

「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 3 次會議紀錄

時間：108 年 8 月 14 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 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	請假	楊代表孟儒	楊孟儒
宋俊明代表	宋俊明	廖代表秋鐳	廖秋鐳
李代表妮真	請假	趙銘圓代表	趙銘圓
李純馥代表	李純馥	蔡代表宗昌	蔡宗昌
洪代表冠予	請假	鄭集鴻代表	鄭集鴻
張代表克士	張克士	鄭代表建信	鄭建信
張代表孟源	張孟源	盧國城代表	盧國城
張代表晏晏	張晏晏	謝代表武吉	謝孝佳代
梁代表淑政	梁淑政	顏代表大翔	顏大翔
郭咏臻代表	郭咏臻	羅永達代表	羅永達
曾代表志龍	曾志龍		
黃代表明和	黃明和		
楊代表五常	請假		

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	廖尹嫻
衛生福利部食品藥物管理署	盧秋燕

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

台灣腎臟醫學會

基層透析協會
財團法人器官移植登錄中心
彰濱秀傳醫院
本署醫務管理組

本署醫審及藥材組
本署資訊組
本署企劃組
本署財務組
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

黃紀諺
潘佩淇
黃麗如、何宛青、顏正婷、
鄭禮育
吳韻婕

林元灝、林慧美、林佳靜
林佳靜
曾庭俞
方冠雅
李文欽、賀昊中
吳科屏、劉林義、王本仁、
洪于淇、張作貞、陳玟蓓、
楊瑜真、許博淇、張毓芬、
黃曼青、鄭智仁、鄭正義、
楊淑美
宋瑞蛟、張如薰、詹淑存
李冠毅
陳泰諭
楊雅惠
林怡君、陳懿娟
麻晟瑋
張凱瑛
呂俞樺
陳秀玲
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、另下列事項列入繼續追蹤：

(一)序號3-透析專業醫療品質監測結果中，有關研議新增透析存活年限統計之可行性。

(二)序號4-慢性腎病患者管理與預防之相關策略初步結果中，有關雲端藥歷系統新增腎功能不佳之提示功能。

(三)序號5-其中關於透析診所進行C肝病人轉介治療，俟今年本署爭取到足夠經費始透過透析診所進行轉介治療案。

(四)序號6-NSAID藥異常者篩異指標管理機制。

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：108年第1季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認108年第1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
108Q1	0.84566715	0.85771035

二、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：107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」結算報告。

決定：洽悉。

第五案

案由：107年B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體轉陽個案院所說明報告案

決定：

- 一、請醫審及藥材組與台灣腎臟醫學會及消化專科醫學會研議減少C型肝炎個案檢驗數據偽陽性之方式。
- 二、請台灣腎臟醫學會持續輔導院所確認轉陽個案上傳資料，加強改善申報品質。

肆、討論事項

第一案

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位回復意見，討論案。

決議：

- 一、請本案相關單位(台灣腎臟醫學會、中華民國醫師公會全聯會、基層透析協會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全聯會、台灣移植醫學會、衛生福利部等相關單位)就本案所規劃之具體執行方案確實執行，於下次會議報告辦理情形。
- 二、有關 Pre-ESRD 之收案條件，請台灣腎臟醫學會研議修訂，並提下次會議討論。
- 三、請國民健康署及食品藥物管理署設計提醒民眾勿自行購買來路

不明藥物等及藥局不得販賣處方藥之海報，並建議可邀請本會之專家學者代表宋俊明教授、李文欽副院長及台灣腎臟醫學會等共同討論海報內容，並請張貼於各藥局。

四、請醫事司研議再放寬活體腎臟移植之可行性。

五、請財團法人器官移植登錄中心設計宣導活體腎臟移植海報，並於各院所之透析室張貼。

伍、臨時提案

案由：「現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額」討論案。

決議：本案尚須通盤考量，列入下次會議討論。

陸、與會人員發言摘要詳如附件。

柒、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

108 年第 3 次會議與會發言重點實錄

壹、確認本會前次會議紀錄

主席

今天要召開門診透析預算總額研商議事會議今年第 3 次會議，謝謝大家撥冗參加，現在會議就開始，首先請各位確認上次的會議紀錄，第 2 頁到第 6 頁的部分，請大家先行確認，大家有沒意見？如果沒有意見上次的第二次會議紀錄就確認，接下來報告事項第一案。

貳、報告事項

報告事項第 1 案：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

主席

好，謝謝，這次辦理情形追蹤的部分，補充第 3 點，第 3 點後面有附透析時間大於 1 年死亡率的相關報告，不管是年齡別的統計、分區的統計、層級別的統計都附在後面，大家可以參考，惟我想要補充可能下次要更正這裡所列平均年齡，是全部透析病人平均年齡，我們要的是死亡病人平均年齡，其他大家有沒意見？謝代表。

謝孝佳代表(謝武吉代表代理人)

附件 1-1，報告 1-7，數據完全 cut 掉；報告 1-8，報告 1-9 有重複，死亡率應該分子除以分母乘 100，但是寫分子乘 100 除以分母，請校正一下。

主席

對，有一些誤植的部分，同仁正更正中，等會發給大家，死亡率下面的公式寫錯了，這個也一併修正，謝謝代表，還有嗎？其他部分大家有沒意見？來，請宋教授。

宋俊明代表

第 5 號序號 C 型肝炎的確有一些作為，第 5 點及第 6 點都有去做，但是完全都還沒追蹤成效，是否要解除列管？不曉得各位委員跟專家的意見怎樣？以台南市來看 C 型肝炎，透析院所誤以為藥用完了，108 年又有新的藥進來，他們可能都不知道，甚至衛生局在做這塊，衛生局科長對 C 型肝炎很有興趣，甚至跟南區健保署一起來推動這塊，事實上還沒有開始，大概做的最好的是總裁那邊，總裁那邊甚至到病人家去，我很佩服，有些地方可能還沒有完全非常好，那目前快要開始，這時候開始解除列管是否稍為緩一緩，大家可以討論的，再來第 6 點 NSAID，現在我們提出一些方案作為，也是沒有看到任何成效，是否這時候就解除列管，大家可以討論。

主席

好，謝謝宋教授，其他大家還有沒有意見？來，請郭代表。

郭咏臻代表

宋代表有提到 NSAID 輔導沒看到成效，不曉得目前的輔導是做什麼樣的輔導？我們是本身有收到輔導，我們資訊能力比較差，分析不出來個案到底是那一個個案，是什麼樣狀態，NSAID 給輔導病人明細，我現在所看到的規範只有定義說 eGFR 在那個範圍應該少用或建議不用，如果 15 該洗腎就建議不用，當初的定義是怎樣？如果是 eGFR 小於 45 就算，還是開 7 天才算，還是怎樣才叫做異常，因為我不是專業人員，

我不是很懂，希望給我們參考，如果是我們不好我回去會提醒自己的醫師，因為病人的狀態取決於情況非得要用的話，認為他是異常，我覺得這樣也不大好，以上。

主席

好，謝謝，還有嗎？大家還有沒有其他的意見？來，請宋教授。

宋俊明代表

其實我剛剛提的代表您的意思，腎臟醫學會很辛苦的把這個訂出來，應該怎樣用最合理與合適，但是我們還沒有去追蹤說這樣子不可行，在醫療端有沒有困難，怎麼樣提供資料，都還沒有開始運作，所以這時候解除列管是不是稍微早一點，我知道醫療端有一些東西去做，醫院是可以抓到最近的 Pre-ESRD 收案的，那診所端怎樣去實行，怎麼回饋給診所，共同來關，我覺得好像還沒有很成形，自己的卓見。

羅永達代表

主席、各位先進大家午安，剛剛宋教授跟其他先進所提到的醫療的東西本來就有很多的例外，也有很多的差異性，或者特別的狀況，要用一個規則把所有的東西都涵蓋事實是有困難的，宋教授剛剛有提醒說剛開始做就解除列管，請教一個問題，各個醫師被輔導也對這個規則有意見，是由腎臟醫學會來收集這個資料，還是各個審查主辦單位收集這個資料，我想這是很重要的一件事，假設繼續列管，下次要怎麼樣才知道發生什麼事，腎臟醫學會盡可能嚴謹，我不相信他是百分之一百，接下來各單位有意見要怎麼樣統一，能夠提供腎臟醫學會再做修正，以上。

主席

好，謝謝，其他還有沒有意見？好，如果暫時沒有意見我們討論一下宋教授剛剛有

提到第 5 項跟第 6 項，第 5 項透析病人有 C 肝的要治療，我們現在是把可以提供治療診所名單公布，也給腎臟醫學會轉知透析診所，因這些病人還不一定有治療，教授希望繼續列管。另外一個是第 6 項 NSAID 部分，1-34 頁是健保署轉知腎臟醫學會，醫院協會、醫師公會全聯會，有關腎臟醫學會對於腎功能異常使用 NSAID 的規範建議，提供這 3 個單位輔導會員參考，但是還沒有看到輔導結果，所以這 2 項是不是各位代表同意繼續列管，有沒有意見？如果沒有意見這 2 項就繼續列管。另外 C 肝的部分，在辦理情形有提到今年 C 肝的預算 65 億在 7 月中旬 4 萬多個名額已經用完了，現在正在爭取額外的經費，假定經費可以到位的話就會再開放名額，那就可以再行治療，我想透析診所 C 肝病人之前 4 萬個名額沒有用藥沒有轉診治療，下次名額開放就可以轉診給可以提供服務的診所來治療，這個部分也是在下一季再追蹤，這 2 項大家有沒意見？好，羅代表。

羅永達代表

剛剛有談到 NSAID 的問題，醫院協會這次是審查的主辦單位，是不是可以行文給審查單位，希望基層診所跟醫院協會把這件事情當成一個案子，接下來蒐集相關的資料，最後回答的不是醫院協會而是腎臟醫學會修正這個規則。

