

# 「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

## 109 年第 1 次會議紀錄

時間：109 年 2 月 26 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路三段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：賴昱廷

### 出席代表：

朱代表益宏	鄒繼群代	黃代表尚志	黃尚志
吳代表麥斯	吳麥斯	黃代表明和	黃明和
宋代表俊明	宋俊明	楊代表五常	楊五常
李代表妮真	李妮真	楊代表孟儒	楊孟儒
李代表純馥	李純馥	廖代表秋燭	廖秋燭
洪代表冠予	洪冠予	趙代表銘圓	趙銘圓
張代表克士	張克士	蔡代表宗昌	蔡宗昌
張代表孟源	張孟源	鄭代表建信	鄭建信
張代表晏晏	張晏晏	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	顏代表大翔	顏大翔
郭代表咏臻	郭咏臻	羅代表永達	羅永達
曾代表志龍	曾志龍		

### 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	陳燕鈴、陳淑美
衛生福利部食品藥物管理署	洪秀勳、簡好庭
衛生福利部國民健康署	請假
衛生福利部醫事司	請假

衛生福利部中醫藥司

勞動部

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

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

本署違規查處室

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

涂瑜君

呂佳昇

吳心華、黃麗如、顏正婷、  
曹祐豪

吳韻婕

林元灝、張哲銘、林慧美、  
張靜宜

曾庭俞

劉嘉琪

吳科屏、劉林義、洪于淇、  
李健誠、鄭智仁、楊秀文、  
鄭正義、賴昱廷

高幸蓓、張如薰、連恆榮、  
陳怡蓓、詹淑存

李冠毅

李碩展

白姍綺

陳懿娟

陳祝美

陳麗尼

傅明貞

張曉玲

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、持續列管案件：

(一) 序號1-80歲以上且無意識之患者適當透析處置案。

(二) 序號2-門診透析專業醫療服務品質監測結果，有關透析存活年限統計部分。

(三) 序號3、序號5及序號7-有關雲端藥歷系統「腎功能不佳」新增提示功能，將立意抽審結果回饋院所，並請台灣醫院協會跟台灣腎臟醫學會研議適用其他專科別之止痛替代方法或管理策略，以及腎功能異常使用NSAID藥量者篩異指標管理機制回饋院所自我管理案併案列管。

(四) 序號4-C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案中透析病人C型肝炎治療追蹤。

## 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3季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認108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
108Q3	0.84244094	0.85430019

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：109年門診透析預算四季重分配案。

決定：洽悉。

#### 第五案

案由：研議減少慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料C型肝炎個案檢驗數據偽陽性之方式案。

決定：

一、洽悉。

二、有關C型肝炎偽陽性之認定及後續登錄方式，因涉及CDC及各縣市政府衛生局監控院所感染管制作業，請台灣腎臟醫學會再審慎研議，如涉品質保證保留款相關修改，請一併提會討論。

#### 第六案

案由：腎功能異常使用NSAID藥量者篩異指標管理機制。

決定：洽悉，請本署醫審及藥材組持續監控「腎功能異常使用NSAID藥量者」用藥情形。

### 肆、討論事項

#### 第一案

案由：「腹膜透析追蹤處置費及APD的機器租金費用，回溯追扣案」討論案。

決議：

一、本案同意回溯追扣。

二、有關支付標準中規定「病人因故中途停止治療或入院後未使用者，則按比例扣除未治療天數費用」一節是否修正，請台灣腎臟醫學會研議。

## 第二案

**案由：**「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位追蹤辦理情形。

**決議：**請台灣腎臟醫學會針對具體執行方案盤點各單位辦理情形，邀集相關機關、醫界及學者專家召開會議，排定期程及優先順序後賡續辦理。

## 第三案

**案由：**109年「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」修訂案。

**決議：**同意台灣腎臟醫學會所提修訂「活體腎臟移植團隊照護獎勵費」，如下：

- 一、尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明，並接受親屬活體腎臟移植者，由5萬點提升為6萬點。
- 二、新增已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明未滿6個月及6個月以上，並接受活體腎臟移植者，支付3萬點及1萬點，並以保險對象移植前之透析院所為獎勵對象。

## 伍、臨時動議：

**案由：**若透析診所執業醫師因疫情因素需居家隔離，在診所無執業醫師情況下，如何執行透析業務及相關申報作業。

**決議：**醫療機構執行血液透析業務人力配置應符合醫療機構設置標準規定，若有案由情事，可依醫事人員報備支援規定辦理。

陸、與會人員發言摘要詳如附件。

柒、散會：下午5時50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

## 109 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

黃理事長、各位代表、醫管組、分區業務組的同仁，謝謝大家今天蒞臨本署參加門診透析總額的研商議事會議今年的第一次會議，出席人數已經超過一半會議開始，首先請各位代表看上次會議紀錄，第 1 頁到第 4 頁，有沒有什麼問題？好，若沒有問題，會議紀錄就確認，接下來報告事項第一案。

### 貳、報告事項

報告事項第一案：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

主席

好，謝謝，第 1、2、4、5 都是繼續列管，後面繼續列管的是今天 1、2、3 討論案，特別提醒第 4 項，透析診所仍有一些 C 型肝炎的病人，今年的預算是足夠的，麻煩透析診所或醫院如果病人裡有 C 肝的病人，請轉介腸胃科醫師治療，再拜託大家；另外，第 7 項有關 NSAID 用藥，請如薰科長再跟大家說明一下，雖然解除列管，但後續還會再做監控。

醫審及藥材組 張如薰科長

第 7 項的部分，因為我們後面有再列 1 個報告案。

主席

那就報告案的時候再講，因為現在雖然解除列管，應該後續還會再做。請宋教授。

宋俊明代表

我們都有看到 NSAID 部分，署內的同仁以及學會的同仁都很努力，所以一天裡面會接到很多電話，至於把 3 案跟第 7 案全部解除列管，事實上還是在 do 的階段，可以列進來，將 3、5、7 併在一起。

主席

好，(序號) 3、5、7 就繼續列管但是併成一項，其實(序號) 3 是說本署要在雲端

提示，我們現在開始提示了，(序號)5 是專業的部分有沒有其他替代止痛的方法，專科醫學會還在研究，(序號) 7 是 NSAID 的藥物使用超量之資訊回饋，確實這 3 項互有關係，但是後效仍不清楚，本署也一直在執行，所以宋教授建議我們 3 個併案，再持續追蹤一段時間看看有沒有效果，謝謝宋教授的建議，其他大家有沒有意見？好，如果沒有意見，報 1-6 頁有 1 個雲端提示的畫面，請大家參閱，接下來報告事項第 2 案。

## 報告事項第二案：門診透析預算執行概況報告。

**主席**

好，謝謝，後面 5 年的趨勢請大家參閱，這個報告大家有沒有意見？好，請顏醫師跟鄭醫師。

**顏大翔代表**

主席，首先謝謝對透析病人的照顧，給口罩，大家都很感謝，對獎勵的部分，CKD 總共 4 億零 4 百萬，從 108 年知道已經不夠了，Early-CKD 跟 Pre-ESRD 變成點值的浮動，我是覺得門診透析品質保留款 4,500 萬這麼多年都沒有調高過，事實上診所領的越來越少，如果病人數有增加的話慢性腎病照護來講點值浮動的話變成沒有什麼鼓勵到，不曉得有沒有什麼機制可以調高 4 億零 4 百萬的預算。

**主席**

預算執行率現在是多少？Early-CKD 是 1.32 億，Pre-ESRD 是 2.37 億，總共 3.69 億，還沒有超過 4.04 億。

**顏大翔代表**

可是要扣掉 4,500 萬門診透析品質保留款，

**主席**

品質保證保留款共 4,500 萬，就是超過一些些，109 的預算沒有增加，林義專委，109 年的專款仍為 4.04 億嗎？沒有增加嘛，沒有增加可能 109 年會不足比較多，這部分請林義專委記下來，監控一下預算執行情形，明年可能要再多爭取，好，還有其他意見嗎？請鄭醫師。

**鄭集鴻代表**

主席，第 49 頁，108 年 Q4，門診透析病房前 10 大院所，好像是最近才開始的

統計，我們統計用意是要資訊透明。

**主席**

本署要將相關資訊分享並透明化，但無法控制那些院所要增加床數，因為我記得上次有委員希望了解那些院所在增加？本署大概只能呈現供給鏈增加的情形，另外，也有診所床數也有增加情形。

**鄭集鴻代表**

我們比較關切還是在大型醫院，譬如醫學中心，應該是高雄榮總本來 14 床，一下子增加 27 床，增加幅度約 60%，剛剛的報告是醫學中心一年大概只增加 1.9%，一下子增加 60%，不曉得他的理由是甚麼？再來還是國家政策的問題，既然在推分級醫療，要減少慢性穩定的病人到醫學中心就醫，這樣的增加我們難道都不用做什麼對應嗎？

**主席**

理事長要不要幫忙回答？在高屏區，理事長的資訊可能比較清楚。。

**黃尚志代表**

這可能要看高雄榮總是否有很長一段時間沒有增加床了，確實他們從來也沒有再增加，這次一下剛好有空間擴床，所以統計上會呈現較大幅的增加床數，但是若把過去 10 年、15 年、20 年的床數一起考量，則可能都沒有什麼改變。整體而言，全國床數的增加還是以基層增加比較多，這是因為有些腎專到基層去服務，床數增加更加普遍，相對這也是好事，而大醫院透析床的增加已經壓在 2% 以下，其實也是沒有刻意要增加的情形。

以下補充：基層有基層發展的立場，醫學中心等大醫院也有人才培育、教育訓練、與業務發展的考量，彼此間有許多的相互的影響，這可以作為一個議題討論或辯論，而不必在此爭論。

**主席**

好，謝謝理事長幫大家說明。

**鄭集鴻代表**

理事長這樣回答我個人還是覺得不是很理想，應該不能說很久沒有擴張就一定要擴張，以台大醫院來講很久都維持 52 床，可能也好幾十年都沒有增加，我們還是希望知道說一個醫學中心他需要的教學服務，教學研究，他的合理門診透析床數應該是多少？有一個準則可以遵循，不然大家就覺得有空間就擴床，應

該有違反國家分級醫療的政策。

**主席**

好，林義專委要說明。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

補充一下預算的部分，報告案第 3 案，大家翻到報 3-2 頁，其實當初在協商 108 年總額的時候，我們有預期到這塊預算可能不夠，其實那一年我們有提要增加 5,000 萬，不過當然最後協商沒有過，還是維持 4.04 億，所以我們的確預估 108 年這 2 個計畫的預算可能會不夠，可能會浮動；另外 109 年的部分回到簡報第 4 頁，109 年的部分我們其實有再一次的增加，其實健保會最後也同意我們增加 2,300 萬，所以簡報第 4 頁的後面其他預算部門專款這個部分，有關 Pre-ESRD，Early-CKD 跟品保的計畫，3 個加起來有增加 2,300 萬，109 年加 2,300 萬，經費全部是 427 百萬元，我們也會再逐季監控並跟各位委員報告，以上。

