意，否則目前我們通過的東西到醫院總額再去談的時候那邊不同意還是白搭，以上。

楊代表五常

顏醫師跟張孟源醫師講的有道理，感冒不舒服每個人都會發生，他在非透析日來檢查看病，給付處方非常合理，剛剛提到絕對不會發生，至於剛才代表提到一定要到別家醫院或給別的醫生看，這不是增加病人的困難嗎？醫病互信是非常難得的東西，請大家斟酌是否因防弊增加不必要的困難。

第二個，剛剛提到透析當中，假如病人胸悶，懷疑是心絞痛，如果做個心電、X光、肺水腫，難道等到看完門診再去診間看，再開處方再去檢驗嗎？做這些是非常合理的事情，為什麼要為了防弊去犧牲病人的品質呢？我想這是永遠談不完的，剛好藉這議題提出讓大家去審慎思考。

廖代表秋燭

我一直搞不清楚，剛才說病人在不是透析日的時候去看門診，竟然含在透析給付內，這是基層才發生的嗎？基層審查權是醫師公會全聯會嗎？還是請他們了解是否某區才

有這種情況，不是六區都這樣，因為醫院好像沒聽過這樣的問題。

主席 蔡副署長淑鈴

分區同仁有要回應嗎？北區、中區、南區有這個問題嗎？

北區業務組 陳祝美視察

這議題已經吵很久，也打過行政訴訟，其實整個都是專業審查的結果，北區從來沒有逕予核刪，全部都是專業審查去判斷。

中區業務組 張凱瑛科員

10月有請辦單把相關案例給審查醫藥專家參考，我們也是像北區，有送審專審才有這樣核扣情形。

南區業務組 傅明貞科員

去年有統計分析，那時候核扣是院所自清，他如果覺得是我們就扣，如果覺得不是，我們就不扣的，因為我負責醫院，基層可能要問基層院所那邊是否有做專審才核扣。

張代表孟源

我必須說明一下，基層審查完全尊重審查醫師專業，各區不一樣，都是彼此尊重，我是台北區審查組組長，是絕對依照審查注意事項與藥品使用規範，我們追求公平及給專業醫師尊重，尊重法律。

顏代表大翔

可否拜託，大家都是專家，同意不是洗腎那天來看門診給付審查費用是合理的，請署發函給六區，希望在不違反給付原則下，非洗腎日看門診應該照一般門診來給付，而不是歸責到都是統包，其實這樣對病人及費用支出都沒有好處。

鄭代表集鴻

我想補充說明剛剛各分區說明，都說是專業審查，事實是專審沒錯，但是專審是在西醫基層的審查委員會，他們只要做成共識決，審查都一樣不管甚麼病一律刪，這就是結果。

主席 蔡副署長淑鈴

好，回到審查注意事項，這個 package 是血液透析注意開始洗腎的時機、透析次數、EPO 等血球生成刺激素使用與用量，其尿毒症相關治療跟檢查應含在血液透析費用內，這裡頭並沒有表明是不是同一天，所以審查的時候，是審查這些費用是不是跟透析相關的治療，倒不是審查同一天還是不同天，如果像顏醫師說，硬性規定只要不同天就通通可以，那只要把相關的通通搬到另外一天就好了，現在大家多數認為維

持現狀，委員唯一同意的是癌症或外傷出血所需的輸血是很大量的，應該跟透析無關，不含在 package，今天大概就是這樣，剩下就回到專業判斷是否相關，這樣好不好？

鄭代表集鴻

主席這樣講是好，但是專業判斷不能說開個會就決定一律不給，事實就是一律都刪，理由都一樣。

主席 蔡副署長淑鈴

請醫審及藥材組再跟醫審專家委員溝通，當然不能全都沒看相關性，還是要回到專業判斷。

李代表永振

這是今年最後的會議，這個議題是去年第 3 次就開始，差不多追蹤一年半，剛剛做出這個結論，聽起來問題還是沒有解決，我是贊同楊教授的講法，如果這處理明確合理，為什麼還要病人另外就診，剛剛羅代表有提，跳出來就會吃到醫院跟基層的總額，他們不會同意，但是另外就診，站在消費者立場，不是刁難患者嗎？

