

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

105 年第 4 次會議紀錄

時間：105 年 11 月 16 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：劉立麗

出席代表：

丁代表勇志	楊孟儒(代)	林代表文源	林文源
林代表敏華	請假	林代表全和	林全和
林代表裕峯	林裕峯	曾代表志龍	曾志龍
吳代表瑞堂	吳瑞堂	陶代表屏	陶屏
陳代表鴻鈞	請假	張代表克士	吳淑芬(代)
洪代表冠予	請假	黃代表月桂	請假
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	黃代表淑英	請假
蔡代表江欽	蔡江欽	顏代表大翔	顏大翔
廖代表秋錫	廖秋錫	謝代表武吉	王秀貞(代)
龐代表一鳴	龐一鳴	鄭代表明智	請假
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	彭美熒
台灣醫院協會	何宛青
中華民國醫師公會全國聯合會	洪郁涵
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美、林佳靜
基層透析學會	曾庭俞

本署醫務管理組

陳真慧、張溫溫、劉林義

洪于淇、陳逸嫻、林蘭

鄭正義

本署醫審及藥材組

曾玫富、陳淑儀

本署財務組

請假

本署企劃組

何恭政

本署資訊組

姜義國

本署臺北業務組

賴香蓮、陳懿娟

本署北區業務組

麻晟瑋

本署中區業務組

張志煌

本署南區業務組

傅明貞

本署高屏業務組

林惠英

本署東區業務組

江春桂

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：本會歷次決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

案由：門診透析獨立預算執行概況。

決定：洽悉。

第三案

案由：105 年第 2 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認 105 年第 2 季點值，如下表：。

季別	浮動點值	平均點值
105Q2	0.83027587	0.84323411

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各總額部門各季之結算說明表自 105 年度起於本署全球資訊網公開，請查閱參考。

第四案

案由：「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(草案)」。

決定：

一、洽悉。

二、修正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如附件，由本署報請衛生福利核定後公告，自 106 年實施。

三、同意「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率」及「C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率」修正操作型定義，對於統計年度符合跨院所透析且為陰性轉陽性之患者，將依據院所上傳本署 VPN 為陽性檢驗日期之時序，保留該病患第一筆上傳陽性者，餘上傳陽性資料均不列入。

第五案

案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決定：洽悉。

第六案

案由：106年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜。

決定：洽悉

肆、討論事項：

第一案

案由：有關106年門診透析服務保障項目及操作型定義。

決議：

- 一、106年保障項目比照105年，腹膜透析追蹤處理費及偏遠地區之透析服務保障一點一元。
- 二、請台灣腎臟醫學會參酌本會代表相關意見，於106年4月底前提出腹膜透析相關支付標準調整之具體方案。

第二案

案由：有關「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」修訂建議。

決議：

- 一、新增「預先建立瘻管或導管獎勵費1000點」。
- 二、為鼓勵參與本計畫收案中之照護對象，如其接受活

體腎臟移植者，將支付本計畫照護團隊獎勵費用
50,000 點。

三、由本署報請衛生福利核定後公告，自 106 年實施。

五、與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午4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
105 年第 4 次會議與會發言重點**

龐組長一鳴(代理主席)

今日主席(蔡副署長淑鈴)因有要公，由我先行暫時代理召開會議，首先介紹本會新委員-蔡江欽委員。先確認上次會議紀錄，如果沒有意見則予洽悉，進行報告事項第一案！

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

龐組長一鳴(代理主席)

請業務單務就案由部分修正為歷次會議結論事項辦理情形。各位代表若無其他建議，本案序號 1-2 均予解除列管。

報告事項第二案：「門診透析服務執行概況報告」

龐組長一鳴(代理主席)

各位代表有沒有意見？？

曾代表志龍

議程第 18 頁關於腹膜透析病人轉血液透析的比例，本表呈現很多有趣的數字。透析時間小於一年 PD 轉 HD，101 年到 104 年 6 月與 105 年 6 月間相差 1 年，人數由 173 人增加到 243 人，增加 70 人。成長幅度較之前快很多，再以透析大於一年者，成幅度更是驚人。前三年半，由 101 年到 104 年 6 月才 183 個人，可是在一年之後變成 382，增加 199 人，代表最後一年其成長幅度較之前三年半都多，所以這是非常弔詭的數字。另以透析時間小於一年 PD 轉 HD 的總人數 1053 人，但透析大於一年 PD 轉 HD 的總人數只有 2778 人？實在難以解讀！建議將 PD 轉 HD 的人數資料，單獨成立一個統計項目來看，較易解讀！其實他的成長的速度是非常快地，我認為不是簡報資料的 6%(或 13.8%)，以最近一年來說應該是

27%! 如果再搭配第 6 頁及第 12 頁，我們可以發現不論基層或醫院做的人愈來愈少，連醫院都在減少，診所減少是理所當然的事情，但醫院也在減少卻很奇怪的，既然我們一直鼓勵腹膜透析，做的人卻愈來愈少。表示其本身已經出現某些狀況，值得深思。

龐組長一鳴(代理主席)

就我印象所及，該張簡報數字與意義每次多有垂詢，可見數值可解讀性要再加強，先請曾科長跟大家說明分子及分母等相關意義。

曾科長玫富

這個已經講了好幾遍了！先講一下剛剛那個兩個分母的差距，第一個腹膜透析小於一年的這一塊的分母，最右邊那欄是 4053，這個是指 101 年到 105 年 6 月，這四年半期間內，每一個時點新發的腹膜透析的病人數是 4053 人；那下面那個指標腹膜透析大於一年的那個分母 2778，是剛剛那個 4053 要扣掉指標 1，小於一年內已經轉成血液透析的 243，再扣掉腹膜透析未滿一年的，因為指標 2 是腹膜透析要滿一年以後的才能列到分母。所以，上次有講過，指標 2 腹膜透析時間大於一年的這個指標的分母，它這 2778 人是扣掉最近一年後，之前的三年半的腹膜透析的新病人數，而且扣掉指標 1 的分子已經轉血液透析的，所以指標 2 的分母會比指標 1 的分母少。真正新發、新進入腹膜透析的病人，最完整的數字就是指標 1 的分母 4053 人，也是說平均一年大概將近 900 多人新進入腹膜透析。

龐組長一鳴(代理主席)