**主席**

顏醫師可能認為 427 百萬也是不夠，那付費者代表趙委員在這邊，趙委員也幫忙留意一下。請問大家還有沒有其他意見？請理事長。

**黃尚志代表**

講到這個經費，因為包括 2 個 part，1 個是 Pre-ESRD，1 個是 Early-CKD，上次在醫管組李組長主持的會議裡面，我才知道當年我們在設計 Early-CKD 的給付時，其實是比较照糖尿病照護，結果沒想到那天開會，糖尿病照護計畫已經提高很多，但是都沒有知會腎臟醫學會，以致我們的 Early CKD 照護給付遠遠落後在後面，如果以一個疾病照護所花費時間的相對性，兩者照護付出的勞力是差不多的，但是 Early-CKD 的給付很多會員反應是偏低了。我今天不是爭取這個議題與給付，而是希望下次可以一併檢討給付的部分；第 2，為了要增加 Pre-ESRD 的照護，為了讓進入透析(的病人照顧可以)延長或減少接受透析的人數，今天會討論到獎勵活體移植的議題，我們也提出方案，但是這可能會增加預算，另外還有 AKI 病人如何能讓他們被收到 Pre-ESRD 的計畫，而不要變成 AKD，CKD，最後進到 ESRD，這個方案我們已經擬好了，初步給長官私下看一看，在本次會議還來不及拿出來，但不管是 AKI 案、移植的案，都會增加經費的付出，未來整個經費面在下一年度應該要爭取給予到什麼程度，拜託各位長官再考量。

**主席**

好，謝謝，醫管組有沒有要回應？

**醫務管理組 李純馥組長**

謝謝理事長，其實上次我們為了糖尿病及慢性腎臟病的計畫，在論質計酬的部分針對共病的病人進行整合，那次會議上也承蒙腎臟醫學會提供很多寶貴的意見，將會納入未來研修的參考。另外，您提到 AKI 的部分，若未來有更細緻的修訂方案，本署會進行試算，也會尋求相關學會再一起來討論，謝謝。

**主席**

好，謝謝，要好好研究如何將 AKI 病人納入 Early-CKD 或 Pre-ESRD 計畫中去照顧，放到 Pre-ESRD 不一定是以 stage 來訂，這並不太對。

**黃尚志代表**

我們的策略是要選比較嚴重的，可能會往後走到 ESRD 的病人來照顧，防止他們腎功能繼續惡化。如果只是選擇很輕的 AKI，很多人都因為腎功能變化不大，我們可能達不到上述目的，因此針對 AKI 程度較嚴重的病人，防止腎功能往下走，這群人臨床上會比較有意義，就算 AKI 病人接受暫時性透析，若是有機會脫離透析則更有價值。過去我們討論脫離率，一直只有名詞，沒有實際的作為，因為沒有可以執行的制度，現在把 AKI 病人包進來，則有可能讓脫離率有落實的機會。

**主席**

好，謝謝，我們就等有具體建議時再來討論，好，請問還有沒有其他意見？好，如果沒有請繼續第三案。

**報告事項第三案：108 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。**

**主席**

預算透支，108 年預期會不足 5 千萬元，所以在 108 年會有一點點浮動，大家有沒有意見？我們現在點值 0.85，記得浮動點值最不好的時候是 0.78，平均點值是 0.81、0.82，現在已經有 0.84、0.85，所以已經有緩步的上升，接下來第四案。

**報告事項第四案：109 年門診透析預算四季重分配。**

**主席**

好，四季重分配大家有沒有意見？這已經修過很多遍，現在大家還有沒有意見？

## 羅永達代表

想請教一下，像目前署裡面說第 1 季、第 2 季要合併計算，這是在其他總額部門對不對，今年不知道門診透析其他的醫療院所有沒有影響，有沒有需要第 1 季、第 2 季點值合併計算，以上。

## 主席

第 1 季、第 2 季會怎麼處理，會回到各總額研商議事會議再做討論，透析應該較不受這次武漢肺炎的影響。各位的病人有什麼樣的狀況嗎？進行居家隔離或居家檢疫的病人，如果要透析(治療)還是透過救護車接送，並不受影響。若不受影響，總額還是如常，按結算的進度進行。好，如果沒有意見，我們四季重分配就確認了，接下來第五案。

**報告事項第五案：研議減少慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料 C 型肝炎個案檢驗數據偽陽性之方式案。**

## 主席

我們曾經關心過轉陽率，一直在想為什麼會有 B、C 肝的轉陽率，代表們就提出來可能有一些是偽陽性，所以 2 月 7 日本署就跟腎臟醫學會、消化醫學會開會來討論，是否有偽陽性的問題？所以在報 5-2 頁列出 2 個結論，抗體原為陰性一年內轉陽性，若在臨界值時要再次檢驗，並依再次檢驗結果上傳；如果呈陽性在臨界值，還是上傳陽性，並轉介給腸胃科進行確診，相關的輸入方式都做一些明確的規定，這個案子大家有沒有意見？來，請宋教授。

## 宋俊明代表

大家非常辛苦去制定這個所謂執行的方案，但是看一看到最後，譬如說剛剛提的，它是 low titer 的時候，基本上它有很高的機率是偽陽性，但是一併再檢查一次，它是病毒量的檢查，還一個 C 型肝炎檢查，這時候很有可能它還是一個 low titer，但是 C 型肝炎是 negative，那為什麼要去傳陽性呢，直接就是偽陽性，所以這時候就能判斷是個偽陽性，所以有一點點疊床架屋，事實上我們在這個時候會說陽性跟偽陽性為什麼那麼 argue，因為會被衛生局苛責追蹤，如果能夠在某個層次他一直懷疑偽陽性的時候，他先給衛生局，譬如說上傳 1 個禮拜，也上傳就是說後面還在檢驗，後面直接這邊就偽陽性，為什麼還要陽性、陰性，搞得後面健保署及國家的 data 都有問題，事實上是偽陽性、陰性分不出來的問題。

**主席**

如果你再檢驗結果仍是陽性，檢驗值在 borderline，再次檢驗結果就判定為陽性。

**宋俊明代表**

這時候應該是要看他的病毒量。

**主席**

病毒量？

**宋俊明代表**

對，他縱使是陽性，他也是偽陽性，如果看那個抗體的話，抗體的這次檢查，他還是陽性的話，病毒量可以是偽陽性。

**主席**

所以等於宋教授對頁次報 5-2 的結論一的部分，您覺得有修正空間嗎？

**宋俊明代表**

對，我是覺得偽陽性就直接把它弄成陽性。

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

主席，腎臟醫學會秘書長，這個會是我去開的，事實上，在那天的會議裡面，我跟消化系醫學會的代表，我都知道，其實消化系的醫師不是很贊成偽陽性這種說法，因為它裡面有說明，這些抗體陽性的病患裡面，本來就有四分之一左右其實並沒有病毒，事實上在臨床我們的確當成是沒有，這是肝炎的部分，但是問題在我們的檢驗，並沒有完全全部的病人檢驗是病毒加抗體來判斷，我們上傳資料還是用抗體，那如果大家給付都非常寬鬆，所有的病人都是用(測量)病毒(RNA)的話，我相信這問題會少掉很多，但是目前的狀況下，我們還是用抗體來報陽性陰性，也只能暫時是這樣子，當然包括實務上及消化系醫師也同意，如果在 6 到 12 個月內縱使抗體陽性，如果驗過 2 次病毒是沒有的話，我們會當成沒有，所以如果要減少這困擾的話，也許我們以後研議上傳資料是用(測量)抗體還是病毒(RNA 的結果)，但是用(測量)病毒(RNA)的話，要考量要不要全面性這樣做，目前沒有全面性(測量以測量病毒 RNA 結果為依據)會有這個困境出現，這是不得已的，但是沒有偽陽性這種選項，以上。

**宋俊明代表**

事實上，如果真要處理的話，因為我們已經花這麼多錢在治療 C 肝，那現在還在搞一個抗體、病毒，什麼偽陽性不偽陽性，再咬文嚼字，然後再來不把這個

事情做一個全面處理，事實上在有些南區的院所也反映過很多次，他們被監控，事實上他們就是沒有，在實際、臨床醫學上就當作他是沒有感染，那為什麼還要做一個這個，既然都花這麼多錢買藥，要不要再一次性把透析的病人在這方面乾脆就全部納入，該到什麼時間就要做怎麼樣的一個 decision，那就不會有這些問題，C 肝我們要他消失，為何還要搞什麼抗體、病毒，就有一點在魚目混珠。

**主席**

抗體陽性還是有部分是沒有病毒的，這要由消化系醫師來判斷要不要用藥。

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

如果沒有病毒的話，像我剛所說的在 6-12 個月內就算有抗體，但是沒病毒的話，就是當作沒有，當然就沒有用藥的問題，所以碰到這個問題我們當然是很困擾，但像我剛才所說的，過去很多年我們在醫院工作很方便，我們鼓勵每一個有 C 型肝炎抗體(陽性)的病人都去驗病毒，這樣才會很清楚，但是我們有很多診所，他的醫療可近性沒有這麼方便，甚至我知道很多診所醫師積極去建議 C 型肝炎抗體陽性的病人去找醫院檢查病毒，病人不去，這也是一個漏洞，但宋教授說的對，我們現在都大幅治療，大大減少，如果真的減少到相關程度的話，我倒建議我們以後上傳的時候，可以考慮改病毒，不要用抗體，但是目前可能還沒有辦法全面性的實施，以上。

**主席**

好，所以現在眼前還是先照這樣，這是專業共識，等於我們腎臟醫學會跟消化學會的共識，是不是這樣？

**宋俊明代表**

我會覺得這個問題可能還是要再考慮一下，要取決這個問題，就是沒有碰到就 ok，就像成大醫院也好，他去年碰到 2 個，在上傳的時候還被 validation，負責人工作的 loading 之重，可能不是你沒有經歷過的人可以瞭解，我想有幾個醫療院所，他也有這種情況，就是因為這樣子一個模擬兩可的 condition，所以會浪費很多的人力跟物力，或許現在是沒辦法做，但應該是要有一個時間性，現在我沒有記錯應該是 6-7 成以上全部都(治癒)，很多 C 肝的床在 center 都已經 close 掉，所以在這種情況下都沒有辦法驗到病毒，有那一個地方沒有辦法驗病毒？不知道黃理事長及楊理事長，還沒有辦法驗嗎？

**楊孟儒代表**

轉介到腸胃科應該都可以驗 C 肝 RNA，同意宋教授講的，他其實是說如果是偽陽性，但是病毒 RNA 偵測不到（undetectable）若後來再去驗抗體（Anti-HCV）仍為陽性而沒有再驗病毒 RNA，就以 C 肝陽性上傳是一件很奇怪的事，因為本來的 C 肝偽陽性經病毒檢測已確認為真陰性，為何要用陽性上傳？換句話說 C 肝偽陽性就是沒有感染，我們從表面的檢驗報告陽性就把他當作有感染才叫偽陽性，因此我認為不應該把偽陽性 C 肝以陽性上傳。

**主席**

現在是沒有偽陽性的選項。

**楊孟儒代表**

是的，現在並沒有 C 肝偽陽性的選項，把偽陽性當陽性上傳，就會把已偵測不到 C 肝病毒的病人（可以是從未感染過、或病毒自動陰轉、或已治癒）仍被當作是慢性 C 肝病人，後來也可能基於某種原因被找去再驗一次病毒，浪費資源，因為偽陽性病人身上無病毒，就不會有 C 肝治療記錄，可能在後續的追蹤，會被誤以為是需要治療的對象，因而再去驗病毒，之後可能一段時間又重複去驗病毒，驗一次好幾千塊，所以我認為應該有一個是確認 C 肝感染的欄位，用 anti-HCV 陽性或陰性，來表示是否有急或慢性 C 型肝炎，已不符合現況。