主席 蔡副署長淑鈴

不是，現在重點不是在於刁難病人，是如果跟尿毒症有關的治療，本來就含在 package 裡面給付。

李代表永振

剛剛說起來就有六區不一致，南區不敢報，也點出問題是西醫基層訂出來的。

主席 蔡副署長淑鈴

應該沒有吧，張醫師你們有做這樣子的內部共識嗎？

張代表孟源

其實我們對於審查醫師是絕對尊重，不論台北還是其他區，我們是完全按照制度來進行，假如個案倒是可以檢討，但審查醫師的養成、訓練、教育，我們台北多年來一再告誡建立法治精神，建立依照審查注意事項、依照藥品使用規範來做審查，這核心精神的建立當然需要時間，謝謝各位對台北區同僚的肯定，不過也相信全國的審查醫師大家都是很好的。

主席 蔡副署長淑鈴

這項討論到此，從任何觀點都不希望犧牲病人權益及造成病人不方便，要回到透析 package 的意涵，還是維持現制。第一點，若因癌症或其他外傷出血所需的輸血則不

含於 package；第二點，所有分區審查一律回到專業判斷，不可以統刪的概念處理。決議就是這樣，不會寫成同日或不同日就診。

李代表永振

我尊重主席結論，但依據同一規定，執行除台北區，其他分區就不一樣。

主席 蔡副署長淑鈴

第二點決議就是不可以有大家敘述的情形，事實上也沒有。如果有統刪的情形就提議出來。

李代表永振

主席的結論並未解決問題，下一屆再討論嗎？

主席 蔡副署長淑鈴

確實不能不分青紅皂白統刪，要依專業判斷是否相關。這列入會議紀錄，請醫審及藥材組與各分區醫審小組就這點再次重申，不要有統刪的誤會。

李代表永振

台北區既然可以，其他分區為何就不能效法？研究台北區為何可以？

主席 蔡副署長淑鈴

現在的結論就是要這樣。

李代表永振

結論若這樣就繼續列入追蹤，下次再討論。妳說結論是這樣，但實際就不是這樣。

鄭代表集鴻

這項議題是我提出，主席今天的裁示我們能接受，可以不用再追蹤。我會再觀察北區的情況，若還有這情形我會再提出。也謝謝李代表。

主席 蔡副署長淑鈴

我們會努力讓大家長期抱怨的事情不再發生，本案就這樣處理。請醫審及藥材組與各分區醫審小組再次重申這件事。

楊代表五常

透析非內含在檢查項目，要列入紀錄。

主席 蔡副署長淑鈴

若是非相關，就算另一人次，就是可以。Package 就是相關與否，不相關就可以，列在另一人次。

羅代表永達

醫院審查部分由台灣醫院協會承辦，現在討論的審查意見不需提到台灣醫院協會及基層，讓他們再次確定嗎？這裡就決定嗎？審查的標準理論是由台灣醫院協會承辦，所有的審查，台灣醫院協會是有責任

主席 蔡副署長淑鈴

所以台灣醫院協會與醫師公會全聯會就要執行專業的審查。

羅代表永達

主席所提與實際沒太大差異，基層是希望維持原議。

主席 蔡副署長淑鈴

大家討論的是同一件事，現在是維持原議，回到專業判斷。只要是相關，不分同日或隔日，就算相關，沒有再一次的問題；若判斷是不相關，就算同日也算另一人次。最終回到專業判斷，難以正面或負面表列。羅代表的意見是今天決議還要回到醫院總額，沒有啊，其實是討論 define 這 package 究竟在哪裡。這 package 是透析總額，剩下就是回歸醫院及基層總額。

