

## 「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

## 104 年第 4 次會議紀錄

時間：104 年 11 月 11 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 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：邵子川

出席代表：

丁代表勇志	丁勇志	林代表文源	林文源
林代表敏華	請 假	林代表全和	林全和
蔡代表宛芬	蔡宛芬	林代表裕峯	林裕峯
曾代表志龍	曾志龍	顏代表大翔	顏大翔
吳代表瑞堂	吳瑞堂	陶代表屏	請 假
陳代表鴻鈞	陳鴻鈞	張代表克士	張克士
洪代表冠予	請 假	黃代表月桂	黃月桂
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	黃代表祖源	請 假
廖代表秋鐳	廖秋鐳	謝代表武吉	請 假
龐代表一鳴	龐一鳴	游代表進邦	游進邦
羅代表永達	羅永達		

(依姓氏筆劃順序排序)

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	魏璽倫、方佳琳
台灣醫院協會	何宛青、王秀貞、林佩菽、楊智涵
中華民國醫師公會全國聯合會	洪郁涵
台灣腎臟醫學會	張哲銘、林元灝、林慧美
基層透析學會	吳若瑤
中華民國營養師公會全國聯合會	陳淑子、黃孟娟

本署資訊組	姜義國
本署企劃組	董玉芸
本署臺北業務組	陳懿娟
本署北區業務組	楊淑娟
本署中區業務組	黃明珠
本署南區業務組	陳文娟
本署高屏業務組	王麗雪
本署東區業務組	江春桂
本署醫審及藥材組	曾玫富、陳淑儀

一、本會 104 年第 3 次研商會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

二、主席致詞：（略）

三、報告事項：

（一）案由：本會 104 年第 3 次會議結論事項辦理情形。

決定：報告內容洽悉。下次會議報告增加腹膜透析病人轉血液透析比率指標。

（二）案由：門診透析獨立預算執行概況報告。

決定：1. 報告內容洽悉。有關 Pre-ESRD 計畫之成效，請校正安寧及腎移植病患人數後呈現。

2. 請腎臟醫學會研擬提昇 Early-CKD 與 Pre-ESRD 計畫照護率之對策，提會討論。

（三）案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決定：報告內容洽悉。

（四）案由：104 年第 2 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

1. 確認 104 年第 2 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
104Q2	0.81769317	0.83196363

2. 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

(五) 案由：105 年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜。

決定：105 年「門診透析總額研商議事會議」召開會議時程為 2 月 24 日、5 月 18 日、8 月 17 日、11 月 16 日與 11 月 30 日(臨時會)。

(六) 案由：105 年「門診透析預算四季預算分配」案。

決定：105 年總額四季預算分配案，採用各季「實際預算數」，各季金額為如下：  
第 1 季 8,445(百萬元)；第 2 季 8,905(百萬元)；  
第 3 季 8,980(百萬元)；第 4 季 9,166(百萬元)；  
合計 35,496(百萬元)

#### 四、討論事項：

(一) 案由：105 年門診透析服務保障項目及操作型定義案。

結論：105 年門診透析服務之保障項目如下：

1. 腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 58017C)採每點 1 元支付。
2. 偏遠地區之門診透析服務院所保障每點 1 元支付。

(二) 案由：有關「105 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。

結論：1. 同意 Pre-ESRD 計畫中配合 ICD-10 導入修訂部分，請依程序辦理公告事宜。

2. 請腎臟醫學會針對 Pre-ESRD 計畫做全盤考量，再提會討論。

#### 五、臨時動議

案由：健保署公告「EPO 藥品給付規定」修正規定，於 104 年 12 月 1 日生效乙案。

結論：請腎臟醫學會儘速將意見函報本署處理。

六、與會人員發言摘要，詳如附件。

七、散會：下午4時40分整

## 與會人員發言摘要 主席

各位代表午安，謝謝大家參加『104年第4次門診透析預算研商議事會議』。首先確定上次的會議記錄，如果沒有意見就確認。

**報告第一案：「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額研商議事會議」  
104年第3次會議結論事項辦理情形。**

### 主席

四項建議解除列管，都已辦理完畢。但序號3-2腹膜透析病人轉血液透析的轉移率指標，這次報告未呈現，請說明。

### 醫審及藥材組陳淑儀

透析季報是依據透析品保方案來作指標與公開資訊，目前品保方案還未列腹膜透析病人轉血液透析的轉移率。

### 主席

這項就繼續列管，下次有提供腹膜透析病人轉血液透析的轉移率再解除列管。

### 醫審及藥材組曾科長玫富

資料已準備好，但今天沒有(要報告)。

### 主席

辦理情形是要報告，目前似乎沒有。

### 醫審及藥材組曾科長玫富

這涉及品保方案修訂，一年內、一年後腹膜透析病人轉血液透析的轉移率是否要列入品保方案來作品質監測指標？也許應該先處理完這段，再來這裡報告或在本署網頁公開資訊的作業。看腎臟醫學會是否同意將這指標列入品保方案，若是同意，下次提品保方案增修案，確定後再正式於本會報告。

## 主席

現在辦理情形顯然沒含這項，醫審組提出腹膜透析病人轉血液透析的比率是否列為公開的品質指標？各位代表覺得呢。

## 游代表進邦

請教這指標以往有在監控嗎？還是剛統計出來？

## 醫審及藥材組曾科長玫富

因這指標是前前次，會上委員建議也用健保費用申報資料一併計算。上次會議已有討論，報表今早剛完成。但考慮因這指標不是品保方案或品質資訊公開指標。看是否會議決議這指標僅先列入研商議事會議報告統計結果，暫不列入品保方案的品質指標；抑或列入品保方案的品質指標，可做公開及監測，提供各位委員參考。

## 腎臟醫學會秘書長林醫師元灝

我提一個說明：當初有提構想，衛福部在推廣 PD(腹膜透析)政策，我們在推廣 PD，希望能有數據監測，推動是否有 over 情況？或是出現奇怪的數據，也可藉此檢討政策是否恰當？推廣時有些地方能多注意或多去彌補的情況。若數據呈現「脫離率」非常高，我們當然要回頭檢討；若是很 normal、很 stable 的情況下，就代表大家都在合理狀況下執行。這個(推廣 PD)數據有參考價值，雖然未必完全是品質，但有品質的涵義。

## 羅代表永達

我支持林秘書長的看法，現在國家的政策有點過度在 push PD 政策，包含城市化、相關國家的比較等等。我們都知道政策的來源，但台灣是否真的適合？有多少比例由 PD 改 HD？我們其實很納悶與擔心。這件事茲事體大，我甚至主張應該放在品保方案，來做監測。若是有秘書長提到超出某些數值，除了分析原因外，也可 feedback 給國家的政策決定單位，在台灣過度去 push PD，從 20%到 30%，這是否適當？我覺得非常有疑義。個人支持繼續列管，將來能不能成為品保指標。請健保署提案，在這邊(會議)通過。

## 游代表進邦

這指標看從何種角度看事情？國家鼓勵 PD，醫院評鑑也要求拓展 PD 人數，各醫療院所也盡量 push PD，做這塊相當麻煩，也有風險。若列入品保指標，醫院的醫療行為會變保守。以後或比較容易失敗的病患，寧可讓他看醫生，不要列入 PD，到時(腹膜透析病人轉血液透析的比率)怕比較難看。這樣不是鼓勵，反而讓醫院慎選個案。這指標可以列為在會上報告，要列入品保指標，請大家慎思。

## 腎臟醫學會秘書長林醫師元灝

對於治療項目訂定成長率這件事，我們以醫療從業人員角度覺得很荒謬，因為所有統計數字都是最後結果，我們不能以衝業績的心態去訂定 PD 明年成長目標達到佔有率 14%或每年成長率 1%。病人要生病非醫師能控制，至於病人適合何種治療必須由專業角度去看，怎可拿成長率或占率去 Push 這病人必須去 PD 或 HD？覺得很弔詭。衛福部在推廣 PD(腹膜透析)政策，方法是強迫必須要列入評鑑，其實是傷害醫療專業的做法。當然現在無法改變，但從種種數字來看，實際上是達不成，PD 的確有先天上的限制。希望用這些指標來看，是擔心這政策已經影響到專業，會不會因此產生副作用或不正常的狀況，所以才希望能列入指標。這樣可回頭審思此問題，也希望決策者能修改作法。