**主席**

兩個學會的專家開會討論的結果，不過我知道宋教授的建議，若真的是沒有病毒卻還上傳檢驗結果是陽性，好像對透析的醫師、腎臟科醫師是個困擾，應該是要排除，請曾醫師。

**曾志龍代表**

我有一個比較實際的建議，因為會造成困擾大部分是因為衛生局接到轉陽性的通知之後，他就開始來做現場稽查，現場的稽查因為他不是消化專科醫師，他也不是腎臟科的醫師，即使你拿病毒(檢測結果)給他看，他不會認帳，他只認 C 肝帶原那個 HCV positive，所以這個是最大的困擾，你解釋了半天，他也不會接受，因為他就是要看到那個數字是 negative，他才能夠接受，所以整個訊息的傳達會造成很大的困擾，那他是衛生局的長官，你又不能講他講的是錯的，因為他是按照你們的通知或者是疾管局的通知去做這樣子的作業，他也沒有那個權限自己認定是 negative，所以他就撤案，他也沒有那個權限，所以會造成在認定上非常大的困擾，我的建議是，是不是由我們這邊做一個專案的建議，像這樣

子的情況，請衛生局配合，等待新的重新驗病毒量，如果安全就認定他是陰性的，讓他們稽查的這些人，有一個 common sense，因為每次要去跟他們講這些事情的時候都講不清，他們就是要看到 anti-HCV 是 negative 才算數，這就非常的困擾，我的建議是可不可以由我們這邊做個專案的說法，然後 pass 給各地衛生局的官員，請他們遇到這個現象的時候，不要一直不斷地來要求我們要做很多的環境檢查，你應付他應付不完，他就是一定要看到 negative，他才能結案，這是我們現場遇到的最大困擾。

**主席**

請楊教授。

**楊五常代表**

這種病例是蠻重要的，因為如果他已經治癒了，已經沒有 C 肝了，又把他放在 C 肝裡面去，會增加感染的風險，相反，這也會給我們製造很大的壓力。我們全國 C 肝的比例不多，現在有 6、7 萬個(透析)病人，(假若)C 肝大概 10%，大概 6、7 千人，像這種 low titter 的大概多少比例?假如不多的話，再減一半大概 3 千個，以每一次檢驗大概 3 千塊，我算一下大概 1 千萬左右，做 2 次 2 千萬，這樣值不值得，因為以全國那麼多造成那麼多困擾，難道我們不能多撥預算，符合某些條件下，就可以來測 HCV RNA，就可以精確，不要模稜兩可，以上。

**主席**

這個問題不是只有衛生局，現在的重點是這類的病人您要安排他在什麼區域進行透析治療，如果安排在錯誤的區域，他會不會感染給別人?如果安排在 C 肝區域，他會不會有再被感染的可能性?這也是個很麻煩的事情，並非只是衛生局叨擾，現在究竟要如何安排他在那一區(透析)?當然如果是 C 肝的個案，現在有編列預算治療，只不過我們需要專業的判斷他是否需要治療?是否用藥?現在可能腎臟醫學會對於這樣的病人，現在反而是要證明這位病人有抗體但無病毒感染，把他放在一般區不會傳染給其他透析個案?代表們有這樣的信心?衛生局跟本署一樣都關心前述安排是否會造成其他的感染，而透析的病人也容易焦慮，因此，您提到要分區透析，現在這些病人誰能夠確定是偽陽性而不會傳染給別人，這件事情也是大家最關心的問題。也許目前個案不多，但是把他安排在不適合的區域透析，一個人卻可以影響很多人;本署現在目標就是要讓 C 肝的患者減少，不能再有機會製造更多 C 肝病人，所以雖然看起來是少數人，但若沒有處理好，

也會變成一個大問題。所以再聽聽專家們有什麼樣的建議，並且能夠釐清。

### 宋俊明代表

剛主席談的這個問題，我想在座很多專家都知道，這種病人尤其是你本來 antibody 是 negative，現在變成 weak positive，那你驗又是沒有的話，我談論的是這種病人，那是比剛剛楊教授講得那個又更少，他是陰轉陽且 low titer，事實上可能他是一個 virus infection 或是怎樣，他可能是一個 close reaction，anyway 現在的解釋是這樣，所以這樣的病人把他標示為 positive，你把他丟去 C 肝區的話，那是不太人道，也不合乎專業，除了剛剛說的問題，主席想到更深一層，也不應該把這類的病人標是成陽性，你把他標示成陽性，把他丟到 C 肝區那真的就不知所措，所以這樣子的話，我們還要把他標示成陽性嗎？這個是可以思考一下的。

### 主席

所以這是我們現在最擔心的，現在花那麼多預算在治療 C 肝，一定要看到人數下降，而且不能再一直出現感染個案，否則傾國家之力也永遠治療不完，這是個很大的問題。

### 宋俊明代表

所以他本來就不應該再把他丟進去。

### 主席

到底該把他安排在什麼區域進行透析？

### 宋俊明代表

乾淨。

### 主席

在乾淨的一般區的話，因為上傳一個陽性個案的數據，衛生局看到陽性，怎麼可能忽略？根除 C 肝是全國的共識，而且也是衛生局的使命，大家都希望個案數少的縣市可以提早根除，所以大家很努力，在此情況下，應回到專業的判斷，現在我們討論的是 2 月 7 日的會議決議，這算兩個學會的共識，衛生局的事小，我覺得反而腎臟醫學會要去研究這種病人，衛生局叨擾你是一回事，可是更重要的是你要安排病人在安全且正確的區域進行透析治療，這反而是一定要拿出專業建議來，依照建議來做，避免最不好的狀況發生。

### 曾志龍代表

我想實際上的做法，肝膽腸胃科的醫師說他是 clear 的，可以跟一般病人放在一起，可是到目前為止，很多我們基層的同業人員都不敢這樣做，因為誰也沒有把握這些人，2、3 年之後有沒有 recurrent 的機會、reactivation 的機會，所以事實上我們還是做 isolation，只是說這些已經治療過的人，就盡量能夠讓他在相同的床位，所以不會把他放在 C 肝 positive，也不會跟一般沒有肝炎的混在一起，他們有自己的床位，除非說你診所的作業能量，就是說你的床位沒有辦法真的分得很清楚，如果沒有辦法分得很清楚，我們會把這些人放在比較後段的班，就是說讓他洗腎完成後，可以做比較完整的機器跟場域消毒，所以其實這部分大概不需要其他單位來提醒我們，我們自己比誰都擔心，也會盡量的想辦法做得更好，但是我們已經在努力做的時候，不要再給我們額外的壓力，其實這只要我們給他們一些正確的訊息，他們就不會整天在那邊叨擾，這個我們曾經很親自的遇到過，解釋了半天也沒辦法，因為你就是很明顯地上傳一個轉陽在那邊，他當然不會放過你。

**主席**

好，那如果是這樣，我覺得如果是要給衛生局什麼樣專業的建議的話，可能是腎臟醫學會提供，或者是跟消化系醫學會可以再給我們一個共識，給我們一個建議，在什麼樣的狀況下，pass 何種資訊給衛生局，否則的話，我們也不能自己去定義個案是陽性、陰性或偽陽性，對我們來講也非常不精確，這蠻嚴肅的。請吳院長。

**吳麥斯代表**

其實大家在看消化系醫學會理事長那個回文裡面，他完全說這個陽性是因為檢驗抗體是陽性，他就不會叫他偽陽性，所以他完全是看 lab 檢查的 interpretation 而已，你看他那個文字，所以我建議，其實我們要的不是這個，我們要的是副署長剛提的，他會不會傳染，需不需要治療，所以我是覺得這是溝通的問題，所以我是建議說是不是拜託理事長、秘書長再跟消化系醫學會說我們要的。

**主席**

你們就再溝通一下。

**宋俊明代表**

學者歸學者，但是他不知道民間疾苦。

**吳麥斯代表**

因為真的是這樣。

**主席**

C 肝的透析病人還是要得到最適當的治療，他需要進行透析，但還是不要去影響別人，這才是最重要的。

**吳麥斯代表**

對，完全認同副署長講的，「會不會傳染」、「需不需要治療」，這是最重要的兩個問題，那用這樣的問題去溝通，是不是像吳明賢理事長所提的？其實他只是，你看他那句話，如果他是陽性，他就說他是陽性，他不能說他是偽陽性，我想他也是很正確，不過他完全是為了 lab 而已，他不是為了我們實際操作的操作型定義，所以這是不是應該拜託學會，我們需要的是操作型定義，不要在什麼陽性、陰性、偽陽性，就是說這個人不用在 C 型肝炎那邊洗，也不用治療這樣，其實溝通應該最後是要這樣的結果，我們要或不要。

**主席**

請楊教授。

**楊五常代表**

看來如果測 RNA 的話，也就是病毒量，大概大家是沒有異議，那如果這樣，像這種爭議性的個案，因為現在只有腸胃科專科醫師才可以開這個測病毒量、用健保給付，那我們把這個病人移給腸胃科檢驗鑑定不就好，我們不要自己來鑑定，把這種爭議性的個案交給腸胃科，他可以用健保開檢驗單，驗了以後是不是，一番兩瞪眼就很清楚。

**主席**

報 5-2 的結論摘要如下的第(二)點，淑存，你們那時候的決議到底是誰要去檢驗病毒量？如果再次檢測 C 肝抗體的檢驗結果呈陽性，於進行血清 C 型肝炎病毒核酸檢測亦為陽性，應轉診腸胃科醫師治療，病毒量主要是由誰要測量？

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

報告主席，那時候並沒有規定

**主席**

那看起來這個地方可以有改善空間。

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

我們門診可以開立這個檢查，並沒有限定。

**主席**

可以，所以你們也可以開立檢驗單去檢查，那就可以更釐清。但是現在檢驗後如果是沒有驗到病毒，是不是就代表他沒有傳染性，他可以放在一般區？結論要講清楚，因為沒有講到這類病人到底要怎樣處理會最正確？這個學會可能要講清楚，好不好。

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

報告主席，這個會議並沒有牽涉到後面怎麼治療。

**主席**

可是若這樣，衛生局仍會依檢驗結果會去稽查。

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

是沒錯，當初我們開這個會議，跟消化科醫師討論什麼偽陽性，既然我們目前透析品質上傳還是用抗體的話，沒有要改的話，我們加不進任何東西去說明，所以除非這個上傳 C 型肝炎的個案，我們可以有列病毒跟抗體的兩個選項，我們就可以判斷，目前沒有的話，我們沒有辦法判斷。

**黃尚志代表**

看起來是有共識，只是說共識在整個流程上，必須要從前端到後面要連貫在一起，比方說 RNA，的目的是要看結果有沒有傳染性，有沒有治療的需要性來做考量，這時候要輸入上傳的資料，不能再像現在只有 Anti-HCV 抗體陽性或陰性兩個欄位，應以上述的傳染性與治療來考量，而由健保署修改成適當的欄位，以讓輸入者方便遵循，資料也能呈現最真實的一面。這些我們會再把流程弄好給署裡，那署裡應該要改的地方就改一改，這樣的話流程後端的縣市衛生局就不會一發現陽性就來稽核，造成院所的困擾。

**主席**

好，醫管組有沒有要回應。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

因為這個問題是來自於我們品保款裡面有這個指標，就是所謂的 C 型肝炎抗體的轉陽率，所以我們會請大家傳的是抗體的陽性，那剛大家講的抗體陽性裡面可能會偽陽性，其實這個資料就會轉給 CDC，所以後續衛生局就依據這個資料勾稽。