羅代表永達

醫院總額審查是盡量減少抽審，大多由數據分析做精準審查，未來除非被確定，否則抽中的機率會很低。

主席 蔡副署長淑鈴

若醫院總額及基層總額覺得這件事情重要，就依專業審查意見訂抽審指標做精準審查。

羅代表永達

今天的決議能行文台灣醫院協會與醫師公會全聯會，一般會有影響。

主席 蔡副署長淑鈴

可以。大家是同儕制約，相互把關，既然此項爭議許久，審查由台灣醫院協會與醫師公會全聯會承辦，若擔心費用是否轉向醫院總額及基層總額，若覺得可能抽不到，就提高抽審次數，請專業來把關。我不認為這件事還要醫院總額及基層總額同意。今天的決議分別通知台灣醫院協會與醫師公會全聯會，同時請向專審委員會說明。我們相信專業判斷能在此把關，沒有各分區作業不一致或不分青紅皂白統刪的情形。基層與醫院代表可以接受嗎？大家都接受，李代表可以嗎。

李代表永振

已經很周延，提案人也會做追蹤，這樣就 ok。

主席 蔡副署長淑鈴

這件事暫告一個段落，若代表發現有不符或偏頗的情形，可以提醒我們，我們再檢視那裡又不一致。

討論事項第一案：108 年「門診透析服務保障項目」討論案。

主席 蔡副署長淑鈴

這案是點值保障項目範圍的部分，與去年相同，沒有意見就通過。

討論事項第二案：108 年門診透析總額四季預算重分配案。

主席 蔡副署長淑鈴

這是修正各季占率，謝謝廖代表提出，確實在第 2 季點值比第 1 季點值高，與預算分配確實有關，醫院及基層在 4 季的變化很大，所以再移調預算分配是合理。

鄭代表集鴻

關於預算分配，呼應楊教授所提，透析是否可以成立為獨立總額，雖然主席說法規未允許，但法規是人訂的。

主席 蔡副署長淑鈴

要透過修法，現在是權宜之計。楊教授所提建議確實是依據不足。

鄭代表集鴻

就像醫院總額與西基層總額原先從住院與門診，若可以運作，透析總額是否可類似比照辦理。

主席 蔡副署長淑鈴

這已超越，除非提臨時動議。

楊代表五常

醫院總額與基層總額各拿多少放進透析總額。當時衛生署透析總額預算的品質監測由我做 study，提出 proposal 要就成立獨立總額，如果不行，為避免醫院總額與基層總額吵架，能不能先決定透析要成長多少，就按照前 1 年或前 2 年，透析在基層與醫院各自的點數成長率，按比例承擔未來透析總額。

主席 蔡副署長淑鈴

楊教授可以單獨提案，我們來試算，最大爭議關鍵是第 1 次各自拿出多少。

楊代表五常

若有一定比例，每年都不變，就按比例各自去承擔，就不用再吵。

主席 蔡副署長淑鈴

因為病人占率會改變，並非只吵 1 次，除非只吵 1 次之後，不管病患到那都使用那 1 次的定義，相關定義可以提 proposal 之後，大家再來討論，那本案 4 季重分配就確定。