主席

但我們委託的是醫院協會，下面設有審查組，麻煩羅代表把這件事情轉達給醫院協會真正有執行的單位。

羅永達代表

所以我想說可以發文到審查科的作為受文單位。

主席

那算是你們內部的組織，不能算受文單位。麻煩羅代表把這件事情轉達給成立的分會或委員會來執行，將來追蹤的對象還是醫院協會。剛剛郭代表提腎功能異常使用 NSAID 的定義，請如薰科長來說明。

醫審及藥材組張如薰科長

這個定義之前前幾次會議都有做討論，之前有跟學會確認之後，目前設定下來是我們會篩選慢性腎衰竭的病人使用口服 NSAID 要超過 31 天以上案件，這個部分我們會去分透析前跟透析後的診斷統計，至於說 NSAID 藥品的定義依學會意見，那定義下來是針對 M01AB、M01AC、M01AE、M01AG、M01AH，這五類藥品 NSAID 的部分去做管理，我們依照這個定義去統計各醫師執行的情形，以上報告。

主席

謝謝，好像內容有點冗長，是不是文字的部分提供給各位代表參考，麻煩同仁印定義給所有的代表參考，謝謝如薰科長，其他大家還有沒有意見？來，請鄭代表。

鄭集鴻代表

剛剛的定義用藥 31 天是多久區間以內？1 季超過 31 天？

醫審及藥材組張如薰科長

我們是按季統計每季追蹤，對！

主席

好，請看 1-34 頁，腎臟醫學會對於腎功能異常使用 NSAID 有不同 eGFR 的區間(對醫師的建議)這部分供醫院協會，輔導這些醫師參考，到這裡大家有沒有其他意見？來，

請理事長。

盧國城代表

之前有說透析後的名單不要列出來，有一半以上名單都是透析後。

醫審及藥材組張如薰科長

這個部分上次會議有做過一些討論，當然學會這邊有針對透析前跟透析後其實應該做個區別，資料直接做區別，當時我們有討論透析後的病人 NSAID 長時間使用好像還有一些專業上的考量，那時候有拜託學會給標準，這次發文內容有一個規範，在 1-34 頁這次發文的內容有提到說，其實資料還是同時提供，但是臨床的醫師如果在開立 NSAID 部分，是可以參考腎臟醫學會提供的這些原則來做開立的基礎。

盧國城代表

我們這邊是註明尚未透析的，我簡單說明一下，腎臟科醫師大部分都會比較注意，不應該用當然是不應該用，我舉日本來看，日本腎臟醫學會統計，日本的 NSAID 都是腎臟科醫師在開立，所有科不准開立，要經過腎臟科醫師檢查腎功能之後來做檢查，這邊沒有明列出來希望把透析前跟透析後區隔出來，應該在不同 2 個 file 呈現出來。

主席

腎臟醫學會、醫師公會、醫院協會對於透析前跟透析後輔導策略如果有不一樣就展開不一樣的輔導策略！這個部分可能都是問題，來，理事長。

盧國城代表

我想透析後沒有人會希望用這些藥，真的有病有用，我們希望避免病人腎功能惡化，

已經沒有腎功能這個前題就不存在，不存在我們去做統計分析，應該是另外 1 個題目。

主席

宋教授這邊有沒有什麼建議？

宋俊明代表

我覺得是另外 1 個題目，但是透析後的病人那個是另外一個目的，不是為了要保護腎功能，這些人多重共病，又是在尿毒的狀態胃部各方面很容易受傷，是應該少用但不是為了這個目的，我同意理事長講的目的是不一樣，透析的病人用藥小心，因為腎臟醫學會提供的 eGFR 是 CKD 的標準，現在勾稽我不太了解科長這邊還在用 ICD-10 還是 ICD-9，診所或其他的地方資訊在品管方面沒辦法很即時，勾稽是不是還有 ICD-10 還是 ICD-9。

醫審及藥材組張如薰科長

腎臟醫學會有提到勾稽標準 e-GFR 這個部分，我們申報資料的部分去做資料統計時還是會以申報資料診斷來做為勾稽，至於說醫生有沒有辦法看到這樣相關的訊息，這個資訊我們現在有獎勵上傳結果的部分，希望透過這樣的機制可以把這樣的資訊透過雲端藥歷部分讓其他的醫師都可以看到病人的情形，所以也請鼓勵會員上傳。

宋俊明代表

剛剛會認為說還沒有開始做到很好，雲端藥歷都還沒有進來，當初我們在提的是這塊要跟雲端藥歷結合。

主席

目前分析沒有用到檢驗數值納進來做分析，還是用診斷碼，如薰科長剛剛的建議，如果醫師看到這些病人，麻煩上我們的雲端看 eGFR 數值。

宋俊明代表

至少他已經有 Data，在雲端藥歷可以顯現出他已經到達管控 NSAID 的標準，雲端藥歷有這樣的提醒，已經有 Data 或有沒有收案，都可勾稽出來，健保署先主動做這樣的動作。

主席

序號 4(建議雲端藥歷新增腎功能不佳的提示功能)，腎功能不佳目前請學會提供意見用 index 敘明，我們就會加程式，會有 API 主動提示，這部分會持續列管直到功能上線。序號 4 第 2 點也是持續列管(雲端系統的規劃)，我們未來會有新的功能，但要把定義講清楚，這都是同步再進行，大家有沒有其他意見。

趙銘圓代表

針對序號 5 第 2 點辦理情形(台灣腎臟醫學會會將目前透析診所所有 C 肝病人未治療名單給疾管署，請疾管署輔導)，這個名單可以給我們健保署嗎?最後治療還是健保署這邊，如果只給疾管署變得好像各司其職，健保署這邊就沒有責任好像怪怪的。

主席

跟趙委員報告，這部分(透析診所 C 肝病人未治療名單給疾管署)是感控部分，因為透析病人是 C 肝，希望透析診所可以做好感控，因為有些診所沒有獨立機台給 C 肝病人，有可能會共用機台，對於其他沒有 C 肝病人會有風險，所以這部分才請疾管署輔導，因為 C 肝感控的主管機關是疾管署，至於透析診所 C 肝透析病人名單我們

本來就有。好，其他大家有沒有意見，沒有的話辦理情形追蹤到這裡，序號6的這2項都繼續列管，接下來第二案。

報告事項第2案：門診透析預算執行概況報告。

主席

謝謝，大家有沒意見？

謝孝佳代表(謝武吉代表代理人)

第13張投影片，107年6月台北基層是2,965，到今年6月是3,155，成長150張透析病床。第2高是高屏的區域醫院2,016(107年6月)，增加173張透析病床，分析的時候應該特別提出來討論，我知道有秀吉代表出席，就台北基層診所開業，床數的增長會不會影響我們的費用。

另外第16張投影片，台北區這一年成長193張床，高屏區成長170張床，我不懂這張PPT增加前10大院所-基層分析，前10大院所的標準是什麼？增加量19張的標準是什麼，這張PPT應該就台北區一年內能增加170張床進行分析。

第21張投影片，這表頭應該寫108年Q2值 VS 107年Q2成長率，這樣大家會比較清楚，所有成長率都是基層院所比較高，我們右邊都是百分比，沒有實際的值比較，所以有時會用猜的。

第22張投影片，同仁報告以東區成長率較高，應該是台北區、北區、中區是六區中服務量比較大。

第23張投影片，病人數成長率，台北區、北區、中區都是上升，東區費用成長率比較高，但和台北區比根本是不足為道，如果在這分析上，我們應該要提出來討論，台

北區、北區、中區因為人口密度較高，但是洗腎相對是比較高，傳統應該是南區、高屏、東區洗腎會比較高一點，但這部分是不是因為病床數增加而洗腎增加，請署再來分析一下服務量和床數關係。

第 27 張投影片，上半年 CKD，抬頭忘記加 Early-CKD，我們收案照護數集中在基層，到第 29 頁，Pre-ESRD stage4、5 收案照護都已經集中在醫學中心及區域，基層反而全國照護量最高但服務量最低。另外要請大家思考，stage4、5 之後就是要準備洗腎，如何將 Pre-ESRD stage4、5 做分級醫療回歸到社區，這個圖表有層級分析，但我沒有看到區別分析。

主席

在第 30 張投影片有區別分析。

謝孝佳代表(謝武吉代表代理人)

這 2 張投影片要併在一起會比較清楚。基層診所數量多的一定是正金字塔，如何變成正金塔，是我們該討論的，以上報告。

主席

謝謝，其他代表還有建議嗎？請宋教授。

宋俊明代表

剛剛謝代表所說，只有最後這段要分析報告一下，我們本來就希望 Early-CKD 集中在基層診所，因為他比較早期，因為後面這邊他需要營養師、衛教師，基層診所他會有一點點困難，所以會集中在區域醫院跟醫學中心，我個人覺得這樣子其實還好，比例部分其實大家可以再斟酌討論，我們也是希望基層診所在 Early-CKD 可以參與，

Pre-ESRD 量比較大的診所可以參與，這樣更有意義。基層診所也必須重視要聘請合格營養師、衛教師，這也是蠻令人佩服的。

主席

好，謝謝，請羅代表。

羅永達代表

第 19 張投影片，108 年 Q1，人數的部分，就像剛剛上面所寫，新增的病人每季平均洗腎醫令數較舊病人少，這樣人數是 2.67，這樣清單人數理論應該是比他少，怎麼會比他高那麼多，相對地醫令件數，有些清單醫令不是 05 報的，醫令應該比清單多，這 3 個數字兜不起來，可是看 108 年 Q2，反而就是我剛剛說的那些數字，人數是 3.09，理論上新病人比較少，清單他的人數比成長率少，醫令清單理論上應該多一點點，第 2 季是合理，第 1 季反而是不合理，不知道為什麼？

