

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

108 年第 1 次會議紀錄

時間：108 年 2 月 20 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：林 蘭

出席代表：

吳代表麥斯	吳麥斯	楊代表孟儒	楊孟儒
宋代表俊明	宋俊明	廖代表秋鐳	廖秋鐳
李代表妮真	李妮真	蔡代表宗昌	蔡宗昌
李代表純馥	李純馥	鄭代表集鴻	鄭集鴻
洪代表冠予	洪冠予	盧代表國城	盧國城
張代表克士	張克士	謝代表武吉	王秀貞代
張代表孟源	張孟源	顏代表大翔	顏大翔
張代表晏晏	張晏晏	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政		
郭代表咏臻	郭咏臻		
曾代表志龍	曾志龍		
黃代表明和	黃明和		
楊代表五常	楊五常		

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
衛生福利部食品藥物管理署	洪國登

衛生福利部國民健康署
衛生福利部醫事司
台灣醫院協會
中華民國醫師公會全國聯合會

李惠蘭
謝雅欣、陳凱復
林佩菽、吳洵伶、吳心華
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

財團法人器官移植登錄中心
本署醫務管理組

劉嘉琪
劉玉娟、劉林義、洪于淇、
楊淑美、楊瑜真、張毓芬、
鄭智仁、黃曼青、鄭正義
曾玫富、張如薰、詹淑存、
陳怡蓓、杜安琇

本署醫審及藥材組

吳千里

本署企劃組

李冠毅

本署資訊組

黃千華

本署財務組

莫翠蘭、陳懿娟

本署臺北業務組

陳祝美

本署北區業務組

張凱瑛

本署中區業務組

梁耀文

本署南區業務組

陳秀玲

本署高屏業務組

(請假)

本署東區業務組

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1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」

決定：洽悉。

第 2 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1，有關80歲以上且無意識之患者適當透析處置案，將併長期使用呼吸器且無意識患者(不分年齡)透析處置適當性提送國衛院論壇納入議題討論。
- 三、追蹤事項序號2-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分析後，請區分各專科之開藥比率，提供輔導名單，本案繼續列管。
- 四、追蹤事項序號5，有關Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫新增營養師資格修訂案，請台灣腎臟醫學會評估未受訓人數，務請於上半年完成教育訓練，如有需要，可商請台灣繼續教育學會協助。
- 五、其餘追蹤事項解除列管。

第三案

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關已參與 Pre-ESRD 試辦計畫院所，其營養師離職、育嬰或其他原因異動，致不符前開計畫規定者，同意應給予緩衝期補足人員，並新增於「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」問答集。

第四案

案由：107 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認107年第3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
107Q3	0.85111375	0.86197341

二、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第1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、同意新增無障礙就醫環境相關指標，併經本會議確認後生效，若於年度結束後，仍無法確認定義，將回復108年原修訂計畫內容辦理核發作業。
- 二、配合前開指標修訂，本計畫之「計畫目的」第三點修正為「鼓勵有效管理腎臟疾病，藉由品質監控，輔導門診透析院所及獎勵機制，持續改善醫療品質與服務品質，提升我國腎臟病整體之醫療照護品質」。

第2案

案由：「5年內擺脫洗腎島惡名，節省健保醫療資源」援腎計畫

決議：

- 一、請成立專家小組，並由宋代表俊明擔任主席，成員包含3位本會專家學者、吳代表麥斯、台灣腎臟醫學會、醫師公會全國聯合會、基層透析協會等，並請腎臟醫學會擔任本小組幕僚單位。於下次會議前提出初步結果。
- 二、有關雲端藥歷系統新增「腎功能不佳」提示功能，請醫審及藥材組列入研議參考。

伍、與會人員發言摘要詳如附件。

陸、散會：下午 4 時 40 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

108 年第 1 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 1 案。

貳、報告事項

報告事項第 1 案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」

主席 蔡副署長淑鈴

補充說明，每次研商會議若各位代表有提案都可以會前提出，若沒有問題，接下來報告事項第 2 案。

報告事項第 2 案：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

主席 蔡副署長淑鈴

大家有沒有意見。

羅代表永達

序號 2 有 400 多位醫師需要輔導，可見一開始的訓練是有問題的。序號 5 上次謝武吉院長有提到台灣繼續教育協會可以協助辦理，可是我看會議紀錄沒有寫。

主席 蔡副署長淑鈴

沒有寫，沒有關係。

羅代表永達

可是沒有寫就不能辦，我記得上次會議是有提到，也需要台灣繼續教育協會能夠協助辦理，當然主辦的條件由腎臟醫學會決定。

主席 蔡副署長淑鈴

有關第 2 案台灣腎臟醫學會是否要說明？

台灣腎臟醫學會 陳主任金順

目前腎臟醫學會針對 ATC Code 跟 ICD10 在釐清定義的過程當中，一直有在跟健保署溝通，目前 ATC Code 還在綜整而 ICD10 分析還沒有完全，這 400 名的字句應該還不用出現。我當時建議 ICD10 應該區分為透析前跟透析後，如果病患在透析前使用很多 NSAID 那我們儘量輔導，如果是透析後才使用，我們可以做一些討論，另外 ATC Code 問題，如果用先前定義 ATC Code 前 3 碼計算，連類固醇也會納入，我當時建議應該改為 5-6 碼，現在藥理學會跟專家學者對 ATC Code 會給一些意見，真正代表台灣的 NSAID，目前 50-60 種以上相當多，但有些在台灣有上市有些沒有，需要花時間去確認。

另外第五案，腎臟醫學會一直有在追蹤讓營養師受訓的事情，在之前做 Pre-ESRD 公告修訂之前，已請營養師盡力來上課，所以很多營養師都已完成課程訓練，我們已請台灣營養師學會調查有那些營養師還沒上課，假設有相當多人沒有上課的話，我們一定會配合這個決策開課，讓他們在 7 月之前完成，如果沒有很多人，是不是就等到我們往例 10 月開課時一起上課

主席 蔡副署長淑鈴

有關第 2 案醫審及藥材組有沒有要補充？

張如薰科長

針對第 2 案的部分，請翻到附件 2，這個案子已經歷經很多次會議，腎臟科醫學會跟醫院協會對於藥品的決訂有些落差，我們考量要給大家看的，8 日那天我們先把大家有共識的 ATC Code 彙整，也就是三個欄位都有打勾的部分，做初步統計。因為前兩天才收到資料，專家所到分析透析前跟透析後，我們會再之後做區分的名單，提供給腎臟醫學會做參考。至於說定義的部分，目前的數據是依照大家有共識的定義統計結果。

主席 蔡副署長淑鈴

醫管組補充說明。

李代表純馥

上次在醫院以病人為中心案子也有提到說相關協會是否能協助辦理教育訓練，但營養師的訓練比較屬於專科醫學會或專業團體舉辦，亦在計畫當中敘明。上次會議只是在疑慮說如果很多人都沒有受訓，希望本署發文請他們多辦幾場，上次的討論沒有針對相關要受訓的單位做過改變。

主席 蔡副署長淑鈴

有多少人還沒有參加？

王代表秀貞(謝武吉代理人)

主席詢問的正是我們想知道的，我們想說辦理這類課程的頻率不高，我們才會建議，且台灣醫療繼續教育推廣學會課程辦理是可以同步多點播放，可增近上課可近性，目前參與人員不多的時候應該可以借助其他單位共同成就這件事，當然相關課程課綱一定會符合相關學會的專業規定。

盧代表國城

我們還在調查多少人，假設人太少，任何一個學會或繼續教育學會辦的效益也不會很大。

主席 蔡副署長淑鈴

目前是誰在調查營養師受訓比例？

劉林義專門委員

我們會請各分區業務組調查，於5月份研商會議報告。

羅代表永達

我是好意啦！因為繼續教育學會在很多點都有設視訊，假設需要幫忙，我們可以提供協助。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝，有關訓練部分我們將持續調查，目前還是優先請台灣腎臟醫學會等相關學會辦理訓練課程，並請台灣腎臟醫學會評估上半年未受訓人數，讓大家在上半年完成訓練，有困難再商請台灣繼續教育學會幫忙。

另外序號2 NSAID 定義部分還有討論空間，目前400名約占有所有腎臟科醫師之五分之一看起來很多，再篩選，會後請醫審及藥材組再區分有問題的名單，請台灣腎臟醫學會、全聯會進行輔導。

張如薰科長

我們會再跟台灣腎臟醫學會確認是否要再調整，我們已經用大家都同意的項目計算，是否要縮減會再確認。

鄭代表集鴻

有關序號1「80歲以上無意識病人透析處置案」，建議納入長期使用呼吸器且無意識不分年齡的個案一併研究。

主席 蔡副署長淑鈴

洗腎併呼吸器？

鄭代表集鴻

對，評估適當透析。

羅代表永達

每一季都會討論這個議題，每季大概 100 多位病人，如果在限縮給國衛院很少的 case 數量做專題研究，對整個資源分配值不值得？當時會討論 80 歲以上，為了回到意識評估要用 MRS 還是 GCS，後來腎臟醫學會認為說兩種都不足以代表，那時候才提出這個案子，現在我們好像在擴大解釋，沒有意識的病人接受無效醫療，到底有沒有效？包含葉克膜、呼吸器、透析都要探討，這樣題目就不會是我們現在討論的。

主席 蔡副署長淑鈴

這個議題當初是發現有些長期透析病人為無意識狀態，是否有值得關注的地方，所以才會提到 80 歲以上且無意識要如何定義？這本來就有很多討論的空間，我們的統計資料一直在追蹤這群洗腎併長期使用呼吸器病人，目前共 154 人，過去大家建議進入安寧透析。