**黃尚志代表**

抗體轉陽也許是 20 年前的想法，現在加上 RNA 檢驗結果，應該是看這個人有沒有感染、重新感染或是新感染的觀念，過去的我們再把他修正就好。

### **醫務管理組 劉林義專門委員**

所以對這個指標的操作型定義有疑義的話，其實我們就可以在下次會議來討論，然後再把這個方案改過來就可以。

### **主席**

當然全部要改的話，包括要把整個上傳的格式要改，也要把品保款的定義也要再改，那就是一併改，然後這個訊息一旦完整後，我們pass給CDC的時候就會完整，然後 CDC pass給衛生局的時候也會比較正確，但是腎臟醫學會這邊還是要非常確定此類的病人後續的透析的方式，包含要在什麼區域進行透析，這需要標準化，讓會員們都知道。剛剛曾醫師是有提到說，你們有B肝區、C肝區、也有一般區，那還有中間模糊區？那模糊區是怎樣？還是有別人會去那個機器洗？聽起來還是有點風險。

### **宋俊明代表**

跟主席報告一下，事實上現在所有的研究都已經清楚了，這一類的病人，他沒有傳染力，但是現在就是腎臟科的醫師或者是有些醫師們，對這個疾病不是那麼瞭解，因為我們不是腸胃科醫師，不是常常在看這一類的疾病，所以我們會想說，是不是把他放在一個中間區，其實這有點是心理問題，那我覺得這個就可以不用討論了。

### **主席**

不要討論？剛剛曾醫師說病床有限，也就沒有中間區，總是要釐清此類病人要安排在什麼區域治療好？請鄭醫師。

### **鄭集鴻代表**

主席，我覺得國家健保署這邊應該有很大的決心要根除C肝，那現在就是說我們怎樣配合來實行，那剛剛其實討論到規範那面，真的是學術性，但實際上確實有很多困難，以診所來講，床數可能不多，只有15床的狀況下真的很難再分區，所以正確的診斷出來應該是最重要的，所以剛剛宋教授說是不是建議一律用HCV RNA來做檢測，那當初沒有用這個，應該是費用的問題，我認為現在C肝，以前我們說共用針頭或輸血是一個感染源，但是現在看起來最大的風險，應該就是在洗腎室，而且應該最大的風險就是診所型的洗腎室，因為現在醫院還比

較好說建議病人去測，或者是醫師直接開檢驗，但是C型肝炎的病毒，早期診所的胃腸科醫師也是不能驗，目前已經開放到診所的胃腸科醫師，現在既然說國家有這個決心根除，我是建議針對腎友，長期洗腎就定期，像剛剛楊教授說的，你一年的費用不過1千萬，如果說讓洗腎腎友routine測，那用這個來當作標準，就是沒有漏網之魚的意思。

**主席**

需要routine嗎?每一個人都測嗎?

**鄭集鴻代表**

或者是針對肝功能異常的病患可以測。

**主席**

我覺得腎臟醫學會還是要研究，是模稜兩可的個案，當然檢驗病毒量，對不對?每位透析個案每年都要再檢驗一次，費用也不便宜，而且有沒有必要嗎?

**鄭集鴻代表**

主席，我覺得這個要驗的對象還可以再討論，但是要講說，不要讓診所變成是一個破口，防治不到，現在大家都說可以轉介病人去胃腸科驗，但是剛剛秘書長有提到一個狀況就是我們叫病人去，病人不一定要聽，真的是這樣，就經驗來講，他每天來，一個禮拜來洗腎好幾次，你又叫他要去看門診，病人能夠遵循的動力可能不到5成。

**主席**

我想透析這一塊的病人，那麼多人在透析，也真的不要成為這些血液傳染疾病的溫床，所以這茲事體大，而且背後的費用是相當驚人的，所以麻煩黃理事長，這些是不是一併，那下次會議一定要協助我們提供完整的建議，那這個案子我們就暫且討論到這裡，至少2月7日的這個部分，在沒有新的方法出來之前，就照2月7日消化系醫學會跟腎臟醫學會的建議先走，這樣好不好，如果有一個具體完整的建議，包括我們的上傳系統、品保款都一併改，然後通知也一併改，那就是要整套想清楚，好不好?好，還有，羅院長。

**羅永達代表**

我想提醒一下這次 109 年總額協商當中，診所對 C 肝的檢驗，是有另外編費用的，現在目前用的不適合門診透析總額的部分，而是用到診所另外一塊門診透析的總額，所以其實應該鼓勵診所的醫師，尤其量如果不多的話，在診所就要

開，不應該轉到醫院去，醫院去年在尋求 109 年 C 肝的檢驗費的時候，署裡面說有剩下的費用，所以我們沒有再給，尤其是診所的腎臟科醫師知道這件事情，今年在基層總額其實多編列這塊錢，以上。

### 鄭集鴻代表

診所可以開，目前還是限定胃腸專科醫師才能開，我的建議是說針對腎友在診所也可以直接檢驗病毒，這樣可能會增加篩檢率。

### 羅永達代表

基層有代表應該基層回答。

### 主席

基層沒來，張孟源代表(現在)沒到，不過羅院長講的還是有一點點誤差，雖然看到基層有此項目，而醫院沒有，但是醫院為什麼沒有？這 2 個因素是一起考慮的，醫院是因為之前本署有額外增加預算，包含此筆檢驗費，而且金額不少，所以沒有增加項目及預算，並不表示本署編列醫院的預算不包含檢查費用，這個有很大的差別，醫院已經含此預算，而且還有增加，而診所因為過去都沒有編列，所以本署補增加檢驗費，您剛剛的說法是只有基層有增加預算，而醫院沒有，我要回應其實不是的，是兩邊都有增加預算，好嗎？好，這個案子就照剛剛這樣，我們還是積極的面對 C 肝，採非常嚴格的要求，請大家多多幫忙，好，第六案。

### 宋俊明代表

主席，照剛剛裁決還是陽性。

### 主席

因為黃理事長要帶回去整體研議，在還沒有新的方法出來之前就照 2 月 7 日的共識，如果腎臟醫學會可以快點給我們決議，我們就可以快一點來改變，好，謝謝，再來第六案。

## 報告事項第六案：腎功能異常使用 NSAID 藥量者篩異指標管理機制。

### 主席

顯然我們去年一整年對 NSAID 這個藥非常關注，我們能做的資訊分享，也透過腎臟醫學會、醫院協會、醫師公會全聯會去輔導，接下來我們也進行雲端提示，但現在看起來還沒有什麼效果，所以剛剛宋教授講的 do 之後沒有看到 effect，

所以這件事情要持續，但是現在要有 effect 可能跟報 1-3 第 5 項追蹤案是有關的，我們希望台灣醫院協會，腎臟醫學會可以研究，如果是屬於這類的病人我們建議他不要再用這類的止痛藥，是否有其他替代的方法，如果不提供這些專業的建議，提示一樣沒有效果，醫師該如何開立處方？還是一樣開止痛的話如何處理？所以現在欠缺的是這一項，但是剛剛報告事項第一案已經將上述 3 項併案，要持續追蹤，但是我們還是期待第 5 項台灣腎臟醫學會能提供專業意見。請黃理事長。

#### **黃尚志代表**

最近我寫了一個 CKD 與 ESRD 病人使用 NSAID 的規範，現在已經送到醫院協會請他們表示意見，協調看看有沒有最後的結果，我們新版的規範中那些人該用，那些人不該用，甚至說應該用什麼藥物去取代，那些比較輕症可以用，那些是不該用的，那些是絕對禁止用的，那些是取代品，都有著墨，也初步送給李組長指正，前端就由我們這裡做，後端就是去勾稽的時候，那些是不要勾稽的，例如說已經進到洗腎的話，在血液透析你用大概還可以，腹膜透析還是要小心一點，計算的時候不要計算進去，細節上弄清楚以後，這些的資料，跟吳麥斯院長那邊領導的腎病小組的結果，做統計分析的時互相參考這樣整個 NSAID 的指引、宣導應該會比以前進步很多，我有信心會弄好一點。

#### **主席**

好，此部分本署在行政上能執行的盡量做，接下來效果還不彰，因此專業建議的部分還是要加入，特別是同儕溝通的部分，這部分腎臟醫學會什麼時候可以提出來？

#### **黃尚志代表**

我們策略、方法、結論已經大概寫了，現在我們再瞭解貴署在勾稽這些藥物，那些屬於這些類藥物，那些並沒勾稽進去，但事實上不必要勾稽進去，這些可以不用去管的，把這些再弄清楚一點的話，這樣才能更詳細。

#### **主席**

本署對口是醫審及藥材組，請如薰科長當窗口。

#### **黃尚志代表**

吳院長領導的腎病小組，有個章節專門寫這個。

#### **主席**

也請提供聯絡個窗口給本署如薰(科長)，彼此密切聯繫。若檔案分析有較精進的作法，我們也願意接收專業的意見，可以向大家報告進展。

### 宋俊明代表

當初我們已有一個好的規劃，到目前為止如主席跟理事長所述，都按照時程在走，漸漸把說帖做完之後。我想主席要求是一些唱歌跳舞的計畫去宣導，讓大家都瞭解，瞭解之後再來 assessment，看看 effect 怎樣，沒有 effect 的話，再用醫審這邊進去，當初就漸漸規劃出這樣的步驟，所以應該後續是有有學會或醫院協會可以做的宣導。有很多人雖然上去雲端系統看了，但他會把下面腎臟病的 loss 掉，就沒看到，所以這還是需要。不會去看下面有個腎臟病。

### 主席

希望武漢肺炎疫情儘快結束。本案當作急件在辦理，總是不要再有更多的人變成 ESRD 病人，所以本署是很認真看待，希望理事長儘快回應本署，就由本署醫審及藥材組的如薰科長當窗口。

### 鄭集鴻代表

主席，我再補充一下，我在思考剛剛建議對腎有 routine 驗 HCV RNA，若經費不允許，是否可以開放基層腎臟科醫師也可以。

### 主席

我有聽到你的建議，這部分已請黃理事長一併考慮。接下來討論事項第一案。

## 參、討論事項

討論事項第一案：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 的機器租金費用，回溯追扣案」討論案。

### 主席

本案為審計部來查案，確實審計部來查也是有道理的，因此本署便進行清查。腎臟醫學會在會議資料也有一些說明，這些也在院所澄清時確實屬於腎臟醫學會所說的項目，是正當理由的部分，本署也未核扣。大家還有沒有意見。

### 宋俊明代表

我想很多人沒意見，很多人可能不好意思講，我們大家可以想想看，CAPD 與 APD 的病人，事實上有時是先 15 天之後 5 天，雖然沒用 APD 的機器，這機器放在那裡？還是放在病人家裡？難道這 5 天要把機器送回工廠或公司？審計部

認為要核扣，是他沒有弄清楚，這機器就像租一架輪椅到家裡，如果今天覺得好一點沒有使用就不需付租金，這個是沒有道理的，所以這件事情的爭執點是在這裡，不是說我今天沒有使用這台機器所以不用付租金，譬如說今天我租一間房子，我今天沒有去睡，我要不要去付租金？這租金是不是有辦法去扣掉？因此這個東西是大家可以再思考。核扣的金額也是院所自行吸收，或是院所沒有這些錢，而且才短短 100 多萬，然後再去扣掉這些，有必要花這麼大力氣處理，覺得沒道理。

### 主席

如果覺得沒道理，便應儘快提案修改支付標準。若實務上如何租借我們是不清楚，但在支付標準確實是有文字說明，討 1-3 頁，本署也確實依照支付標準辦理。若各位覺得支付標準不合理，可以正式來函建議修正，雙方比較有個理解。理事長，再來廖醫師。