接下來第 2 個問題，接下來協商一直以 Q1 當基準值，這是 Q2 人數是 3.09，接下來我們協商是用 3.09 跟消費者代表談，還是用 2.67 跟他談，這個問題涉及很大，包括現在腎臟醫學會都很緊張，未來成長率會不如以前，而且以前醫院層級、基層層級的非協商因素數值，不是都比這個都高很多，可是又出現人數這麼低的情況下，我們不想拿 Q1 來講，至少要拿 Q2 或至少成長 3 點多來講，基本非協商因素我們未來才能夠談，剛這幾個問題，是不是可以先請教署的看法。

主席

好，等會一起回答，大家還有沒有其他意見，好，請楊理事長。

楊孟儒代表

第 4 張投影片，門診透析醫療服務費用分配方式第 2 大項，對於 110 年總額協商架構之建議，請於明年適時提健保會討論，這是指甚麼。

主席

這是楊理事長的問題，等下一下一起彙整回答。大家還有沒其他問題。好，請鄭委員。

鄭集鴻代表

剛剛謝代表有提到診所前十大增加，他的疑問是這個表的目的是什麼，一開始我們是希望提出說明，大型醫院特別是醫學中心、區域醫院增加率太高，我記得去年或前年，台中榮總擴大很多，他擴張成長率是 7%，甚至比病人成長率還高，我們是懷疑醫學中心的任務應該不是這樣，所以會希望提出這樣的了解。基層增加前 10 大院所，應該是我們署額外提供的服務，就把它表列出來，至於這個表我覺得也是可以參考，不過這裡前 1 年是 0 床，一開始就開 45 床，基層診所其實很難一下子就設立這麼大量的床位，是不是可以了解有合併的情形或是有其他院所關閉。當然最主要用意還是在前面醫院中心增加，像高雄榮總從 44 床擴大到 71 床，一下子擴大 27 床，我們當然在這邊監控，一方面落實分級醫療，這個慢性穩定治療不是醫學中心的任務，相信在座委員應該是同意這樣的看法。以臺大醫院他就設置 50 床，應付教學服務研究，不知道高雄榮總要擴大到 70 幾床，我們在這邊監控有沒有其他的方式。另外我們擔心的是服務刺激需求，擴大這麼多床當然會希望趕快把它填滿，可以安寧醫療或腎移植是不是會影響到這些選擇，這是另外一個考量。

主席

好，謝謝鄭代表。其他大家還有沒有意見，請鄭代表。

鄭建信代表

請教第 4、5 張投影片，因為 Q1 醫院預算占率與全年醫院費用占率是很接近的，但是第 4 頁這邊說用我們全年成長率用依協商當年 Q1 占率分配預算去看，為什麼不用前年 Q2 到當年 Q1 來看，而是用 Q1 來算，這是不太理解的地方。

主席

好，謝謝，其他還有沒有意見，請顏醫師。

顏大翔代表

同樣是第 4 張投影片，不知道有沒有誤解，109 年透析總額協商，第 1 點提到已經在 108 年 5 月 24 日召開之第 3 次健保會議通過。是說明年成長率已經通過嗎？

主席

明年成長率在 9 月下旬才會協商。還有沒有其他意見，如果沒有的話，我們分別回復，有關謝代表提到 Pre-ESRD 基層診所的占率比較低 34.5%，剛剛這部分宋教授有幫大家說明一下，現在邀請透析基層診所楊代表說明，因為宋教授也有期許基層診所能把 Pre-ESRD 的責任多盡一點，因為長期你們就是偏低，主力都在醫中及區域，不曉得你要不要代表基層診所說明一下。

楊孟儒代表

我想主要有兩個原因，Pre-ESRD stage4、5 病人，尤其是在都會區基本都在醫院看，所以他會把整體基層診所 Pre-ESRD 照護占率拉低。第二，基層診所找不到營養師、衛教師，這是照護 Pre-ESRD 病患的最大限制，是不是可以開放讓基層診所做 Pre-ESRD，10 個病人以內不需要營養師(由醫師本人做衛教)，因為如果只有少數幾

個病人找營養師不符成本，是不是可以朝這樣的方向思考，等到達到一定數目(例如超過 10 位病患)就強迫需要有營養師，如此應可以增加基層診所在照顧 Pre-ESRD 占率。

主席

謝謝楊理事長，就楊理事長的說法請問盧理事長的意見，最主要營養師不是人數的問題，是功能的問題。

盧國城代表

因為他是一個配套，營養、衛教、醫師部分，包括他的費用也有一些細部的區隔，這部分我想是結構的問題。

主席

Pre-ESRD 計畫內容有相關的規定，剛才所提到基層診所結構上的問題我們都知道，因為不具經濟規模也沒有聘足相關人員，過去您提出建議用共聘或兼任的方式，因為診所手上的病人一定是一開始少，會慢慢變多，但仍看不到基層診所對 Pre-ESRD 的投入。另外，宋教授有提到有些規模比較大的診所就應該優先來做，但這些診所能夠投入多少?Pre-ESRD 照護率還是不夠，意味著病人透析前經過 Pre-ESRD 照護的比率都還不夠，這個計畫當時的精神是希望能夠延緩透析，現在很多人沒有經過這個階段就直接進入到透析，這塊如果補上來，說不定會對我們透析病人管控有一定的幫助，廣大診所腎臟科醫師可以多投入這一塊。

另外，這本來就是跟品質有關係，不是只有給錢的問題。Pre-ESRD 涉及到很多專業，能讓病人延緩進入透析，所以需要營養師、衛教師相關的規格，然後讓這個病人能

夠生活習慣改變，加上腎臟科的專業，希望能夠徹底做好管理。這個計畫結構上診所參與的家數比較少，也不是現在提出來的問題，已經討論很久了，張醫師有要說明嗎？

張孟源代表

有關於 Pre-ESRD 基層院所投入的部分，這是非常重要的，像我們平常在診所裡有照顧 Pre-ESRD 的病人，雖然可能不符合經營的成本，但是對於病人而言，像我們最近有很多病人在醫學中心已經做好瘻管，準備要洗腎，但有些病人還沒有退休，無法去醫院定期洗腎，那他也可以腹膜透析呀，那他就說看看能不能用 Pre-ESRD 計畫，所以他已經再延後了半年，eGFR 很低，但是他排尿、飲食我們都照顧得還可以，所以延緩一年洗腎，就相當替健保節省了六、七十萬的費用，是很有意思的，假如說一個診所多照顧 10 個這樣的病人，就可以減少很多洗腎的費用，對於病人他是有很強的意願，就算最後還是要洗腎，至少有感覺我們醫療機構有幫他再拚一下，而且很有可能退休後才去洗腎。另外，在 CKD 部分，如何讓基層診所增加收案，全聯會有反映目前是心臟科、新陳代謝科及腎臟科不用上課，是不是有可能明年 Early-CKD 計畫只要是內科系專科的醫師就不用再上課？或只要兩小時網路上課就好？這樣我覺得參加計畫的醫師會更多，這樣收案率就會大量增加。

主席

好，謝謝。包含先前的幾個問題，請醫務管理組一併回應，簡報第 4、5、19 頁的部分，請林義專委回應。

醫務管理組 劉林義專門委員

有關簡報第 4 頁，由於透析預算是由醫院及基層總額移撥出來的，那分別移撥出來多少這次就一併呈現出來，移撥出來多少這部分，會在健保會第 3 次會議討論整個總額的架構，後續就會開始協商，所以 109 年總額架構下透析如何分配的部分已經討論定案了，假如對這個分配有疑義的話，可以透過健保會修正，請儘早把握時程。至於拿出去多少、拿回來多少，請看簡報第 5 頁呈現的比例，回溯到 95 年至 108 年，以醫院為例，分配是採當年第 1 季，因為最接近實際，當年第 1 季占預算的占率，請看預算從 95 年 68.7% 下滑至 108 年 53.5%，那費用占率則是從 95 年 64.2% 下滑至 108 年 53.2%，108 年因為還沒有結束，所以是預測值，所以這兩個斜率下降很快，到 108 年已經非常接近，所以醫院拿出來的占率是 53.5%，拿回去則是 53.2%，的確從 95 年到 108 年醫院拿出來的都比較多，拿回來比較少，但這個差距已經從 95 年的 4.5% 降到 108 年預估的 0.2%，可以給大家參考，假如對於分配有意見，我們是提醒要在健保會第 3 次會議就要提案討論。

第 13-16 張簡報的病床數部分，這是因應委員要求，先前我們只有呈現整體病床數，那大家會想知道到底在各層級是那些院所加床加的最多，所以我們才會增加這幾張投影片，純粹是用病床數增加的量來做排序，所以以診所為例，如果比去年同期增加 19 床以上就會納入前 10 大，那臺北增加很多是沒錯的，因為第 2 名就增加了 42 床，第 4、5 名也是台北的院所。再來，有關簡報第 19 頁，我們也是再分析為什麼第 1 季會增加這麼多，是不是跟工作天數有關，目前還是無法找到原因，但如果要做為總額協商之用，第 2 季呈現的人數是累計人數，是從第 1 季到第 2 季的人數，成長率是 3.09%，如果委員需要到協商之前最新的人數資料，沒問題，我們可以提供。

後面謝委員提到 CKD 的文字有需要調整的部分，我們都會配合委員意見做修正。

張克士代表

記得多年前開始推動 early CKD 的時候，我當時就建議可以開放心臟科、新陳代謝科以及家醫科參與，主席當時也同意，其實我的想法就是希望擴大參與，在進入透析之前的這些方案，不管是 CKD 還是 Pre-ESRD，不管是供給端醫師的參與，還是需求端病人的參與，都能夠儘量擴大。在此前提下，我們希望多一些診所來多 care 一些 Pre-ESRD 病人，讓更多的病患有機會延緩或避免進入透析。然而診所常常卡在要找一個營養師或個管師時遇到問題，其實很多事情是很弔詭的，比如說醫師開藥卻不能直接交付給病人，因為醫藥分業以及藥師工作權等而有這樣的規定，但是這讓人感到很奇怪，難道醫師開的藥，會比藥師還不瞭解嗎？一樣的道理，診所有醫師，難道醫師會比營養師不知道如何衛教病患嗎？當然營養師有其專業我們必須尊重，但在聘不到營養師的診所，如果因為這個規定而無法參加，就讓人感到相當可惜，我們應該為他們想想解套的辦法，例如主席剛剛有說，營養師是不是可以合聘，或者費用可以分級，對於沒有營養師的診所可以用折付方式…等。重點是希望多一些診所參與，幫忙多照顧一些 Pre-ESRD 病人，健保署則給診所一點點誘因，讓他不要做白工，有專業介入總比沒有好，希望藉由擴大醫療人員參與，減少進入透析病患。