## 主席

這指標因為看的角度不同，看法也不同。血液透析占率很高，幾乎 9 成，是否該給病人有腹膜透析之選擇，適合腹膜透析病人，醫院應努力去衛教，讓病人有好的生活品質，這是一種面向。另一種面向指標是呈現若過度鼓勵腹膜透析，有些不適合做腹膜透析的病人被鼓勵做腹膜透析，之後在很快的時間內轉到血液透析，徒增病人很多問題，這是負面。腹膜透析的占率一直有報告，是缺少腹膜透析病人轉血液透析的數據。先將這個指標(腹膜透析病人轉血液透析的比率)暫時放在例行報告內，下次報告請醫審及藥材組將這個指標(腹膜透析病人轉血液透析的比例)列為例行報告，追蹤一段時間，幾次會議後，若覺得需要，再放進品質指標。

## 林代表裕峯

非常同意主席的看法。我們一直強調：應該讓病人有選擇血液透析或腹膜透析的權利。目前在 Pre-ESRD 的 program, 要求衛教師向病人說明有血液透析或腹膜透析的選擇方式, 適合的人可以考慮做腹膜透析。不適合的人若勉強去做腹膜透析, 可能會有併發症的問題。進入透析之前有接受 Pre-ESRD, 大約有 1/3 病人, 應該考慮如何推廣, 讓另外沒接受 Pre-ESRD 的 Program 的病人也知道有血液透析或腹膜透析兩種的選擇方式, 反而是比較重要的。委員考慮衛福部有推廣 PD 的策略, 可能導致不是非常適合的病人進來, 反而沒有很好的照顧, 得到腹膜炎, 轉到血液透析等等, 我們是不樂見。把這些狀況做成紀錄與檢討, 提醒院所選擇更合適腹膜透析的病人, 這是非常好的方式。

## 主席

現在腹膜透析的推廣, 理論上比較花費人力, 有些醫院沒將推動腹膜透析當成重要的事, 當然就會讓病人少了 1 次選擇的機會。林代表提到另外的原因是有一部分病人進入長期透析之前, 並沒有接受 Pre-ESRD。但是否一定要經過 Pre-ESRD 才能向病人說清楚這個的選擇, 似乎也不是, 應該是病人不管是否有經過 Pre-ESRD, 都要向病人說清楚。目前各醫院的努力程度不一, 如果加上這指標, 有努力推廣 PD 的醫院, 是否有針對適合的病人做推廣? 還是在衝業績? 對於未努力推廣 PD 的醫院, 也是要看占率。如果可以放到公開的指標, 比較容易資訊透明, 如果兩項指標都高, 拼命推動, 但腹膜透析病人轉血液透析的比例又很高, 也是一種問號。如果沒這指標, 就只看 PD 推廣, 若是勉強去衝的, 對病人也不好。所以兩項指標都看, 比較公平。下次會議兩項指標(推廣 PD、腹膜透析病人轉血液透析的比例)並列, 大家再觀察一段時間後, 若覺得適合再放到品質指標。

若大家同意, 增加決議事項: 從下次會議起, 腹膜透析病人轉血液透析的指標, 暫列在例行報告案, 與 PD 占率並列。觀察一段時間後, 若多數代表認為可以放到品質指標公開, 我們再提案修改再放入。

## 報告第二案: 門診透析總額執行概況報告。

### 主席

補充資料 Early-CKD 照護率, 100 年-104 年 Q3, 從 15% 上升到 33.6%, 請各位代表表示意見。



## 腎臟醫學會秘書長林醫師元灝

投影片第 12 張，104 年 Q3 門診透析價量成長量分析這張，104 年 Q3 血液透析點數成長率 4.07%，去年(健保會)給今年(104 年)3.7%成長率，實際上是明顯不足，會造成預估點值時，反而是下降。預估點值比上一季還要下降，這代表去年給的成長率是不夠的。我們這些醫療從業者不是乞丐，我們在代替健保署、代替政府照顧這些病患。希望能有足夠的經費，才能有好的照護品質。用喊價的方式，甚至語帶威脅，對我們非常侮辱。有經費才能照顧好病患，並非是乞討。從 3.3%起跳到 3.5%、3.7%，像是天大的恩惠。請健保署一定要向健保會的委員溝通，我們是被賦予責任照顧病人。明年 3.8%已經定案了，我希望能增加 Extra 的費用給我們。病患年齡一直上升，這不是腎臟科醫師可以控制。看到這樣的點值與成長率，感到非常擔心，到年底、到明年該怎麼辦？萬一病人成長到 4.0%以上。

## 羅代表永達

上次在健保會，主席有提到門診透析部分，10 幾年都沒成長，好像是我們對不起洗腎這些部分。這次在講 105 年總額(協商)時，醫院本來提 4%，當時的預估值，醫界是估人口成長率 3.6%，可是在協商當天，健保署給人口成長率 3.1%，所以這樣的總額成長率足以 Cover 及部分補償點值。可是現在看 104 年 Q3 的人口成長率就是 3.56%，與我們初估為何要給 4.0%成長率的理由一致。這幾年門診透析點值已降到 0.81~0.82，如果覺得給付不合理，那就降點數。但點值到 0.81 時，差異太大就很難解釋。今天 11 月 11 日光桿節在打折，醫界經年累月打 82 折，這是不合理。還要請健保署多幫忙，餅不夠大，再怎麼爭也是一樣。

投影片第 12 張，請教幾個問題：平均每件點數，為何每季都會增加？點數不是都是固定嗎？為何點數有(腹膜透析成長)0.16%、(血液透析成長)0.57%的數字？

投影片第 14 張人數 74,262 人與第 24 張基層 32,434 人，醫院 44,103 人，合計人數為何有差別？相差 700 多人，第 3 季到底有多少人洗腎？公告的數字應該是一致。基層 32,434 人兩者數字一致，但醫院為何數字不同？

### 張代表孟源

投影片第 12 張，關於腹膜透析及血液透析，腹膜透析每季每人平均點數 116,763 點，血液透析為何是 143,126 點？腹膜透析有些費用不包含在內嗎？116,763 點是包含所有腹膜透析的費用？印象中，腹膜透析好像比較省錢，費用真的比較低。

### 主席

這是點數。真正拿到錢，腹膜透析是乘上 1 點 1 元，血液透析是乘上 1 點 0.82 元，與真實的錢很接近。

### 腎臟醫學會秘書長林醫師元灝

有包括 EPO 與藥費嗎？

### 主席

全部算在裡面。腹膜透析是乘上 1 點 1 元，血液透析是乘上 1 點 0.82 元，兩者費用差不多。

### 張代表孟源

投影片第 29 張，透析新發生個案從 97 年到 103 年，102 與 103 年維持在 10,689 人、10,661 人，97 年是 9,387 人，若從新發生個案及死亡率推估，應可推估每年淨增加的透析人數。

### 主席

這張呈現新透析病人，有多少人經過 Pre-ESRD，就是 22%。林代表所提還有 78% 病人進入透析前，沒經過 Pre-ESRD。理論上應該不影響腹膜透析的推廣，但是可能會有比較多的時間做衛教、瘻管、各方面(心理)準備比較健全。但與腹膜透析的高低，不應劃作等號，否則問題更大。

### 林代表裕峯

有經過 Pre-ESRD，會有衛教師有告知 HD 及 PD，但另外 78% 病人，衛教師也應該告知有 HD 及 PD，如何去推這塊是重要的。沒經過 Pre-ESRD，可能只有在門診看病，並沒到衛教師、營養師那裡。這部份要怎麼加強。

## 陳代表鴻鈞

腎臟醫學會的醫師都會指導病人進入 Pre-ESRD 是血液透析、腹膜透析、安寧、移植。不論是否進入 Pre-ESRD，都一定是這樣教病人。

## 主席

資訊一定是完整的，但有 Pre-ESRD 可能會更周延。

## 陳代表鴻鈞

但其中忽略了很多 Pre-ESRD 病人，最後是走安寧。數字沒算在裡面，是被低估。腎臟醫學會的資料 Pre-ESRD 病人，直接走安寧，沒去透析大約有 200 多位。署裡還沒能呈現此數字。有些病患沒進入透析，就讓他移植。