鄭代表集鴻

報告主席，我記得幾年前我提過這樣的病人洗兩次就可以，但是大家沒有共識，是不是這次一併提國衛院一起評估適當的透析方式。

主席 蔡副署長淑鈴

大家有沒有意見？國衛院有表示說要 109 年才能同意納入這項議題。

台灣腎臟醫學會 林秘書長元灝

實際上剛才鄭理事長所提，80 歲以上使用呼吸器是否減少為兩次透析模式。

主席 蔡副署長淑鈴

有關減少病人透析次數，專業上大家沒有共識，給國衛院專家小組討論比較審慎，現在只是想說把另一案併進來，大家若沒有意見就一併提到國衛院。

鄭代表集鴻

序號 2 第三點腎臟科醫生用 NSAID 藥物，腎臟醫學會調查清楚我們來輔導，這個用意也是要免於藥品對腎臟的傷害，但是其他科別是否有一致性這樣的調查，就我所知風濕免疫科使用 NSAID 量也很多、骨科跟復健科也是，是否一併調查。

主席 蔡副署長淑鈴

本會是透析委員會，只能拜託腎臟醫學會輔導腎臟科醫師，繼續往此方向輔導看成效如何再擴大推廣，不宜在此決議影響到其他專科。

宋代表俊明

就第 2 案來看，的確如同鄭前理事長講的，其他科的問題比較大。以我們成大來看，其他醫院如果有資料可以補充。所有的資料以資訊撈出來看，骨科是最多再來是疼痛科、內科。回到腎臟科醫師這邊，成大 16 位醫師大概有 5 位開立 NSAID，這 5 位醫師都是腎臟科，開給已經在洗腎的病人，所以，在定義上面的確不同。在 ATC CODE 跟 ICD9CM CODE(現在是 ICD10CM CODE)在這個過程的確有很大的瑕疵。其實 N186 可以 coding，但是很多的腎臟科醫師沒有 coding N186，他直接 coding N185，既使當時是在洗腎也是 N185。所以，當你把這碼勾掉之後，人口下降，這是我個人的經驗跟大家做報告，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝！請張醫師。

張代表孟源

關於延續 NSAID 這個案子，其實我們去年在開會的當時我們就有提出建議。以病人為中心，站在透析、預防、洗腎、減少腎衰竭的立場，是應該對 NSAID 藥物跟病人本身就應該要加以注意。當時我們是建議，除了一個月以外，假如有一些病人一年超過三個月，我們並沒有針對任何科別，只是以病人，假設這個病人一年吃超過三個月的 NSAID 是不是要多加關心、多加注意，或是他的家庭責任醫師或是家庭醫師是誰？都要了解。我覺得這樣才能根本地解決我們國內腎臟衰竭這麼高的問題，畢竟藥物也是個重要的因素。我們是希望這一方面能擴大調查，並不是說要去輔導，而是我們本身是透析總額研商會議，就是洗腎、慢性腎病的問題，我們有義務去了解國內病人長期使用 NSAID 的比例，而且他為什麼要使用這麼多、這麼久的理由。真的有需要的話，我們醫師公會全聯會也可以借助去關心跟去調查協助，但我們畢竟還是需要有個數據讓我們去了解才能夠協助，謝謝！

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝！我知道在座各位都是腎臟科醫師，覺得只要求腎臟科醫師好像還沒有完全解決問題，其他科醫師還有隱報開 NSAID 藥物。而我們的分析原來先就腎臟科醫師的部分，理論上是各科都在開，而腎臟科醫師更知道這藥對腎臟的影響，更要審慎開！我們檔案分析出來的結果也不會只有腎臟科醫師，一定是所有科醫師，只不

過是這次名單先把其中腎臟科醫師部分提供給腎臟醫學會、醫院學會、全聯會。假定大家想要關心定義要微調，最後列出醫師的名單是不是也區分一下，其他各科的百分比，但是提供給腎臟醫學會、醫院學會、全聯會，我們可以把這些全部的內容都提供給各位做輔導的參考，這些都 O.K.！謝謝全聯會也願意看看到底落在那裡，再提醒我們的會員對於這件事情的重視。因為所有的事情都是一點一滴造成的，不是一夕之間所有的人都會變到 ESRD。從預防的觀點，這些都可以避免的、幫病人把關多做一點，事情就有機會改變。這個案子就這樣進行，大家有沒有意見？

好，沒有的話就謝謝大家，我們進到下一案！

報告事項第三案：門診透析預算執行概況報告。

主席 蔡副署長淑鈴

謝謝！因為今天是第 1 次會議，我們把相關、重要的數據再跟大家做完整的報告。我們透析的發生率還是每年上升，每年淨增加 2500 人，人數大概接近 3% 的成長率。目前在洗腎總人次已經突破 9 萬人了！而且每 4 年，如果用一年 2,500 人的概念，四年就增加 1 萬人。所以，現在 9 萬人再 4 年就 10 萬人。我相信趨勢不變，而這群人就是我們所謂的長期透析的病人，是個比較大的問題。另外，如果就 Pre-ESRD 的病人也有 9 萬人等在這裡，如果沒有任何的對策或較大的改善，只會讓他從 9 萬人、10 萬人一直往上疊，現在一年耗費的預算大概是 400 多億，怎麼樣去面對這些問題是非常地棘手。去年開始推動活體腎臟移植至今也只有 11 例，雖然我們給了很高的獎勵。這個部分很多的問題都存在這裡。

剛剛我們有談到長期透析併用呼吸器跟透析的 100 多人，各位可以看到第 30 頁，耗費的金額一個人耗用的金額超過 500 萬的一年有 12 位。這個都不是只有算透析，是算它整體的醫療支出。所以，這 9 萬人到底耗用多少醫療資源。透析只是其中一塊而已，還有其他整體的醫療支出，那是好幾倍，確實是需要面對的問題。請問各位代表是否有意見？

宋代表俊明

NSAID 的使用就如同剛剛代表所提出來的，如果我們把現有這個會議限制在只處理腎臟科醫師的問題的話，那你要一直在這個會議就腎臟科能做的事情，又限縮在腎臟科，那就處理不了問題。上次我想主席也有裁示過要怎麼樣去成立一個小組，那個小組好像沒有被執行。似乎沒有再繼續執行，如果就我所知的話，因為就開過一次會以外，它好像沒有再執行。所以，有些政策要做出來，它好像做了一陣子後就消聲匿跡。

所以，變成有一個對策出來，還要有一個小組組成，但是後來就沒有了！我的意思是，再提出這個議題，看看有沒有什麼意見？事實上那個小組就沒有發揮到輔導的作用。一直這樣轉也不是辦法，把以前的對策好好地去執行，或許會有些機會。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝宋教授提醒，還有一個小組沒有被追蹤，請問另外兩位專家是否有意見？

黃代表明和

我不是腎臟科專家，有專家在這邊。剛剛看到數字的提升，但這數字不好看，對國家的費用來說，醫療資源不能有效地被運用。常用點數的部分，一點不到 0.9 塊這很可憐，還是把病人安全當成最重要的。大家都是為了品質，沒有想到點值。謝謝！

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝！

洪代表冠予

我的想法跟宋教授一樣，其實我也是在思考這個問題。今天如果我們在這個會上討論透析預算的協商，這變成一件事情。可是變成是花醫院的錢，而這錢是否有被合理的使用，而我們希望 outcome 是什麼，就會變成是在這裡看！如果是像剛剛講的 NSAID，我覺得這是衍生出來的一個議題，而這個議題也合理啦！在座很多先進都知道，大家花很多時間在想怎麼樣讓腎臟病進到 ESRD 不要這麼多、這麼快，曾經 show 過一個數字，在 103 年到 107 年從 72,000 人到 82,000 人，增加 1 萬人。所以，從現在預估 108 年到後面 5 年也是一萬人，這代表速度是不變的！我是覺得在場已經有很多人做過這方面研究，其實也知道腎臟病會惡化、會進入 ESRD 的因素，其實都很清楚。只是從那些因子上怎麼樣去著力在那一點，要怎麼樣去延緩這比較重要。

NSAID 這個議題是蠻有趣的，可以看一下。不過它畢竟是小眾，而其他的還是在那些慢性疾病。那些因子在國內的所有報告跟國外的報告，幾乎沒有太大的差異。只是有一塊一直沒有辦法去釐清的是，到底中藥是扮演什麼角色？這部分一直在釐清問題，一直沒有很清楚。所以，我覺得那應該是在另一個地方去做的。我剛剛特別看了一下這四季要做的事情，主要的內容其實還是在怎麼樣把資源再合理的使用。也許那些議題應該放在別的會議上面，或許這樣會比較全面一點，這是我的建議。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝！那其他代表有沒有意見？請顏醫師！

顏代表大翔

想問一下實際情況，如果真的去執行起來會不會有問題，108年 Pre-ESRD 修正重點，7月1日如果不符合資格就不能參與 Pre-ESRD 的計畫，譬如我診所有一個專任的營養師，因為我是小診所，如果他離職我怎麼辦？這是不是要有一個寬限期？所以，在這裡加一段若有離職，要給三個月的寬限期。因為我不像醫學中心有好幾個營養師，我有一個專任營養師在診所，老實講我已經算是很認真執行了！一個營養師的薪資也不低，如果案件數不多，他一離職我就不能做。我們也看到 Pre-ESRD 計畫在指標上都是有幫忙的。我認為 7月1日不符合資格他離職怎麼辦？所以，我在想如果人員有異動是不是留有三個月補充人員的期限。謝謝！