顏大翔代表

呼應張院長，為什麼基層做這個非常的少，洗腎診所的主要業務是洗腎，民眾不敢走進來，門診病人本來就很少，而洗腎病人對腎臟科醫師很依賴，所以我們花很多時間照顧洗腎病人，門診就做不起來，如果再加上營養師這個限制就很嚴重，最近

南區業務組要我輔導一家院所，希望能夠有營養師去支援，結果我問我以前的營養師，他給我一個價格，3-3.5 小時要 3 千 2 百元，我一聽就知道根本不可能，我在腎臟醫學會的腎臟病防治委員會就有在講，應該放寬資格。我認為就像糖尿病照護計畫，原本只有合格糖尿病衛教學教師資格才可以照護，後來為什麼做了各縣市的糖尿病衛教網，因為找不到那麼多人，其實腎臟科醫師真的很了解腎臟病的進展，結果卡在營養師，被綁住，我覺得那些獎勵可以降級，製造一個碼，除了腎臟科醫師與營養師之外，給付可以減半，通常會有護理師，跟著醫師跟久了也會有經驗，那以前在醫學中心也有提到，有收案在 Pre-ESRD 的病人，腎臟功能明顯有變比較好，真的是要擴大參與，像我剛剛提的例子，他最後就拒絕參與，因為沒有營養師根本就不能做，上次有說要補齊營養師的資格，結果南區業務組就打電話請那個診所補足營養師的資格，一個時段要 3 千 2，他根本不可能接受，就說那他先不收案，等到他要做的時候再來找營養師，我想說他甚麼都有了只差營養師，其實他有門診量，結果卡在營養師，整個就很可惜。

羅永達代表

剛剛有針對簡報第 5 頁做說明，那 108 年還沒有結束，這是預測值，那在 107 年以前差距都比較高，以前就更高，那我們也有去分析，是母數不同，所以 107 年已經差距破 2 億了，結果 108 年預測值感覺沒有差很多，但是這只是預測值，我建議不要呈現 108 年的預測值，否則會造成一個假象，因為根本沒有發生，而 107 年以前每年至少有兩億，因為母數很大，所以你乘以小數點 1 位之後，金額是一直有再增加的，所以既然 108 年是預測值，之後可不可以不要再提供了。第二個是，醫院協

會的立場要再表達一下，因為當時門診透析是一個虛擬總額，不是法定的總額，這幾年大家在討論發現幾件事情，醫院協會的立場是覺得說，每次檢討要減少洗腎患者的時候，腎臟醫學會都跟我們說這個跟心臟科、其他科有關係，所以我們都不能做甚麼，如果是這樣，那能夠做甚麼的不就是醫院的其他科嗎？所以如果回歸醫院整體管理的話，說不定會更有效率。第二三個是，透析的點值不如醫院的點值，談出來的成長率，各醫院也有不同成長率，金額也有很大的差別，大約是2億，所以我們醫院的立場很簡單，就是回歸醫院總額，我們把它管好，目前已經根深蒂固這麼久的規則，但至少解決醫院覺得不開心的點，至少可以改善預算拿出去比較多，拿回來比較少的問題，所以才會有目前這個簡報的問題，醫院協會會在這次健保會提出要就回歸醫院總額，不然就是重啟協商，會提出議案，那我也知道109年已經在第3次會議決議了，那我們也在等醫院協會新的理監事會，之後會在那邊提案。

主席

有關第5張投影片，確實在107年是差距2%，大約是2億，這可以理解你們的考量，至於醫院跟基層就再看看怎麼做數據的處理，另外剛剛理事長跟幾位醫師有提出營養師對於診所聘用比較困難的問題，我們會把意見收錄下來，醫管組納入未來修訂計畫的參考，基本原則還是要擴大醫師參與，讓病人在Pre-ESRD階段能有比較好的處理，達到延緩進入透析之目的，所有意見我們都會收錄，大家還有其他意見嗎？

來，宋教授。

宋俊明代表

有些還是要稍微講一下，不要營養師，自己去做衛教這個問題，我個人稍微有點疑

慮，因為營養師還是有他的專業，尤其是到第 4、5 期的病人，如果不處理好，來到急診就是非常嚴重了，所以是不是不要營養師這件事情，對病人是不公平的，反而是可以參考顏醫師講的，比如說已經有 Pre-ESRD 的 system 了，腎臟醫學會也在研究如何將基層與醫學中心合作，由醫學中心的營養師支援來協助，我覺得是可以來做的，不能說馬上就營養師不要，應該是要不斷調整，如果說醫師可以做到跟營養師一樣，那再來開放，因為個人淺見，我並不覺得現在要在基層增加 Pre-ESRD 的量，而是要建構這個 system，很多診所是不看診的，都是廠商，那這是比較漸進式的方式。

主席

Pre-ESRD 要另外闢專案討論，今天無法作任何決議，大家的意見我們都先收錄。後面還有很重要的提案。

鄭集鴻代表

我們知道宋教授是高標準，但是還是要回歸現實面，還是很大一群人是沒有受到照護的，與其讓他們在外面流浪，假設以現在的規格照護是 100 分的話，沒有營養師而由醫師來照護，我相信分數不會是零分，可能六十、七十分，那是不是能夠先求有再求好？跟剛剛大家建議一樣，如果沒有營養師，是不是給付就不要這麼多？或者是在照護人數多少人以下的情況下，不用營養師？請署再考量，這樣可以讓基層慢慢加入照護。第二點，我想請問第四頁總額架構的建議，請於明年健保會提會討論，假設我們有意見，要跟誰提案？

主席

醫院協會或是醫師公會全聯會，在座謝代表也是健保會委員，張醫師好像也會代理。好，有關 Pre-ESRD 大家都有很多意見，診所端希望如果不達經濟規模時，營養師可以由醫師來代理，或是訓練好的護理師，宋教授則是認為專業營養師是不能被取代的，可以用共聘或者跟醫院合作，這些意見我們都收錄，下次會議針對計畫修訂做整理後再討論。張醫師有意見？

張孟源代表

Pre-ESRD 大家討論很多，但其實是因為 Early-CKD 的給付太低了！只有 200 點，跟 Pre-ESRD 有很大的差距，Early-CKD 收案不需要營養師，但給付太低，人家就會覺得是不是可以把 Early-CKD 的費用提高一點，這樣如果是醫師照顧而沒有營養師，我們就收 Early-CKD，有營養師我們就收 Pre-ESRD，兩個差距不要太大，這樣兩個的收案率都會提高，這個已經建議很多次了，Early-CKD 的給付跟糖尿病真的有差距，所以人家不願意走 Early-CKD。另外，關於的 5 張投影片預算占率的問題，謝謝健保署的報告，其實醫院與基層預算差值當初真的差很大，後來有開會，改用前 1 年的第 1 季預算占率，所以看這張投影片，差距已經越來越小，但我們可以再開一次會，我發現這個有平均 1-1.2% 的誤差，九月份就要總額協商，是不是有可能把前 1 年第 1 季的預算占率再用 1.2% 校正，這樣醫院就比較不會吃虧，基層預算多占一點也沒有關係，因為實際上基層做的也比較多，所以可不可以今年就把這個 1.2% 的參數放進去，未來計算方式就不會跟實際執行有所落差，也許基層可能會有點吃虧，但全聯會還是希望透析總額的架構能夠維持，因為基層總額真的沒辦法管理洗腎病人，因為基層院所還有家醫計畫或其他任務要去完成，沒有額外特別的能力去照顧病人，

所以希望能有 1.2%的校正，讓醫院不要覺得吃虧，這是全聯會的期望。

主席

好，謝謝。我們還是分兩個議題討論，Pre-ESRD 的修正意見我們就收錄，下次再專案探討，至於醫院與基層對於透析總額的分配，因為現在不管有沒有誤差，我們是不是還有另外的時程可以做這方面的調整？還是已經沒辦法調整，要依據健保會決議的前 1 年第 1 季占率？

羅永達代表

這是我們跟基層全聯會之前協商的結果，但是這是 4 年前的事情，演變到現在發現有些數字越來越高，雖然百分比有差，但金額是越來越高的，所以我們才想用另外的方式再來協商。

主席

好，健保會代表在嗎？如果有新的校正方法，有沒有機會再讓委員提案修正？健保會有沒有要回應？

全民健康保險會廖尹嫻

這已經是決議通過的。

主席

對，決議通過還是可以再討論。我想健保會沒有拒絕大家提案，但是要有一個合理的內容，因為 109 年是明年，也還沒有協商，也還沒有真正去分配，所以真的有提案，健保會應該也不會不受理。另外，羅院長剛剛一直提到透析總額要回歸各自的總額，恐怕這個也是個大問題，就算同意醫院回歸，基層也是吃不下去的，假設真

的回歸，兩個總額的點值也是不一樣的，醫院的點值會高於基層。

羅永達代表

現在就是這樣，醫院跟基層的診察費那些也都不一樣。

主席

對，就會變成同樣提供透析服務，但換算出來的給付會不一樣，所以這個問題會非常複雜，今天就暫時不在這裡討論這件事情，是不是這個案子就討論到這裡？謝謝大家，接著第三案。