台灣腎臟醫學會林秘書長要提出說明？

林元灝醫師

本簡報採累加方式確實會讓人混淆，如果以倒減方式，用 4053 減 3588，即為半年來所產生之病人，然後我們以 243 減 204，即半年內由 PD 轉 HD 之病人數？故若以 39 除 465 為 8.3%。我們想知道當年發生數是多少人，換算一年剛好就是 900 多個新發生個案，以 465 乘以 2 就是 930 個新個案，因此我們可以推算實際轉換率就是就是 78(39 乘以 2)，即一年內約有 70-80 個病人會從 PD 轉到 HD，但新個案約 900 多，較易理解；所以，我們若用倒減的方式，用 2778 去減 2383，產生 395 當分母，然後用 3827 減 279，得到數字 103 當分子去除以 395，竟然是 26%耶！等於半年有 26%的轉換率，如以 39 加 103 等於 142 去除以 465 加 395 的話，就是 860，那個比例是 16.5%，這項數字實在是蠻高的！本項轉換率(或失敗率)實際上是相當高，為何腹膜透析在減少？因為現在透析的平均年齡為 65 歲，以血管老化程度該類病人的血管幾乎都是硬化的，他們做腹膜透析失敗率比較大。因此若有超過 65 歲以上接受施行腹膜透析者，該醫師應該要寫報告！反而是 55 歲以下接受血液透析卻不做腹膜透析者，該醫師也應該說明病患可以接受腹膜透析為何做血液透析，或許因病人意願或工作時間等問題，但是對於 65 歲以上病患，醫生應有責任提供適當治療。故建議再提供年齡之分布，做為我們回顧與檢討的基礎！

曾科長玫富

該表有類似計算存活率的概念，各位代表期待看到年度間相減的資料在簡報第 21 張已經呈現。另上次會議已口頭補充說明腹膜透析轉血液透析之年齡分布，65 歲以上約占四成多，40~65 歲之中壯年近四成，40 歲以下一成多。

龐組長一鳴(代理主席)

今日理事長請假，可以請林代表說明這些資料應如何解

讀比較好？國際上如何反映上述內容或是以五年存活率來看較為合適？

林代表裕峯

我認為 PRE-ESRD 主要目的係病人在進入 ESRD 前應予充分之衛教，對於適合 PD 患者我們應該鼓勵做 PD，年紀太大或是有糖尿病較不適合做 PD，故不適合做 PD 患者其轉換率相對會高，可能為原因之一。PD 患者常因腹膜炎因素致改做 HD，故研究顯示提供好的照護或衛教可以降低轉換率。

龐組長一鳴(代理主席)

林代表提到兩個重點，首先是適合做 PD 的病人，其次是好的衛教與照護使患者持續好的治療(PD)。

林代表裕峯

我們對於 Pre-ESRD 患者均充分提供衛教說明，使其瞭解兩種透析方式。每位病人的狀況不同(如：知識的水準、居家環境、病人的動機、年齡、疾病等)，均影響腹膜透析預後，故需予詳細評估。惟目前透析病人僅約六成係透過 PRE-ESRD 計畫，即使未參與計畫者，我們依然會給予衛教，並無不同。

羅代表永達

我想剛剛想很多專家的意思，就是怕被誤導或是低估 PD 轉 HD 的比率，當時提供許多政策誘因是否有不當的結果？目前有 PD 轉 HD 正確的人數？從新政府開始後，好像沒有重新講 PD 的概念是不是與原來白皮書一樣須達到 14%，以前國家政策是什麼？適合的就做不適合就不要做，問題是我們現在政策，例如：醫院評鑑，地區醫院現在不需要，但是區域醫院以上還是希望你達到某個比率；其次，現在處置費仍保障 1 點 1 塊錢，剛剛秘書長的算法應該是 26%，26%是偏高

的。究竟正確的算法或公式為何？操作定義？可不可以順便告訴我們國際間數字為何？我想大家就會很清楚，現在台灣已經呈現 PD 超過正常值的數字，未來在政策擬定時應同時去宣導！

林代表文源

我就資料趨勢提兩個問題：首先，對於小於一年之轉換率是否具集中的趨勢？是否能夠看到集中是那個區域、分區、特定院所。其次，就學理上來說，PD 做五年應該不是問題，故對於大於一年可以再細分為大於一年、小於五年..等，比例過高者顯然有些問題。最近有病患團體跟我反映高濃度腹膜透析液的問題，我記得在 99 年健保曾討論是否使用高濃度藥水來減少病人腹膜透析的時間，但因若干會議對於給付考量，造成病患使用的限制與困難。建議健保署重新思考前述規定是否也影響轉換率的問題，進而評估可改善的機制。

龐組長一鳴(代理主席)

林代表建議腹膜透析液給付規定是否具討論空間？本署主責藥品單位是否可以說明。

曾科長玫富

我可以帶回去。

龐組長一鳴(代理主席)

請曾科長將此建議帶回組內評估。另對於資料背後之意義，方才林秘書長提到年齡之因素，林代表提到是否具集中趨勢等建議，下次會議請曾科長彙總呈現相關資料補充說明好嗎？

曾科長玫富(00:31:30)

是指分子的年齡分布及分區分布？

龐組長一鳴(代理主席)

可能分母及分子的分布都需要對。兩個重點，第一個是年齡的集中趨勢，第二個為個案因素(如：年齡)。

鄭代表集鴻

我呼應林代表的說明，林代表提到一個重點，我們對這個治療及使用期限的期待。基本上，如果我們選擇這個治療並希望他洗五年、十年，甚至二十年，我知道PD有洗20年的，但是起碼我們會希望他選擇這個治療，至少洗五年以上。但就目前資料來說，前兩年可能PD跟HD效果差不多，以後就不一定。分析之前，我們須要就現有數據來看，小於一年的幾乎每一季平均17至18人，剛剛大家在討論何為合理？我認為小於一年且一季有17至18人，應該是很不合理，我們的期待是0。因為我們既然幫他選擇PD，卻做不到一年，每一季都有快20個人轉換HD。或許數字只有十幾個人，可是你想想看這個病人，他的肚子被挖一個洞，他整個腹膜及腹腔結構被改變，以後腸阻塞及沾黏機會多，故應該要求小於一年的新增人數為0。大家要有這樣的共識，希望這個數字慢慢減少至0。