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝顏醫師！還有嗎？楊理事長！

楊代表孟儒

關於 CKD 一年比一年增加，剛開始我們是 ESRD 多，所以就來做 Pre-ESRD。結果發現 ESRD 的 case 好像沒有減少。後來就做 Early-CKD，發現 Pre ESRD case 也愈來愈多！因為 CKD 的五個 stage，其實它的盛行率的百分比是一個 stage 比一個 stage 少，進入到第四、第五 stage 的只有百分之零點幾。因為做好 CKD 的照顧本身會增加各期 CKD 病人的存活率，所以我覺得並不會因此減少 ESRD 個案，真正要減少的應該去做比 Early-CKD 更早的預防教育。但它又不是短期可以達到。如果我們把慢性腎臟病危險因子的病人，例如糖尿病、高血壓、慢性疼痛的長期在使用止痛藥物的。在他們還沒有變成 CKD 以前，就要趕快做預防的教育，從學校教育、醫院教育開始做。這樣才能真正地減少它的發生率。光做 Early-CKD 或是 Pre-ESRD，沒辦法真正減少 case。我想健保署也很擔心這件事，發現個案的數據好像沒有減少。現在 Pre-ESRD 有 9 萬多人在那邊等，這些你把他照顧好，進入 ESRD 就增加。這是有點矛盾的。既要追求做好 CKD 品質，卻無法減少 ESRD 個案增加的花費，這是個矛盾。應該值得思考，比 Early-CKD 更早去做腎臟病的預防，但是他的效果是要 10 幾年或是更久的時間才看得出來。

張代表孟源

關於楊醫師提到的，除了在 Early-CKD 之前再提前。我們是覺得多重慢性病，除了糖尿病、高血壓多重慢性病，本來就是將來進入洗腎的高風險。在今年家醫計畫是有列入多重慢性病，而多重慢性病我是希望在將來能夠再拓廣，就是疾病的整合。除了在醫院門診的整合，基層門診也做了整合。我們先從高度的、很可能的去處理，門診整合、多重慢性病去整合開始做，然後再往學校、一般民眾來做。我是覺得這

樣才能做到比較密集的效果。

主席 蔡副署長淑鈴

洪院長提到這個會議的議題好像是透析的預算應如何使用而已，沒有其他的。其實不然，我們這個會議討論的除了討論透析的總額、點值、執行結果，但衍生出來的其他計畫，包括 Pre-ESRD、Early-CKD 及相關品質提升計畫。這些計畫都是希望從源頭做起，減少透析的預算壓力，故本會不盡然只是在討論總額，否則的話，後面就不會有一大堆相關的試辦計畫，而這些試辦計算都是在總額編有專款來執行。我們是歡迎在這個平台上面，能夠針對所有跟透析有關的議案，可以集中在這裡討論，這是第 1 個說明。

第 2 個，請醫管組說明，上次專家小組目前進行的情形，以及顏醫師提到如果 7 月 1 日以後發生營養師離職的話，有沒有一個過渡期給院所。

李代表純馥

上次開會是在 107 年 8 月，那次其實專家對於我們主要是針對我們計畫每年要 renew 的時候請教專家，包括那次也在討論腎臟移植的費用，要不要併到洗腎額度總額裡面來，那次問了專家意見以後，相關於預算部分因為大家的意見都不一致，所以沒有併到大會裡面做討論，可是如果是屬於計畫型裡面要修訂的專家意見，其實基本上我們都納入今年執行的 Pre-ESRD 計畫修訂案裡，我們也考量各位醫師專家們都非常忙碌，所以基本上如果沒有議題，我們是不會一直去干擾各位的臨床的這些問題，那如果說大家覺得說需要定期跟透析總額要搭配每次都再要開一次類似這樣的會議，我想就照各位專家的意見是不是有需要，原則上我們上次是因為有一些議題，所以提到比較屬於工作小組的會議或專家會裡面去做討論，那這裡先做第 1 個部分的說明。至於顏代表提到營養師離職這個事情，其實在我們不同的計畫、論質計酬都碰到同樣的問題，我們其實不會在計畫裡面明寫，因為我們也理解有時候會有一些間隔的部分，再加上有一些基層的計畫，我們是允許可以用支援的方式來做執行，那當然不一定是在這個 Pre-ESRD 計畫裡面，我的意思是說對於人員因為流動所造成不符合這個部分，我想分區都會給予大家一點彈性，可是不會明寫在計畫裡，我想只要能夠說清楚講明白，在執行業務上面，我想如果你們在個管裡面真的需要這樣的人力，可能需要提早因應，我想各位在勞動契約裡面對於員工要離職這一端，其實也應該要預留一點提示，就是要提早告訴你們，讓你們能夠找到接手的，否則臨床確實會中斷，我想我可能沒有辦法這裡馬上去承諾，因為第 1 個如果要去修訂計畫就得再提案討論，可是就行政面來講，我們分區其實不會這個嚴厲，我想我就先做一下說明，謝謝。

顏代表大翔

因為我們不曉得你們這個政令執行的情況會怎麼做，因為譬如說我們 Pre-ESRD 照護計畫其實 3 個月追蹤 1 次，所以不一定是每個月一定要做，其實可以 delay 一點做沒關係，緩衝這件事希望署本部能把這個訊息佈達到所有的分區業務組，不然，萬一分區嚴格執行起來的話，真的對我們是非常很大的困擾，既然現在有誠意要做這計畫，對病人的照護做這麼久，我們當然趕快找醫事人員，實在不得已就找人支援，事實上支援的效果一定不是比專任的好，我現在講的是說可否把可以緩衝等文字寫在計畫內容，不曉得還可否更改，加個寬限期還是怎麼樣，對已經在執行的診所是不是比較不會造成困擾，謝謝。

李代表純馥

說明一下，其實原來這個符合營養師資格，其實在 1、2 年前就已經預告了，那只是 108 年要正式上路的時候，我們又再給大家半年的緩衝期，我想分區應該都非常清楚，我們把這個訊息在計畫公告的同時，也會通知分區給予院所寬限期，那如果有那一個分區對於各位的代表的會員，有不一樣、不一致於這個部分，也麻煩你們通知我們，我們去處理，謝謝。

顏代表大翔

組長不好意思，我的意思是我本來都符合資格，本來就有合格的營養師，但他突然要離職，屬於突然中斷的情況之下，當然您剛剛提了很好的建議，在契約中敘明提早 3 個月告知離職，但是我們還是會有突發狀況沒辦法做了，所想表達的是條文這樣子寫是 ok，只是萬一已經參與計畫診所，突然營養師要離職的時候，加個一點點文字也不行嗎？

羅代表永達

我支持剛剛顏代表所提，其實現在目前不管你怎麼限縮，勞僱契約規定都不能高於勞基法，勞基法不是有個 10 天，10 天前他只要提出辭呈他就一定可以離職，不管我怎麼給他限縮都是違反母法，在 CKD 的過程當中，營養師有很重要的角色，但是他不是絕對一定重要的角色，但有一天缺營養師的時候又不能夠執行；另一點，目前的設置標準也還有 1 個月的寬限期，我們覺得說看是要給 1 個月還是給多一點的時間，讓所有的機構能夠另外再去找人，我想大概是這個意思，以上。

李代表純馥

我的意思是你寫死了那個緩衝期間，1個月、2個月或3個月，大家真的這樣去執行，你們反倒會非常有困擾，反倒你們會沒有彈性了，如果各位遇到狀況，分區業務組也不至於不給緩衝。

羅代表永達

是有好處但還是會害怕，我相信醫院比較沒有問題，因為醫院不只1位營養師，但診所就只有1位，他們就很擔心萬一開會決議然後到各分區執行的時候，會很嚴格光是看到那個條文就嚇死了，所以我覺得是不是應該有一些比較寬鬆的地方，或者是在布達的時候，或是各分區在講這件事情的時候，能夠先開一個會議說明，以上。

李代表純馥

以上如果各位代表覺得說需要有一點說明給我們分區業務組，我們可以用QA的方式回復，至少就透明公開，看各位代表等一下決定是要1個月還2個月，因為我們也知道說不可能馬上無縫接軌，當人離職以後下一個馬上接上來，但如果去思考醫師執業，就沒有執業就是沒有辦法申報費用，但卻只有其他醫事人員留有這樣的彈性，大家還是要思考看看，建議以Q&A方式回應，否則就要再回到修計畫，計畫還要重新辦公告，那確實是會作業比較複雜。

宋代表俊明

就剛剛組長說的專家會議的討論項，不知道是我的誤解還是怎麼樣，就是當初所謂的專家會議是主席裁示對CKD還有我們的這個透析病一直在成長，這個議題要組成一個專家小組，去看看研商什麼還可以繼續做，使它能夠平緩或者甚至是能降下來，而不是針對我們這個委員會裡面需要去諮詢的我們的一個專家的專家會議，所以現在好像組長把兩個都併在一起，那等於原本要講的那個會議消失了，所以是不是要再思考重新啟動呢？把這個事情釐清一下，我想那兩個東西不太一樣，就我的意見啦。

主席 蔡副署長淑鈴

去年曾經有類似的會議是在探討總額要不要重組的問題，也就是透析總額是否併其他總額，當時討論要不要併回各總額，或者再擴大門診透析總額，將移植病人費用再併入透析總額，大家也是眾說紛紜，很難有共識，所以門診透析總額還是獨立在外，我想在座的代表有些人有參加那個會議，應該有印象，那個會議最後結論就很難，後來結論就是一動不如一靜，先維持。另外一個會是8月9日召開，請當時本

會三位專家代表加上醫師公會全聯會，一起組成一個小組就專業的立場，對目前的困境能夠拉到專業面討論，當時洪院長、宋教授及張孟源醫師都有參加，請林石化院長當召集人，這個會議後來就只開過一次，就沒有再持續，我建議這個議題，併同討論提案二(由黃明和總裁提案)，大家過濾一遍後，再來決定重組專家小組，就專業的部分研析，再把研析的結果提到本會，大家再來共識，而且今年要積極地來進行，特別我們的黃總裁也加入了，至於顏醫師剛提的營養師異動的部分，那就請醫管組提一個各分區執行的共識的QA，以免大家在過渡時期產生困擾，這樣好不好？那這個報告案還有沒有其他意見？