## 主席

Pre-ESRD 數字有多少比例進入安寧及移植？分子、分母都要減掉，才是新個案數有多少進入 Pre-ESRD？這還有修正空間。這要記下，下次產生更有意義的資訊。

## 游代表進邦

投影片第 13 張，血液、腹膜人數的成長率，103 年與(103 年)第 3 季成長率落差很大，血液的操作型定義：只要申報任一 58 醫令，不分長期洗腎(1 個月申報 13 次)或臨時緊急洗腎 1 次，人頭數都算 1(如果我的認知沒錯)。當季若臨時緊急洗腎變多的時候，干擾因子其實是變大的，103 年血液透析有 72176 人與 103 第 3 季血液透析有 65016 人，1 季突然要增加 7 千多人是有困難的。不太可能如此極端，1 年才增加 1 萬多人。所以是一些臨時緊急洗腎的干擾因子造成。建議排除臨時緊急洗腎人數，再去看長期洗腎人數，觀察成長情形才有客觀意義。

## 游代表進邦

若是跨院洗腎？

## 主席

沒有住院，怎會跨院洗腎？

**游代表進邦**

我指門診跨院洗腎。

**主席**

跨院洗腎還是在門診這裡。

**游代表進邦**

有個人歸戶嗎？

**主席**

對。

**醫務管理組龐組長一鳴**

看是件數或人數？人數都有歸戶。

**主席**

7萬多人，不論有無跨院洗腎都算在門診這裡，以 ID 歸戶。所以在 ICU 洗的都不算在門診這裡。算在醫院總額。

**張代表孟源**

贊成主席所說 Pre-ESRD 的 pool 很重要，投影片第 27、29 張，統計的結案人數不太一樣？以 102 年為例，投影片第 29 張，結案人數有 2393 人；投影片第 27 張，結案人數有 2,149 人，兩者是不一致。每年有 1 萬多人會進入洗腎，會進入 Pre-ESRD 的人數，從 95 年到 103 年，每年約 2 萬多人，有 1 萬多人可能進入安寧或死亡或繼續留在 Pre-ESRD 收案，我們的重點在多關注 163,919 人(104 年 9 月)，這些潛在未來分布，可能會去洗腎(stage 3b、4、5)的病人。是去進入安寧或繼續治療或去洗腎？累積結案人數可以再細分。主席提到資料的應用會相當有意義，可估計未來幾年內，洗腎負擔承受點值的壓力有多大？從這裡就可看出來。

**主席**

但沒進入 Pre-ESRD 的病人也會進入洗腎，那塊是 77%。這塊的病人比較 positive, 可以延緩進入洗腎，時間拖的比較久，但無法避免最後還

是會進入洗腎，但可以得到長期透析前各方面比較周延、好的照顧。其實數字可以更精確。更大的重點是那 77% 的病人，為何沒進入 Pre-ESRD？投影片第 29 張，事實比例有上升，曾經到 26%，現在到 22%，這代表推廣 Pre-ESRD 沒有很積極，這部分該怎麼辦？這群病人晚點進入透析，總額的壓力就晚點出現。這群人也有其他選項：走入安寧(若有共病、狀況不好)、提前移植等等，可以延緩進入洗腎或根本不用洗腎。所以這群病人是要推廣，但現在似乎遇到瓶頸，因為(數字)降低了。

### 林代表文源

投影片第 26 及 28 張，上次提到做層級區分，我稍微計算，就用 104 年 CKD 申報家數除以照護人數，平均醫學中心約 4500 人/家，區域醫院約 1380 人，地區醫院約 358 人，基層診所約 201 人。Pre-ESRD 也依照 104 年層級去計算，醫學中心約 2976 人/家，區域醫院約 1095 人，地區醫院約 270 人，基層診所約 401 人。可以看到明顯趨勢：預防工作大部分集中在大醫院，由其是醫學中心。如何照護到 77% 進不來的病人，就社會成本、醫療成本，應該想辦法鼓勵或支持基層診所進入這塊，是很重要的

### 主席

這些專款的案子(Early-CKD、Pre-ESRD)都有助於病人最後推廣安寧，最終不會成為總額的負擔，如果全部下去，不一定是 4% 點數成長或 3.8% 人數成長。最後看結果總額足不足，也要回頭檢討是否該努力的都有去努力？如果努力去做還是不足，就有強而有力的證明，表示還要在總額爭取更多的成長率。現在看來還有很多努力的空間，特別請看最後一張投影片，我們一直在說兩種器官衰竭，呼吸器與透析連續 90 天，還有 99 位病人，其中有 9 位是 500 天。備註提到這 99 位，有 8 位進入安寧，這裡其實花費很多，這也是可以有努力的空間。

### 林代表裕峯

主席提到為何只有收到 22% Pre-ESRD 的病人？參與院所數 172 家，還有很多家沒參與。可能醫學中心會有比較足夠的衛教師與營養師，有些醫院可能沒有足夠衛教師與營養師，來收 Pre-ESRD 的病人，或許是原因。在新陳代謝科或心臟科可能直接進入透析(數目可能不多)，就

有可能沒轉介到腎臟科。怎麼去將這 22% 提昇比例，大部分文獻證實 Pre-ESRD 可以延緩透析的時間，減緩腎功能惡化的速度，不是只有 for PD，還有 for 減緩腎功能惡化，才是更重要的。

### 主席

也許我們應該討論下一次會議：Pre-ESRD 如何去鼓勵基層、地區醫院多做一點？可能經濟規模小，沒辦法聘請足夠的衛教師與營養師，可能在計畫內給予好的 incentive，可以去聘請這些人，讓它們在計畫內多努力，基層提供家數少，但基層提供腎臟病服務的卻很多。都不做 Pre-ESRD，只等病患來洗腎。有可能修 Pre-ESRD 計畫嗎？

### 腎臟醫學會秘書長林醫師元灝

提醒大家：大部分病人都不是來自基層或地區醫院，即便基層或地區醫院想推 Pre-ESRD，也沒病人。這 2 千多位，實際上事醫院都收集到了，也不可能不做已經在手上的病人。可能醫院有做 Pre-ESRD，但沒申報。像我在關山做偏鄉醫療，有 Pre-ESRD 病人，但沒辦法申報，因為沒有營養師。有少數病人在別科，要洗腎前 2-3 個月才轉進 Pre-ESRD。這些 22% 的病人都在醫院接受控制，不能怪罪醫師推廣不力，絕對不是。每位醫師一定都會好好教育他的病人，因為不希望他們太快進入洗腎，我們希望能盡量 hold 住，過好品質的生活。以這些 22% 的病人來怪罪腎臟科醫師執行不力，這很不公平。成長率給不足，這是整體思維的問題，不能以省錢來決定我們的費用。

### 陳代表鴻鈞

上次有提過 Pre-ESRD 的給付，事實上沒辦法付衛教師的費用。

1. 在台灣所有有衛教師在作 Pre-ESRD care 的院所，從 Pre-ESRD 拿到的費用都沒辦法支付衛教師的薪水。
2. 我覺得醫師有作 Pre-ESRD，只是沒有收案、沒有申報。因申報有流程的問題(因為沒有衛教師與營養師)。
3. Pre-ESRD 的病人有很大比例不在腎臟科，可能在別科。最後快要洗腎才到腎臟科來，我們也不會收案，因為他快要洗腎。

如果署裡覺得這件事一定要全面推廣，除了一個辦法，那就是強迫所有的病人都送到腎臟科，不然不可能達到這比例。看署裡要不要這樣做。

**主席**

我們怎麼可能去強迫醫院的流程呢？

**鄭代表集鴻**

納入評鑑。

**主席**

若納入評鑑，那就向醫事司建議。若是Pre-ESRD的成本不敷，現在專款還夠，應該提高專款的項目，讓他成本夠，來聘請衛教師與營養師提供服務。不要用這藉口說我們不提供，這很可惜，專款夠，為何不一次調整？若學會、各位代表覺得有修正空間，可以在下一次提出。

**張代表克士**

我同意鼓勵基層或地區醫院要增加誘因，放寬條件。林秘書長講的與我之前提到的一模一樣，我相信很多基層醫療院所有做Pre-ESRD，但沒有申報，原因是有很多限制條件，包括需要聘請個管師、營養師、衛教師等等就有困難，我常講有很多相關專案是可以整併，比如說高血壓、糖尿病專案是上游，接著就有Early-CKD、Pre-ESRD專案，若可以整併就盡量整併，縮減專案所需人員及相關收案程序，增加誘因，放寬條件，鼓勵大家多參與。若Pre-ESRD確實有改善效果，對病人、整體是好的。