龐組長一鳴(代理主席)

醫學上就我所知，有 sensitivity 和 specificity 的問題，很難平衡。大家共同努力！

鄭代表集鴻

但有17至18個人，我認為真得太多！

龐組長一鳴(代理主席)

大家關心的本質基本上都是一致的！鄭代表的意見，我們會再行瞭解，本署必要時可以啟動專家審查研討會進行個

案 review，日後如何處理，建議下次先看完數據後再另做討論。

楊代表孟儒

我今日是代表丁勇志醫師。我們鼓勵了這麼久的 PD，看來最近都處在停滯狀態，因為我們認為它比較便宜而且品質也不輸 HD，可是鼓勵這麼久轉換率這麼高，證明只適合某部分的人，血液透析與腹膜透析的品質是一樣的，以現行 HD 點值這麼低，卻還保障 PD，邏輯上十分奇怪。PD 病人可能有 2-3 個百分比會變成包膜性的腹膜硬化症，死亡率約三到四成，病患如果知道他是被鼓勵去接受這項治療而且產生嚴重的併發症，誰應該負責？因為這是很嚴重的併發症。

龐組長一鳴(代理主席)

如果做任何事情都是為了健康，為何還有人要熬夜？因此大家提到絕對健康之價值判斷，已經超越個人能力範圍，屬於公共討論的議題。原來我們有透析的五年計劃，建議列入下次會議就透析發展方向(如：移植…)進行討論。大家是否有其他意見？如無其他意見，我們進入第三案！。

報告事項第三案：「105 年第 2 季門診透析服務點值結算報告」

龐組長一鳴(代理主席)

各位代表對本案是否有意見？如無本案即予洽悉。

報告事項第四案：「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(草案)」

龐組長一鳴(代理主席)

請劉科長簡要說明 106 年相較本年之改變。在科長說明前，請各位與會的醫界代表及本署分區業務組的同仁，對於

日前結算 104 年門診透析服務品質提升獎勵計畫與 103 年有所不同，麻煩各分區同仁對於結算過程及指標操作型定義要多予宣導與說明清楚，近期本署接獲部分未核發的院所來反映，查證後都是因為誤會或不瞭解造成，實際所有計算的定義都均於本會討論與決議，各分區同仁亦須清楚瞭解整體過程並向院所說明清楚，減少大家對政策和制度的誤解，好不好？這個部分我先拜託大家！接下來，請劉科長將 106 年的改變跟大家說明！

劉科長林義

有關慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫自 104 年起，其指標計算均以院所上傳至本署 VPN 之資料為主，再次強調與 103 年並不相同。106 年與 105 年之差異請大家參閱會議資料的第 35 頁劃線部份，第一係增訂鈣磷乘積指標項目，其受檢率須 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$ ，第二為血液透析及腹膜透析之 B 型及 C 型肝炎轉陽率，均增訂受檢率且目標值定須 $\geq 90\%$ ，所以受檢率是 90%，而腹膜透析依上次會議決議則刪除轉陽率，即腹膜透析只看受檢率不看轉陽率。

另關於 105 年 B 型肝炎跟 C 型肝炎的轉陽率操作型定義，目前是以去年為陰性者做為今年觀察的分母，再視分母中是否有由陰性轉為陽性者計入分子，院所只要上傳陽性患者即計入分子。但近期接獲院所反映，病人是在當年換了兩家院所透析，第一家院所其實已經由陰性轉為陽性，至第二家院所已是陽性，雖上傳陽性卻不應歸責於該院所，因此，未來我們將依據院所上傳該患者之檢驗日期來排序，保留第一筆上傳陽性之院所，第二家即不予歸責計算，故修正 105 年該指標之操作型定義。以上說明！

羅代表永達

請教議程 40 頁附件 1-2 衛教表，屬於「衛教統計表」

做為統計使用？或教育民眾之「衛教表」？因為部分像要教育民眾，部分像是做為統計使用。

龐組長一鳴(代理主席)

這張表爭議多次，稍待先請台灣腎臟醫學會代表為我們說明！

林代表文源

請教腎臟醫學會，同張表衛教內容顯示「透析本位」，首先如果不透析其實就是安寧照護的意思，其次為實施腹膜透析與血液透析，第三為腎臟移植。我建議明列三層的選擇，第一項是否就明列「實施安寧照護」，其次就是透析，第三是腎臟移植。

龐組長一鳴(代理主席)

請秘書長說明！

林元灝醫師

不實施透析的原因可能是暫時性！即使醫師當時勾列，代表該患者已全然放棄？倒也未必！我們認為患者要治療的話，大概就這三個選項(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)，才會把它放在一起。

龐組長一鳴(代理主席)

如果這張表勾選理由屬於暫時性的話，難道每個月、每個禮拜要詢問或衛教一次？

林代表裕峯

我指的是剛開始要進入透析的人。我們碰到少部分病人不同意加入衛教計畫！但他還是回來看門診。這樣的話，醫師還是會進行衛教。

龐組長一鳴(代理主席)

剛剛林代表建議是將不施行透析理由之一改成安寧療護。

林元灝醫師

我知道林代表的意思！我們比較常碰到是住院病人或癌末病人，不管是呼吸器病人或是癌末病人均會轉介到安寧療護機構。至於門診病人拒絕透析，並不代表從此就不再接受治療。

龐組長一鳴(代理主席)

我們瞭解台灣腎臟醫學會說明的理由，但林代表的建議也很好，是否可在不施行血液透析、腹膜透析，再加一個理由為「安寧」，也做為衛教的內容之一！

林元灝醫師

在不施行血液透析或腹膜透析之其他項下，增加一個小選項為「安寧」？

龐組長一鳴(代理主席)

只要選項都是重要的，不分大小！故建議三大項為「不施行血液透析或腹膜透析」、「施行血液透析、腹膜透析、腎臟移植」、「安寧療護」。

林元灝醫師

我建議在不施行血液透析項下的小選項內加入安寧療護的選項，不用另外再獨立出來！

龐組長一鳴(代理主席)

其他專家的意見？

林代表裕峯

我認為安寧療護除了癌末以外到器官衰竭，這裡獨列安寧療護的選項也是很好的。

龐組長一鳴(代理主席)