顏代表大翔

不好意思，我想提一下自己的經驗，有一個老師他退休了，他身體很好，結果他CKD轉來我這邊看，結果我覺得雲端藥歷系統實在很有意思，我突然看到有中藥用藥明細，結果點進去以後我也不懂那個中藥，不曉得這邊有多少人稍微對那個有瞭解？後來問我隔壁的藥師，因為他是中國醫藥學院的藥師，那對中藥比較了解，他說有些藥品對腎功能是不好的，問題是我查的到那是中醫師開出來的，所以既然要檢討這一塊，是不是也跟中醫學會那邊討論一下，就是說什麼藥真的對腎臟有一些不好，反正現在數據都上線了，腎功能也查得到，是不是對腎有損傷的一些藥品要更小心地使用，我們希望如果真的要的話就是真的是大家都來做，我想這個是也許有機會，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

顏代表大翔意見併討論案第2案，我們可能還是要有一個專家小組，是不是要把中醫師再拉進來，那等會兒就一併做決議，那其他大家還有沒有意見？沒有的話我們這個執行概況報告就到這裡，接下來下一案。

報告事項第四案：107年第3季門診透析服務點值結算報告。

主席 蔡副署長淑鈴

那點值結算報告大家有沒有意見？0.8619，好，大家有沒有意見？0.86已經比最差的狀態是0.82，平均點值應該是0.82，好，大家有沒有意見？好，沒有意見我們點值就確認了，接下來討論事項第1案。

討論事項第 1 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。

劉林義專門委員

有關於品保款的部分，衛生福利部希望無障礙就醫環境的部分修在每個總額部門的品保款，採取一樣的原則，各部門原則上都是以 100 分為原則，所以我們透析的品保款大家可以看到在討論的 1-2 跟 1-3 這裡，有關血液透析跟腹膜透析那我們就一樣把這個指標加進去，那因為滿分是 100 分，所以我們是酌減第七項本來是每年是 10 分，減為 5 分，那另外 5 分就移來第九項，腹膜透析評分也是一樣，就是修正第七項，從 10 分減到 5 分，然後第九項就把這 5 分加進去這樣子，至於無障礙的環境定義這個部分，我們特別有加一個備註，大家翻到討論 1-4 頁的第三項這裡，依據衛生福利部研擬的原則並經過會議的確認，例如說基層部門就是會經過全聯會的確認，在醫院就會經過醫院協會的確認，在透析部門，我們想說會提到研商會議來確認，再來為增進鼓勵這個措施在討 1-4 頁加權指數的部分，有做一些微調，本來是說在 90 分以上是可以拿到全部的百分之百的品保款，因為這一項加進去，所以改為 100 分你才可以拿到到 100%的品保款，95 分到 100 分就只能拿到 95%的品保款，就這項酌減，以鼓勵大家能夠盡量去做無障礙空間這一塊，以上說明。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝，頁碼報 1-4 頁這裡多加了備註，依照衛生福利部研訂後辦理並經本會確認後生效，這樣可以嗎？文字修訂為研商議事會議確認後生效，那大家還有沒有意見？

楊代表孟儒

推動分級醫療跟無障礙的環境這當然都是非常好的事情，只是這個看起來像是設置標準，做評鑑用的，放在品質保留款的指標我認為不適合，大家贊同加上嗎？而且無障礙空間到底要做到什麼程度呢？其實大部分的透析診所應該都有做，因為很多病人使用輪椅，不可能沒有無障礙空間設施，只是要做到什麼程度大家不知道，所以是不是等定義出來之後大家覺得都沒問題了再把它納進去，會不會比較好？第二個問題，發放的指標的加權部分，據我所知在比較偏鄉地區的診所，要拿到 90 分以上，其實很困難，一方面他們的病人的情況比較差且年長，要符合指標，例如說營養狀態及血色素，因為營養不好血色素也會連帶受到影響，加上他們的醫療資源也是比

較貧乏，所以要把條件比較差病人，照顧到非常好，像年輕人那樣，其實不太容易，所以用 100 分當作是 1 好像有點為難，是不是不一定要改成這樣，就用延用原來的標準就可以？

曾代表志龍

我表達一下意見，以前用 90 分當標準其實是有一個彈性，因為對於一個基層診所來講，它不可能所有的一些硬體設施或是所有的一些作為都跟醫學中心一樣的標準，所以當他在做某一些事情的時候，其實它已經先天上受到一個很大的限制，所以我們在做一些符合這種所謂的品質保留，事實上有一部分我們是直接放棄，很多基層診所是直接放棄的項目，直接放棄的意思是說，反正這個部分我已經不考慮，你再叫我怎麼去改我也很難達到，所以你用 100 分當標準，對這些已經很努力在盡力改善基層基礎設施的基層醫師，其實這是一種侮辱，這是我個人的意見。

台灣腎臟醫學會 林秘書長元灝

主席我再重複提一次那個楊醫師所講的，就是關於那個無障礙空間實際上它跟我們透析品質到底有什麼關係，這一點是我很質疑的，那我覺得把它放在一個指標還佔有一個指數，我覺得這個實際上不是很恰當，謝謝。

張代表孟源

主席、各位委員大家好，其實關於是不是說要無障礙空間的話，當然有很多的身障團體都在大力推動這個問題，但是假如一個新增的項目，是不是就是可以把它列為加分的項目，那就是說原來第七項還是維持 10 分，但是這個新增的就是 5 分，那假如說能夠通過的，加起來就是 105 分，那這樣有鼓勵的性質，也有宣示的性質，那也不會說因為新增了一個項目就影響很多洗腎病患的權益，我是覺得說能用鼓勵代替會更好，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

等一會請醫管組的玉娟副組長跟大家說明，大家還有沒有意見？

鄭代表集鴻

就是說這一件事情如果是部的政策，我想大概就是就執行吧，因為就廣義來講，無障礙空間就是對老弱的病人有好處，我個人是贊成列入，因為既然是長官的意思，那大家也不用討論了，長官就是要做，但是我比較在意的就是說，如果真正是想要推動分級醫療，在透析方面有沒有更積極的作為，這個之前很多會議我都有發表過，

就是說現在其實病人還是滿集中在超大型醫院，那是不是也可以比照我們落實醫療辦法，每年把 2%轉到基層，這個可能是更實際的分級醫療的一個做法，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝，這一題超過本案範圍了，本案只在討論品質保留款，鄭代表所提為另一議題，請玉娟副組長跟大家說明有關無障礙空間這個部分。

劉玉娟副組長

大家午安，其實無障礙這個目前是部裡面很重視的政策，身障者的服務希望我們在各個總額部門，尤其是基層診所的部分，能達到有服務病人的品質能夠提升，誠如剛剛顏醫師的建議，有點到我們部長的一個期許，所以在開這個會的時候已經開了 7、8 次了，就是針對無障礙這個部分，那未來衛福部是已經有指定醫事司還有國健署，就是針對認證裡面的條件和內容等它研訂出來以後，只要有認證的名單過來，我們這邊就會把那納為以後在做品質保留款研議；那第 2 個，就剛剛也有與會代表提到說，是不是可以用 extra 外加，因為部長是希望說我們真的是要表示出我們對這件事的重視，所以他希望是正式的納到一個一定的權重，而不是用外加的方式，以上補充。

主席 蔡副署長淑鈴

這些議題我們在跟部討論的時候都有提出來了，而且都有政策指示，我想我們也不用再討論了，可以再討論的是，是否壓一個但書，有關無障礙空間的定義，依照衛福部研訂之後經本會確認後才生效，假定在今年的過程當中都沒有辦法通過，那就是維持原來的分數，其他的再討論也沒辦法改變；另外，何謂無障礙空間，之後再提到這個會讓大家討論，是不是大家可以接受的，這樣好嗎？

羅代表永達

我再提醒大家就是說這個 5 分本來是要電子支付的，跟這個根本沒有關係，至少改成部分負擔跟病人、醫療品質還有一點關係，所以我覺得這個既然能接受那就接受了，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

本來有兩個題，一題是行政院交辦的行動支付，現在經由大家不斷抗議之後，也就沒有再提了，但是無障礙空間也歷經健保會討論，健保會也支持無障礙空間對於身障者的就醫是有幫忙的，所以是一定要列，且是必要的分數，這兩題都不用再討論了，至於大家是否做的到、是不是合理，我們還會提會討論，那時如果無法執行，那就恢復修正前的分數。

蔡代表宗昌

那如果要加入照這個健保署的規定，計畫目的那邊這三項好像全部都沒有跟無障礙就醫是有關的。

主席 蔡副署長淑鈴

好，那計畫目的三，稍微改一下，鼓勵有效管理腎臟疾病藉由品質監控輔導門診透析院所及獎勵機制，持續改善療品質與服務品質，提升我國腎臟病整體的醫療照護品質，這樣好不好？那就謝謝蔡醫師的提醒。大家還有沒有其他意見？好，如果沒有意見，我們這個案子就算討論通過了，我們今天把多一點時間花在討論事項第2案。

討論事項第2案：「5年內擺脫洗腎島惡名，節省健保醫療資源」援腎計畫。

畫。

主席 蔡副署長淑鈴

本案今天還有邀請食藥署、國健署及器捐中心的代表都一起來參加，那我們接下來請黃總裁來說明。

黃代表明和

因為這個案子是我召集的，但是是我們醫院的李文欽副院長推動的，能不能請他說明一下，然後我再講一句補充。

彰濱秀傳醫院李副院長文欽(黃明和代表陪同人員)