另外投影片第29張，從99年起就有1萬個透析新發生個案至今維持持平，我覺得實際上是緩降的，因為老化的速度增加，三高的病人變多，最後新生個案能維持在1萬個左右，其實代表實際上相對是減少的，這歸功於腎臟科及相關醫師的貢獻，他們把病患照顧好，避免演變成透析。另外，因為照護的品質提升、減少死亡，自然所需額度就會成長(約3.8-4.0%)，但總額協商過程，所給的成長率明顯低於實際成長率，這樣對於腎臟科醫師透過品質提升、減少死亡，又成功控制新個案發生的成果，結果卻給不足的成長率，讓點值變更差，反而造成一種懲罰。而且健保署當時在協商過程有點見死不救，明知不夠用，可是也沒講，還提供只有成長3.1%的訊息，這點健保署應該適時提出正確資訊，並向消費者說明，否則若不支持醫界，誰來照顧病患？

## 主席

我們不是提 3.1%，我們一開始提 3.7%，是健保會沒採納我們的意見。

## 羅代表永達

當時消費者代表說以去年(103年)的人數成長率是 3.1%，這數字是有會議紀錄，當時認為人數增加率才 3.1%，所以才支持這數字。

投影片第 28 張與第 26 張，我對(102年)區域醫院比較有興趣，為何在 Early-CKD 有 78 家，在 Pre-ESRD 只 72 家有申報？那 6 家就不用做 Pre-ESRD？

## 主席

這不一定是同一家。

## 羅代表永達

全國區域醫院有 80 多家，多是綜合型醫院，少數幾家不是。醫學中心 19 家沒疑問，剛講因為營養師、衛教師、基層規模等問題，為什麼有區域醫院沒做 Pre-ESRD？

投影片第 27 張，參與 Pre-ESRD 的院所若有 172 家，將醫學中心、區域醫院、基層診所拿掉，實際上有 1 百多家地區醫院有參加。不管在 Early-CKD 有 140 多家或 Pre-ESRD，地區醫院很多是專科醫院，或許沒有類似病人。

我們曾統計約有 98~100 家綜合型的地區醫院，有內外科或跨科別，比較容易收到 Early-CKD 或 Pre-ESRD 的 case，所以地區醫院有做的大概都做了。主席剛說要獎勵地區醫院，在此報告主席：地區醫院很多在做。基層沒辦法做這件事情，已經存在很久。只有 30 多家在做 Pre-ESRD，理論上這些 case 數的流向，基層做 Pre-ESRD 本來就少，數字解讀的意思應該是這樣。

## 鄭代表集鴻

剛提的兩個重點：第一是增加安寧療護，不要進入洗腎；第二是增加基層 Pre-ESRD。對於第一點，請看投影片第 10 張，104 年 9 月各層級門診透析病床分布與成長率，台北區與中區醫學中心都增加床位 10% 以上，分別是亞東醫院、台北榮總、台中榮總。這三家都不是新增加的醫院，一下增加這麼多，就分級醫療的概念，洗腎不是像登陸月球



的那種治療，是一般穩定的慢性病，醫學中心感覺不是應該發展這方面治療，是呈報太多急性腎衰竭才增加床數嗎？應該也不是。醫學中心一下增加這麼多床，我們又要推廣安寧醫療，這些床已經增加，病人又集中在醫學中心，感覺上，這些人不會做安寧，因為醫院要營運。看起來是醫學中心帶頭擴充，我們是否在政策上要關切與限制？

第二是增加基層 Pre-ESRD 的比例，大家分析很清楚，主席也同意基層醫療的規模不夠。林文源委員也提出實際的數字說醫學中心平均照顧 3 千多 Pre-ESRD 病人，基層診所只有 140 多人，這 140 多人實在負擔不起請專任的營養師。我建議是否以一段特定時間，加成地區醫院與基層診所照護 Pre-ESRD 的費用(限定時間給 1.5 倍或 2 倍)，等到大家都做起來，就不再鼓勵。一方面消化預算，一方面廣大基層都開始做，是否可以採用這方式？

### **中華民國營養師公會全國聯合會 陳監事淑子**

我是台灣營養學會腎臟病小組召集人及營養師公會全國聯合會的代表陳淑子，我覺得如果健保可以增加 Early-CKD 及 Pre-ESRD 營養師衛教的給付，讓基層院所可以聘請的起兼任營養師，不一定要專任營養師。我相信要來推廣慢性腎臟病防治，延緩腎功能喪失，提升患者的醫療品質會幫忙很大，只要基層院所有錢可以聘請兼任營養師就可以。

### **主席**

報告已討論 1 小時 20 分，大家熱烈討論、檢討這件事是否可以做得更好？都非常正向，試著做幾個對報告的建議結論，在 summary 之前，有幾位代表提出數據說明部分，請醫管組做回應：

### **醫務管理組劉科長林義**

羅院長提到投影片第 12 張，有關平均每件點數部分，為何會有一些差異？原因有二，一是透析件數是採同療程計算，而同療程的次數可能不同；另外血液透析的支付標準有分兩種，一般透析與急重症透析，可能因兩種支付標準的比例、占率而有不同，造成這種影響。

投影片第 14 張，人數的問題，人數是以 ID 歸戶，有可能跨層級就醫，就被歸到那個層級。也就是說，層級合計人數是以保險對象 ID 歸戶統計，同一保險對象如跨層級就醫，各層級都會分別統計。

**羅代表永達**

怎麼差 2 千多人？

**醫務管理組劉科長林義**

這是以 ID 歸戶的結果，可能有重複就醫的問題。

**羅代表永達**

103 年的人數那個是官方版本？

**醫務管理組劉科長林義**

103 年全年以 ID 歸戶有 79,894 人，在投影片第 13 張。

**主席**

我們做出結論，後續才有改善空間：

第 1 點，投影片第 29 張，算 Pre-ESRD 在新發個案比例就參照陳理事長所提去校正 Pre-ESRD 病人有沒有跑到安寧、移植？扣除後，分子分母都要修正後，再重新算 rate。長期觀察這個 rate 是否提升。

第 2 點，同樣這個 rate，腎臟醫學會可以提出如何提升 Pre-ESRD 比例的對策，下次會議提出檢討。

第 3 點，Early-CKD 雖有緩步上升，從 100 年 15% 到 104 年第三季有 33.6%，這部份有討論空間，如何讓 Early-CKD 照護率能持續上升？

第 2 點 Pre-ESRD 與第 3 點 Early-CKD，如果在對策有涉及到誘因不足，層級、經濟規模不夠，都可提出修正案。

第 4 點，林元灝醫師提到總額成長率部分，確實我們可以體會點值的問題，在 105 年我們的 proposal 從 3.7% 開始往上談，但不被健保會接受，我們有努力將 proposal 提給付費者代表，但他們有自由思考的空間，所以有些也不被採納。這部份會錄案，一年努力之後，明年協商再做適度爭取。今年已談定，照健保會規定，講完就不可以再提。這項報告是否討論到這裡。

**鄭代表集鴻**

剛結論提到增加鼓勵的修正。

**主席**

下一次會議提出，請學會再集思廣益。

接下來第三案。

**報告第三案門診透析品質專業醫療服務品質指標監測結果。**

**陳代表鴻鈞**

這些值都沒問題，需要一項一項講嗎？比較不正常的提出來就好。

**主席**

不正常的提出來。

**醫審及藥材組曾科長玫富**

大體上各項品質監測指標全國值都符合參考值範圍，部分分區雖然高於參考值，但其實數字相當接近。受檢率都穩定成長。

**主席**

各位代表對品質指標監測結果有沒有意見？

**鄭代表集鴻**

脫離率是指換腎或轉血液透析也算在內？

**醫審及藥材組曾科長玫富**

脫離率 1 是指不再透析，申報資料已沒有符合透析定義的條件。脫離率 2 是指腎移植以後而脫離。

**鄭代表集鴻**

上次我們說的腹膜透析轉血液透析是半年追蹤 1 次，這次沒呈現。

**主席**

下次再拿出指標。

**醫審及藥材組曾科長玫富**

上次為了 check 操作型定義，數據約略知道是 8~10%。會有感覺較臨床實務上認知的情形為低，應係操作型定義對轉為血液透析的認定比

較嚴格，臨床上可能腹膜透析病人做幾次血液透析，印象就會覺得其已轉為血液透析，但實際上該病人還沒有符合操作型定義的條件，被認定還不是轉血液透析。操作型定義認定轉血液透析比較嚴格，與臨床上的印象會有落差。

### **羅代表永達**

前幾次會議提過由健保署提供資料，所以裡面的資料比較準確，但這次前面幾項還是由腎臟醫學會提供，未來有可能改成署直接提供？因為可信度是不一樣的。之前看到是有差距與落差。