好的！謝謝！

楊代表孟儒

另外在不施行的細項裡面，有中風選項是否太籠統？癌症、敗血症、呼吸衰竭等都要進入末期，不到末期不要強迫人家，小中風不要透析也是很怪！另對於末期器官衰竭或末期癌症，應加上病人的意願或者是家屬的共識。每一項它獨立出來？建議改為「末期器官衰竭」。我覺得太籠統！不夠嚴謹。

林元灝醫師

這個項下是複選並非單選。這個項下是多重選擇，但如果什麼治療都不接受，願意接受安寧，就勾選獨立「安寧療護」的選項。

龐組長一鳴(代理主席)

安寧也是一種接受，或許是更大的接受，故由我們業務單位直接修正並獨立一項安寧選項。

顏代表大翔

本份衛教表不是病人要進入透析前要交的衛教單張嗎？洗腎之前的病人才要交？

龐組長一鳴(代理主席)

不是要交的單張，是要對新病人做的事情。

顏代表大翔

住院安寧這只是一個充分告知的機制，既然他要洗腎了

怎麼會有安寧這個項目？

龐組長一鳴(代理主席)

是末期腎衰竭。

顏代表大翔

末期腎衰竭計劃內有規定年度要詢問病人這一張嗎？我記得這是透析前應該要做的事，已經透析的病人須要交這一張嗎？這一張的來源是什麼？我們何時要交這一張到健保署或醫學會？原來的目的是什麼？

張代表孟源

本表在上次會議即已討論過這方面的問題，我記得當時就有很多委員對於不實施透析的原因是否要明確化！本次把不施行出血液透析或腹膜透析的可能狀況都列出來，還有增列「其他」，「其他」也可以註明是「心臟衰竭」或「中度腦中風」，這樣的寫法是做一個充分告知病患，是洗腎前可能的選項與說明。這些選項對醫師在法律上也有保護作用，因為目前有很多 Stage 5 因為個人因素，病患不願意馬上透析而採取支持性療法，未來有書面證明病患已經與醫師討論及溝通治療的方式，醫師也不會因此承擔法律訴訟的危險，這個選項對醫界雙方都有一些保護！

龐組長一鳴(代理主席)

我們還是回歸事件的本質！ESRD 基本上是社會弱勢需要大家多予關心，過去常有不同專業或團體有不同看法(如：明明有腹膜透析為可不讓病人知道有腹膜透析、明明可以移植為何不讓病人移植..等各種說法。充分告知本就是醫病關係間需要的，這張表單只是說明我們確實做到完整充分告知這件事情。但醫院或診所醫師可能面臨不一樣的狀況，但本表是一體適用。如同秘書長講的，病人及其家人確實會常常

改變他們的想法，可是我們依然需要充分告知，對病人、醫師及健保三方都是好的事情，故請大家多予配合。原則還是獨立一個選項為「安寧療護」，這樣可以嗎？

張代表孟源

可不可以新增一個病人簽名？有簽名更能保護醫師。

龐組長一鳴(代理主席)

簽名這件事，是否在上次會議有討論過？

林代表文源

上一次會議討論的是附件 1-3 滿意度調查那張表。

龐組長一鳴(代理主席)

張代表建議是病人簽名？還是家屬代表？大家可以看議程第 41 頁，因為 41 頁已經有針對前面的衛教內容表示滿意度的簽名，故維持目前文字。是否有其他意見，如對本案無其他意見，除今日所述之文字修正外，其餘按照報告案內容修正後報部核定公告！

報告事項第五案：「門診透析專業醫療服務品質指標監測結果」

龐組長一鳴(代理主席)

前一項報告案是品質提升的獎勵計畫，透析院所自 104 年起要上傳檢驗值至本署 VPN，並據此核發品保款項，與 103 年由台灣腎臟醫學會收集之方式不同。本報告案則是針對整體品質監控之結果進行報告，不涉及個別院所之結果，先向大家簡單說明，現在麻煩曾科長跟大家報告，謝謝！

曾科長玫富(略)

龐組長一鳴(代理主席)

對本案品質指標報告是否有意見？

張代表孟源

關於議程 65 頁第 41 張簡報資料提到腎臟移植的問題，我們看到腎臟移植的比例始終偏高，這是捐贈者的問題。聽說最近健保署和移植協會推動對於三等親內捐贈進行移植者，將來可以有加分及優先移植之機制？另我們在禮拜天於台灣醫學會聽署長演講，聽說將增訂五萬點的獎勵金，鼓勵親屬間之活體腎臟移植？

龐組長一鳴(代理主席)

張代表對本份報告內容有何意見？

張代表孟源

目前腎臟移植的比例太低，我參加一個會議聽說健保署將鼓勵院所衛教民眾接受腎臟移植，並編列每人五萬點的獎勵金！

主席(蔡副署長淑鈴)

張代表所詢事項將列入討論第項第 2 案，議程資料第 71 頁，稍後再討論該議題。其他代表對本案是否有提問事項？

林代表文源

議程第 61 頁第 33 張簡報資料顯示各層別死亡率大幅波動？不曉得原因為何？

主席

醫學中心最低，地區醫院稍高一點，請曾科長來說明。

曾科長玫富

因簡報呈現係整體性的資訊，尚難探究因果或推論原因，只能說醫學中心表現不錯，但對其他層級表現無法驟下定論。

主席

死亡率也跟病人狀況有關，目前呈現是校正前資料。

顏代表大翔

為何受檢率在最近兩季掉下來？上次會議已就全部採用健保署 VPN 的資料進行計算，分母定義採用健保透析歸人檔，但前述檔案有系統性的高一點。因此算出來結果都呈現系統性低一點，惟大體上都還在監測值範圍。由於 PD 的病人較 HD 的病人就醫較為固定且人數十分少，是否影響二者院所上傳的情形，PD 受檢率沒有什麼差異性，二者是否有所關連？另議程第 61 頁地區醫院死亡率小於一年波動那麼大，是否與地區醫院受限各方面條件及照護能力有關！另病人數少一萬是否有其他原因？呼應之前我們討論到保障與鼓勵 PD 的策略，其執行上是有偏差的。謝謝！