主席、以及各位代表大家好，我是彰濱秀傳醫院醫療副院長，也是腎臟科醫師，總裁這個提案也是構思了我們腎臟界一直希望能夠改善這些腎臟病人這麼多的一個問題這樣，今天聽各位委員在報告的項目裡面也是都圍繞在這一些問題裡面，我想現在腎臟醫學會也都在推動，第一個就是對於民眾的腎臟病的自我照顧，我想這裡面就有提到了，要加強民眾對腎臟病認知的教育，剛剛有幾位委員有再提到包括中藥、包括西藥等等，這些對腎臟有影響的藥物我們怎麼樣再去加強管理，然後第三點就是對於慢性病，剛剛洪院長有提到，慢性病其實造成我們腎臟惡化的一個很重要的因素，特別是糖尿病，所以對於這些慢性病怎麼樣能夠整合去照護，再讓它的效益更提升，這個也是我們可以再討論的一個議題，第二個部分就是對於剛剛有提到的，腎臟移植是解決腎臟病、這些透析病人很重要的一個因素，由剛剛的簡報也看到，腎臟移植他的花費是低於我們透析的一個花費，所以能夠去鼓勵這些患者接受腎臟

移植，應該也是可以解決我們這個醫療花費的一個很重要的因素，第三個就是，剛剛有提到有一些患者有 80 歲以上或者是使用呼吸器，這些病人怎麼樣去溝通，然後讓這些無效醫療降到最低，我想這個也是我們可以討論的議題，第四點就是，總裁一直希望透析的病人可以回歸社會，可以做更多有意義的事情，所以我們的第四個提案就是希望透過這些團體，能夠讓洗腎的人他不再覺得自己只是在延長生命而已，而是能夠回歸到社會裡面去，第五個剛剛也有很多委員都有提到了，除了 Pre-ESRD，除了 Early CKD，我們是不是可以有更早的一些教育，特別是在國中、國小、甚至是大學的時候，對於這些學生就讓他對腎臟病有一些認識，這個是細水長流，可能它的效益不是短期間之內的，那但是對於長久的整個腎臟病的控制是很重要的一環，以上補充，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝李醫師，李副院長，那大家有沒有意見？

黃代表明和

我再補充，大概這個案子你們都講過了，我們都知道，我曾經參與腎臟科，洗腎納入健保的立法，這個政策很多東西需要我們的健保署及衛福部幫幫忙，還要有立法院，因為黃淑惠執行長是最後一任，能夠讓他來幫忙各位推動，主席讓他能夠造成輿論壓力，可不可行？可以啊，所以其他問題就是剛剛我有跟理事長講過，日本的活體換腎經過立法律規定，馬上增加十倍的活體換腎，這個也是法律的一個政策，所以很多東西可以做，但要怎麼達成值得去討論，達到 5 年內排除所謂這個洗腎島名詞，醫院都有在做 KPI，都有做 Pre ESRD，我相信這個一項一項來做每一個願景，聽主席講剛剛瞭解，之前已經開的很多會，我覺得很好，這是一個我的夢，也是你們的夢，有夢最美，希望相隨，對不對？所以看各位怎麼做？我是第一次參加，謝謝。

張代表克士

我支持黃總裁的提案，以下是我的意見：

一、今年大總額協商(在 107 年 9 月舉行)，有關透析總額部分，本人擔任醫界協商代表，當天的狀況相信腎臟醫學會的夥伴跟我感受一樣，醫界同仁辛苦付出這麼多，提供好的照護品質，在全世界名列前茅，但在協商時付費者代表似乎不領情，感覺像是在喊價，只問成長率要多少，他們願意給多少，其他的都不想聽，其實就是討價還價的過程，試問，現在五大總額中，透析點值最差，做一塊給八毛多，合理嗎？

我當時也表達，若要扭轉那麼低的點值，至少總額預算成長率要高於實際人數或點數的成長率，才有可能逐漸讓點值提升，而依現況實際之成長率大約 3%，所以在極力向付費者代表爭取下，才有最後 3.1% 預算成長率的結果。

二、目前每年新增洗腎人數約 1 萬 1 千人，而死亡 8 千 6 百多人，每年淨增加人數為 2513 人。新增的人裡面，很大部分是愈來愈多的慢性病，像三高尤其是糖尿病，因為近年來醫療品質與新醫療技術的提升，讓存活愈多，例如前幾天有一個中年男子在我們員榮醫院的門診倒下當場失去呼吸心跳，經我們團隊的緊急搶救打通阻塞的血管救回一命，像類似情形，在過去多半無法救治就走了，但當這些上游科別能夠搶救生命，就有一部分的人有機會延續生命從慢性腎臟病演變成為洗腎患者。而這些病患進入洗腎後，因為透析照護品質好而存活，所以退出者少，退出者包括死亡及換腎，兩者相較於進入者少很多，如此就會不斷累積而增加病患，其結果卻造成點值滑落，這種狀況像是對照護品質好的變相懲罰，實在不公平。而另一個造成透析人數增加的重要因素是人口老化，看看現在老年人口在透析病患的佔率便知。

三、在前述狀況下，若要做大刀闊斧的改革，我建議拉高層級召開國是會議，由健保署向衛福部再層報行政院往上反應，或由黃總裁在立法院的厚生會協助，提出“擺脫台灣洗腎島惡名”的大主題，引起社會共鳴，也提醒全體國人注意自身健康，實際做法如下：

(一) 跨部會：包括衛福部、教育部(從小教育學童建立正確觀念)等。

(二) 跨署司：衛福部內除涉及健保署，還有中醫藥司應參與討論中藥相關議題，以及國健署應推動民眾健檢，提醒民眾早期預防及治療三高(很多民眾有多種慢性疾病而不自知)。

(三) 跨科別：整合相關科別，除腎臟科外，如洗腎上游的心臟科、新陳代謝科、或家醫科等，以及常開立止痛藥的骨科、風濕免疫科、復健科等。

聯合各科設法減少病患進入 CKD，或者在 Early CKD 時即積極介入，以避免進入 Pre-ESRD，因為此時多半已難以挽回。以上我的結論就是要把這個大家關心的話題擴大及拉高層級成為全國性的議題，集全國各界之力，大家一起來做才容易成功。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝。

台灣腎臟醫學會林代表元灝

因為我參與這個會很久了，那我很感謝黃總裁提了這麼多好的意見，但是因為我過

去，實際上我也參與過弱勢團體的建構，所以很多事情我都參與過，那我們也知道說問題癥結在那裡，但是到目前為止我看到的這些實際上的這些討論，我認為我們在這邊講得再多都沒有用，因為健保會也不見得會接受，然後相關的事物我們在這邊說要推動也會有很多障礙，所以就剛剛張院長講的很有道理，就是我們應該把層次再提高一點，實際上我認為不是說不應該討論，而是說在這邊討論我覺得我們會花很多時間但是得不到效果，我覺得說我們應該把層次再提高一點，我們可以由別的團體或別的單位，譬如說我假設有一些東西我們拿回腎臟醫學會來，討論完我們再去建議主管機關或建議相關單位來做需要做的事情，我覺得會比較有效，因為在這邊我們這個會主要還是針對在透析品質跟整個透析給付相關的事情，那我覺得這個東西，這些議題裡面似乎能夠 touch 到，或是能夠產生影響力的我覺得並不明顯，所以這是我個人的建議，我認為說我們應該把層次再提高，就像張院長講的一樣這樣，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

那還有嗎？

鄭代表集鴻

主席，我的看法其實跟張院長、元灝其實一樣。我個人參加這個會議也蠻久了，跟張院長、羅院長，其實我們都 5、6 年以上了，所以黃總裁提出這 5 點，我們之前都討論過了，那討論到最後就是沒辦法，我們光是要邀請國健署署長，請他來一起開會，都不可能，更不用說教育部長，所以說其實在這裡討論真的是效果有限，那大家也知道癥結在那裡，問題在那裡，所以又回到剛剛我們那個議題，我認同洪院長的看法就是說，我們這個會的定位到底是什麼？如果說我們是透析總額醫事會議，那理論上應該就是主題就是國家給我們這些錢，我們怎樣讓這些錢發揮最大的效益，那用來照顧這些已經透析，甚至或者是還沒透析的這些腎臟病病患，這個是我們會議的主軸、主要目的，那至於說要怎樣減少洗腎病患，應該是另一個會議，那剛剛張院長我很同意，這個就是國家的議題，絕對不是說某一個部門討論就可以執行的，那這個層級是很大的，這個有點類似的比喻就是說，一個國家財政部門跟經濟部門其實是獨立運作的，那個財政是要收錢的，經濟部門是要花錢，好好的用錢，那我們這個會議理論上應該是屬於經濟部門，就國家給我們這些錢，我們要怎樣把他用到最有效，每一塊錢都花的最有效益，這個是我們這個會應該要討論的，但是我們真的是說太多時間在討論怎樣減少花費，那是沒錯，但是討論的結果都無法執行，

除非說黃總裁今天真的就是馬上號召一個國事會議，那我們當然就是大力支持，就把我們以前討論的結論都一起來，都拿出來執行，這樣就一定有幫助，以上是我個人意見。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝。