### **醫審及藥材組曾科長玫富**

醫管組那邊為了品質保證保留款，請院所上傳，因對外提供資訊建議操作型定義要一致，上次討論案2已經就上傳資料部分的分母有界定，會與醫管組在這段期間盡速敲定操作型定義，確定好以後就會進到檔案分析系統做分析，等到這段作業完成，就改由健保署提供。

### **主席**

定義盡量一致。

### **腎臟醫學會秘書長林醫師元灝**

投影片第22張，血管瘻管重建率看到趨勢下降，不是因為我們有監測，而是各院所用各種方法努力使血管不要重建。目前PTA (PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY) 是使用最多的，血管通了就不會再開刀，血管瘻管重建率下降的原因在這裡。除了醫學中心以外，坊間還有很多血管中心一直成立，從健保資料看到PTA申報提高很多，代表利用PTA的機會越來越大，所以血管重建機率越來越小。

### **主席**

其他代表對這個還有沒有其他意見？

所有的透析品質都是維持一個 normal 狀態，那就謝謝大家的努力。

接下來報告事項第四案

報告第四案 104 年第 2 季門診透析預算點值結算報告

**主席**

點值的部分，大家有沒有意見？

沒有的話，專款的部分，有沒有意見？

沒有意見，我們就確定。就辦理點值的結算與公佈。

再來下一案

**報告第五案 105 年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜。**

**主席**

對於明年的時間，有沒有問題？大家就先暫訂。

再來下一案

**報告第六案 105 年「門診透析預算四季預算分配」案。**

**主席**

明年的四季分配，大家有沒有意見？

**羅代表永達**

請看 39 頁，我一直很納悶，按照浮動點值及平均點值的數目，從第 1 季開始，逐季下降，每一年都這樣。在 52 頁報告案，第 1 季增加錢，第 4 季又要扣錢，點值會相差更多，是根據日曆數，到底為什麼會發生這種事？到隔一年第 1 季點值又變高，到第 4 季點值又變差。

**主席**

我們按照日曆數計算，第一季是放假數太多，假日有放假嗎？

**羅代表永達**

每天從早上 7 點開始。

**主席**

過年病患也是要洗腎，照日數去算。

**游代表進邦**

日曆數對透析來講，影響比較小，但還是有影響。135 或 246，週日大

概沒人洗，如果這季週日多，休息日就多。雖然日曆數是一樣。

**主席**

我們按日曆數。

**游代表進邦**

日曆數是說這個月有幾天，其實要看大家提供醫療服務有幾天，這樣會比較平均，依照工作天數去提供醫療服務，不會因為這樣點值變化很大，我建議依照實際工作天數去調整會比較客觀。

**鄭代表集鴻**

我覺得沒關係，第1季要發年終獎金，點值高一點。

**羅代表永達**

第四季要發年終獎金，

**主席**

快一點發給大家。各位代表要改嗎？還是要照這個？

**羅代表永達**

一般在醫院，希望財務能夠穩定。為了這個還去查資料，發現從很早以前，曲線就是這樣。它可能在印證變項因素，可能就不是日曆數，今年我沒意見，下一次可以有個 study：人數或到年底有校正點值的數目。在醫院 0.81 與 0.83 是有 2% 的差別，我覺得不應該用這樣的數字做我們的參考值。

**游代表進邦**

改工作日不難。

**主席**

可是可能不是工作日造成。

**游代表進邦**

又是一年後的事情。

**主席**

這可能不是工作日，週日在第 1 季最少。工作日這樣已經是 OK，工作日以外的變項才會有影響，說不定是人數，因人數遞增，但因大家的努力，洗腎人數會變少。

**醫務管理組劉科長林義**

這張表照日曆數分配，第一欄實際預算數是以前按一定成長率，按季成長上來。照日曆數分配就是第二欄。如果都沒調整，第一季是 84 億，因為有做工作日數的調整，所以調到 88 億。增減是與實際數的差距，是調整的錢，總預算還是 354 億，不會變。

**羅代表永達**

這與我們的原則不符，理論上本來就該給他加的，用實際預算數說不定還比較合理。

**主席**

實際預算數是實際發生數吧！還是預算數？

**醫務管理組龐組長一鳴**

發生數乘成長率。

**主席**

發生數乘成長率，所以是遞增。這是實際預算數。按日曆數推估的預算，這是我們打算要做的。所以就逐季變低。若沒按日曆數推估就是遞增，所以點值下滑是因為第二欄去分配預算。

**醫務管理組劉科長林義**

第一季實際是 84 億，因為調整到第一季，所以有 88 億。

**主席**

請龐組長來說明

### **醫務管理組龐組長一鳴**

一年透析預算 354 億，是去年數目乘上今年協商成長率，今年協商成長率是 3.8%，所以全部的人都是去年乘上 3.8%，這是第一欄增加的。今天的誤會在第三欄預算增減，他不是與去年同期比，而是第一欄與第二欄比，所以預算沒增減。第一季與第二季都是 91 天，第三季與第四季都是 92 天，完全按照天數，可能對各季點值稍有影響，但影響不會太大，預算長期點值可能四季會往下降，原因還沒分析，可能從過去基期分配衍生的問題，明年剛好是閏年，如果不是閏年就不用調，因為各季對應的天數是一樣的。

### **游代表進邦**

有個想法：每年新發生個案約 1 萬多人，不可能都在一月發生，是慢慢累積，到後面其實病人是最多，所以費用花的最多。

### **醫務管理組龐組長一鳴**

每季有人進，有人走。

### **游代表進邦**

要看淨增加。

### **主席**

所以說預算也要增加。

### **廖委員秋燭**

這問題之前我就提過，用實際預算數把點值全部每季結算一次，這樣會比較平均。感覺用日曆數分配邏輯上蠻合理的，135 或 246 在洗，一個月 4 或 5 個週日沒什麼差。但怎麼樣會發生這種情況？因為用日曆數分配很平均公平，可是為甚麼會造成結算點值會第一季最高，第四季最少？申報點數第一季比第四季少很多，請教 135 或 246 在洗，表示第一季一定是…

### **主席**

人數啦。



**廖委員秋燭**

可是人數有進有出，他是…

**主席**

淨增加。就是減掉出的，他的淨增加還是在增加。

**廖委員秋燭**

所以這樣的話…

**主席**

所以總人數增加 3%，確實啦。

**陳代表鴻鈞**

我再說明一下，每一年大概新增 1 萬人，死亡退出大概 7 千人左右，每年增加 3 千左右。

**主席**

3、4 千。

**陳代表鴻鈞**

平均每個月增加 2 百多位病人，到 12 月比 1 月多 3 千多人。

**主席**

最終還是人在遞增，總人數在遞增。

**羅代表永達**

我建議：當然要得到委員支持，今年不要調整，試試看，看明年結算會不會好一點？按實際預算數。

**主席**

今年不要調整，按實際預算數。

**羅代表永達**

對，試試看，我覺得不校正四季預算的影響不會差這麼多。

**主席**

羅代表的建議大家有沒有意見？

**張代表孟源**

我覺得羅代表的建議很好，我附議。若明年用第二欄，會讓第一季虛胖，第四季點值會很差。所以用第一欄實際預算數會比較好。

**主席**

第四季拿到錢正好發年終獎金。現在有個 proposal，明年試試看用實際預算數這欄的占率，來做明年四季的分配。羅代表提出，張代表附議。現在有兩個，一是用日曆數推估的占率(第四欄的占率)，第二用實際預算數的占率，各位代表來做決定。用日曆數的占率很顯然會遞減。用實際預算數的占率也許不會遞減，但要試試看，因為有太多因素會影響。這題就是要討論四季分配。

**陳代表鴻鈞**

應該用實際預算數對醫生比較公平，譬如今年只有開半年就離開，前半年好像拿比較好，所以一年四季比較平均，這樣比較公平。

**主席**

第二位附議。其他代表都贊成嗎？

**鄭代表集鴻**

附議。

**主席**

都贊成嗎？

這題就明年試試看用實際預算數的占率，來做四季的分配。

我們就做這項確定。

接下來，討論事項第一項

**討論事項第一案：有關 105 年門診透析服務保障項目及操作型定義案**

**主席**

這是保障項目，保障點值的部分與去年一樣。有沒有要更動的

**鄭代表集鴻**

這裡提到健保會說以回歸支付標準處理為原則，是否照健保會意思不要再保障？

**主席**

藥費本來健保法就規定要保障。這裡多出是腹膜透析之追蹤處理費，因為鼓勵腹膜透析，所以每點 1 元計。另外鼓勵偏遠地區，不然他們也是 0.83，所以偏遠地區的 HD 以每點 1 元支付，不要讓他太虧本。這個精神要不要維持？