### 黃尚志代表

有人跟我反映，APD 或 CAPD 病人因腹膜炎住院一星期，當月 PD 照護費 8,675 點被扣除住院的 7 天，但是這扣除的費用並沒有撥給住院時照顧該病人的醫院，事實上病人住院這段時間，醫院的主責醫師、PD 護理師在 PD 病人的照顧上，還是花很多時間心力在處理 PD 相關問題，但是病人當月 PD 照護費 8,675 點一邊被核扣，一邊沒有撥給，形成只有付出沒有給付還有損失。詳細情形我們會行文請健保署處理。主席

如薰請說明。

### 醫審及藥材組 張如薰科長

大家可以參考頁數討論 1-2 的說明，如果門診的 CAPD 相關機器有攜帶到醫院。

### 黃尚志代表

不會是機器，我們討論的是 8,675 點的照護費，如果按病人住院天數核扣下來，這些錢並沒有轉給提供住院照護的醫院，等於醫院做白工。

### 醫審及藥材組張如薰科長

住院如果有做其他的部分，還是會另外做申報。

### 黃代表尚志

沒有在一起，照護費沒有。你這邊扣天數，並沒有撥過去給主院的醫院，如果這個還需要再釐清，我們下次開會再釐清，今天沒有討論沒有關係，大家回去

再做進一步確認，如果還有不清楚的貨是不合理的，我們下次會議提出。

**主席**

好，這個案子我們照執行，這個 100 多萬。

**廖秋燭代表**

延續剛剛的問題，本來是在門診洗腹膜透析病人住院，住院可能腹膜透析、血液透析同時做，會出現的樣態很多，請問申報上我們應該把住院腹膜透析併到門診的透析一起申報，因為現在我們是這樣作，還是必須住院的腹膜透析跟住院的血液透析分開申報。都有可能做，樣態很多，因為當初查這個累死了，為了找原因，我查了很多案件，很怕之後被核減；我還要講在實務上我還特別問廠商，如果病人只有住院一個星期，租賃的機器是否會搬回家？廠商說不可能，租賃的機器搬回去還要進行清消，還要校正參數，因為每一位病人的參數是不同的，另外我們也發現問題是有時候腹膜透析的病人後來死亡了，但藥水已經送到病人家中了，剩下的不敢拿回來，就醫院自行吸收，(我們)不敢把拿回來的藥水再給其他的病患，其實問題也是很多，剛才講的操作型定義，還有病人門診、後來去住院等等相關的申報事務可否再進行釐清，大家比較不會有疑義。

**主席**

好，本案有關申報部分請醫審及藥材組再跟新光醫院再確認。另外請全聯會也研究一下，如果涉及支付標準調整請再建議。

**宋俊明代表**

我是覺得台灣腎臟醫學會跟全聯會應該要給建議來調整支付標準，腎臟醫學會應該跟全聯會可以答應立案來進行討論

**主席**

當然要立案討論。

**宋俊明代表**

如果覺得結果如何？因為我覺得依照審計部的意見扣掉，大家大概不會有意見，但如果覺得不合理部分讓他繼續不合理下去，是不好的，所以是不是能夠針對上述的部分立案去討論。

**主席**

可以嗎？黃理事長，還是楊教授？

**楊五常代表**

以前一直沒注意過，剛剛看了覺得非常有道理，我覺得先就機器(租賃)的部分應該要照付才對，然後談到追蹤處置費，我覺得也不應該核扣才對，我先講理由，我記得我在北榮時，(洗腎)病人如果住院，其實病房的護理人員在照顧，但 PD 護理師會過來一起照顧，8675 點包含的醫護人員費、特殊材料費、每個月檢查費、醫材消耗品費等等，病人剛住院還是用自己帶來的耗材，還是用(透析單位)每個月撥給他的東西，病人還是照用，所以如果依照住院期間就將費用核減，以前我沒有注意，但現在覺得這樣確實是不應該的、不合理的。

**主席**

不過此 CAPD 的費用 8,675 點是每個月申報 1 次，病人可能持續住院 3、5 天。

**楊五常代表**

8,675 點含前面 4 項費用，醫護人員費、特殊材料費、每月醫材費、每月檢查費，假如住院費，你剛在付的時候，醫護人員在照護，其實我們(透析)的護理師也會過來看，至於材料費、檢查費，每個月照用，住院也是要用的。

**主席**

這個病人會回原來的醫院住院，

**楊五常代表**

沒有錯。

**主席**

所以就共用 8,675 點，在家裡跟在醫院。

**楊五常代表**

No，護理師都不一樣，病房護理師跟 PD 不一樣。

**主席**

但病房有病房的護理費。

**楊五常代表**

不一樣的。

**主席**

這有點複雜扯不清，請代表回去研究一下，確定有不合理部分再來建議，我們進到第二案。

討論事項第 2 案：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位追蹤辦理情形。

**主席**

後面有建議解除追蹤的部分，今天宋教授也在場，能不能解除需要好好思量，因列管單位今天也派員到場，含本署、食藥署、腎臟醫學會、國健署、勞動部等等都在場，是否請各單位自行報告，報告後若委員們決定是否能解除追蹤，若否則繼續追蹤。因為由各單位自行報告較省時也了解辦理情形，所以第一項為食藥署、台灣腎臟醫學會及國健署，先邀請國健署。國健署今天未到場，請同仁代為說明辦理情形及現在的狀態。

**醫務管理組 賴昱廷**

國健署業已參與腎臟醫學會 108 年 11 月 30 日海報設計會議，如附件 1，並透過相關的通路將海報電子檔提供藥局及醫療院所逕行下載使用，建議解除列管。

**主席**

請問宋教授，您是否有參與海報設計？

**宋俊明代表**

個人未參與海報設計，不過在藥局或診所卻沒有看到類似的海報，是不是他的 distribution 還是有問題？

**主席**

表示通路並沒有很完整，未能廣泛，沒有印刷紙本？

**醫務管理組 劉林義專門委員**

國健署的說明二有提到，考慮廣泛性，建議不印製紙本，將電子檔至於學會網站供下載使用。

**主席**

但是大家也不知道該網站有海報可以下載使用。大家對國健署的部分有什麼建議嗎？

**宋俊明代表**

我們現在都有一些可以做的的方式，但如何達到民眾都知道，記者方面也都報導，是否目前做海報(電子檔)就會得到這個 distribution，或許這個是不是還不太夠。

**主席**

請看到討 2-35，這是海報印出來的樣子。這是食藥署印的嗎？國健署的在那裡？

## **醫務管理組 劉林義專門委員**

海報是國健署跟食藥署共同合作的。

### **主席**

好，因此海報為食藥署跟國健署的合作結果。食藥署今天有派員，請洪秀勳研究員。

## **食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

先自我介紹:我去年 12 月 25 日至食藥署藥品組，過去參加這個場域是在國健署科長。

### **主席**

這部分由您說明最適合，您有在國健署跟食藥署的經歷，先前我也有在地方衛生局服務過。

## **宋俊明代表**

所以我們希望不要有這邊食藥署做了，這邊國健署做，都是很空泛的。我們不希望聽到食藥署的公版說明，以前提供的說明都是已經有那些監測機制，這些都聽過了，希望有一些不同。海報的部分我之前並沒有參與。

### **主席**

好，請大家看一下海報內容，這個現在是網路版的，沒有紙本版的，海報上面還有台灣腎臟醫學會關心您。請問大家還有其他建議嗎？

## **黃尚志代表**

之前在腎臟醫學會 CKD 防治委員會時，國健署、食藥署都有討論到這張海報，其實重要相關的資訊跟項目很多，也有發揮很多的創意，最近的廣告也都很有創意。宋醫師說得很有道理，該如何將所有的通路商請他們協助，我們是請他們自己印出來貼上去，就算經由通路把海報送到藥局拜託他們張貼，他們也不想理，都會問貼上去我們要付多少錢；所以我們用電子版的，因為現在很多藥局都有電子看板，這樣進可攻退可守，要撤下來也容易，所以當時我們不採用紙本海報，而主張製作電子檔的版本，另外，放在醫院裡面播放宣導也好，或是一些電子立牌，後續內容由食藥健署的代表收取大家的意見後回去製作的，以上為整件事情的原委。至於衛教要怎樣才會有效果？這是每個學會、每個單位共通頭痛的難題，這種 public education 要找出一個確定的指標來確認成效是很困難的，以前每年辦 WKD 每年都被詢問這樣的問題，走入會場就會有腎臟照顧的概

念嗎?這是大家共同的困難，不知道宋醫師有沒有好建議?

### 宋俊明代表

我個人認為既然要做，至少第一次印 1 張由衛生局。錢的部分請腎臟醫學會再考慮一下，洗腎那麼多預算，我們被這麼汙名化，是否可以再擠出經費，或是要去那邊找經費，我想理事長應該最清楚。跟國健署拿那麼多錢，也有些委託研究，這些都可以考慮。

### 楊五常代表

海報拿到藥局效果也不大，很多病人應該是到基層診所去看病，根據我之前的經驗，如果個案的腎功能不好，我們用雲端去查，大概 50% 腎功能差的病人會在診所看病，這些病人我們以前衛教她腎功能不好就不要亂看醫生，但病人還是照看，為什麼會這樣呢?我想這是病人看病習慣的問題，有些小病小痛就期待半天症狀就緩解，逼醫生能一下子很快就處理好;這也讓我想到衛福部一直在廣告冠狀病毒什麼時候是戴口罩的時機，可否請國健署比照一下作宣導廣告，什麼時候需要吃止痛藥，這樣教育我們國人，現在民眾對吃止痛藥跟戴口罩一樣有概念。今天還是希望國健署能推廣這個概念。

### 食品藥物管理署 洪秀勳研究員

國健署今天沒來，我可以幫各單位以及衛生局講講話:買電視廣告其實非常昂貴，冠狀病毒宣導是「徵用電視頻道」，如果有一天腎臟病嚴重的狀況真的到需要徵用電視頻道宣導，那代表腎臟病真的很嚴重了。平時(政府)各單位的宣導的廣告費用都是被限縮的，管控非常嚴格，所以大家都會用各種創意去做這件事。

### 宋俊明代表

楊教授所提部分其實都列在計畫中，主席也都有指示，我們是全方位檢視都有納入，其實也難為了許多學會，尤其是腎臟醫學會，大家都期待他是領頭的腳色，你問有多少 distribution?健康識能要怎麼做?我們知道很辛苦，但是也只有拜託你們。另外在場的其他學會，如台灣醫院協會，他們真正對口的也是腎臟專科醫師，可能要比照選舉時一一催票的方式去做，為了促進健康識能提升，才能提高 distribution，我想理事長也在推健康識能，希望腎臟醫學會能再爆發能量。

### 主席

接下來請台灣腎臟醫學會說明。

## 黃尚志代表

如果講宣導的話，腎臟醫學不僅僅在會內宣導。學會也跟很多基層醫師、地方醫師公會都有組團、提供定期教育並作為重要議題宣導，像宋教授的團在臺南就辦的不錯，在內科醫學會等定期的教育訓練都是重要的 topic，方式從以前的口頭宣導到近期較流行的電子宣導不等。健保署也提供了一個很好 monitor 的平台，很多基層的人員也都有在健保卡上貼個小小的標章，貼一個小小警告，後來我才知道這裡面有可以改善的空間，若插卡式在看診跟診的護理人員這邊，請護理端提醒醫生要去看雲端藥歷，注意有個雷射標章註記病人腎功能不好，請避開 NSAID 等用要提醒醫師。至於醫師是否有相關用藥常識?以前有醫師很喜歡開某些不適合用於腎衰竭病人的藥，現在大概沒有醫師會使用，因為會立刻被提示警告，因此示警還是有效用的。從院內各科之間慢慢擴展到其他地方，我相信會有一定的效果，至於講到前面所提 3 項合併列管辦理的部分，如果把 NSAID 所造成的負面影響放進較大的框架，一段時間下來應該會有成果；如果馬上要求具體數據或改變多少處方量，可能要拜託吳麥斯院長領導的腎病小組做模擬，他們團隊每年都有去 monitor 這些，再加上貴署醫審及藥材組會提供一些檢驗數據，用這些一起去 monitor，應該可以作得更好。