洪代表冠予

兩件事情，第1我會覺得我們這個會議就是要做什麼事，就是要讓這個會議發揮他該有的功能，就像剛剛集鴻講的其實比我更清楚，我覺得這樣的話也許我們一個小時會就開完了，因為就是要解決的問題，我們是要解決問題不是要討論問題，第2我也贊同剛剛大家講的意見，就是說其實說實在解決這個問題專家在那裡？就是在這裡啊，專家從醫中到理事長，到未來的理事長，到前任的理事長都在這裡，既然大家在這裡，絕對會比召開國事會議可能更好，國事會議都是很有 power 的人，但是他們還是要徵詢在場的各位專家，所以我是覺得應該是建一個事情，就是把這些人抓出去，就是說挑一些人去做什麼，就像剛剛講的的有專家小組去討論這個議題，但題目其實議題我覺得黃總裁講的很好，我們其實都知道，那我會建議往前走一步，因為走一步其實還是會做一個 2*2 的 table，就像畫一個 X 軸、Y 軸一樣，就是那個 impact，就是這裡提了這麼多方案或這麼多方法，比方說從小學教起，或者是，到底那一個 impact 最大，這個是可以畫出來的，這個是第1個，第2個，那還有就是到底那些是目前策略是不夠的，已經知道但沒在做，還是做不到，或者是怎麼樣，那你就可以畫出來就可以知道那個象限是最重要，那這個東西要怎麼畫出來，其實也很簡單，我想我們副署長和在座專家，假設舉個例子，就把這些題目，就所有的這些要點，從這裡 1、2、3、4、5 所有的要點，去打兩個分數，就是說你覺得他 impact 到的，第2個你現在覺得他做法是不是不足，那每個人打出來分數加起來去做專家訪談，就得到這資料，我們讓學生寫碩士論文就是這樣寫出來的，所以就可以把這些東西形成你的專家意見，然後轉成你的政策，你覺得有那幾個 action 可以做到，然後交給那個小組去看看去做，那這樣的話也許就是雙軌進行，就是專家也在那邊，然後那些提案出來了以後再到這裡報告有什麼好處，因為這裡的會議才有效力，然後效力完了以後，那一題就透過幾個重要的，像總裁或是，那大家這樣看就有一點像是在往上呈出去，那這樣看的話路就會比較快，然後我們這個會也專心的做會上的事情，那每個離開這個會場，就是出去開會回去會知道我回去我有幫腎友爭取到

什麼樣的方式，或者是我又爭取到什麼樣的方法，知道怎麼樣去照顧我們的病人，那也許這樣的話兩個各有所司，那我的建議是這樣，但是是同樣這群人，但是在不同的地方做不同的事情，這是我的建議，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

好，請張醫師發言。

張代表孟源

主席、各位委員大家好，其實就是關於腎臟病真的是已經國安的問題，這已經是國家重要議題，就是這大家都有共識，但是我還是要針對這個提案，就是關於第1點，鎖定慢性腎臟病的前端管理，那其中有四個要點，是前面三點大家都是完全認同，那第四點就是成立多專科慢性腎臟病照顧團隊，那我們也是希望是說，剛剛我提到、再次的發言也提到說，多專科慢性腎臟病團隊及多重慢性病的整合照顧，我也覺得說希望說除了多專科還有多重疾病的照顧，這些應該對於減少洗腎、減少腎毒應該是有幫助，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝，還有嗎？請張院長。

張代表克士

謝謝洪院長的指教，但我覺得我們並不是在做研究計畫，我們是要克服困難及解決問題，像前面討論的，我們光一個 NSAID 的使用要去影響別科醫師都有困難，你認為我們這個小組會有辦法做什麼事情？我們在此只能處理腎臟科醫師而腎臟科醫師用 NSAID 不是用最多的，所以我說這個問題是因為跨太多的科別、層級跟部會等等，像涉及國健署的政策推動，我們有可能請國健署署長來我們這個會議嗎？在場有國健署官員嗎？

主席 蔡副署長淑鈴

有。

張代表克士

對，有國健署官員來，但重大政策的制定或推動可能需要署長參與，而且還涉及其他很多的署、司(如中醫藥司)等相關部門，所以我覺得要拉高層級，要跨部會、跨科別，需要好好整合，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝，那還有嗎？請宋教授。

宋代表俊明

事實上我蠻同意張院長講的話，因為事實上都在做，那做的裡面有些是在玩真的，有些是在玩假的，那譬如說，我們現在所謂的 Early CKD，那叫病人回來吃，半年回來吃藥，那有收案沒收案，你有沒有做衛教，那你每一次、每一年都會給獎勵費，你要做營養衛教，要做他這個什麼很多這個健康識能的衛教，這根本不可能，他又跨很多科別，其他科他怎麼可能去跟你做腎臟病的衛教，所以基本上很多都沒有落實，那我們一直說老人化、老人化，老人化其他的先進的國家，他很多的醫療事實上他也很進步，但是他們的 ESRD 沒有我們這麼高，那其他亞洲的國家 ESRD 也沒有我們這麼高，事實上他有很多問題在裡面，那就看大家要不要做，真的是要跨部會，而且要一個真的有權責的人去推動這個東西，譬如說我們也知道用藥是很大的一個問題，我們現在手上 Pre ESRD 的病人，他明明就快洗腎，我們知道他不能吃其他很多的藥，但是電視上就跟他講三支兩傘標很好，這是你所有的廣告你連管都沒管，地下電台那時候在台南市叫賴醫師管他也管不了，也不敢管，就是很多事情問題知道在那，就是你有沒有膽子要去做，那這個小組的話，整個提出的問題又回來了，再丟回來看看到底要怎麼做，那我們現在做不了的先放著，做的了的先做，那一直在這邊繞圈子你又來，我們也不是不知道問題在那裡，以上報告，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝，那大家還有沒有意見？看起來大家是覺得黃總裁提的案子其實是很大，5 年內要擺脫洗腎，其實黃總裁早該來了，我們已經過了好多個 5 年，對不對？所以真的是一件不太容易的事情，我們之前也在部裡面成立了一個推動腎臟病防治的計畫，屬於部的層次，沒有到張院長的所提國事會議，若是國事會議應該是總統層級了，但是經過 5 年的討論，後來就多了一個 Early CKD，再全面的做一些，另外藥品的部分也有委託國衛院，做腎毒性的藥物研究，除此之外，國健署也做了非常多的宣導；器捐的部分，器捐中心也協助做了非常多的推廣，可是顯然，光是這樣還是不夠，但大家都有在主管業務範圍內都做了一些事情，可是對於這個根本的改變是沒有的，並不是宣導沒有用，另外醫師的行為，給藥行為，照顧行為，然後還有民眾的觀念，包含鼓勵器官捐贈的推廣，與無效醫療的減少，這些最終都落在醫療服務提供者，但是能不能做到就是涉及到跨科，所以由醫療專家來討論應該是最確實的，要怎麼樣能夠讓這麼多的相關的專科醫師或者是 stakeholder 能夠對病人做最好的處理是最重要的。剛才各位先進都提得很好，顯然這個會議這樣子討論是不會

有結果，需要有個專家小組，如同洪院長說的，其實專家就是在這裡，在現場這些人，因為會上有協會的 leader、院長、理事長、教授，請各位專家們應該幫大家把脈，研擬出行動計畫來做才有辦法，政府部門相關的業務權責是一定會做的，但如何研擬出有效的行動計畫其實是很重要，包括總裁這邊也有厚生會，有牽涉到立法或者是修法，那厚生會這邊就可以又啟動另外一波協助，不曉得這個案子黃總裁你覺得我們怎麼樣做會比較好？

黃代表明和

我覺得我們不是說在立法院影響多大，但是厚生會還在，它也不分黨派，以醫保、社服還有環保為訴求的目標，因為我們就是所謂的降低洗腎策略，我覺得剛剛洪院長講得有道理，把它當作研究生的研究輕重等級去定義一下，然後我們請專家會議討論，所以我才來參加，如果不是專家會議，你們要錢的是那個總額協商，那個我參加過一次，嚇壞了，每個在要錢要錢，連那個工商協會的人看了笑死了，你們醫生都在搶錢，很難看，但是今天的會議不錯，大家品質很好，至於怎麼做，反正就是我們這個專家，我不過是協助，我的目標是明年以病人為中心，那病人重視什麼？如果是活體換腎當然是脫離苦海，那如果不是脫離苦海，過了，就回歸社會，我問過我們醫院回歸社會多少，我問過，他們去調查，30%回歸工作崗位，70%做什麼？依靠親屬，這個很麻煩，我的意思是能不能讓病人回歸社會，把這些費用能夠有效地用到其他病人身上。國事會議是總統建立的，但是立法院討論，我是講到這裡為止，如果能夠成為一個案子繼續研究的話，來執行、來推動的話，我更高興，謝謝。

鄭代表集鴻

還是希望我們這次新會期，新人新希望，黃總裁的加入，黃總裁德高望重，是全國知名人物，真的希望也對我們這個會能夠有一些突破，不然好幾年一直開下來感覺大家都覺得蠻沉重的，尤其是副署長每次都很沉重，我都有看，不好意思，那現在就是，因為我們這個會，我覺得真的初心很重要，基本上我們還是就是要把這筆透析預算好好的照顧我們的透析病人，這個才是最重要的一點，所以剛剛黃總裁說看到會議在要錢，不喜歡看到這樣，可是我們這個會議真的其實就是討論要怎麼樣用錢，剛剛張院長也講到很關鍵的一點，每年我們在這裡講了很多要怎樣預防生病、要怎樣做，可是真正關鍵的、需要預算的時候，就不被完全尊重，就是完全不顧病人的成長多少，那這個真的是很不合理，幾乎到了不重視病人生命權益的事情的這個程度，所以是不是我們這個新會期開始，我們能夠真的是利用這個會，每年在要

進入健保局總額協商的時候，在我們這個會就可以提出一個成長預算，很合理，大家在這裡釐清討論，我們也有付費者代表，每年在這裡就提出一個合理預算，不用再到那個會被無情的修理，這真的是很沒有尊嚴的事情，我希望是不是我們這會期能夠朝這個方向來做，希望能夠呼應張院長提出來不要再用這樣子用預算被羞辱的事情，這是一點，至於說第2點，我們要怎樣減少洗腎，我記得我們大家之前也都討論過，如果說真的要真正預防，從最根源，就是從小學開始教育起，那是不是黃總裁可以對我們教育部把這腎病防治納入課綱？我相信5年、10年後，應該就會有成效，這是第1點，第2點就是說鼓勵捐贈，我們之前也討論過，就是說，很多西歐國家都已經實施，你不拒絕就是同意器捐，我們是不是也可以來立法？這樣或許會比辦駕照、請他填還有效，就是只要你沒有承認拒絕你要器捐，你就是視同願意，這點可能會比較有效，以上。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝，還有嗎？請，吳院長。