**鄭代表集鴻**

第一點這個藥費是指腹膜透析的藥水費用嗎？

**主席**

這個說明一下，是哪個部份藥費？是 EPO 或是腹膜透析的藥水費？

**醫務管理組李副組長純馥**

腹膜透析的透析液是另外申報，也屬於藥品的列項，基本上就會歸到藥費。血液透析會列到藥費是使用 EPO，雖然是包裹給付，但裡面有申報藥品還是可以列成每點 1 元。

**鄭代表集鴻**

血液透析這部份的藥費，幾乎都沒有在申報。

**醫務管理組李副組長純馥**

有些 EPO 還是可以申報。

**主席**

有些是內含，結算數據可以看出來嗎？

**腎臟醫學會秘書長林醫師元灝**

血液透析好像沒有申報任何的藥費吧，我們是 DRG。

**主席**

casepayment

**鄭代表集鴻**

不是 DRG，但都內含在裡面。沒有另外再申報。是不是不要將血液透析寫進去，因為沒有這個事實。

**醫務管理組劉科長林義**

藥費本來就依藥價基準本來就有，其實本來就不在今天的討論範圍，第一項應該是要刪除。

今天的討論範圍只有腹膜透析之追蹤處理費及偏遠地區之門診透析服務保障兩項，這兩項在今年第一次會議也有討論過，大家沒有什麼意見，同意將 104 年有保障的藥師服務費取消，所以這兩項還是維持。既然在第一次會議有討論過，這次會議也是應該照第一次會議決議，所以 105 年還是保障第 2 項、第 3 項。第一項藥費不是今天的討論範圍。

**主席**

現在沒有要討論第一項，而是對第一項算每點 1 元是哪些項目？想要瞭解。那些項目算藥費？這裡寫血液透析與腹膜透析的藥費指的是什麼？只有腹膜透析的藥水費。

**羅代表永達**

EPO 沒有另外結算，申報點數也是含在裡面。假設 4100 點的 EPO，並未另外減掉再乘上 0.82，都是一律乘上 0.82，所以理論上沒有血液透析藥費的問題。

**主席**

這個可以回答嗎？

### **醫務管理組劉科長林義**

抓資料是指有申報明細表有申報藥費的。

### **醫務管理組李副組長純馥**

血液透析本身屬於定額，不會有藥費(固定點值每點1元)的問題，腹膜透析才會有透析液藥品費的問題。

### **主席**

血液透析沒有藥費的問題，血液透析病人如果有開口服藥？

### **羅代表永達**

那就包含在裡面。

### **主席**

我記得有些是爭取除外的，那些是不是應該就是藥費。

### **顏代表大翔**

那些報在04。

### **主席**

報在西醫總額。我記得那時候有在爭取藥費有些部份要拿掉，不能全部在包裹，只有小感冒可以。所以小感冒放進來也不算，慢性病用藥拿進去算西醫基層，跟本案無關，所以血液透析就沒有了。只剩腹膜透析的藥水，藥費是每點1元。既然釐清，這裡就不應該說血液透析及腹膜透析的藥費，只剩腹膜透析的藥費。請醫管組回去研究，若確定是這樣再改正。(按：依支付標準規定，血液透析採定額支付，惟符合相關規定之特殊病例得核實申報)

### **張代表孟源**

關於醫缺地區，保障本身的精神我們覺得可以支持，但醫缺是醫人比，今年開始是第一年，明年是第二年繼續保障醫缺地區洗腎點值每點1元，是否要有一個觀察，例如宜蘭三星鄉、五結鄉與鄰近的鄉，真的是醫缺我們去鼓勵他或是在當地洗腎室規模很小，難以維持，為了當地的居民方便，我們要保障他。我覺得精神完全贊成，但是否要有一

個追蹤的結果，會不會有診所的挪移？

**陳代表鴻鈞**

這件事在學會大家有共識，山地離島地區因為有可近性問題，我們是鼓勵，而且護士不易聘請。但這些所謂醫療資源不足地區，下次討論我們需要知道在這些地區有多少洗腎室？規模怎麼樣？因為在那裏開洗腎室，洗腎室需要空間比較大，房租也比台北市就少 30 萬，若再給予保障…

**主席**

他沒有經濟規模，而且損失很多機會成本。

**陳代表鴻鈞**

所以我們需要瞭解在這些地區有多少洗腎室？每家規模怎麼樣？需不需要再保障偏鄉？基本上大家一定支持。

**主席**

山地離島沒多少，偏遠地區勉強有，再摳的話，就跑到蛋黃區來，那裡的病人就很辛苦。

**陳代表鴻鈞**

我們是很重視病人的可近性，事實上有可能隔一條街就不是…，所以才要瞭解實際的狀況。

**主席**

偏鄉保障的家數與人數資料。

**醫務管理組劉科長林義**

今年開始保障，今年第一季、第二季共有 10 家院所

**陳代表鴻鈞**

11 家院所所有沒有含山地離島？

**醫務管理組劉科長林義**  
有，就連江醫院

**陳代表鴻鈞**

對山地離島沒意見，非山地離島有幾家？

**醫務管理組劉科長林義**

就是醫療資源偏遠地區全部才 11 家，含金門及連江、澎湖，其他都是診所，一季人數約 700 人，一季最多 140 人，最少 3~4 人，件數約 2 千件。

**張代表孟源**

因你們資料不完整，但經過科長補充說明後已經清楚了，所以個人撤回追蹤的建議。

**陳代表鴻鈞**

人少我們是沒意見，如果大家一窩蜂去，一定是有問題。

**主席**

不可能一窩蜂，錢沒有很多。

**林委員文源**

我倒過來想一個事情，如果真的目前符合洗腎醫缺的院所這麼少，或許要重新定義。我們現在的資料是以平均人口與醫療資源倒過來去鼓勵，並非針對洗腎人口分佈。可以做另一個調查：洗腎患者與洗腎室在各鄉鎮分佈的狀況，從洗腎的角度談這個事情。

**主席**

這是另一個醫缺定義，洗腎的醫缺。我們這是用西醫基層的醫缺，林委員說要算洗腎的醫缺，恐怕更多。要不要這樣子弄？

**黃委員月桂**

為什麼會引起誤解？是因為附件列太多，看起來好像每個鄉鎮都至少有一家的感覺，剛講 11 家，何不將 11 家列出他們所屬鄉鎮就好？不用

列名字。

**主席**

沒問題。但林委員說這樣的定義不足以呈現洗腎的醫缺。

**林委員文源**

在本委員會的業務是透析醫療，所以定義醫缺應該是以透析病人為主，但目前的醫缺定義計算基礎是平均的醫療資源，而不只是洗腎。若用洗腎人口歸鄉歸戶去算，就可定義出那個地方的資源比，用床數除以人數，就可以換算，看出哪些地方是洗腎醫缺。應該不是太難的事情。

**主席**

如果這樣一直弄，可能範圍會更大。

**黃委員月桂**

很難定義，因為病人會移動，怎麼知道他住家裡、戶籍或他小孩工作的地方？

**主席**

現在都用戶籍人口，但現在要用洗腎人口。

**黃委員月桂**

洗腎人口之操作型定義很難定義。

**主席**

人會跑來跑去。

**羅代表永達**

醫缺他是個壞名詞，因為將來統計眼科差多少，眼科也來加成。婦產科統計差多少，婦產科也來加成，到時沒完沒了。腎臟內科洗腎有它特殊涵義，腎臟內科醫師的分布或許差一個鄉。像台中市隔一個鄉(才2萬多人口)照此算法確實是醫缺，但2公里外就有(洗腎室)看要怎麼算，我覺得醫缺只是個大概名詞，如果洗腎醫師要重新算一次是很大的工程，到時算出來，大家都不知道怎麼辦。



## 陳代表鴻鈞

林代表很重視可近性的問題，基本精神是這樣。現在台灣洗腎基本都有接送，這可以克服距離的問題，因為鄉距離不會很大，每個鄉鎮有多少病人是可以算出，如果規模比較小，大概沒人成立洗腎室。衍生另外的問題，以後有時間再討論。接送造成的成本是我們現在很大的問題。當然接送是為了可近性，醫生曾經與我們講過，我如果沒有接送，會有 70% 的病人會死在家裡。我們的成本越來越高，以後有空再討論這事。