## 主席

好。接下來請食藥署說明第二項，針對風險提示、警語、民眾在自費購買藥物時加強衛教宣導的部分進行說明。

## 食品藥物管理署 洪秀勳研究員

先回答有關原來的提案，針對藥品廣告審核部分，藥品有分處方藥跟指示用藥，處方藥不能隨便對外作廣告，只能在醫師接觸的專業刊物上才能做此種處方藥的廣告，因此，大家關心的應該是非處方藥，非處方藥的廣告上加警語也不是不可能，藥品的廣告要先經過事先的審核，向中央或地方主管機關提出審核，廣告內容包括當初送查驗登記相關的內容，如果要加警語，我們還需要的資訊包括那一樣產品、內容也要明確。例如維士比的廣告有加警語，因為 103 年衛福部公告含酒精之西藥內服液及中藥藥酒廣告應標示之警語規定，從此之後電視的維士比跟藥酒廣告都會出現相關警語；目前有要求藥品仿單要呈現副作用，這些均在查驗登記的標準內都有要求，如果各位有發現那項藥品仿單沒有列副作用或副作用沒用紅框標示，可以提供食藥署，可由我們(食藥署)或移地方衛生

局裁處。至於重複用藥部分，我們有請地方衛生局針對弱勢族群、獨居老人提供藥物整合服務，會有藥師到他們家裡去檢視他們的全部的藥物，把重複的部分精簡，並進行衛教，甚至還會通知原來開藥的院所醫師，包含病人正在服用那些藥物，還有一些注意事項。另外，腎臟醫學會提到止痛藥的替代方案，如果已經有其他替代藥物或方法，還有文獻資料，也請提供給我們，我們會轉給藥師公會全聯會，因為我們在考慮為何病人會自行購置止痛藥，因為很痛，但如果光是告知病人止痛藥不要吃太多，對她的身體不適並無緩解效益，因此還是會去尋求止痛藥或其他的方法解決。所以，如果各位與會的專家有任何相關的資訊。都可以提供給我們去做利用。以上。

### 主席

好，首先是宣導部分，由食藥署、國健署及腎臟醫學會等等單位，內容不管是處方藥還是非處方藥。衛教宣導恐怕是很難結束，要繼續列管嗎？不過現在看辦理情形，有網路版的教材，也不太可能解除列管，因此，我們就持續列管。請鄭醫師。

### 鄭集鴻代表

剛剛食藥署代表有提到廣告加註警語部分，目前市售的止痛藥包括感冒糖漿跟普拿疼等成藥，其中感冒糖漿比較容易成癮、長期服用，我不太清楚感冒糖漿是否有NSAID成分，是否可以在這類的藥物先加註類似「長期服用可能會傷腎」的警語嗎？請問可以先這樣的要求嗎？

### 食品藥物管理署 洪秀勳研究員

說明一下，如果含有 Codeine 或咖啡因的內服藥劑或是糖漿廣告，目前在 103 年也已經公告了加註警語，但 NSAID 目前沒有。

### 宋俊明代表

請問一下，如三支雨傘標的口服藥不但有廣告，廣告內容還講有消炎作用，沒有消炎作用不會好，這類聳動的廣告內容。

### 主席

宋教授，這就是本項持續列管的原因，因為原本我們所提到廣告的審核(權責)在食藥署，若在市场上還能看到這些(聳動內容)，是否審核有疑義？

### 宋俊明代表

可能是審核者用善良態度去臆測對方的初心，大概是藥商就是希望藥品販售很

好。大概是 5-6 年前台南市衛生局有出去看，有一些可能是地下電臺的藥物，可能是食藥署管不到，或是有那個單位可以管轄的，很多止痛藥的成分都有 2 個或 3 個 NSAID 再加類固醇，相關資料都還可以提供，這是當初我們跟台南市政府衛生局一起去看地下電臺藥物買來的止痛藥，其實還有很多可以幫忙的，我不太清楚食藥署執行上遇到什麼困難。

#### **食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

我們需要實證的資料去說明，畢竟加註警語，有些民眾確實需要使用這些藥品，有它存在的時機，怎麼掌握這個時機，又是另外的事情。例如建築工地的工人喜歡喝維士比，造成工地增加公安情況，所以在廣告上加註警語。在某些商品需要加警語，是可以討論。公告之後，廠商就要照著做。

#### **鄭集鴻代表**

NSAID 的實證太多了，不然我們不會在此討論，是不是可以今天就答應加註警語。

#### **食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

這需要相關的資料，我們有相關的委員會要提會討論，要有立論去說明為什麼這麼重要，若過去的研究調查發現民眾使用那種類型止痛藥有發生狀況，就要邀請藥界專家學者與醫師來討論，是否要把它做成警語的公告。

#### **主席**

我們今天沒辦法把每一題做這種討論，只能做原則性的，可否做個建議，事實上宣導沒有結束，所以很難解除。廣告的審核必須要有例子，如宋教授提到 3 支雨傘標，宣稱有消炎效果；鄭醫師說 NSAID 藥物的實證，這些都很清楚，舉這幾個例子給食藥署，廣告的審核，一般民眾在電視常見有鼓勵性質的(藥物)廣告，等於所有東西都是沒有用。一般民眾就容易被廣告蒙蔽，舉這兩項例子，請食藥署研究對類似廣告情事有無改善空間，特別是地下電台。這項仍持續列管。接下來第 2 項腎臟健康適能，當時分給國健署及台灣腎臟醫學會，今天國健署沒人來，請腎臟醫學會的專家說明。

#### **黃尚志代表**

腎臟醫學會在過去 2-3 年在推 SDM，有牽涉到健康適能，所以這兩項的工作都一併在推行。國內健康適能做的比較好的是慈濟大學魏教授及張副教授，他們也認真在推行，藉由醫策會推展 SDM，在腎臟病及糖尿病推展比較成功，現在

逐漸向 asthma 及 COPD 推展。上次在國健署開會，找了 5 個學會的理事長討論健康適能，由魏米秀教授領導，以我所知國健署對於腎臟的健康適能著墨相當多。也可請國健署來報告相關的成效，他們在進行的面向是很努力在推動。

**主席**

這項還是繼續追蹤。接下來第 3 項地下電台廣告，這是食藥署，先前我們花了很長時間討論，食藥署請再簡要補充說明？

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

地下電台現在只敢賣食品，不敢賣藥品了。因為藥事法罰很重，他們很多是食品卻宣稱有療效，它們真的敢在其中添加西藥嗎？一樣會被當成偽劣藥，這會有刑事責任。

**主席**

這個食品宣稱有療效，難道不違法嗎？

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

如果有添加西藥的話。

**主席**

如果食品沒有添加西藥卻宣稱有療效呢？

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

宣稱有療效要裁罰廣告。我在台中市政府擔任第 1 屆食安處處長，所以常常處理食品的廣告，(裁處)食品的廣告大概分幾段，第 1 段有誇大，3 萬元起跳；第 2 段宣稱有療效，6 萬元起跳，但發覺這樣的處罰，地方會有壓力。後來食藥署對於廣告行為數作認定，並非把多次違規行為全部認定為一件來裁罰，而是年度重複違反規定採累計裁罰，裁處部分在去年(108 年)已將罰金大幅增加，認定的標準(也放寬)，向大家說明。現在預告的是食品，有誇大或是宣稱療效。食藥署有給地方衛生局經費，用來做廣告的監測(包含藥品或是其他類型廣告監測)，最常被取締的就是 MOMO 台，又是廣告又是電視，若被大幅度很容易誇大，容易被轉給所在地的各縣市衛生局處理。我們是 24 小時監測，之後再分到所在地的衛生局做裁罰。各位可能沒注意到相關的新聞，但其實裁罰的行為都有在執行。為什麼民眾還是會去購買，很多業者認為賣東西不敢加藥，都是食品，會宣稱有療效，某業者在 MOMO 台賣到 3,000 萬，被我們裁罰 300 萬，罰不怕，我們就跟他說你敢再播我們就繼續罰。第 2 部分是真正含有藥性成分的，網路

上大部分是壯陽藥及減肥藥，有些壯陽藥及減肥藥不經正式通路販售，透過網路、走私及在臉書上賣藥，因臉書在境外登記，沒辦法處理民眾的訂購糾紛，很難查出。若在電子平台像蝦皮或 PCHOME，只要被檢舉，我們都可發函給電商業者，請他們協助查詢是誰，再轉請地方衛生局處理，請刊載的人陳述意見，再依法裁罰。但臉書部分，與中央相關部會討論，因太多的藥品、食品、化妝品等在臉書販賣。臉書主管回復：與刑事單位溝通，除非是殺人、勒索等嚴重犯罪，才會提供臉書相關登錄者資料，所以目前就沒有。因此食藥署在網頁建置「膨風專區」，對臉書上誇大的商品，雖然查不出是誰，但可告訴大家在「膨風專區」廣告的食品、藥品或醫療器材不要去購買，以上說明。

**主席**

這部分也是地下電台的問題，大家覺得可以解除追蹤嗎？

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

大家都關心這個問題，這些工作我們每年都在做。

**主席**

我們請洪院長

**洪冠予代表**

我覺得全面性提出，何不從學會角度挑出最重要的 3 件事就好。

**主席**

那 3 件事最重要？

**洪冠予代表**

我真的覺得最重要而且有效果，一開始可以將類似像 brainstorming 把所有的可能性丟進來，也經過資料整理，但若我們要做的這麼多，後來會發現要推年度、投入資源等，現在變成每件事都放同比重的討論與同比重的列管，我覺得這樣不容易看到 milestone，策略就是選擇那些不做，我建議可請台灣腎臟醫學會(代表專家)，很多資源還需政府(健保署)相關部門的支持，也許大家都有共同的共識，再來決定那幾項好好的推動，這 3 項還是列管。像剛剛組長花了很多時間討論如何宣導，但請不要忘記，族群不同，他所接觸的媒介會不一樣，也許我們花了很多時間去做某方面的宣導，但民眾卻不太會接觸這些；也許立意良善做了很多，但事實上效果不容易看出，我還是建議這麼多的 lecture 我們帶回去思考，再提出 3-4 個比較重要的，再投入資源去做，會不會讓整個方案 something

different。

### 主席

跟大家報告 2-18 頁到 2-23 頁是已完成，至少這幾頁已經完成了可以先拿掉（解除追蹤），2-24 頁以後的，有一部分是移到中醫總額研商議事會議討論，還有長期要研究的。如果照洪院長建議，前面的 2-3 頁到 2-17 頁及長期研究的（已完成就拿掉），若要排列優先順序及積極推動具成本效益的項目，如果可以就邀請台灣腎臟醫學會、基層透析協會、楊理事長、黃理事長派代表、食藥署、國健署、健保署一起討論，邀請宋教授、洪院長指導，把這些目標排列出優先順序，否則現在很難追蹤，這些工作分散在不同的權責單位，我們對這些事情長期很重視，而且是全民的問題。本案是全面展開，期待每項都落實，恐怕短期內時間也不允許，所以請兩位專家最後能給建議。