報告事項第三案：門診透析預算執行概況報告。

主席

謝謝，這個案子大家有沒有意見，點值確認還有兩個專款的執行狀況，大家有沒有意見，請鄭代表。

鄭集鴻代表

點值確認，其實最重要還是在於成長率，下個月就要協商成長率，現在時間已經很逼近了，不曉得明年成長率大概會是怎樣。

主席

今天沒有成長率的討論提案，我們這個提案是討論點值確認，所以我們要把今天的功課做完，好不好。

鄭集鴻代表

那什麼時候要討論。

主席

健保會是 8 月 22 日，各總額都會提方案，包括透析，你們 8 月 22 日應該是有被通知要去報告吧。

鄭集鴻代表

應該是說，每年到健保會報告的時候，其實我們腎臟醫學會都很弱勢，大概只能說明，然後就有委員任意的決定成長率，之前我們張克士院長也提出來，但到健保會報告，都是沒有辦法表達我們的期望，理論上，我們這個透析議事會議，各個專家代表包括健保會的委員都有在場，是不是說我們可以在這個會裡面先決定我們的未來成長率，然後再呈報健保會來核定，這樣會比較合理。

主席

有關總額的協商，因為不是健保署的權責，今天健保會的代表，好像沒有主管來，你要代表健保會回答嗎？

全民健康保險會廖尹嫻

成長率一定是要到 9 月的總額協商才能討論。

主席

你這樣等於沒回答，因為時程大家都知道，他們的訴求是他們在總額協商的地位，你沒有回答他。

全民健康保險會廖尹嫻

之前總額協商，腎臟醫學會也都有列席，地位的話，我想都是在對等的情況下進行。

主席

如果是總額協商，今天也沒辦法做任何決定，因為我不是健保會，所以真的，那個程序的安排，或者是誰跟誰協商，都不是健保署可以決定的，所以如果我們腎臟透析的團體，覺得現在的方式不好，可以正式行文給健保會來處理會比較好。那這樣我們沒有辦法在這裡決定，就算討論也沒有辦法討論，但是你們在意的我都知道，因為我們每年都參與協商，我們知道，但是真正能夠改變的是健保會，我建議你們可以透過醫師公會全聯會或者醫院協會，甚至腎臟醫學會，自己行文給健保會，快速的行文，如果要改變這一次的狀況，事實上協商的整個程序都已經討論過，包括順序、時間、大家的排序，抽籤都已經抽完了。所以如果你們還有其他的建議，在已經既定這樣的架構之下，還是正式行文給健保會，或者是我們健保會的委員，正式的去提案，還比較有機會。

台灣腎臟醫學會林元灝

主席，對不起，我補充一下，實際上我們每一年在協商的那一天，我們都會看到健保署有提供一個你們建議的成長率，對不對。實際上，我們本來就可以在這邊大家先討論一下，健保署今年要提供多少的成長率給透析。剛剛鄭集鴻委員的意思是這樣說，我們可不可以在這邊先了解一下健保署今年準備提供多少的成長率的建議，我覺得這是在這邊討論，但至於健保會買不買帳，到時候再講沒有錯，但是至少我們這邊可以先討論好，我想那個鄭集鴻委員的意思應該是這樣的，對不對。

鄭集鴻代表

對，主席。就是說第 4 頁 powerpoint 這裡有計算公式，其實這個計算公式，最重要應該還是括弧裡面的成長率，之前我有問過林義組長，他是說成長率是隨便抓的，

沒有一個科學的計算方式，我們在意的，真的是這一點，就是要依照真正的成長跟實際現況的需求來訂這個成長率才合理。每年我們都是，到了健保會才知道說健保署提出的版本。當場要做說明、要做爭取都來不及，直接就被判定了。

主席

另 8 月 22 日，現在各總額，我們也都沒有告訴他們，我要提多少，那透析也一樣，我們都在 8 月 22 日的時候，大家會各自講，你們會講，我們也會講，其他總額也一樣喔。

鄭集鴻代表

我們透析可不可以在這裡先講。

主席

今天沒有這個提案阿。

醫務管理組劉林義專門委員

你是問我嗎？我應該不會跟你說成長率是隨便亂抓的。

鄭集鴻代表

有一次會議中詢問您的，不然我們去調會議紀錄。

主席

好，8 月 22 日各總額要報告，9 月 3 日我們要報告，所以大家都會聽到的，到時候彼此看看，到時候再溝通好不好，還是回到這個點值確認好嗎，大家有沒有意見，如果沒有意見，本案就通過了，接下來第四案。

報告事項第四案：107 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」核發結果報告

主席

謝謝，相關資料在報 4-3 頁，大概核發的比率，血液透析的是 74%，腹膜在 66%，大家有沒有意見。

宋俊明代表

因為今年剛好成大醫院被列入血液透析不核發，這個大概是二三十年來第一次，我們去把 VPN 下載下來之後發現，我們沒有辦法再去追，上傳、下載跟署裡面給我們的，因為不曉得溝通的方式，因為我們上傳 150 多，被接受 80 多，有大概 70 幾個不被接受，也不曉得對口。所以這個雖然是申復，是不是能夠給醫療院所知道要查證的時候，對口是誰。

主席

南區業務組應該是大家都有核對過，才會去核發。南區業務組的同仁，請說明。

南區業務組呂俞樺

成大醫院這部分，目前是由就是我們負責醫院的醫療費用科，做後續的處理。在每次核發費用，我們會依照醫院跟診所的分工，去核對自己的院所是否有核發，確認分數的計算。

主席

所以成大是核對過數據的。

南區業務組呂俞樺

照理來說是。

宋俊明代表

數據差太多。

南區業務組呂俞樺

所謂的核對數據是同仁自己針對明細進行核對。

宋俊明代表

那等於是沒對，你自己看你的報告對自己的報告，但是你沒有真正去對過別人上傳。

我現在是覺得大家都有一個歸屬、有一個把自己的事情做好是非常好，但是是不是

當有這樣的一個問題出來後，分區告訴我說這是總局的業務的時候，那總局的對口

是誰。

主席

好，那這個案子，如果宋教授覺得成大有問題的話，是不是窗口就開在南區，先去

了解一下。雖然是署本部這邊算的，但是如果有爭議的窗口還是分區要先受理。我

們目前的 channel 就是這樣，而且是暢通的，所以成大如果真的有問題，而且南區

也雙方比對過，如果真的有問題，那就是申復，申復就補付或重算，宋教授我們就

這樣處理。其他大家有沒有意見，如果有個案有爭議，就以分區為窗口來進行。

報告事項第五案：107 年 B 型肝炎表面抗原、C 型肝炎抗體轉陽個案院所

說明報告案

主席

謝謝，針對這個報告案，大家有沒有意見，請蔡代表。

蔡宗昌代表

B型肝炎 DNA 病毒用 HBsAg 測抗原來決定陰轉陽是準確的，但 C 型肝炎用 ELISA(enzyme-linked immunosorbent assay)來測 Anti-HCV 抗體會有假陽性的情形發生，Anti-HCV 是依 Cut-off 值來決定陰性或陽性，只能當篩檢用，不能當陰轉陽的依據，必須驗 C 型肝炎 RNA 病毒才會準確。

宋俊明代表

我非常同意蔡代表所說的，目前的話，我們應該是跟腸胃科，經過這次 C 型肝炎，更緊密的合作。目前所有這些假設說明 anti-HCV，如果說高一點點，幾乎百分之九十九以上都是偽陽性，甚至可以說，像這類 case 是不是可以不要那麼急、不要馬上通報，應該是經過更長的時間去討論，現在醫療的限制，是不是這個地方要改。

李文欽醫師

我呼應同樣的意見，因為在我們醫院也是發生同樣的狀況，高於標準一點點，去做 RNA 的偵測是測不出來，所以也許我們必須要把標準做一些修改。

主席

好，謝謝兩位專家給我們這個意見，還有蔡代表提出這個問題，這個意見我們就收錄，至於應該要用什麼樣東西來判斷，我們還是徵詢腎臟醫學會洽腸胃科醫學會討論一下怎樣判定才能減少偽陽性的方法，我們再來修改。這個案子麻煩盧理事長這邊，我們會做這樣子的決議，然後會行文給你們，好嗎。

盧國城代表

因為之前我們跟腸胃科醫學會討論過，就是說算起來抗體認定是蠻方便的，可是事實上真的有一些假陽性的問題。那 HCV RNA 只要陽性，抗原就會陽性，可是抗體陽

性很多就是沒有 RNA 這個部分，假設真正要確定，幾乎百分之百真的是要 RNA，相對的費用就會拉得比較高。

主席

HCV RNA 是不是要成為另外一個比較精確的值，請學會確認後來告訴我們好不好。但是從這邊看起來，可能判斷為偽陽性者，當然就是 A5(篩檢病毒量為 NON-detected)，偽陽性，它還是有一定的人數在這裡，除了 A5 以外，其他的 A1(未明或未說明)到 A4(於他院輸血、手術、牙科、癌症治療、透析)，也有 A1 是未說明的，其他的 A2(收案時為陽性個案)到 A4，這些就是有可能是因為其他原因造成感染，所以怎麼樣在透析診所這邊做感控，其實都是要全面性的，很難去完全苛責說一定是在那裡發生，但是這些透析的病人，有這些 B 肝、C 肝陽性的個案，那這些 B 肝、C 肝有治療途徑，就要幫病人做最好的轉診安排。另外一個就是 VPN 的改善，這部分將來陽性的時候會請你再確認，這個就是 double check，如果確定是陽性，我們會有一個欄位會請你說明為什麼會轉陽，這個部分就是在系統上更能夠提醒您注意。這個部分大家有沒有意見，請鄭代表。

鄭建信代表

請教一下類型 B(誤植，非 107 年轉陽)誤植的部分。

主席

誤植就是說前後誤植了。

鄭建信代表

誤植的比例高了一點。

主席

所以這個誤植就要靠系統的提醒再確認，我們希望能夠改善，因為你是誤植，B 肝 key 成 C 肝，換來換去，自己不自覺，所以我們系統會提醒你，你在 key 陽性的時候，你就要注意，我們會提醒你再確認一下是不是真的是這樣，那你在這個過程當中，也許就可以發現自己是誤植了，這個是我們的改善之一，但是其他的這些原因要全面改善，也不是我們系統就能夠解決，請宋教授。