討論事項第三案：108 年「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」修訂案。

主席 蔡副署長淑鈴

國發會希望醫療院所配合政府政策，提供行動支付，增加非現金交易，方便病患使用，放在品質提升獎勵指標，當成對民眾服務的一環，這是加分的項目。

楊代表五常

醫院有討論，主要是手續費被保險公司吃掉，醫院承受不了。大陸在推動「醫療儲值卡」概念，住院前先放一筆錢在卡片，每次使用就從其中扣除，出院後若有餘額再交還病人。

主席 蔡副署長淑鈴

這是加分的品質指標，願意做的院所就可得分。

楊代表五常

誘因不足。

主席 蔡副署長淑鈴

這有提供不錯的誘因，1 年獎勵 1 次。

楊代表五常

考量是儲值的概念。

主席 蔡副署長淑鈴

這已超越我們的業務範圍，請劉專委說明行動支付。

醫務管理組 劉專委林義

楊教授所提類似儲值卡，像在 7-11 買張儲值卡，再存若干金額在裡面，可以消費。

國發會推動「行動支付」是手機綁定信用卡，不用帶卡帶現金，帶手機就可消費。

主席 蔡副署長淑鈴

「行動支付」是手機綁定信用卡，民眾不用帶現金，到院所看病，費用直接到院所帳號。

顏代表大翔

基本上透析基層診所還沒討論過，上次在腎臟醫學會理監事會議討論，基層不是很贊成，雖然是加分項目5分，分配款是以分數作分配。台中因為有儲值卡，所以台中的院所有在做，台南市沒有。如果西醫基層沒當成品質指標，卻要求透析院所要特別配合，我覺得不合理。

主席 蔡副署長淑鈴

各總額都有要求行推動「行動支付」。

顏代表大翔

我所了解的是，並非每個醫療院所都要做。

主席 蔡副署長淑鈴

並非每個醫療院所都要做。願意做就有分數的概念。

顏代表大翔

基層透析協會還沒正式討論過，這樣有點突然，基層透析協會表示不贊同。

李代表永振

顏代表說沒有要加入就不會加分，其他有加入的就會加分，這樣造成不公平。評核會強調透析並非得到比率最多，在中等，這算獎勵並非分錢。所以評核會建議要有具體，激勵優秀的院所，才能拿到這筆錢，過去各總額部門獎勵家數偏高。本案除了加分外，其他都一樣。

主席 蔡副署長淑鈴

原則上各總額部門品質保證保留款的指標並非統統有獎。評核會是說獎勵比率過高，要檢討指標。請醫務管理組說明透析總額的品質保證保留款核發的情形。

醫務管理組 劉專委林義

106年透析總額的品質保證保留款核發的比率，血液透析是75%家數有拿到品保款，25%沒拿到；腹膜透析是65%家數有拿到品保款，35%沒拿到。

主席 蔡副署長淑鈴

所以透析是在各總額之中偏低的，有鑑別度。

李代表永振

7成這樣還OK嗎？

主席 蔡副署長淑鈴

其他總額有到9成，需要檢討。

今年並未檢討現有指標，還是100分，多5分就是105分的概念，並未強迫每個人都要加入，有加入的院所表示願意給病患更方便，所以給予加分。

張代表孟源

基層總額分好幾個項目，有71%拿到品保款，很有鑑別度。

主席 蔡副署長淑鈴

目前不是討論西醫基層總額。

張代表孟源

有代表詢問西醫基層狀況。

主席 蔡副署長淑鈴

沒有代表詢問。

張代表孟源

顏代表問的，我們有鑑別度，不會統統核發。

主席 蔡副署長淑鈴

評核委員對於醫院總額的鑑別度不高，該檢討現有指標。

顏代表大翔

這次修訂有些突然，腎臟醫學會理監事會議沒通過要接受這個指標。

主席 蔡副署長淑鈴

腎臟醫學會討論過嗎？所以要帶回研究嗎？

盧代表國城

大部分醫院有行動支付，基層可能還有些問題。

現金支付必須與多個銀行的信用卡簽約，因銀行的手續費較高，就算醫學中心、區域醫院的行動支付量很少。搭配這個5分的評鑑項目，可能有人去做，但數量會少。

某些行動支付-1指付，手續費相對比較低，包含醫院與病患的硬體建置，網路下載app等，很多複雜的行政流程，很多醫院使用行動支付，特別請志工協助病患上網、下載、輸入機密的個人資料。這部分若是加分項目，我們認同行動支付是未來要走的路。