### 宋俊明代表

洪教授一針見血提出，當初我們從各種面向去做。

### 主席

已解除追蹤的就代表已完成。

### 宋俊明代表

我們當初也有說那一項可能成本效益比較好，有列在這裡。但執行的時候，全部都集中在台灣腎臟醫學會，他是民間機構，無公權力可用，學會理監事及工作人員要辦好幾項，這種方式真的不好。應該是例如食藥署專門負責所屬相關業務的策略，依重要性排出第 1 點、第 2 點、第 3 點的策略。食藥署若需要其他單位幫忙，食藥署承辦人可能身上背好幾條，到最後只有書面資料，所以每個人就做 1 件事，把它完成就好，當然誠如洪院長所講要排定優先順序。

### 主席

由誰來排定？

### 洪冠予代表

我舉個例子，若把層面拉高，從 3D 的角度看這件事，今天在座有各署不同領域的，希望將它做好。照健保資料來看，現在醫學中心占醫療服務能量約 40%。其中有個項目「老年高齡病人的多重用藥」，若抓最 high risk，從 at risk 的角度來看，那些人需要被整合，成效會最大。假設要做這一題，既然在醫學中心評鑑有一條「藥物連續性」，不僅有規定，怎麼做，paper 的方法，全部都很清楚，

各醫學中心都做了，台灣版假設占健保資源約 41%，我們就將高齡病人用藥的成長率讓醫學中心來做，與「藥物連續性」連結，就做這件事情。這件事要推動，醫學中心我們叫不動，但可由醫策會來推動，這樣會較具由成果。另外，前面 2-4 頁有讓各個醫學會訂定各種疾病的照護指引，心血管疾病等等相關的照護指引，醫策會正在推「疾病別認證」，參加隊伍最多的就是 CKD，從北到南有非常多的醫院參加，參加的隊伍希望得到「疾病別認證」，在 interview 時都承諾做出不一樣的品質，包含楊（前）理事長的團隊也通過，這些團隊都有訂相關的品質與做法。其實學會真的可以考慮參考這些團隊的 guideline 怎麼做的，台北林口長庚醫院、萬芳醫院、北醫、雙和醫院吳院長都有做，這些醫院 guideline 全部都看過，所有的東西加在一起，我們再去做，這不就是從教育方面做起，所有 CR、未來基層的 young V、腎臟科醫師都從這裡出來，甚至結合腎臟醫學會的考題，不要老是再考 Brenner，能不能考些有 effective 或 evidence-based，你可以這裡做起，結合教育、實務。我永遠相信一件事情，所有的東西，如果沒有架到一個 infrastructure 裡面，都會變成疊床架屋，一定要放在一個機構，他是在 running，operation 是在做的。就以這兩例，如果這裡討論出來要做，學會如果訂出新的心臟病或腦血管疾病的治療指引與楊前理事長、吳院長、長庚的都不同，他們會做自己的而不會做你的。如何將這些項目加在一起，這要橫向縱向的網絡架構，我覺得大家都願意 follow 學會訂出的東西，但要能夠執行，再加上醫策會推動。既然署裡有決心要做，層面要放在執行單位的上一層，像宋教授說的 DO 的上一層是誰？這樣架構可以做得出來，這個東西才会有差別出來。像剛才所講健康適能要追蹤，要如何評估？how to measure health literacy? 文獻講的只有一個辦法，就是用評量方法看對象，可是我們連這個都沒辦法做，健康適能連 deliver 出去的對象都沒留底，如何知道要 deliver 給誰？評估只要問一件事情，如何測量？測量方法在 paper 都有寫，各醫院都這要做，可是如果沒有討論這一塊，追蹤絕對看不到成效。因為長庚醫院、馬偕醫院做出的健康適能與高醫的健康適能做出的對象都沒留底，根本不知道做了那些健康適能？但是如果有，評估就做得得到。如果能更精準做出幾個項目，再把橫向縱向放進來，我猜醫策會應該不會拒絕，加進來也許可以讓這件事情變得比較好，這是我一廂情願的想法，這中間需要各政策單位來協調。

**主席**

請宋教授。

### 宋俊明代表

我覺得就是把對的人放在對的位置就好，腎臟醫學會可以去比較能了解，總是所有的專家都在這裡，很多基層都有各自的管道去影響一些可以把剛剛所講的做出，even 是醫策會也好，甚至達到政治的層級，這些都可以做。武漢肺炎為什麼我們可以做得這麼有效率，大家覺得我們是洗腎大國，但是好像所有的事情都覺得很多項目似乎是不容易做到，決心可能不是很強，所以如何用大家的能量結合到 DO 的上一層，能有好的 regulation，然後分層負責，這樣是比較合理。上面沒有一個監測的單位，自己身上又背那麼多條，所有的東西都要做。

### 主席

先請林醫師，在請羅院長。

### 腎臟醫學會 林元灝

剛剛洪院長提到醫策會可以協助做一些規範，但實際上，我對醫策會是有一些意見的，我認為醫策會做出一些錯誤決定，讓腎臟科、醫學中心在很多疾病的治療造成很大的影響。簡單舉例 PD 這件事情一直無法自脫離評鑑的標準，這是醫策會做的，什麼時候可以把這條拿掉，我才相信醫策會真的是為醫界做事，我認為它們是官樣文章，謝謝。

### 羅永達代表

這題目已經討論很久，第一，我們只是署裡的總額會議，這個層次是在健保署還要 under 的下面，談的東西快要是國安問題，可能要跨部會(衛福部、教育部)，我們在這所談的東西，科長帶個科員來報告，你還能把它怎樣？不是我們在這下決心，應該是更高的層級，否則在此討論半天，沒有成果可以追蹤。很多前輩講得很好，討論腎臟內科要不要重新看這計畫，計畫雖好，但是太 perfect，執行過程需要很多人力參與，是否可以請腎臟醫學會重新 survey 這件事情，那些 priority 要再排？半年的時間開了幾次會，遇到那些挫折？那些我們做得到，再重新 survey，提出腎臟內科醫師、透析的醫師可以做得到的。說句實話，要骨科醫師不開這個藥，我說實在的，都不是這個會議能談的，我本身是外科醫師，看到那個百分比，我的病人來，你告訴我 eGFR 小於 50-60 不要開藥，那病人何必來找我？他就是真的疼痛，開藥 3 天、5 天或 7 天，我不覺得會影響腎功能這麼大，你用什麼法令根據限制開藥？你有什麼法令根據？我可以拿 paper 的實證

告訴你不影響。類似的問題不適合在這個委員會討論，否則我們的會議會變得很冗長。是否台灣腎臟醫學會能夠重新去 survey 這件事情，排定 priority，認為實用可行的，我們再重新提出來討論。第二點，剛剛有一部分提到移到中醫總額會議討論「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，這件事與門診透析的確有關，因為他們要做到 grade 4，CKD 的部分他們認為他們要做。上次派胡明儒醫師在台中的會議我也有去參加。我只是要提醒大家這是一個合作的計畫，不是互相排斥的計畫，在座的先進要去 survey 中醫做的計畫有什麼意見，提供給中醫做參考，當天會議腎臟內科就派出 1 位代表而已，我不是腎臟科醫師，我很希望台灣需要洗腎的病人受到很好的照顧，甚至在前期的民眾。我希望看到兩者能做出某種程度的合作與互相幫忙，今天中醫界沒派人報告這件事情，現在中醫師那邊根本搞不清楚狀況，現在目前提出的那些有 renal toxic 的東西，不是只有公告的馬兜鈴酸這些，中國醫藥學院也曾經做出類似研究，許多碩士、博士做出很多造成跟 renal toxic 有關的報告，願意放上去，接下來雲端藥歷如何要讓西醫看不懂中藥的人看出，如何讓西醫知道我的病人吃了這種中藥到底有沒有影響？這個事情茲事體大，可是結論是兩句話，一個移到中醫總額會議討論；中醫藥司負責這件事情。可能明天(中醫總額會議)通過後，就會遇到吃了中藥後有什麼影響？到底是誰的責任？這件事情反而值得討論。這整個計畫還是請腎臟醫學會重新 survey 這件事情，以上兩點。

### 主席

羅院長的建議，請問一下黃理事長，可以嗎？如果您說 OK，我們便可以進入下一案。

### 黃尚志代表

本來我們在期待 NHRI 的論壇本來要在 2 月還是 3 月要開，那是一個比較全面性的，但現在因為冠狀病毒肺炎疫情，我不知道會延後到什麼時候才開。我本來想說，當初宋教授在提的時候，非常熱情的把它分作好幾類，面向很廣，但是在執行面上，如洪院長所提的，有很多沒有辦法達成，所以我們本來要提未來在討論這個的時候是不是要先在一個小組裡面去看看那些，就是先做一個建議，不是直接在大會裡面來講，不然大家也在提，都在台灣腎臟醫學會，我們就再來召開一個由醫學會、專家的會議，再來重整，那一些是可以繼續進行的，例如剛剛羅院長提到要有一個架構，我覺得大家都忽略了這點，就像剛剛進來

的時候我跟我們的藥師們討論，他們的公會也想參與CKD及腎臟病患者的照顧，但是也要有個架構，如Pre-ESRD、Early-CKD計畫的整體執行架構，一定要在這個架構上才能執行也才会有方向目標可遵循，中醫也想開始照護CKD病人，但是光要建立架構就需要花很久時間，我們希望在這個架構裡面，大家去合作，這樣才會變成夥伴關係，所以我不知道我們可以介入什麼？等一下要討論的，就是一個新的東西，對大家有幫忙的，才放在這個架構裡面講，很多腎臟病照護的計畫都是架在這個架構裡面執行才有效果，否則的話，只是空中樓閣，第一個沒有人去執行，沒有一個系統去monitor，最重要的是沒有pay，請問誰給你做？所以應該在有這個架構下，您的理想、想要去做什麼的才能夠完整執行。

### 主席

好，謝謝黃理事長，其實今天我們會有這麼多頁的策略，也謝謝宋教授，還有洪院長，本署確實也進行了第2次的追蹤，本署能夠執行的我們也都儘量執行。我記得部長在某次比較前面中央流行疫情指揮中心的會議中講了一句話，武漢肺炎就牽扯到這麼多，部長跟陳副院長都有提到每一個單位領回去的東西，就要當成你自己主責業務，意思就是領回去的項目就是要負責去做完，不可以再拿回來，因為大家都有責任。但是我們這個小組沒有指揮官這麼有power，所以我們會拜託食藥署、國健署做什麼，大概只能這樣而已，我們也不能再有更進一步行動，所以確實仍有很大的差別，特別是跨單位的部分，所以大家的建議都很好，我們也都接受大家的建議，看看黃理事長這邊要不要再call一個會議，再把所有相關的專家，包括宋教授，能不能對所有策略排出優先順序，第一年能做的項目盡全力去做，第二年要辦理那些項目，這是黃理事長最拿手的事情，我們都知道黃理事長有這樣的能力，而且這些內容也都跟台灣腎臟醫學會專業息息相關，討論的時候，請邀請原始提案的宋教授跟洪院長一起討論，這樣才可以連貫，而且兩位分別在高雄跟台南，很接近的，只是洪院長稍微比較遠一點，說不定你們一次不行，有二次、三次，這樣也會有一些答案，好不好？那我們就看看下一次的會議能不能有具體進度。

### 宋俊明代表

要有2個小時給大家發表意見。

### 主席

那感謝各位，我們就進到下一個討論案。

### 鄭集鴻代表

主席，對不起，這個案子我這邊有些建議，您剛剛的決議，不過既然我們剛剛花很多時間針對食藥署的部分進行討論，是否可以將含 NSAID 加註警語這件事情，今天可以比較明確的答案。

### 主席

請(食藥署)秀勳，要不要回應一下。

### 鄭集鴻代表

針對 NSAID 的廣告。

### 食品藥物管理署 洪秀勳研究員

我先說明一下，剛剛大家提到那個友露安的廣告，不好意思剛好是我們臺中的廠商，它的廣告剛好是臺中市(政府衛生局)核的，應該不是我當處長的時候核的，不知道是不是?如果大家覺得那個廣告的內容太誇張或是有一些疑義的，通常都會有「中市衛廣第○號」的核准，大家可以注意一下是那個地方衛生局核准的廣告字號，之後我們再去詢問那個衛生局核准的這個廣告的內容是什麼，比較容易會知道它是否有誇大或不實的內容。第二個部分是您提到說直接加警語這件事情，說實話，我們今天是要依據我們這個委員會的建議就要來直接加警語嗎?