宋俊明代表

剛剛您裁示的就是腎臟醫學會跟腸胃科醫學會。

主席

對。

宋俊明代表

是不是可以請疾管署，現在我們會發現一個問題，它要我們一個禮拜報衛生局，不報的話基本上會被糾正，根本沒有時間照會胃腸科，所以這一個禮拜就要上報衛生局，還不能改，這個時間是不是能一併討論，把這個時間放寬，不要我還在懷疑，但是還沒有報就會被處罰，這或許是會對大家造成很大的壓力。

主席

宋教授，這邊提的就是說，發現一週內要報衛生局，這跟 CDC 有關。我們把你的意見收錄，然後反映給 CDC 看能不能放寬，好不好。

蔡宗昌代表

急性 C 型肝炎屬於第 3 類法定傳染病，Anti-HCV 陰轉陽必須於 1 週內通報，不能延

遲，但通報衛生局時可告知待驗 C 型肝炎 RNA 病毒，再確診是否為急性 C 型肝炎，否則會被罰款。

主席

這個既然是法有明定，那我們就不再問 CDC 了好不好，那其他大家有沒有意見。如果沒有，我們這個案子就討論到這裡，接下來討論事項第一案。

討論事項：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位回復意見。

主席

好，謝謝，今天回應單位有國健署、器官移植登錄中心、食藥署及醫事司同仁在場，請相關單位依序提出報告，先請國健署。

國民健康署黃紀諺

國健署第 1 次發言，上次會議宋代表提出建議已回報本署相關單位，健保署提出橫向策略部分，在第一項將健康適能納入健康醫院認證及健康適能推動小組，有關「健康醫院認證」本署現在正在整理，所以可研議將健康適能相關納入健康醫院認證，這會陸續進行。另外成立「腎臟健康適能」推動小組部分，台灣腎臟醫學會為專業代表，所以建議由台灣腎臟醫學會研擬。他們有成立相關小組，我們再配合台灣腎臟醫學會再做推進。

主席

國健署是 2 項嗎？第 17 頁國健署是否要一併說明？

國民健康署黃紀諺

在 SDM 部分，剛開始是在做後續 SDM 推動，現在已開發相關 SDM 教材(對於末期腎臟

病人推動參加安寧緩和；進入初期腎臟病人的照護)，這部分陸續在做，推動 SDM 也納入相關計畫的指標。第 20 頁整合媒體、宗教界及各管道宣導器捐好處，考慮加入專款及專案行動方案部分，因在宣導器捐、加入專款及專案，我們職責比較偏向協助宣導，若此部分納入未來宣導策略，我們可以配合提供相關管道協助宣導。

主席

接下來請醫事司。

醫事司潘佩琪

醫事司在策略 3 第 2 項鼓勵腎臟移植策略的第 2 點，放寬活體腎臟移植之條件，嚴格醫療倫理流程把關，若有金錢交易須負刑責部分，醫事司已在今年(108 年)2 月 14 日發布「活體腎臟交換捐贈移植手術管理辦法」，明定非親屬間之合適腎臟捐贈者，在自主意願下，經器官移植醫學倫理委員會審查通過，進行非親屬之交換捐贈移植手術。第 20 頁第 4 點整合媒體、宣導部分，醫事司每年編列將近 1 千萬補助款，目前由器官捐贈移植登錄中心協助器官移植相關宣導業務的活動。

主席

請食藥署。

食品藥物管理署盧秋燕

在策略 1 部分，在中西藥品廣告加入「請與醫師討論」等語詞，在廣告規定原本就有分處方藥(不開放對民眾做廣告)、指示用藥(經醫師或藥師指導下做使用)、成藥一與藥師討論後再進行購買，強制加註有違藥事法精神。所以我們建議不強制加入「請與醫師討論」等警語。

主席

請器官捐贈移植登錄中心。

器官捐贈移植登錄中心方冠雅

關於整合媒體、宗教界及各管道宣導器捐好處，我們 10 餘年皆在推動進行，因經費有限，持續在做，讓效果慢慢呈現。

主席

醫事司每年編列有 1 千萬元，器官捐贈移植登錄中心專責宣導，有無補充說明？

器官捐贈移植登錄中心方冠雅

1 千萬元其實是上限，包含所有與民眾會接觸的管道宣導，總共是 5 百多萬。

宋俊明代表

第 19 頁當初專家會議拜託醫事司研擬可能性，因為在日本與美國事實上都在推行，醫事司是將今年 2 月通過的「活體腎臟交換捐贈移植手術管理辦法」貼在這裡，可以再積極對非親屬朋友之間關係，如果杜絕買賣關係之外，是否要開放？這是移植醫學會與許多病友的心聲，並不是說只要多，反正穩定開放可以交換就接受，日本等國大家都在進步，台灣這方面是否要開放？醫事司只有把 2 月通過的「活體腎臟交換捐贈移植手術管理辦法」貼在這裡就結案了，讓很多委員覺得有些小失望。

主席

宋教授希望醫事司更開放更積極，這範圍很大，醫事司針對這項是否有補充說明？

沒有，那這項列入紀錄，將再行文醫事司。再請全聯會報告。

張孟源代表

這題相當重要，國健署報告健康適能，這不只是腎臟病的健康適能，有些早期的糖尿病及高血壓，治療的覆蓋率並不高。請教國健署，目前國內糖尿病及高血壓接受治療的比率有多少？是否有辦法提高？先將糖尿病及高血壓接受治療的比率提高後，再談腎臟病的健康適能，腎臟病畢竟是在慢性病的後端。

主席

我們想看全聯會是否可以貢獻或努力，結果沒有正式回應，自己這部分要做什麼沒有講。

張孟源代表

我們全聯會剛好改組。我這邊回應，希望糖尿病及高血壓等慢性病的治療能夠提升，當然要達到糖尿病的治療指引。最新的文獻顯示 SGLT2 抑制劑類藥品可以減少 1/3 慢性腎病進入洗腎，如何在早期能治療糖尿病及高血壓納入治療，我相信將來進入末期腎病會比較少，這是我請教國健署。

主席

台灣腎臟醫學會是否要說明？

台灣腎臟醫學會林元灝

是關於慢性腎病預防嗎？

主席

台灣腎臟醫學會有做回應，請口頭與大家報告。

台灣腎臟醫學會林元灝

請讓我再看一下資料。

主席

那先請基層透析學會。

楊孟儒代表

因為基層透析協會本身預算有限，我們能夠幫上忙的，現在使用手機普遍，幾乎人手一機，建議健保署與國健署合作開發「腎病防治 APP」，提供民眾下載，可隨時點閱腎臟病防治的相關知識，不受時間、空間、年齡的限制，這是第 1 點。第 2 點基層透析協會有參與廠商為偏鄉兒童寫一本腎臟病防治的童書，免費發放給偏鄉兒童，目前快完成，預定今年 10 月底正式發表。這是呼應鄭前理事長說將腎臟病防治的觀念向下扎根到小學，可能各單位(包含寫教科書)還未整合，我們先做偏鄉部分。

主席

所以偏鄉童書沒寫，教科書是台灣腎臟醫學會寫的。

鄭集鴻代表

我來補充教科書部分，之前認為應該給小學生正確的教育，目前已有進展，剛好 108 年是新課綱實施，各大出版商編寫新版教科書，透過張孟源代表找邱泰源理事長，同意我們先編寫基本教材，再與教育部討論編入教科書。當中個人剛好認識康軒出版社老闆，他也願意幫忙，請我們提供教材，他們開會討論教材內容，這是很好的時機點，他們正在編寫教科書，這方面會有進展，下次會議再向各位提出報告。

主席

台灣腎臟醫學會要提出補充報告嗎？

盧國城代表

民眾使用藥物與健康食品之健康認證，設計慢性腎病患者慎用腎毒性藥物，這部分與國衛院合作出版腎毒性的專書。不論使用網路連結或 APP 提供謹慎用藥的基本概念，讓這書籍讓一般人可以搜尋。

主席

那其他部分，請向大家報告。

台灣腎臟醫學會林元灝

這部分我補充說明，腎臟防治委員會成立「腎臟健康識能」推動小組，統一製作教材與成效問卷，北中南 3 區向各科醫學會演講推廣，同時訂定 KPI，慢性健康促進機構在各地院所落實執行，向民眾與各級學校推廣。將統計資料與檔案回報台灣腎臟醫學會彙整為全國資料，並考慮將指標納入透析品質保證款與國健署計畫。

盧國城代表

請看第 9 頁腎臟醫學會回應，建議教育部能將正確飲食觀念及腎病防治知識從小一開始教導，從小強化國民健康識能，每學期都能有營養及腎病防治課程，從小一到小六，完整建立正確飲食習慣及腎病防治觀念，則國人洗腎發生率必能大幅降低。目前健保署推動之整合照護模式中腎臟病整合照護的成效檢討，以期找出成效優良的團隊，發展標竿學習。整合各檢查資料(包括成人健檢等)，與社區醫療群發展糖尿病、心血管及腎臟病整合照護模式，訂定標準作業流程(SOP)並推廣至基層。Early-CKD 給付和指標之修正一併檢討及改善，並將 stage 3a 列入給付範圍，重點監測 eGFR 變化率。

宋俊明代表

國健署的成人健檢資料庫可否與健保署資料庫結合應用。

主席

我們有成人健檢資料，在雲端藥歷也查的到。

李純馥代表

衛福部希望跨司署的 APP 能整合，在健保署的 My Health Bank(健康存摺)就可直接連結國健署的妙管家。未來更進一步將妙管家的資料庫併入 My Health Bank，讓民眾可以查詢。目前預防保健的資料都可查詢，甚至 My Health Bank 會提醒民眾該做相關篩檢或預防保健的功能。