## 主席

我想規模很小，10 人次以下很多是衛生所，基於某種原因提供 1~2 床，服務山地離島，確實病人沒辦法在那邊洗。

## 醫務管理組龐組長一鳴

琉球衛生所、信義衛生所、連江醫院、金門醫院、澎湖醫院，總共 11 個，離島占 6 個，大部分屬於「1」的山地離島地區，有些符合 2、3 條件。先講 2、3 條件怎麼來？是西醫數除以人口數，家醫科都不願意去開，腎臟科的機會會多大？就是比較小，實際上就是 11 個地方。

## 主席

11 個地方不是公立醫院就是衛生所，真的是沒有私人。既然這麼少，說不定每點 1 元都還太少，是不是就先這樣。接下來看最後一案。

## 討論事項第二案：修訂「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

這是腎臟醫學會的提案，理事長要說明嗎？

## 腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘

秘書長代替說明，這裡面有兩大項：第一是營養師部份，第二是新增獎勵部份。先說新增獎勵部份，署裡說安寧照護有所獎勵，這部分我們不再堅持，大家如果在這行作業，就知道要說服透析前預先建立導管瘻管或植入腹腔導管、鼓勵腎移植，不是一句話就好，要花很多時

間。還不容易有成果，如果可以成功，是否有額外的獎勵？不是獎勵醫師個人，是獎勵院所。

再來營養師部份，雖然有預先提案，但實際考量上，因為現在有相當多已經上過 CKD 訓練班的營養師，其實並沒有真正在做 CKD 的營養衛教工作，相反的，目前有在做 CKD 的營養衛教工作的營養師，其實還有相當部分沒上過 CKD 的訓練班。事實上，營養學會對營養師的訓練其實很完整。實務操作上，有沒受過訓，差異不是很大，當然希望能有制度。腎臟醫學會經內部討論，營養師這部份，我們暫時緩議。等 1~2 年內將受訓過的與工作的充分混和後，再正式提出來。這點請營養學會代表說明。

### 主席

所以腎臟醫學會修正建議是營養師資格的修訂暫時不修正，另外三個獎勵項目第 3 項也暫時不處理。只剩 1、2。  
請營養師公會表示意見

### 中華民國營養師公會全國聯合會 陳監事淑子

資格裡面還要加入台灣營養學會之前核發的腎臟專科營養師證書，因為在三個學會共同舉辦 CKD 整體照護訓練班之前，我們營養學會已經先辦過相關課程，所以需要加入「腎臟專科營養師證書或 CKD 整體照護訓練班」兩種資格，當初講過只要上過營養學會各自辦的課，就不需再上三個學會合辦 CKD 的課程。所以資深的營養師就都沒有再去上 CKD 的課程。另外，我們希望暫緩 1~2 年來做宣導，大概 1~2 年後應該有 95% 以上的臨床工作營養師應該都可取得資格。

### 主席

第 60 頁不修正，原條文在第 64 頁，文字要修正嗎？剛剛營養師公會念的那段可以吻合嗎？

### 中華民國營養師公會全國聯合會 陳監事淑子

可以。

### 主席

原條文是 OK 的。

中華民國營養師公會全國聯合會 陳監事淑子  
對。

**主席**

那就不修。回到第60頁，腎臟醫學會建議預先建立導管瘻管、鼓勵腎移植，這兩項每人有2千點的獎勵。這部分請醫管組回應。

**醫務管理組劉科長林義**

在Pre-ESRD結案的部分已經有給獎勵費，結案也是希望與透析做好銜接。

**主席**

這個在那一頁看得出來？

**腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘**

結案都有結案費，就算臨時透析還插管，還是有結案費。

**醫務管理組龐組長一鳴**

你是增加在章節的哪一段？

**腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘**

新增獎勵

**主席**

第70頁之九，劉科長講的那段在哪裡有寫？

**醫務管理組劉科長林義**

第69頁第四項結案，照道理講，結案就是希望與後端的透析做好銜接。

**腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘**

結案費是無論如何結案，都是一樣的錢。無論多麼不好的結案，都是結案。目前如果預先說服腎移植或說服他預做血管或預先植管，這些都是比較好的事情，我們建議可以額外獎勵。

### 張代表孟源

腎臟醫學會秘書長所提預做瘻管或腎移植，其實在國內有文獻討論過，有預先建立瘻管，在進入洗腎的過程，可以減少住院的費用。直接到 OPD 就可以洗腎，醫療費用的節省，可能超過 2 千點。跟科長報告。與第 69 頁的結案費有點重疊，就像硬著陸與軟著陸的差別。

### 主席

所以結案是硬著陸

### 張代表孟源

沒有準備的洗腎叫硬著陸。已經準備好瘻管，表示他已準備好要洗腎，不需經過住院或緊急插瘻管或其他併發的問題，確實在長期的過程，醫療費用有節省。

### 顏代表大翔

張醫師講得非常好。

### 主席

硬著陸與軟著陸

### 顏代表大翔

差不多同樣意思。我們腎臟病防治委員會討論的時候，也是因為這三點要達到，應該比一般結案更有意義。從病人就醫的平順，減少到醫院的醫療支出，應該是值得獎勵。Pre-ESRD 的費用有剩餘，要 push 病人去開條血管真的不容易，病人都會跑掉的。

### 主席

因為他怕洗腎，不想面對，逃避。

### 鄭代表集鴻

我補充一下，實際面，如果病人沒有做好瘻管，臨時需要去插管，健保也有支付，點數是 2200 起跳，還有技術費。所以說絕對划算。

**主席**

其他委員意見，付費者委員意見。

**蔡委員宛芬**

如果預先建立瘻管，可以讓病人在醫療照顧的品質上，不用再經歷住院或痛苦，我自己覺得 ok。目的應該不是在減少健保支出，目的是希望讓病人真正決定要接受洗腎的時候，事先能有比較好的介入與照護，應該以此為目的與精神。未必是只是為了要減少健保支出，感覺上比較名正言順。

至於腎移植，就是要登記，是只登記而已或是指實際腎移植成功的，定義不一樣，這裡沒寫清楚。腎移植，就是要登記就算，是不是要再多給錢？還是回歸這件事對病人整個照護品質的提升有多大意義？這樣要加 2 千元，覺得沒辦法說服自己同意。但預先建立瘻管，聽大家解釋，覺得可以考慮。主席有提到 Pre-ESRD 計畫有些要做調整，是否一併檢討再 review 一次，再做計畫的調整。

**醫務管理組李副組長純馥**

假設病人在 Pre-ESRD 階段，suppose 還不需做洗腎的動作，為什麼你們預先做導管這件事算是軟著陸？Pre-ESRD 的計畫就是希望你們都可以讓病人軟著陸。策略上應該軟著陸是正確的，反倒是硬著陸是要被扣錢的。現在反過來說他讓病人軟著陸要給 2 千元，我不太能理解。第二，病人還沒走到 End-Stage Renal disease，為什麼你們需要移植？這是我比較懷疑的地方，suppose 他在做腎臟移植登錄，應該是要走到 End-Stage Renal disease，您們現在是 Pre-ESRD，也就是說他還沒走到這個階段，他如何去登記做腎臟移植？

以上就教各位專業人士。

**腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘**

首先回應蔡代表的疑問，結案原因屬於腎移植者，並不是登記，而是因為腎移植而結案。是已經發生的。因為腎移植有一定風險，而且找 donor 配對是要花很大功夫，就算是親屬移植、活體移植要比屍身移植要做的事更多，不是一句話就講得完的。

剛才組長說好像本來就該發生這件事，但病患不容易被說服。雖然是 Pre-ESRD，預先要做瘻管，都是預計半年到一年內會進入透析，我們

才說服他去做。醫院都可按照 eGFR 降低的曲線，預估還有多少時間到 eGFR 數值到 5，那時候要透析，為什麼不現在做這個事？可以順利進入透析，不用經過痛苦的過程，還要住院、插管、還有一些共病，費用是另外的事，主要是可以順利進入透析，目的在此。並不是說病人不需要，我們強迫他做。Pre-ESRD stage 3b、4，若照顧好，也許活著與大家一樣。需要做瘻管，都是預計半年到一年內會進入透析，我們才說服他去做，但病人不太有觀念，感覺自己還沒有變差，不接受我們的建議，這是需要花功夫的事，他要住院、忍受一些不舒服，我們用醫院資訊系統加強說服他，按照過去 5~10 年的趨勢，大概就到那個時後就快到洗腎，如果不預作準備，要有住院、開刀、有共病，會越來越不順利。所以希望狀況還很好，還沒共病的時候來做這事，讓他順利進入透析，要花相當多功夫。