國發會應該在台灣各區域先有 role model 給大家參考如何做，不是單純一句「行動支付」，百家爭鳴，各種「行動支付」都在搶市場，建置費用、如何使用都是成本，所以會有些困難度。

雖說至少 1 筆，意謂已建置完成，以後真的就那 1 筆，過程其實不單純，病患也要願意使用，個人認為可以當成加分獎勵項目，但不能拿來當品質指標，因為與品質扯不上關係。

李代表永振

理事長說這項與品質不相關，把它列為加分項目是不對的。

主席 蔡副署長淑鈴

這個案子請腎臟醫學會與基層透析協會帶回研究，考量國家政策，希望各行各業都能配合。唯一有誘因在此，不可能在總額編列專款做此事，健保會委員也不會通過。在品質提升獎勵方案中有許多指標，這算服務品質的綜合評比指標的一環吧，多了一個選項，勉強來建議放在這裡，若今天不方便決定，請帶回研議，請把握國家政策的大原則。

討論事項第四案：108 年「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。

羅代表永達

因為先前開會有類似的提案，也就是營養師要受到哪些規範、執照，我不反對他們要去上這些課程，只是目前署的意見是要有緩衝時間，那我不曉得現在有多少具有這項資格的營養師？假設現在都沒有這樣的資格，大家都能在緩衝時間內受訓完畢嗎？

營養師公會全聯會及台灣營養學會 陳淑子理事

我代表台灣營養學會及營養師公會全聯會發言，其實 104 年的時候就已經緩衝 2 年，所以本來就要實施，只是上次會議營養師公會全聯會收到會議通知的時候，誤會文字是「且」而反對，如果是「或」的話，人數絕對足夠，所以學會及全聯會都是同意的。

主席 蔡副署長淑鈴

羅代表的意思是如果用這個新標準，有多少人符合資格？

營養師公會全聯會及台灣營養學會 陳淑子理事

CKD 整體照護訓練班的人數，去年有 2,281 人，營養學會的腎臟專科營養師有 1,500 人，所以絕對足夠。我們有再調查，大部分從事 CKD 衛教給付的團隊都有這個資格的營養師。

羅代表永達

這個認證需要多久的時間？或者是多少堂的課程？

營養師公會全聯會及台灣營養學會 陳淑子理事

就是一堂課而已，跟護理師一起上課的，就是 1 年 1 次，每年 10 月會辦理這項課程。

張代表孟源

這個資格認證的部分，除了營養師之外，還有一項是「團隊人員應接受移植相關課程，並領有相關上課證明」，這是依據專家會議，我也有去專家會議，也很支持移植，可是這個移植課程到底要幾個小時、課程範圍，還有上課的對象到底是哪些人，是醫師或是藥師、營養師、護理師，所有團員都要？而且也沒有緩衝，一下子就列進去，營養師都緩衝 3-4 年了，而這項不到幾個月內就要列進去，在文字跟執行方式是不是要再斟酌？是不是改成「醫師或其他照護團隊成員得接受移植相關課程」，把「應」改成「得」？第 1 年不要寫「應」，因為法律上的「應」效力太強烈，這樣會有很多團隊會無法執行這個計畫。

楊代表五常

照護團隊成員有沒有規範多少比例？而且剛剛也有提到，主要是器官來源不足，而不是多少衛教，我們也知道署長的意思，等於是置入行銷，我覺得要不要做移植是要要求醫生，讓醫生接受相關訓練，因為病人是接受醫生的照護，所以醫生要告訴病人整體的照護方案，所以不用增加其他人的負擔，應該是要要求照護醫生接受相關移植訓練。