主席

基層透析學會提議健保署與國健署合作開發「腎病防治 APP」，其實併入 My Health Bank 就可以，不需再另做 APP，經由推廣 My Health Bank 已有 140 萬人下載。只要 My Health Bank 併入相關功能(成人健檢、醫療利用，預防接種、連結衛教網站、提醒功能)，所以接到 My Health Bank 就可以，功能最完整。

宋俊明代表

雖然立意良好但醫師端很難使用。

主席

醫師端是 approach 雲端藥歷，My Health Bank 是病人自行下載。請理事長繼續。

盧國城代表

請看第 11 頁，精進慢性腎病(著重 Pre-ESRD 部分)照護。腎臟醫學會主動與健保署討論修正 Pre-ESRD 收案標準，將嚴重急性腎損傷(曾經接受透析治療或 eGFR<30 者)，

直接列入 Pre-ESRD 收案(即 Pre-ESRD 包括 eGFR、蛋白尿與曾發生嚴重 AKI 之 3 種收案標準)，並於腎臟醫學會舉辦研討會時演講宣導。所以我們年底舉辦亞太 AKI 高峰會，邀請亞洲國家的權威專家與會，有台日韓聯合學術討論會、亞太腎臟醫學會的學術討論會及國際腎臟醫學會的聯合學術討論會在台灣舉辦。我們將 AKI 當作重要工作來執行。請看第 12 頁，腎臟醫學會回應腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖藥物 ATC 碼，惟應注意相關規定之授權或配合修訂。腎臟醫學會推派代表主動與健保署討論推動開立顯影劑和 NSAID 時，雲端檢視腎功能的制度和提醒避免開立。並且評估限制開立的可行性，如：未檢視不能開慢簽等。請看第 13 頁，腎臟醫學會推派代表主動與健保署討論，明確定義收案率，並每半年統計公布，設法讓獎勵能真正落入執行人員口袋，而非醫院。並由腎臟醫學會邀請優秀團隊進行標竿分享。請看第 13 頁，基層及醫院之 Pre-ESRD 計畫收案比率(尤其 eGFR<30 之第四期病人)，列入評核(醫院評鑑或疾病認證)或品質指標獎勵條件。腎臟醫學會回應明確定義 Pre-ESRD 收案比率計算方式及達標的標準，並定期分醫院層級公布各院比率，同時列入各區醫院健保品質保留款條件。制定基層及非腎專醫師轉診 Pre-ESRD 照護計畫之獎勵措施，如比照出院回診、轉診(包括同院轉診)等免部分負擔。腎臟醫學會回應明確說明 Pre-ESRD 轉診獎勵方式，以及病人的鼓勵措施，如免部分負擔等。

第 18 頁善用決策共享機制(進入透析前，必執行 SDM)及病人自主，推廣特定之重症慢性腎臟病患者之緩和醫療，如健康呼吸照護病房之管理模式，節省醫療資源。腎臟醫學會回應非主責單位，但應該參與國健署和健保署的討論，協助相關單位訂定鼓勵措施，並積極協助向學會會員及一般民眾宣導。部分醫院等級的 SDM 已經做得

很好。第 19 頁放寬活體腎移植捐腎之條件，腎臟醫學會推派代表主動與移植醫學會及器官登錄中心討論，放寬捐腎條件和負面宣告之可行性。第 20 頁腎臟醫學會推派代表主動與移植醫學會及器官登錄中心討論，放寬捐腎條件(只要沒買賣或違法，朋友之間也可考慮放寬)和負面宣告(即未簽“拒絕器捐”卡，表示願意捐腎。)之可行性，以上報告。

主席

請醫院協會，羅代表可以嗎？

羅永達代表

沒得到授權。

主席

請醫管組回應。

李純馥代表

謝謝各單位提供回應說明，有些是健保署責無旁貸與大家一起努力的。第 9 頁大家期待我們做更好的 Early-CKD 或相關指標的檢討，這部分依循大家意見。目前發現糖尿病與 Early-CKD 同院同醫師的收案比率蠻高，未來朝向同院同醫師的整合模式來照護。目前鼓勵院所上傳檢驗檢查值，能落實在 Medi-cloud 可以提示個案腎功能。第 11 頁提到 AKI、CKD、Pre-ESRD 等計畫是否合併做調整，會收納各位意見，做為修訂 CKD、Pre-ESRD 計畫的參考。在此重申健保對於疾病皆有給付，即使沒有收案，仍可就醫，得到相關醫療照護。像張代表所提，將民眾的腎功能維持好，延緩進入洗腎的時間，雖然沒被計畫收案，也有一定程度在健保體系被照護，謝謝各位醫界

先進的努力。雲端藥歷腎功能這塊已經在排程寫程式，但 eGFR 其實是變動值，容易受事件的發生而改變，或是努力照護，又回復到一定程度。第 13 頁部分負擔在母法已有明訂，所以免部分負擔要透過修法程序，也是使用者付費的概念，大家的建議會收納。最後第 16 頁對重大傷病是否提早發給，減少病人就醫負擔，會合併在相關法規修訂即自行負擔費用的相關辦法再做研議。所謂免自行負擔是易放難收，未來可能有道德危機的問題，到時很難再收回。所以我們比較審慎看待。

主席

今天到場單位是否有要補充?請問宋教授?

宋俊明代表

我覺得在策略一第 7 頁腎毒性藥物管理，食藥署說明很難在現有法案上再規定「請與醫師討論」等詞，對一些管控例如病人還是買的到處方藥，而且還不少，還有非處方用藥的 NSAID，臨床上都知道，食藥署是否能夠能夠更努力。再來是第一點張貼海報，食藥署無意見，像上次我們報告雲林 2 公里就 18 家藥局，大部分去買的都是老年人關節疼痛，買的藥品大部分都是 NSAID，非處方用藥也無法管，只能訴諸提升民眾的健康識能及張貼海報，食藥署或國健署能不能幫一點忙?我自己在南區的時候，台南衛生局也會幫忙在下個月在各藥局以海報做宣傳，因為只單方面教育醫師與藥師，至少張貼廣告可以教育民眾。

至於把 stage 3a 病人列入 Pre-ESRD 收案，大部分所有的資料顯示，有點殺雞焉用牛刀，但我贊成把 Early-CKD 的給付費用提升，但是指標要確實執行。要動起來也要有誘因，不見得 Pre-ESRD 要收很多，另外剛才投影片資料顯示基層診所 Pre-ESRD

4000 多位病人，即便你全部收案，也不如醫院增加 10%，問題是醫院裡面 CV 跟 endocrine，不好意思我可能以偏概全，在成大醫院就是 CV 跟 endocrine 不願意轉，也有可能是病人不願意轉，我覺得 Pre-ESRD 要著重的應該是這部分，那基層大家各司其職。

彰濱秀傳醫院李文欽副院長

第 20 頁第 5 點鼓勵方式腎臟移植休養期間工作薪資，由政府補助安心休養，第二點是，對健保署已經增列器官捐贈者摘取器官之相關費用免自行負擔，我們想法是為了提高捐贈的意願，是否能給予某個年限免除醫藥費的獎勵措施。

主席

剛才總裁是說 10 年內免保費，您提的是某年限內免除部分負擔，兩個是不的一樣。目前是捐贈器官摘取器官者當次手術免部分負擔，那總裁提到希望 10 年內通通免。這個案子基本上大家都有想要做一些貢獻，現在是想要如何做，還沒有做喔！到目前為止今天的報告，宋教授也有提到藥局可以輕易買到 NSAID 處方藥的或含有這類成分的非處方藥，這個部分食藥署沒有意見，也請食藥署納入追蹤管理。策略二 Pre-ESRD 的部分，擴大參與與誘因設計請健保署列入追蹤管理，另外李委員提到增加活體捐贈者誘因，免部分負擔或豁免保費也要列入，未必每一件都可行，但是不要漏掉。我希望健保署這邊就今天回應說明大致上同意，就要行動，各單位有些要開會、研議修訂辦法、立即可以做的，在下次會議之前就全面展開，我們會議紀錄會作成大家的追蹤管理。政府部門部分國健署、醫事司、食藥署與器捐中心提出來的意見也一開始執行，下次會議追蹤各單位進度並於會上報告。

宋俊明代表

還是回到第一項 1-1 的廣告部分，除了食藥署？

主席

是海報，那應該算國健署。分給國健署可以嗎？設計一張海報貼在每個藥局。

謝孝佳代表(謝武吉代表代理人)

不好意思打斷一下，第 8 頁食藥署寫這麼多內容，宋教授一直在講管理辦法跟張貼，你們是不是要回答一下，現在健保署包山包海什麼都包，食藥署要出來講話。

主席

剛剛宋教授建議要有一張警示海報，特別是中南部，因為民眾對這件事不瞭解，另一個就是醫藥分業，藥局不可以販賣處方藥，現在可能很多藥局都在販賣而且輕易可以拿到，那我們都在輔導醫師不要開，如果民眾在藥局都可以輕易買到，就超越了我們的範圍，這部分屬於食藥署醫藥分業的管理。這兩項都非常的重要，要主動列入。有關海報的部分由誰負責？

謝孝佳代表(謝武吉代表代理人)