吳代表麥斯

今天第一次來跟大家學習。剛剛總裁他的回答，大家非常同意，其實這一直都是很大的問題，至於說剛剛大家有悲觀的地方，我們從國衛院的這些數字看起來，其實我們真的做了很多事情，也真的有效，病人在增加，但是在這10幾年pattern完全變了，就是我們健保署跟國衛院一起，其實我們現在年輕人的透析已經少很多了，越來越少，而且還是against全球的趨勢，我們增加的都是75歲以上甚至80歲，所以真的老人是有問題，那剛剛張院長提的那個也真正的是我們現在要繼續要做的事情，其實現在我們醫療太進步了，像那些AMI的通通回來，以前是死亡超過一半，現在都回來而且有CKD，那個以後都是candidate，我們照顧得越好，這樣的人越多，所以現在我們data base已呈現病人越來越老，我們增加的主要在75歲以上族群，平均我們的透析進入年齡已經到67歲，所以這些意見都非常好，我們也一件一件在做，目前我們少一塊就是急性腎衰竭這個部分，那我們再看國衛院的這整個data裡面，急性腎衰竭的部分，急性腎衰竭接受第一次透析以後，只有10%幾的人進入我們的CKD照護系統，這樣的病人可能會占我們末期腎病新病人30%以上，還有我們剛剛提的，所謂的不明原因CKD，我們發現第一次透析有50%沒有腎臟病病史，當然很多是急性的，沒有明確的傳統慢性病危險因子，這些是我們現在沒有解決，傳統危險因子控制，例如三高，我們做得很不錯，而且已經是全球典範，那個部分所造成的

末期腎病也一直在減少，糖尿病的比例也沒有再增加，最後還是非常感謝主席明智的決定，我覺得這件事還是應該先到一個專家會議，像石化主持的專家會議，我們覺得應該把這件事情再請各位學會的前輩專家們，再把這些實際情形放到裡面去以後，我們把他變成一個 actionable 的一個 strategy，然後再來整理報告，我想這樣會比較明確一點，因為這個是非常全面的事，如果我們自己沒有做，一下就請總裁去立法院，也會不知道要說什麼，所以我是非常贊同主席的結論。器捐的話，我們看到數字也沒有那麼悲觀啦，其實我們的活體捐贈一直在增加，是很漂亮的比例，但是屍腎那邊也有一些現實上的困難，接受者也是一個問題，我們的新透析病人，準備要接受移植，年紀通常很大，隨著社會改變平均年齡上升的時候，我們在傳統的一些 criteria，還有一些準則也需要改變，以前都說 60 歲以下才移植，現在新透析病人的平均年齡就 67 歲，我們在醫界也要隨著一直改變，我覺得移植也不是說的那麼差啦，真的是沒有那麼差，各醫院裡面其實活體移植也真的是在增加，在這幾年來，活體是明顯的增加，所以我覺得，但也說一句老實話，你就算再捐個 500 個好了，也不會馬上解決透析人數上升的問題，杯水車薪，這是一個文化的變化，我們持續進步、改善、推廣，但是我覺得如果剛剛講的 priority，其實 AKI 那個問題是更大，就是在不同科裡面，照顧的非常好的那些病人從死神那邊叫回來的，就是交到透析室，真的是這個部分反而在 priority 上我覺得是應該比較重要，而且還很快就可以看到成效，守住這些人。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝。

盧代表國城

謝謝主席，我想也感謝各位先進，尤其吳院長做進一步的說明。我想我還是要講稍微心情好一點的事，因為這十幾年來，每一次來還是大家都很沉重，難得今天真的是，可能是我們總裁來了，大家心情可能比較沒有那麼低落，就是稍微分享一點，我想沒有特別報告，就分享就好，第 1 個就是說，因為總裁交代我們對 CKD，尤其對民眾影響這部分，我想事實上從健保署、國健署、腎臟醫學會一直從 2003 年開始，包括從 Pre-ESRD 到 Early-CKD，事實上我們民間社會的力量也是蠻不錯的，包括腎臟病防治基金會，我們每年至少有辦 55~60 場，不管在山上、在海邊，非常偏鄉，一年至少可以包括做一些篩檢、衛教活動，超過一萬多人這些民眾，從這些數據分析，我們可以看到很多的 CKD 事實上 awareness 上沒有那麼低，這個 2008 年包括發

表的可能就 3. 幾%、2. 幾%、5. 幾%，現在到市區去訪問，可能可以到達 80%以上，可是呢，城鄉差距還是很大，譬如說在偏遠的山區、在偏遠的海邊，事實上就醫困難，很多可能因為交通的問題、因為生活支出的問題他可能沒有辦法有效的就醫，甚至沒有辦法有效的追蹤，事實上藥物利用率沒有一年，但是即便這樣，就是說這些民間機構去募款，各大企業來捐款，做了這個 CKD 衛教，我想這個是我們腎臟醫學會我們每一年辦的活動之外，而這些活動台灣腎臟醫學會透過國際交流，包含日本、韓國、美國報告，所以在去年 12 月，就是前 2 個月，在國際腎臟醫學會給聯合國的報告書裡面就特別提到，就是說台灣的 CKD 是足為全球可以學習的榜樣，這給聯合國報告書講的，我們也提供給大家，所以那時候去年 11 月我們在美國報告的時候，我們就要求國際腎臟醫學會理事長講說「你這個給聯合國報告書應該幫我們寫進去」，他也同意，所以有兩段有特別提到台灣，那在 CKD 這邊大家做的努力，像是這麼多前輩、老師，還有這麼多的包括政府機構等等，大家一起來做這個努力，事實上這個全球都蠻認同的，包括我們楊前理事長在 2017 年得到 pioneer award 腎臟醫學會，那也就是說事實上聚焦在學會這邊我們在 CKD 其實也有一點成果，甚至 2012 年在世界衛生組織給聯合國的報告書也特別提到我們開始做 CKD 的衛教，達到一個非常有成效的一件事，所以在 2 個月前給聯合國的報告書特別提到 CKD 衛教，然後也為將來疾病的負擔減少，事實上你看，從全世界這十年來的透析病人的發生率，全球大概都在用 3%~5% 的平均在成長，尤其現在的氣候變遷，事實上這個直線還一直往上竄，所以為什麼全球腎臟醫學會，甚至世界衛生組織都非常的關注在透析這一塊，事實上台灣做的，我們也去國外推廣 CKD 衛教，包括比利時、聖克里斯多福，甚至在尼加拉瓜從去年開始，現在是在高雄醫學院幫忙 training 他們的腎臟科醫師，這個都是你有這個成果，人家才讓你去，同樣的，就跟吳院長剛剛交代提到的就是說在 AKI 這個部分，我們學會代表也跟副署長提過很多，去年 9 月亞太的第 2 屆的 AKI 的大會之後，全球 7 個國家的理事長過來，包括美國、日本，事實上我們報告之後他們很驚訝，台灣做的應該還可以，美國理事長、日本理事長都說他們要跟台灣來學習，甚至在全球國際腎臟醫學會的理事長，包括亞太腎臟醫學會都在大會裡面成立一個 AKI committee，就是急性腎臟病的學術討論會，包括亞太的，當然是我們現在台北榮總陳醫師推薦他當秘書長，就是說將來亞太所有 AKI，當然 AKI 我們登錄目前還沒有做的很好，如果從吳院長這邊分析台灣的資料，事實上這部分我們也是要做努力的，在聯合國報告書裡面，甚至在透析的病人要減少負擔，他第 1 個提的就是 AKI，

第 2 個就是 CKD，第三個才是 ESRD 去把他治療好，所以這部分拿來跟大家分享一下。至於在中草藥或是說來路不明的藥物對腎臟的影響，我想這幾年我們一直跟國衛院一直也在努力做這方面，當然可能還有一些要努力的方向，去年出了一本書，就是各種腎臟損傷的藥物，也經過好幾百個醫師一次、兩次、三次溝通協商後去校正，至於這些慢性病，包括糖尿病、高血壓、腎臟病，多重疾病的整合照護，我想健保署這邊或許一直都有整合型的治療計畫，一直在做，但是可能成效看起來就是說還是有努力的空間，所以國衛院在最近半年也一直跟腎臟醫學會在協商，就是說多做一些 comorbidity 台灣腎臟病整合的這些，那是不是說我們從研究計畫的模式，最後整合變成一個醫療的政策，可以提供政府來做一個參考，所以這部分我們也是在進行當中。

另外一個就是在移植這個部分，我們就以日本的經驗，所以我剛才跟黃總裁分享一下，過去日本這麼大一個國家，人口比我們多快到 4 倍，但日本一年換腎 200 多個，比台灣還少，你像馬來西亞一個回教國家有宗教信仰，回教的人斷氣之後 24 小時要入殮，所以像回教國家你根本不可能推換腎，因為你只要做器官移植一定會 delay 到 24 小時，他認為對祖先大不敬，所以回教幾乎都沒有移植，可是你看北歐，包括冰島、挪威 65% 病人是換腎 35% 在洗腎，所以大部分來源還是 living donor，活體的捐贈移植，我想健保署這邊也從善如流，至少配合 donor 這部分，這幾年已經開放，但是對雙方兩邊要請假等等，這是困難度蠻高的，living donor 本來約 120、130 個，假如用 5% 去看看，增加了 30%，可是我們用總量來看還是不夠，可是你看日本從 2016 年放寬 living donor 親屬間的限制，就是一年 200 個瞬間就變 2,000 個，所以為什麼在 Lancet 發表了文章，日本的 CKD 治療增加了 15 分，雖然 2017 年那個文章出來，事實上他們其實有一些問題，所以 2018 年我們雖然有回文給他，那他們也同意，就說我們做的也不是很好的，不希望造成學界方面的衝突，所以我們的字就寫得非常保守，文章的 title 用 challenge 也是建議這樣用的，我們本來用是更保守的，所以這邊只是跟大家稍微分享一下，事實上非常多腎臟科醫師除了病房也甚至在假日也都願意做 CKD 的衛教，甚至做這些防治，但是每每就是像總裁講的，到預算的時候，好像感覺上永遠都是輸人家，可是不管我們到美國、日本、韓國、歐洲，事實上我們每一次去演講都是揚眉吐氣的，這幾點跟大家分享一下，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝。大家還有嗎？秘書長？