羅代表永達

這項指標的分子跟分母如果人數很少差異就很，波動的幅度根本不知該如何解釋！真的要解釋，可能需要針對個案來看，也不是所有的地區醫院的 PD 的設備就一定比較不好。很多的地區醫院是專科化的，反而更好。它是因為個案數太少，任何一點點小小的波動將導致幅度變化極大，因此恐怕無法單方面進行解釋，以上！

曾科長玫富

腹膜透析本來一年人數就很少，再分季及四個層級後，部分院所可能就只有兩三個，因為分子分母真得太小了，即使新增一個都會使比率大幅波動。

主席

其實死亡率非常的低，僅零點幾到一點幾！因為表格數值間距太小，看起來數值變化很大，其實死亡率很低！

曾科長玫富

如果縱軸的 scale 大一點，就會變得很平穩。

主席

確實 scale 太小，若改成 1%、2%，看起來就合理多了。大家還有其他意見？如果沒有意見，我們就進到第六案。

報告事項第六案：「106 年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜」

主席

本案為明年度的會議時間。今年需要召開臨時會嗎？

龐組長一鳴

目前沒有！

主席

本年暫不需要召開臨時會！各位代表對於明年會議時間有無意見？

廖代表秋燭

明年要重新推派代表，對於明年的新代表，健保署會再另行通知前述代表預留會議時間？

主席

時間經本次會議確定後，不會再徵詢新代表的意見，但業務單位會通知新代表預留開會時間。其他代表有沒有意見？如果沒有意見，本案即確定。接下來進入討論事項第一案！

討論事項第一案：有關「106 年門診透析服務保障項目及操作型定義」

主席

本案為保障點值的部分？大家有沒有意見？

羅永達代表

請問去年的藥事服務費有保障嗎？

主席

去年藥事服務費為浮動點值。

羅代表永達

第二件事，剛剛主席尚未來時，我們在討論腹膜透析專款 PD 轉 HD 的比率，有代表提到該數值是滿高的，大家談到對於不須做 PD 者，會不會因為腹膜透析保障追蹤處理費等誘因鼓勵而施行 PD，所以我建議這件事是不是應該重新考慮，改以浮動點值計算。

主席

改以浮動點值？各位代表有何意見？

曾代表志龍

我附議。

林代表全和表

我們認為這是以病人的權利為優先，剛大家提到腹膜透析的追蹤處理費佔第二季費用約 3%，影響並不大，本項是由保障點值 1.2 改變目前的 1.0，目前都在區域醫院及醫學中心做，多半在鼓勵及保障醫院的病患權利，希望仍予些許的鼓勵及保障，給予病患多點幫助。

主席

林代表支持維持現行保障 1 點 1 元。

廖代表秋燭

我也建議保障一點一元。腹膜透析追蹤處理費之支付點數包含醫師費、護理費等，且護理人員費應該是佔滿大的比重，目前醫學中心評鑑都要求腹膜透析比率，如果改成浮動點值的話，對醫學中心根本沒有誘因，除非評鑑可以一併修正，若其政策沒有改變，我建議應援往例予以保障。

林元灝醫師

腹膜透析轉血液都析的比例十分地高，所以我認為基本上這個政策有問題。評鑑本來就不應該列入考量，因為這是醫師專業的選擇，為什麼要把它當作一個業績或目標呢？這是不應該的。如果把專業抹煞掉，健保再加上經濟誘因，可能誘發不應該發生的狀況？這對醫師是一項侮辱？所以應該回歸浮動點值。另外，為何腹膜透析的藥水也是一點一元？血液透析的藥水是內含在包裹的支付點數裡，為何腹膜透析藥水另予給付呢？二者均屬類似的治療，支付上還是應該類

曾科長玫富

就議程第 18 頁之數據跟各位代表說明。我們將最右邊那一欄分母 4053-3255，分子是 243-173， $70/750$ 等於 8% 左右。因為這是四年所有人累積一起算，105 年約 6%。最近一年並不是 27%，其實較之前僅高 2%。

林元灝醫師

我們將超過一年者一起計算，確實是 27%，比率十分高，該比例我們很難接受，為何如此高？這些病人白白送死？

曾科長玫富

最近一年的表現也許會增加一點點，就像我們看藥費的成長，如前九個月的成長 2%時，後面月份即使成長很高的話，滾到一年的成長也頂多會比 2%多一些些，這就是大勢已成的意思，以四年半整體綜觀之下，最近這一年的成長大概只佔這四年半的兩成左右，就算這一年是很惡化，影響也是有限的，何況實際上我們算出來，確實是只多了 1-2%左右，但沒有像剛剛講說變到 27%那麼嚴重。

林元灝醫師

假設如剛剛曾科長所說明的，這一年是 8%，然後明年也是 8%，後年也是 8%，那三年下來？本來我們預計腹膜透析一次可以五年，那國際上腹膜透析的平均壽命是三年，我們就以三年來算的話，是 24%，這不高嗎？

曾科長玫富

我之前有說用這樣算後續的發展有點像似看器官移植或癌症的存活率的概念，轉血液透析就像算存活的點。未來我們可以看，腹膜透析大於兩年轉血液透析的比例，或大於三年的比例，隨著年數的增加，可能會變成正向的指標，因為可以把腹膜透析 KEEP 到三年或五年才轉血液透析，那個比例反而會從負項指標轉成正項指標，表示 KEEP 的年限夠久、品質夠好。

林元灝醫師

所以我們建議至少保留三年以上，即腹膜透析三年以上的比例佔多少，這也是一個很重要的指標，對不對？

林代表文源

我有三個想法。首先，若要取消現行保障措施，評鑑標

準可能需要整體考量，其次PD轉HD之比率，我建議算增加五年後轉換之比例有助解讀及觀察集中趨勢之情形，瞭解有無不當鼓勵等問題的發生，最後，建議折衷之方案，本項保障點值能否朝HD分層級處理的方向來思考，例如：某些院所PD患者很少(假設20-30個人)，可以採保障點值；如果數量多到一定程度，即予以浮動。

羅代表永達

據我瞭解評鑑(草案)於委員會議討論之共識，對於區域以下(含區域)已經沒有訂定比率，至於醫學中心部分還暫時保留，這是確定的事情。另在議程第69頁關於健保會決議點值不要保障且回歸調整支付標準，這是當時健保會一個很重要的原則。回過頭來看我們腹膜透析追蹤處理費支付點數不夠？是否要用點值保障的方式去處理！現在是否仍要使用政策或經濟誘因而來保障？建議應回歸基本支付標準去處理，保障的項目應逐漸減少。