以今天投影片數據北區、台北跟中區都要貼，不是只有中南部。

主席

全國都要貼，中南部要優先提早貼。那國健署就負責海報，食藥署負責藥局的管理，可以嗎？

國民健康署黃紀諺

我們有現成的海報。

主席

透過衛生局送到藥局可以嗎？

請藥局都去領，透過公權力要求藥局張貼在明顯地方。下次開會的時候帶一張來展示。

國民健康署黃紀諺

我們的海報宣導內容為腎病八法，至於腎毒性，沒有特別強調。

主席

在藥局應該要加強宣導民眾，不要買來路不明的藥物。

食品藥物管理署盧秋燕

用藥五步的部分，食藥署也有海報，藥局也有貼。

宋俊明代表

用藥五步不會有人想到這個是腎臟病，還是有差。是不是這方面可否請基層透析協會跟台灣腎臟醫學會對海報這方面有什麼建議。

食品藥物管理署盧秋燕

如果你們已經有腎臟病宣導的海報，食藥署可以配合發送到衛生局，麻煩他們給藥局張貼。

主席

食藥署可不可以組一張小組，請腎臟醫學會或專科醫學會看一下你們的海報，讓海報宣導更精準，重新修正再張貼，讓專業人員參與海報設計。

食品藥物管理署盧秋燕

因為我們當初的設計是針對藥品，那如果是要針對症況或其他部分，可能要回去請示本署長官，再來澄清一件事情，剛才所提處方藥容易購買，本署一直都有委託衛生局稽查，一但有發現以藥事法移送，如果有明確的名單是那些藥局在賣處方藥，請提供給我們可以請衛生局去稽查。

主席

那海報跟藥局管理要麻煩食藥署。國健署也有海報嗎？

國民健康署黃紀諺

預防腎病防治八法，裡面有一項是不適當用藥。

宋俊明代表

事實上，裡面太多內容，反而根本看不到，我不否認食藥署有在管理，但的確有很多的漏洞，有些困難點我們也理解，非處方用藥的部分，看電視廣告三支雨傘標，隨便都買的到，只能訴諸於病人端，所以有腎毒性藥物的教育，主要的是 NSAID，如果你有腎臟病，請主動告訴藥師，避免使用腎毒性用藥。這才是真正的 To the point，像之前署長有張貼腎移植海報，而不是所有的東西預防寫進去。一張海報只有十分之一寫移植，不如整張海報都在寫移植，才能達到效果。

主席

有關民眾腎病識能提升，權責單位為國健署跟食藥署大家都有海報，但內容應精準，建議這兩個單位一起邀請腎臟醫學會、宋教授、李醫師一起討論海報的呈現，再透過衛生局讓藥局張貼。食藥署表示處方藥管理可透過稽查，但稽查也不一定完整，所以在座先進有知道那家藥局可以輕易買到，也提供給食藥署，這兩項都列

入管理。其他是否有要補充?

台灣腎臟醫學會林元灝

腎移植海報。

主席

鼓勵腎移植海報為器捐中心負責。

器官捐贈移植登錄中心方冠雅

這部分諾華藥廠有在幫忙，只要醫院申請藥廠就會提供。

主席

要普及至少張貼到透析院所，或腎病服務的診所跟醫院都要貼。

宋俊明代表

署長當時要求每個透析室都要張貼海報，衛生局會稽查。這件事可以再做一遍。

主席

我們跟署長報告，普及到透析診所跟腎臟科醫師開診所都要貼，這部分列入紀錄。

讓署長以董事長的身分請器捐中心，落實執行。

台灣腎臟醫學會林元灝

腎病幾乎很多人都很有概念，推廣慢性腎病預防要廣發傳單，落實對腎臟病有恐懼

的人，讓他們到洗腎診所瞭解慢性腎病的照護，讓國家提供衛教單張給洗腎室。另

外換腎這件事，我們缺腎臟，應該是要鼓勵捐腎不是鼓勵換腎，怎麼要讓來源產生，

才是重點，給捐腎者優惠，還要開會討論，是不是太小氣了?能給的就盡量給，才有

動機。

主席

第 20 頁有提到捐腎者的誘因，包含休養期間的工作薪資，不是健保署可以做的，免部分負擔或保費，這真的要修法不是我們說的算，這是公共議題。

鼓勵捐贈，醫事司有提到 108 年 2 月 14 日發布「活體腎臟交換捐贈移植手術管理辦法」要更積極，還是要回到醫事司跟器捐中心的討論，透過法令開放跟不涉及金錢交易情況下，之後才有辦法越多來源。請醫事司這部分要積極一點列入追蹤管理。。
接下來就是器捐中心宣傳。

謝代表孝佳(謝武吉代理人)

我們一直在討論怎麼張貼，回歸到教育上，真的要寫 20 個字「台灣要好健保不能倒，健保要好，分級醫療最好，改成腎臟要顧好。」很多事情是教育部要去做，健保實施 20 幾年沒有人教健卡怎麼用，拿到就往醫學中心。我在美國生活 20 年，我們的教育不是有錢就可以到醫學中心，一定從基層就醫。我建議由署跟部長建議跟教育部長做做跨部會的討論，不要每件事情都是我們負責。

主席

這一題是我們所有的議題最大的，也花很多的時間溝通，特別我們宋教授跟洪醫師提出策略再分頭認領，這個議題是很重要的，我會請同仁把這每一項策略都展開，展開之後會提醒各單位趕快行動，包含腎臟醫學會要更出力，教育部我們也會列入，基層透析協會也願意在這部分來努力。醫管組負責除了把已經列在書面的回應說明，還有與會上代表的意見，再綜整成可以執行的行動計畫，並列出主責單位，NGO、相關醫學會、全聯會或醫院協會。下次會議再追蹤報告。那個議案先討論到這裡。

臨時提案：現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已

嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額。

楊代表孟儒

目前點值 0.848，相當於 3,300 元若以台灣物價平均指數推回 20 年前大概是 2,500 元，經過了 20 年說台灣透析成本沒上升反而下降是不可能的事情，我們發現暫付金額用最近 3 個月平均點值計算再乘 0.9，感覺暫付金額跟其他總額不一樣。

李純馥代表

96 年有歷史背景，因為以前暫付成數沒有校正，造成全部都是追扣的情況，大家就很反彈，有可能會追不回來出現呆帳，96 年起是各總額部門都一樣都會打 9 折，再依核減率給暫付成數，再以前一季預算之平均點值做調整，所以後續在門診透析都是補付，會延後一點，因為結算需要時間，但還是回歸透析院所，您提到可否做調整，因為涉及修訂辦法，且需要再做財務評估，目前每一年收不及支出落差有好幾百億。

台灣腎臟醫學會林元灝

現在點值完全不合理，健保署也沒有做檢討，又要用現有點值加支付成數，更不合理，以目前診所經營困境，有資金缺口，就以前 1-2 季平均點值做全額給付，後面追扣差額也一定很小。幾年前還被扣點 4,017 變 3,912 點也還沒討回來，3,912 點乘上 0.8 再打 9 折，經營會有困境。

主席

目前以最近一季結算點值再打 9 折，大家覺得比較緊？

楊代表孟儒

因為附件的 3 點並沒有再打 9 折的條文。本來就有 92.5 的暫付成數，可是為什麼暫付金額還要再打 9 折？

主席

各總額都一樣。

洪于淇科長

請看的 24 頁，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第六條第二項規定前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，96 年談定暫付成數是依據前開規定與醫界擬定的。所有基層診所(中、牙、透析與西醫基層)的門診暫付成數都是這樣子。

台灣腎臟醫學會林元灝

講規則的時候是各總額，我們有差別待遇就說我們是總額，真正要爭取的時候，又變成我們不是總額，不能要一樣的條件。真正要爭取權益的時候，你又說我們不是總額，現在講這件事的時候，你們又說我們根據各總額的規定，兩面挨耳光。

主席

第三款是各總額可以分別議定嗎?如果有分別議定的空間，那透析是否可以?

李純馥代表

透析診所也有提供一般服務，基本上就是跨功能，也是西醫基層總額的一部分，如果透析要另一種支付成數，則須全盤考量。再來就是朝三暮四個概念，

前面多後面扣還是會有醫院不高興，目前透析院所大部分暫付成數都有 95%，有些比較少的是因為核減率高，即時今天不打 9 折，他的暫付成數低是因為核減率高。

台灣腎臟醫學會林元灝

我們目前只討論透析費用的部分，其他的門診費用本來就是其他總額，可不可以增加給付成數或特別協商空間。

廖代表秋錫

洗腎不是暫付成數太低，是點值太低。

顏大翔代表

順便想反映，透析診所被排除在西醫基層品保款，如果透析診所沒有領到透析品保款，才可以領取西醫基層品保款。可是醫院沒有這個問題，但西醫基層有這個問題，最大受害者就是集鴻醫師，因為他門診量也多，這非常不公平，這已經執行兩年了，有些診所最近才發現。

劉林義專門委員

各總額都有自己的品保款，當初基層總額認為為什麼一個透析診所，可以領兩份品保款，如果主業是透析，就把透析顧好，領透析品保款。

主席

今天突然提出，建議可以正式提案。請回到本案。

楊代表孟儒

若是比照基層總額的做法，因為基層總額與門診透析總額，兩個點值不一樣，難道不能分開嗎？

謝代表孝佳(謝武吉代理人)

最後再講提升暫付金額，那您認為要提升到多少才能接受？

楊代表孟儒

希望回歸第三點。前三個月的平均點值不再打折扣。

謝代表孝佳(謝武吉代理人)

點值已經低，暫付要提高，不然無法周轉。

楊代表孟儒

解決基層透析財務困境的方法最好也要連帶提高點值。

主席

這一項有規定上的限制，還有現金流量的影響，資訊系統也要配合。另外，萬一暫付成數過高，追扣款無法追回變成呆帳，但我知道提案單位的原意是希望能有現金周轉，我們需要時間通盤考量再議，下次再做決定。

鄭集鴻代表

我要跟林義專委道歉，我是上次是問說每年成長率有沒有固定客觀的計算公式，林義專委是回答沒有，他不是說隨便抓一下，我覺得這個會討論防治腎病，我們的會就是透析總額會議，成長率是最關鍵的，如果今天來不及，可否下次會議討論明年成長率，把病人成長跟各種物價指數都考量進來，大家能在這個會議上討論。

主席

因為現在已經是會後了，成長率各總額都沒有既定的公式，是透過每年的協商，不過8月22日你們也會報告，我們會仔細聆聽，9月3日再提出本署建議的版本，今

天討論到這裡。

散會：下午 5 時 30 分。