台灣腎臟醫學會 林秘書長元灝

謝謝。主席，我首先要感謝我們理事長，他這幾年他很常都在跑國外演講，也為我們腎臟科付出非常的多，非常多心力，而且也為我們台灣爭取了相當多的國際榮譽，在這裡我們要公開的謝謝他；同時我也很感謝麥斯院長正式加入我們這裡的討論會，因為實際上麥斯剛剛講了那麼多的數據，還有那麼多的 data，因為他在我們學會裡面扮演了一個很重要的角色，就是資訊委員會，所以他手上有許多資料可以提供給大家，他的數字都比較精準，所以他的意見我覺得是非常寶貴。另外我要提的是，在這裡我們討論的是透析品質，我們怎麼樣運用有限的經費做好我們的透析品質，所以我希望給我們的經費不要太少，當然我們現在每一季公布的點值都有漸漸升高的趨勢，這是一個好事，可是實際上我們的成本也在升高，我相信是健保會委員不太願意聽見，但是我們真的需要更多的點值、更高的成長率，剛剛黃總裁也提到，因為健保會裡面的氣氛不太好，所以他不太，就是去過一次就不想再去了，在這裡，小弟我自動請纓，我希望健保署這邊能不能派腎臟科、有在做透析業務的人進去健保會裡面參與一席就好，當然小弟我個人是不怕被羞辱，所以我也很願意自己進去裡面公開的說明，能夠說明給每個委員清楚我們的透析到底在做什麼，我們的經費為什麼會花到這麼高，因為我在去年總額協商的時候，仍然有個委員會講一句很好笑的話，就叫做「以價制量」，「以價制量」是什麼意思呢？他給你的錢少一點，你的人數就會少一點，是這樣嗎？實際上我當場不客氣的就回敬他，透析沒有以價制量的事情，在醫療上也沒有以價制量的事情，他不是因為錢才產生了需求，這是倒過來，所以看看署這邊可不可以規劃讓我們腎臟科能夠，因為我們畢竟將來有可能有機會變成一個大總額，我希望說能夠先參與健保會的討論，好，以上，謝謝。

顏代表大翔

我提一個實際的問題，黃總裁提的這個意見都很棒，怎麼做呢？就第 1 點而言，怎麼教育病人？我覺得最重要的，我想很多人手機都會收到地震預告對不對？我想說國民健康署累積很多成人健檢的報告，有沒有辦法對於腎功能追蹤編號，比如說 stage 3a 病患的到 3b，或者有明顯蛋白尿的，類似這種告知病人訊息。像我在台南，行動醫院做最早的縣市，事實上衛生所在最後這個沒有很到位的程度，我想這是大致上的問題，我想這也沒辦法，就是說第 1 點，不要說教育病人，現在要讓大家知道說，我腎臟功能不好、在變壞，讓他知道要不要找腎臟科醫師，或找醫師來諮詢，這是一點，技術上能不能克服我不清楚，我想做得到的話，至少病人知道腎功能不

好，第 2 點，我其實真的蠻欣賞雲端藥歷的，真的會讓我們看到很多 NSAID 的使用，我建議在雲端藥歷可以新增跳出提示文字，腎功能不好的病人就會跳出一個框框，讓醫師都看的到，點進去就看的到腎功能不好，醫師必須小心用藥，因為門診忙的時候，醫師真的不會去點 data 出來看，忙昏頭了，我常常舉一個例子，我知道中醫師用這個藥，長期給病人用是有問題的，至少對病人告知對不對？但是要做到這一點要有配套，診所的檢驗配合檢驗所上傳檢驗報告並沒有到 100%，我希望署這邊是不是可以一個方法，壓力或什麼，讓他趕快上傳，因為我覺得以我來講，我配合的檢驗所就沒有上傳，我只是覺得對其他醫療院所不太好意思，也沒有辦法要求他要上傳，因為檢驗所軟體升級也要費用，但是我所知道的醫院大部分都有，如果說能做到這些，至少病人知道腎臟不好，第 2 就是讓醫師知道病人腎臟不好，不要用藥用得太多，要小心一點，實際上是會有幫忙，提供大家參考，謝謝。

台灣腎臟醫學會 林秘書長元灝

對不起，我剛剛漏講了一件事，對不起、對不起。就是剛剛講的品質保留款那個事，我們講是 100 分，可不可以就是不要這樣執行？我們可不可以就照原來的？好像是 90 分吧。

主席 蔡副署長淑鈴

這個已經討論過了。

台灣腎臟醫學會 林秘書長元灝

可是討論沒有結論啊。

主席

已經有結論了。

台灣腎臟醫學會 林秘書長元灝

請問結論是什麼？

王代表秀貞(謝武吉代理人)

不好意思。我覺得這個案子很謝謝黃總裁的提案，其實黃總裁雖然是第 1 次參與，但是他是非常資深的前輩，那新的年度有新的開始，我相信也會有新的突破，剛剛前面好幾位先進、專家都有提到目前的做法還有未來可以改善的部分，但是細節的部分，我建議如同主席說的，提到專家會議裡面再去做更深入的探討，但是我還是要再一次的謝謝黃總裁，因為新的改變讓從醫療界這邊主動來提出，未來在不不論是協商或者是總額的執行，都會事很正向的一個效益，謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

好，謝謝。謝謝大家提這麼多，主任？好。

台灣腎臟醫學會 陳主任金順

因為剛剛元灝秘書長剛剛提的。因為剛剛討論第 1 案第 2 項，剛剛主席沒有裁示。

主席

有。

台灣腎臟醫學會 陳主任金順

沒有、沒有，就是剛剛其實楊理事長有特別提到，因為提升品質我認為應該是要做沒有錯，我這邊可不可以建議，就是統計現在 100 分的院所到底達到多少？因為我們訂了一個很好的指標，可是假設這個指標，因為像現在又把障礙空間加進去，這樣子會不會造成，很好的政策，可是我要達成的目標根本沒達到，造成院所另外一個損失，是不是有這個機會可以讓大家都知道 100 分到底院所所有多少？謝謝。

主席 蔡副署長淑鈴

好，我們先把這個討論事項二先解決一下，因為你又回溯到剛剛那個題目了，怕會混在一起，我想這個討論提案二的部分是這樣，真的非常感謝大家表達這麼多的意見，當然黃總裁這個提案又再次把大家所提問題一起攪一攪了，大家又其實都做了蠻多的事情，學會這邊還有理事長、吳麥斯院長這邊真的也都做了非常多的事情，研究也做了非常的多，我想這樣子，首先我們現在研究已經做得夠多了，所有事情都已經很透徹，可是就是沒有一個可以 action plan，而且這個 action 是真的可以驅動到所有影響到這件事情的人，這是我們現在最欠缺的，所以我們真的需要一個專家小組出來，當時因為我們這個小組的三位專家學者其實一時之選，我建議今年小組可以重新召集，所以剛剛洪院長要走的時候，我說「你不要走，等一下要決定誰是主席」，他說要請宋教授，宋教授覺得如何？

宋代表俊明

麥斯院長有很多 data，建議讓吳院長加入。

吳代表麥斯

我沒拒絕的意思，我要釐清這個 data 是健保署的。

主席 蔡副署長淑鈴

沒關係，我們現在要組一個小組，應涵蓋本會三位專家學者、台灣腎臟醫學會、教授們、基層透析協會、醫師公會全聯會，小組的主席為本會議專家代表之一，專家

小組的會議決議再提到本研商會議一起來討論如何執行。我看就由宋教授擔任主席，把吳麥斯院長找進來。

宋代表俊明

主席指示我也不好意思推辭，但到時候會需要學會很多的專家學者，是不是理事長可以把這個議題帶回去學會做，雖然議題是在健保署，但請學會幫忙擔任秘書工作，由學會做一個 organize。

主席 蔡副署長淑鈴

學會當秘書工作可以啦！

台灣腎臟醫學會

我們全力支持。

主席 蔡副署長淑鈴

這樣就決定由宋教授擔任主席，組成專家小組。因為我們會議一季開一次，希望下次開會前有初步的結果。我們期待這些大道理從五年計畫已經反復講很多遍，但如何變成 stakeholder 可以執行的，需要專業上的幫忙，因為你們才知道那些可以執行，包含若有涉及到立法的部分。今天醫事司、國健署、器捐中心、食藥署都在，大家也都聽到，麻煩宋教授把黃總裁提案內容，如果有需要健保署提供資料，我們都樂意，那秘書單位請台灣腎臟醫學會幫忙，下一次會議請宋教授報告進度，會上再討論如何去執行。

補充說明，剛才腎臟醫學會詢問有沒有可能成為健保會一員，是不可能的，健保會的事情不是本會的權責。第三、顏醫師提醒有關雲端藥歷提醒功能，收錄下來請醫審及藥材組參考。這題到這裡，再回到提案一，請同仁說明一下分數的分布？

劉林義專門委員

血液透析 654 家，其中核發家數 493 家(70 分以上)，約占 75%，當分數達 95 分權重就是 1，共有 292 家，約占 6 成。

主席 蔡副署長淑鈴

所以兩位的疑慮都不存在，那還是 100 分為權重 1，今天兩個提案討論到這裡，請問是否有臨時動議，沒有的話就散會。