鄭代表集鴻

我附議羅院長講的，如果我們的給付與美國一樣以客觀且尊重醫療專業的選擇，就不應該再保障它。保障應該有保障的理由，如果現在保障的理由是因為怕醫學中心的收入會減少，這樣的說法是不合理的；如果站在病人的角度，現在轉換率十分高也是我們不能接受的。我們本就期待腹膜透析治療是預期五年或十年，如果不到一年每一季都有10-20位病患於肚子上挖了洞卻又失敗，我想這是醫療人員比較不能接受的，故應回歸正常面，不應在給予誘因鼓勵，這樣會比較好。

顏代表大翔

我也是贊成取消點值的保障，因為剛才提到轉換率是高

的，如果一個治療的方式須要以這種方式去保障，當我們從保障點值 1.2 降到 1 時，接受治療比例並沒有相對提高，代表這種治療方式並非值得鼓勵，而且藥水一點一元已經有所鼓勵了，所以不是沒有鼓勵，而且評鑑政策還訂定比率，我覺得一個治療模式被保留是對的，但採保障點值的方式須要進行檢討。

廖代表秋錫

剛剛羅代表建議追蹤處理費改成浮動並回歸支付標準之調整，我覺得也是一種方法。至於藥費部分係依據藥價基準給付，每個總額都是一點一元，並非本會議可以決議改成浮動點值，這樣不太合理。另追蹤處理費，我覺得可以回歸支付標準調整。

主席

請業務單位就支付標準追蹤處理費調整予以說明。

龐組長一鳴

目前我們大家對於轉換率高低、是否具集中趨勢等尚無充分之實證資料，故我建議將轉換率和追蹤處理費兩個分開來討論較為合適。首先，對於腹膜透析究竟要以保障點值或回歸支付標準處理，我們馬上面臨 106 年的部分，本會議需要達成共識或俟有答案且併同相關配套方案(如：同步調高)另行召開臨時會討論？如果支付標準要調整腹膜透析追蹤處理費做為 106 年給付所需，須提最近一次支付標準共同擬訂會議一併討論，如果今年因時間因素無法就支付標準進行討論，可能明年還是要先採取保障點值之方式予以因應，以上說明供大家討論決定。

主席

方才有多位代表建議轉換率還要補充三年或五年資料，

也要提高報表數值之解讀性，讓大家一眼看懂，避免誤導大家似不須再鼓勵腹膜透析之誤會，請業務單位於下次會議報告時予加強改進。

至於保障一點一元或回歸到支付標準調整係取捨之問題，如果採調整支付標準，當然就不予保障自然回歸浮動點值之方式，大家可以充分討論。假設要調整支付標準，應由誰提出支付標準調整案、成本為何、調整多少始為合理？健保對於支付標準調整之提案，本就有完整之提案流程與討論程序，亦即本會本次(或召開臨時會)須先通過專家會議調整支付標準之共識後再提至共擬會議討論，共擬會議前亦須完成相關配套作業。今年 11/29 即將召開前述會議，如此才能趕在明年 1/1 相關支付標準調準得以生效實施，並同步取消點值保障改採浮動點值之方式處理。

大家是否來得及提案？如果來不及明年恐難如期修改支付標準。如果大家已達共識即需要召開臨時會，來同步處理與檢討支付標準調整案並改為浮動點值等相關配套事宜。

林元灝醫師

如果要就支付標準調整進行討論，建議納入今年總額協商提到血液透析安全針具的問題，另對於 PD 和 HD 支付標準給付不同(如：透析藥水一個是灌入機器、一個是灌進病人的肚子，實際是一樣的)、保障也不同(腹膜透析追蹤處理費保障一點一元，血液透析則為浮動點值)、EPO 在血液透析為內含，但腹膜透析藥水卻另外申報等，我覺得並不公平，建議下次一起討論。

主席

所以林代表的意思是併同血液透析支付標準一起討論？

林元灝醫師

對，併同安全針具問題也一起討論。

主席

臨時會可以談完這件事?雖然我們可以再充分討論，但本會須有共識，如果順利的話當然可以同步轉換，惟如支付標準調整案未及定案前，明年恐怕還是要援例保障腹膜透析追蹤處理費。大家覺得如何呢?

廖代表秋錫

我覺得應該是來不及。因為我們須要有成本分析的證據，PD 跟 HD 的成本結構差異很大，血液透析的人工腎臟占成本重要的比率，但腹膜透析則是藥水及人力占的比重較高。因為兩項成本結構差異很大，沒有充分證據就逕予討論支付標準，我覺得不太適合！建議維持龐組長方才說明之建議方式，蒐集較多實證資料後再來充分討論支付標準調整案，較為合適。

張代表孟源

我也是認為目前應暫時有一個配套措施，剛才林老師也講得很清楚，一個制度要改時不要用急就章，最好做好成本分析。所以我支持龐組長的建議，若真的來不及，就待明年多一點時間來充分討論。方才副秘書長也提到透析成本之分析，這是一項大工程，況且 11/29 馬上就要開會了，我想這樣來不及，因此我支持龐組長的建議。

主席

在有限透析總額下，如何透過支付標準調整做好資源的配置與分配十分重要，如何調整 PD 和 HD 之支付標準須要大家認真且審慎來討論，須要時間準備與充分溝通！明年是

否仍比照 105 年方式辦理？明年醫界須提出成本分析並儘早啟動討論機制，各位代表意見如何？

林代表裕峯

我有幾點建議。首先，關於轉換率建議蒐集各國如何計算與統計方式，以提供客觀之比較標準，進一步評估本國是否真的比較高。其次，對於評鑑規定醫學中心施行 P D 比率比較不適合，因為這是專業的問題，有的病人適合做，有的病人不適合，如果規範一個比率的話，就可能發生不該做 PD 的去做 PD，但我們應該要鼓勵適合做 PD 的人接受 PD，所以我覺得應回歸審查 P D 的照護品質比規範比率更重要，但評鑑條文屬於醫策會權責，亦非健保署或本會之權責範圍。最後對於點值保障部分，我呼應林教授的看法，多少人數以下給予保障，超過者則予浮動點值計算。