主席 蔡副署長淑鈴

這項的成員該如何定義？

張代表孟源

可不可以是「醫師或其他照護團隊成員得接受移植相關訓練」，這樣就是一種鼓勵性質，經過幾年推廣之後，再把計畫文字修改，這樣才是循序漸進。

羅代表永達

如果說這個不成立，那營養師也就不用通過了，原本說一定要有資格，現在這項又

說「或」就可以了。

營養師公會全聯會及台灣營養學會 陳淑子理事

本來醫師跟護理師都要受這個訓練，是對我們營養師特別寬容，但營養師也應該受訓練，因為糖尿病照護也需要 CKD 照護的訓練，我們覺得要有照護品質，就一定要有一定程度的教育訓練才能達到品質。

主席 蔡副署長淑鈴

前面營養師資格的部分就確認，因為學會說多數人都有上課證明，新增的移植部分就從善如流，改成「醫師及其他照護團隊成員得接受移植相關訓練」。

張代表孟源

「醫師或其他照護團隊成員」。

主席 蔡副署長淑鈴

「及」，後面文字「得」已經很寬容，因為衛教的人不一定是醫生。

李代表永振

如果這是一定要要求的，就應該使用「應」，再給予一個緩衝期，如果是「得」，那也可以「不得」，就不要做啊！

主席 蔡副署長淑鈴

各位代表的意見如何？這些方案都可以接受。

張代表孟源

其實緩衝期是個很好的概念，團隊成員就像是種子的概念，如果是醫師「或」照護團隊成員，那至少有 1 個人懂，慢慢的有更多人懂，全部人都去認證，這也同樣是緩衝的概念，所以不要是「及」，這樣會變成營養師、護理師、衛教師這些人都要去認證，而且是這麼短的時間內，也不可能有這麼多課程讓所有人認證。所以如果是「得」很 OK，如果是「應」就要有個緩衝時間，看主席的決定。

主席 蔡副署長淑鈴

與會代表決定要那種文字修訂方案。

張代表孟源

那就「得」吧，跟李代表說明，只要計畫文字上寫「得」，過幾年就會修訂成「應」。

主席 蔡副署長淑鈴

理想上希望所有照護團隊對於移植相關的知識、態度都有所訓練，相關課程瞭解之後才能在 Pre-ESRD 階段告訴病人正確的訊息，有機會走入移植而不是都走入透析，

這是願景，本次修訂如果只是團員之一有受訓，那也不知道頻繁接觸病人的那個人是不是有受訓，這就很難講，所以當然希望所有團隊成員都接受移植相關訓練課程。剛剛李代表提到，如果是「應」就給緩衝期，那大家接不接受這樣的修訂？還是如同張代表所提，醫師及團隊成員「得」接受移植相關課程，過一段時間後，再來研議修訂？任何修訂本署都尊重，主要就是要讓更多人投入移植的部分。

李代表永振

聽起來主席的意思就是要這樣規劃，長期就是要這樣做，如果是這樣，那我建議就加入緩衝期，前面用「或」，未來再改成「及」，才能表示署的決心，「應」就是決心的意思，張醫師所提的就改成「或」，就有漸進的意思。

楊代表五常

這個部分也是營養師資格的修訂？

主席 蔡副署長淑鈴

不是，第 3 點是營養師資格，第 4 點這項是新增項目，團隊成員要接受移植課程。剛剛李代表所提，如果是折衷方案，就是「醫師或照護團隊應接受移植相關課程」，並應在 2 年內，假設，取得相關上課證明，這樣就是緩衝期 2 年。

張代表孟源

另外就是上課證明的部分，是要由腎臟醫學會？還是移植醫學會？由誰來訂定？還有課程要上幾個小時？現在就是一個專家會議的概念，但該如何落實卻沒有具體。

楊代表五常

如果要置入行銷，下次再來。

主席 蔡副署長淑鈴

好，沒關係，釐清之後下次再來，這題就先暫保留，下次調查清楚後再提出來。那第二大項的部分，衛教內容新增移植的部分可以嗎？這個應該可以，那就通過，營養師資格修訂也通過，至於移植課程受訓目前還不完整，下一次再提出來。好，有沒有臨時動議？沒有，今天會議到這裡。