### 張代表孟源

有關腎移植及預做瘻管部分，關於腎移植我很贊成蔡委員意見，雖然我們鼓勵腎臟移植，對病患是好的，但在 CKD stage 5 就馬上做移植，我是覺得有些保留，有些案例，醫學上鼓勵，但倫理上很掙扎。捐腎之後會不會影響腎功能？捐贈者腎功能夠不夠用？當然是勉強夠用。腎移植主要是捐腎者來源去做適當合理的鼓勵，但不要做倫理衝突的抉擇。所以腎移植我贊成蔡委員的意見，先保留一下。是否要預做瘻管先做好準備，有其價值，因為不做，最後臨時插管也是要花錢，光技術費就要 2 千多元。而且 80% 根本沒進 Pre-ESRD，直接就進入洗腎。

### 陳代表鴻鈞

我剛剛在找台灣的資料，與蔡委員講的一樣，最主要可以減少病患住院天數、費用支出與家屬的痛苦。

新進入血液透析病人：

預先接血管者平均住院天數 7 天，費用約 1 千美金。

未預先接血管者平均住院天數 18 天，費用約 2 千 3 百美金(比前者多 2 倍)。

新進入腹膜透析病人：

預先植管者平均住院天數 3 天，費用約 1 千 5 百美金。

未預先植管者平均住院天數 14 天，費用約 7 千 5 百美金(比前者多 5 倍)。

我們看(病)一個病人約 5 分鐘，但要說服他預先植管，可能要花 1 小時。其實也是應該做，大家更願意花時間做這事。

**醫務管理組龐組長一鳴**

你剛報告預先做瘻管的數量是多少？

**陳代表鴻鈞**

這是我們自己 08 年發表的論文，血液透析病人，有預先接血管有 70 位病人，對 200 多位病人。

**醫務管理組龐組長一鳴**

分母是 200 多人？是一個月或 1 年？是 1 年？分母是？

**陳代表鴻鈞**

不可能這麼少，1 年 70 個。因為是 7~8 年前的論文，已經不太記得。

**醫務管理組龐組長一鳴**

有費用就有個案數，你那有 paper。

**主席**

秘書長這邊預先建立瘻管，是指預先多久？

**腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘**

若用曲線預估都是半年到一年，因為最後狀況會掉很快，半年以前會比較好。

**曾代表志龍**

瘻管要成熟到可以用，至少要 1 個月，最好能久一點。以前裝好 10 天、2 週就開始用，以後發現塞住的機會非常高。

**腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘**

剛才龐組長問到有多少人，去年有接受這樣的 education 大約有 2500 人。

**醫務管理組龐組長一鳴**

所以有 1/4

**主席**

有 1/4，1 年新增約 1 萬人。

**腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘**

大約 1/4。

**醫務管理組龐組長一鳴**

1/4 與計畫數字差不多。

**腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘**

可能有些落差，有些人去說服他，一樣是不接受。有些還硬撐到插管，我們花了很大的功夫才到 2500 人。說不定要去說服 5000 人，成績還不到 2500 個人。

**醫務管理組龐組長一鳴**

加錢還是大事情。基本上 Pre-ESRD 的人我們希望長期由腎臟科醫師管理，所以對他們的溝通與說服不是一次，每次個案管理就是去說服，一次功當然辛苦，這是長年磨功，已包含在相關費用中，不可能這次沒講成，下次就不講吧，就一直去說。

**陳代表鴻鈞**

一直去說也是對啦，但沒說也是一樣過。如果能說成，最後可以節省病人很多醫療費用，減輕病人與家屬的痛苦，醫師是花很多精神。

**蔡委員宛芬**

所以參加 Pre-ESRD 的人數中，有預立瘻管的比例有多少？1/4 嗎？

**腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘**

應該是不只，例如去說服 5000 人，2500 個人能接受嗎？可能沒這麼高。



### **醫務管理組龐組長一鳴**

你的數字與投影片第 29 張，很神奇的(比例)就是 1/4。1 年新增透析約 1 萬人。有參加 Pre-ESRD 計畫的人有 1/4。其中本來就有請他移植、安寧、預立…，本來就是工作項目。你有講個數字有植瘻管的比例也有 1/4，這個案子到目前聽到的不是鼓勵讓更多病人進來，是讓在收案的再加碼，當然有助於使用預算完畢，但沒助於擴大收更多的病人，看我們的選擇是什麼。

### **張代表孟源**

詳細的數字，在去年第 4 次透析委員會議專題報告有 P4P 與 nonP4P 預計瘻管的人數與比例，Pre-ESRD 統計上是有相差。我覺得腎臟醫學會提的計畫值得鼓勵，只要可以減輕病人痛苦，我都樂觀其成。

### **陳代表鴻鈞**

我這的資料，全台灣首次透析，沒有使用臨時導管的有 54%，這表示很多沒有 Pre-ESRD 收案的病人，我們也是鼓勵他先去做血管。並非是有收案才會做，沒有收案也是會做。已經收案的病人的獎勵項目若能多給，成果會更好。這個比率與存活率可能是全世界最好的。美國只有 21%而已。我們都希望照護品質是全世界最好的，我們的存活率已經是全世界最好的。

### **主席**

這個案子，腎移植與預立不透析暫時先不考慮。會要考慮的是瘻管的這件事，報告事項第一項有提到為鼓勵 Pre-ESRD，要通盤檢討，現有 22%太低，若可以更高，是否有一些誘因可以增加？請理事長帶回一併檢討。

### **陳代表鴻鈞**

剛剛所提整個對策，我們一起檢討。

### **主席**

因為全部針對 Pre-ESRD，今天先當作交換意見，下一次再提出整個方案的具體內容，再一併討論。

**醫務管理組劉科長林義**

Pre-ESRD 計畫為了配合明年 ICD-10，必須在這次會議修正並儘速公告。

**主席**

那就先公告 ICD-10 部分。

**醫務管理組劉科長林義**

先修正第 65 頁加入『ICD-10-CM/PCS 為 N049(腎病症候群)或 N183、N184-N186(慢性腎衰竭)』加有劃線部分。

**主席**

加有劃線部分，各位委員對 ICD-10 計畫要先公告的部分，有沒有意見？沒有意見就先通過，就配合程序先公告 ICD-10 部分，至於整個方案的誘因檢討，再請理事長帶回，再做整體考量。

**陳代表鴻鈞**

因 Pre-ESRD 包含 stage 3b，可是 ICD-10 代碼 N183 是包含 stage 3a、3b。

**主席**

這有問題嗎？

**醫務管理組龐組長一鳴**

我們再確認。3a 也進來。會影響好幾十萬人。

**主席**

這要小心，不要公告錯誤。請劉科長再 check，照修正的，如果確定就先公告這一版。下次學會若提出整體的，提會之後，要修再來修。請問各位有沒有臨時動議？

**臨時動議：健保署公告「EPO 藥品給付規定」修正規定，於 104 年 12 月 1 日生效乙案。**

**鄭代表集鴻**

EPO 使用規範(「EPO 藥品給付規定」修正規定)，104 年 12 月 1 日開

始實施，裡面有修訂 EPO 使用時機，其中把測 HCT 改成測 HB，這是上次大家討論後同意，不過規定已經透析的病人，每週要測 1 次 HB。這點洗腎室有執行的困難，測 HCT 洗腎室可以自己做，只要一滴血就可以驗，但測 HB 要送檢驗室，抽的血液量很大，洗腎病人已經在貧血，若要每週抽血 1 次，恐怕對病患會比較不利，在洗腎室的作業上困難度很高，是不是洗腎病人，每週測 HCT 就好。

**主席**

這是哪邊有改？是用藥使用規定嗎？

**鄭代表集鴻**

EPO 使用規範。

**主席**

醫審知道嗎？

**鄭代表集鴻**

今天(11/11)收到公告，12 月 1 日開始實施。

**醫審及藥材組曾科長玫富**

這項規定一定是經過共同擬定會議，在那邊協商決定，建議直接反映給公告的單位參辦。

**陳代表鴻鈞**

這個協商當初有問腎臟醫學會的意見，可是沒有完全採納。

**醫審及藥材組曾科長玫富**

一定是透過一定程序討論過，才會公告，若是有意見，建議用學會名義直接發文過來

**主席**

請學會快點發文過來，我們會發給他們。目前沒有規劃臨時會。

其他人還有臨時動議？如果沒有，現在4點40分，會議結束，謝謝大家。