主席

未來支付標準調整時可以參酌林教授的建議，各位代表是否還有其他意見？

鄭代表集鴻

我主張回歸醫師專業，怎麼做對病人來說是最好的，不要因為經濟誘因而影響專業判斷。剛剛提到支付標準調整很重要，所以我建議訂一個落日條款。我記得去年本會亦熱烈討論但已延了一年，今年還要再延，因此建議將明年當做保障的最後一年並進行支付標準案修正，即便支付標準案沒有通過，明年也將本項保障取消，這樣好嗎？

主席

支付標準調整是要整體配套一起討論，如果逕行取消本項保障，還是會造成一些問題啊！

鄭代表集鴻

此舉就是希望大家積極討論提出配套，否則明年若沒人提，又要延一年。

主席

如果明年要完成支付標準等相關配套之討論，醫界勢必須協調一方要提出方案(如：台灣腎臟醫學會、腹膜透析醫院…)。在場代表是否有意願提出？好，台灣腎臟醫學會願意提出！請貴會一併收集醫院的意見，屆時再來討論，大家是否同意？腎臟醫學會明年何時可以提出具體方案？

林元灝醫師

明年一月提案，四月決議。

主席

一月能提當然最好，最慢四月底也一定要提案，最好在第二次會議前提出來討論，預留第三次會議繼續討論，第四次應達成共識，才來得及後年實施。

張代表孟源

台灣腎臟醫學會秘書擔心來不及，希望給腎臟醫學會一點時間。

主席

台灣腎臟醫學會最慢四月底要提案。今天依本案議程內容先予通過。

曾科長玫富

主席，剛剛有提到藥水的事情，我了解後，目前腹膜透析的藥水有納到藥費支出目標算，當超出目標時，藥費支付不做調整，這已經保障了，沒有調降。另外，剛剛委員有提

到世界各國的腹膜透析轉血液透析比例算法，我記得前二次會議中，理事長已說明其他國家都沒有該項統計，只有我們在算而已。大於一年的指標不適合用剛才的算法，因為指標二分子不見得是最新的案件轉的，新進案件的分子就在指標一已經處理了，所以只有指標一勉強能做加加減減的計算，但是指標二那一塊不能這樣處理，因為分母和分子不見得是在同一範圍內。

主席

林裕峯醫師或是台灣腎臟醫學會如果可以幫忙找到國際資料，再麻煩您提供給我們，讓我們能有一個比較好的統計方式。

張代表孟源

為了這項腹膜透析改成血液透析的轉換率，很多代表們已經重複又重複的說過太多次了。因為不管是血液透析或腹膜透析，或腎臟移植等任何治療都有它的優點和缺點，最重要的是病人需要甚麼樣的治療對病人而言最恰當，尤其現在還是要尊重病人主觀意願的選擇，腹膜透析只是一個選擇的方式，如何選擇治療方式必須尊重病人的決定及醫師專業判斷。在治療當時醫師與病人共同的決定，更是要予以尊重，不能因為事後說它的轉換率高，所以回溯說它當時的選擇就是錯的，這個邏輯是不通的。任何一個政策鼓勵一定要有理性的判斷，但目前有問題的是政策上是否有不當的鼓勵，而不是腹膜透析本身有甚麼問題，我覺得這點須要予以釐清。

主席

在座有很多腎臟科醫師，請問你們都有不當的鼓勵嗎？大家都說沒有嘛！

林元灝醫師

我呼應剛剛張醫師說的，實際上不當的鼓勵指的就是政策，因為這項政策定的莫名其妙，醫師難道不會自己判斷病人該不該透析嗎？還需要政府來規定多少比率？我覺得是荒腔走板完全抹煞專業的考量，不當的鼓勵(包括經濟因素、保障點值、評鑑政策)造成扭曲，所以我們才會在這邊不斷爭吵。說真的，這些人不是我們的家屬，我自己治療過很多病人，當病人受過這種不當治療後之併發症很多，同理如果是你的親人，你會在他不合適的情況下鼓勵他去做 PD 嗎？我相信每個醫師都不會這樣做，但有時政策傾向就會造成不好的結果。

羅代表永達

我是支付標準共同擬定會議的委員，這件事我可以很老實地講，當時是有很強大的外因介入，才過度影響專業的判斷。所以為什麼每次開會時，大家都在談論同樣的問題，不當的經濟誘因其影響層面有多大，既然我們要提共擬會議，我希望能把所有支付標準相關資訊收集完整，因為屆時討論的並不是在坐的委員，而是另一批委員。他們不一定知道現在 PD 的藥品是一點一元、藥品預算目標、HD 包裹支付..等相關規定，這些訊息如果委員不清楚的話，可能會做錯誤的判斷，因此我建議除了常態的成本分析外，也要附註說明這些事項，讓大家瞭解全面狀況後再做判斷。

主席

大家意見一併納入支付標準調整時考量，106 年保障項目即照議程資料。進入第二案。

討論事項第二案：有關「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」修訂建議。

主席

本案是新增病人預先建立屢管或腹腔導管每人支付一千點，並請台灣腎臟醫學會提供判斷之邏輯；另外是針對本計畫照護中之個案(非參與本計畫者即不符合)，如果接受活體腎臟移植者，提供本計畫團隊五萬點之獎勵費用。

廖代表秋錫

健保署未來是否以補付方式提供該項獎勵費用？

張專門委員溫溫

年度結束後會擷取符合獎勵的對象，以補付方式支付獎勵院所。

張代表孟源

我非常支持獎勵活體腎臟移植，惟是否已明訂於計畫內？

主席

本案希望鼓勵病人接受活體腎臟移植以減少長期透析之負擔，是治療方式的其中一種，讓病人多一項選擇。但是說服活體器官捐贈或移植有其困難度，團隊不僅尋找合適病人且需配對成功，故提供較大的獎勵予以鼓勵，希望本項在台灣能有所突破。

蔡代表江欽

議程第 71 頁提到 104 年申報活體捐腎切除術者共 110 人，這些病人都沒有接受血液透析？

鄭代表集鴻

建議不要限制未透析者才予獎勵，因為很多病人是透析之後才開始考慮進行腎臟移植。

龐組長一鳴

如果已經接受了透析，就不是這個團隊的功勞。

林代表裕峯

大部分接受腎臟移植的病人，都是開始洗腎之後才進行移植，因此建議不要限制未透析者才予獎勵。

林元灝醫師

或許五萬點給工作人員是項獎勵，但反過來說，也可能會被認為是為了這五萬點才去鼓勵患者換腎，如果獎勵是全面的就比較沒話可說。因此，開始透析的病人、捐腎的人應該都提供獎勵，全面的考量而非只有團隊的獎勵。

張代表孟源

以目前已經在洗腎的患者有 40%並未進入 PRE-ESRD 計畫，或者於本計畫開始前已經透析很久的患者，將來這群人進行活體腎臟移植都沒有獎勵金。方才很多代表發言，預估五百多萬可能只用兩百多萬，所以我建議真的想要鼓勵移植的話，對於沒有參與計畫的人，故應該也可以考慮擴大獎勵範圍。

顏代表大翔

我附議張代表的意見。個人開業這麼多年來平均每年僅有 1-2 位去換腎，但符合資格的大概只有一個還沒洗腎，而且是很早期的病人。有機會你們可以問一下署長，患者還沒開始洗腎就直接換腎的人是很少的。

龐組長一鳴

活體移植一定是他的家人。

顏代表大翔

我知道，但真正未洗腎卻可以等到換腎的人真的很少。

曾代表志龍

如果大家有第一線的工作經驗，就知道勸募一個健康的人將腎臟捐出來有多難，難道我們給家人一點考慮的時間都不肯嗎？一定要逼著這個家屬要換腎給這個病人，否則我就不獎勵？這是很奇怪的想法，讓病人先洗腎也給家屬考慮緩衝的時間？從透析業者的角度，我倒覺得介紹病人去換腎代表我的病人沒了，我還願意去做這件事情？因為我尊重做為醫師的醫療專業，所以很多時候，若不是站在第一線工作者的角度去看這件事情，勸募健康家屬去捐腎真的沒有這麼容易。就是因為很困難，才需要給家屬考慮緩衝的時間，難道我們一要在病人還沒洗腎前逼家屬做這個決定嗎？

龐組長一鳴

pre-esrd 計畫是由 stage 3b 至 stage 5，從 3b 到 5 級還有一段時間，並非馬上就要鼓勵患者下決定，同時這個計畫主要鼓勵腎臟科醫師長期向病人衛教以延緩洗腎的時間，但也須對腎臟惡化做準備，並非馬上決定的事情。因為件事情很難，所以鼓勵費用較高約近腎臟移植手術一半的費用。

曾代表志龍

如果龐組長真的認為這個五萬塊很多的話，我建議將這項刪掉算了。

顏代表大翔

這是一個計劃必須結案才能申報，加入本計畫需要一些條件(如：醫療團隊都要接受訓練)，其實都滿嚴格的，也不容易找到家屬做活體移植，雖說這項立意很好，但我認為真正能申請到獎勵金者很少，搞不好一年才十個，醫院我不敢講，但診所的話，一定不會有十個。

羅代表永達

本項獎勵立意十分良善，所以大家希望將它擴大。但剛剛龐組長已經解釋很清楚，必須是活體且是 PRE-ESRD 計畫的患者，所以我覺得立意良善的事情，不要不見了。我建議大家先通過後觀察半年，如果之後要檢討，再來談明年要如何將它擴大，建議先照案通過。

主席

本項獎勵代表該計畫結案方式之一，如擴大到 HD 的病人也可以的話，該效益不如一開始換腎來的高。剛才龐組長也有補充，從 stage 3b 至 stage 5 這段時間並不算短，而且大家的使命是希望盡量延緩病人進入洗腎的階段，有充分溝通的時間，本階段推動是效益最高的階段。羅院長方才建議本項對病人是好的應先予通過，日後的獎勵可以真正回歸 PRE-ESRD 計畫團隊的努力。

林元灝醫師

說真的本項獎勵 5 萬點是給付給醫院？醫師在做這件事情的時候，並非考量自己的利益，所以我剛剛提到可能因此反被貼上標籤(為了五萬點)，故建議連捐腎的家屬一起獎勵。我相信這五萬點回歸醫療團隊都已經少一半了，對於團隊所投入心力是微不足道的。

主席

林代表建議要加註文字『該筆獎勵費用是回饋工作人員』？

羅代表永達

大家都覺得五萬塊很少？我們提供跟病患提供安寧服務一次都要 1-2 小時，才兩千點！所以我認為經費有限，大

家好像覺得錢沒花完很難受，其實這是易放難收，很多不是今年不發生，明年就不會發生的事情，明年檢討有改變再改都可以，大家已經為了這件事講了半個多小時了，我個人建議先通過，以後如有問題再提出來修正。

主席

是否有其他意見？如無，我們就照案通過。

羅代表永達

今年各季預算未如往例進行預算重分配，第一季點值約 0.8，第二季約 0.84，第三季可以預估，但 106 年各季預算分配須到明年才能討論，建議可否先行討論，讓我們做明年財務分配時，到底是按照我們前一年的規劃，還是按照我們今年的規劃？

龐組長一鳴

健保會已經公布明年各部門總額。今年比較特別，往年須等到區域分配定案才予公告，各部門總額預算有多少錢應該已經定案了，接下來為分區預預分配的問題，門診透析部門亦無此問題，至於四季預算重分配的問題，去年本會議已決定 105 年不以該方式再進行校正，106 年是否要再校正，下次會議可以討論。

主席

各總額部門依往例於第一季會議將討論四季預算重分配的事情。

羅代表永達

我們不做校正的機制後，造成各季點值浮動很大，我們本來希望它穩定反而浮動更大。希望署裡面有一個比較確切的定見。

主席

明年才會重新討論。

張專門委員溫溫

104 年以前四季預算已按各季日曆數校正並增減預算，惟於 104 年第四季的會議，則決議自 105 年起回復為原來各季預算不再校正，如果 106 年不提出來討論，就跟 105 年一樣。假如還要啟動四季預算重分配的話，須要於明年重新提案。這是因為 105 年回復原各季預算，並沒有重分配的問題。

蔡副署長

點值浮動很大？

龐組長一鳴

目前只有兩季，現在看起來似乎差異很大，可再觀察第三季及第四季的情形。

主席

回復原預算對各季的影響，還要再觀察一段時間，以利經營者考慮財務的穩定。是否有臨時動議？若無，則散會。