### 主席

這個要請食藥署帶回去討論，他們也有委員會會針對警語的內容去審核。

### 食品藥物管理署 洪秀勳研究員

是的，還有含有 NSAID 的藥品，您知道他(們藥商)的藥證有幾張，我們要先做盤點，他的 whole picture 到底長什麼樣子?我們不能說我們現在直接來禁，結果後來那一天我們要去買一個東西的時候發現真的買不到了。

### 鄭集鴻代表

只是加註警語的部分。

### 食品藥物管理署 洪秀勳研究員

現在我們是要說不要說去盤出什麼品項，比如說像含有酒精成分的藥酒，或是維士比這種東西，那種因為他的品項很少，容易確定，我們很快有跟勞動部有這樣的共識，就這個品項去做，若大家覺得說有那些東西是需要的，還要去看他成分，因為他有些不同的成藥，對 NSAID 的濃度也是不一樣，我們也是要知道到底我們要管到什麼程度，不是說全部都加警語，我覺得加警語對一個政

府公告就可以下去，但我們在做是之前還是要有一個討論。

**主席**

好，麻煩將鄭醫師所述併黃理事長的建議，一起再盤點一下(辦理的項目)，假定要給食藥署建議的話，應該是一個專業的建議，在那些情況下加警語也要有內容，而非簡單的一句話，且食藥署代表也並非在本會議說可或不可，也必須有一定的檢討機制，討論後才会有答案，所以還是要按照程序，好嗎?否則秀勳研究員也不敢在本會議承諾。

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

報告大家，本來這個會議，我們同仁說建議不要去開好了。

**宋俊明代表**

表示您真的很有勇氣跟擔當，事實上也沒有這麼嚴重，其實就是台灣人特別喜歡吃藥，上次我 show 出來西螺的那條街 18 家藥局，賣的都是 NSAID，最多，就是類似這樣子，我們也不是要加註多了不起的警語，可能是加註一個「長期服用可能會傷腎，要注意」，類似這樣的警語，並沒有嚴重到所有的 paper，說吃多少劑量會有什麼樣的情形，我們是想要解決現在台灣變成洗腎跟 CKD，這個變成一個大問題，所以在這個方面，可不可以請食藥署加一點力，所以也沒有特別說，我覺得說 processing 的過程，或許大家把事情看的太嚴重了。

**主席**

好，總之剛剛食藥署也有表達一些比較具體的建議，如果說這麼簡單的話，他們回去也很難處理，所以請提供一些具體的事實給食藥署，讓他們回去相關的委員會討論。好，謝謝，我們這個案子就照剛剛所提。

**宋俊明代表**

主席，這個案子其實也是黃總裁也有參與。他當初也有承諾說如果層級要拉高，他可以協助，這部分的協助或許會執行的人有一些幫助，有一些些 recourse。

**主席**

好，所以黃理事長那邊在召開會議討論時，麻煩秀傳醫院黃總裁那邊也一併邀請。楊教授請發言。

**楊五常代表**

我記得大概 10 多年前，我們曾經召開一個 symposium，題目是「CKD 病人如何做疼痛控制」，因為我們一直在說不要使用、不要使用，這是辦不到的，因為這

樣不控制，住院日數可能更增加，對所有人都不好，所以我覺得我們的衛教還是非常重要的，第一個，到底我們什麼時候該用 pain control NSAID? CKD 病人如果有疼痛要怎麼做控制? 那事實上我們 CKD 的病人疼痛分為內臟的疼痛，另一個是 neuron-coursed pain 神經肌痛，還是系統性的痛? 這方面的用藥是不一樣的，我覺得我建議，黃理事長在這邊，我們辦一個 symposium，讓台灣腎臟醫學會來推廣，Pain-Control in CKD patients，慢性腎臟病病人的疼痛控制，教大家怎麼面對它、處理它，以上。

**主席**

好，這個部分我們謝謝楊教授。這邊請台灣腎臟醫學會也一併。(張代表)您現在才來?剛剛我們就已經講說基層診所很多遍了，但可能要快一點。

**張孟源代表**

基層診所的部分，我們一定會全力配合，我們是覺得大家提到說要用實證醫學，那我們知道 Pre-ESRD 本來是腎臟科在照顧，未來可能要加到中醫藥的部分來加強照護，所以能否請他們在開會的時候也列席，因為既然國家有編這個預算，是否他們也能提出一些相關的計畫或是實證醫學的資料，我們覺得一個治療的方式、一個模式，西醫當然就是以科學的態度，而且廣納百川，但是我們總是要有個科學的證據，來證明對於民眾的健康跟腎臟的保護，是有效果的，那我覺得健保署也應該負這個把關的責任，這也是很重要的，謝謝。

**主席**

好，謝謝。自從邀了中醫師進來之後，他們也提出計畫，中醫的介入可能有助延緩，甚至能讓 stage 往前，他們也有 program 要推動，也是有相關的 evidence，所以要互相尊重。因此黃理事長這邊，如若有要討論的時候，因為也有部分涉及中醫的部分，麻煩也一併邀請，共同討論，謝謝。

**張孟源代表**

他那個 evidence 的 strand，他們是做 RCT 的 trail 還是 systemic review?希望他們能夠提出這樣的證據，然後當然都不是提出一些觀察的結果，希望能夠有這樣子的數據來提出一個治療來把 stage 改善，希望他們能夠提出一些科學的證據來做一個建議。

**主席**

好，我們就請(中醫)他們提出。明天也轉達中醫師公會，如果可以提出實證來佐

證的話，也請一併提出。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

他們明天會提出來。

**主席**

我們繼續程序，第 3 案。

**討論事項第 3 案：109 年「全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫」修訂案。**

**黃尚志代表**

這個會之前有交辦很多事項，這是其中一項，要鼓勵活體腎臟移植，各位從前面的部分也可以知道去年活體移植獎勵只有 13 例，也就是還沒有進行透析治療就移植的只有 13 例，我記得第一年只有 1 例，去年有 13 例確實是有增加。我們的信念就是，能夠移植的不管是活體的，還是屍贈(大愛)的，希望都能夠執行，只要能夠離開透析的 pool，無論在盛行率或是經費上，都是有利的，所以我們才有立場鼓勵還沒有透析之前做移植，不過常常就是沒有辦法很順利，在台灣病人常常對選擇進入腎臟替代療法的決定一直拖延，在心理的適應之前，可能就誤掉治療的黃金時間，例如說 eGFR 等於 10 或是 15 時，我們就已經在跟病人溝通了，但是病人不願意接受，SDM 也不接受，更不用講到移植了，所以 Pre-ESRD 或是 CKD 的照護顧衛教師才會有很大的挫折感，因為他們做了半天的移植準備之後，病人還是選擇進到透析治療，可申請的獎勵也不能申請了，變成沒有什麼獎勵，所以我們才會這樣設計，純粹說有移植離開透析治療就是好事，如果是親屬移植更是好事，因為屍腎是可遇不可求的，所以假設他不管是透析幾年了，如果能夠找到親屬移植移出透析的話，都給予獎獎勵，至於獎勵要給誰?這個不要太複雜，所有人算是一個團隊，因為每一家的制度都不一樣，所以我們就統一給這個醫院，去做什麼獎勵、如何分配，這是醫院自己的事情，這是我們當時設計時候的一個考量，這邊提出來請大家提供意見審議，謝謝。

**主席**

器官還是非常有限，能夠得到一個器官去做移植而且成功更是不容易，這是非常珍貴的，現在看起來是 6 萬、3 萬、1 萬，6 萬很清楚就是給醫院，因為病人還沒有(血液透析)，就是給醫院，但是後面 2 個是已經在透析了，在透析的前 6

個月，個案可能在診所，也可能在醫院，是否在給 3 萬點獎勵的時候，病人在醫院(透析)就獎勵醫院，在診所(透析)就獎勵診所，是這樣嗎？

**黃尚志代表**

不是，因為診所他沒有辦法。

**主席**

要獎勵那個團隊？是給移植的醫院嗎？同一家醫院嗎？還是在不同家醫院？

**黃尚志代表**

移植前評估，大概都是在同一家醫院。

**宋俊明代表**

這一點我覺得蠻好的，當初我們是認為是給親屬的移植，大概就夠了，那我在這邊提出來就是假設可以親屬的移植，那都是好事，那這個本身第二段這邊，我這邊個人認為還是要給醫療院所，可能是基層，這是勸他進來的，因為他本身 incentive 是在那個地方，那至於說他開刀的那個團隊，就是移植的那個團隊，他本身自己有補助了，事實上從以前的不願意做，我們署長在這方面做了很多的努力，已經稍微有一點 incentive，我們先不要擔心那一塊，署長最擔心的是沒有人去做基礎腎移植那一塊，去把它做好就好了，還是給基礎醫療院所，或是原本勸他去做移植的團隊；進行移植手術的團隊我們就先不要管，我會這樣建議。

**主席**

大家一起討論一下吧！如果我們接受有三項獎勵的話，也要能夠明確知道由誰來申報 6 萬、3 萬及 1 萬點，至於這三項，我們也接受台灣腎臟醫學會的建議，能夠儘量鼓勵，但是費用一旦核發後，也會影響到我們的預算，因為預算會增加，但是目前個案數不多，影響尚有限，所以目前暫時不考慮這個部分，同意所列的三項，應該獎勵那個團隊是合理的也請明確說明。請鄭醫師。

**鄭集鴻代表**

主席，我個人贊成宋教授的看法，並不是我們基層愛錢，而是說就人性的觀點來講，目前，我之前看到一份 paper，美國做的，profit 導向的院所、洗腎中心換腎的比例比較低，這確實是實證研究，因為跟他的收入有關，既然如此，如果我們訂說是在醫院或是診所，病人只要在那裡透析一段時間，3 個月或是半年，如果他(診所或醫院)鼓勵他去換腎，應該把這筆獎勵給那個院所，可能這樣比較

符合人性，比較可能推得動。

**主席**

好，請林醫師。

**台灣腎臟醫學會 林元灝**

對不起，我是否可以再問一次，為什麼要洗腎前才有獎勵?現在都給了嗎?

**主席**

洗腎前 6 萬點，洗腎後前 6 個月 3 萬點，超過 6 個月後就 1 萬點。

**台灣腎臟醫學會 林元灝**

好，那我覺得鄭醫師剛剛提的意見，去獎勵病人現在所在(進行透析治療)的院所是合理的。

**主席**

就是當下在進行透析的院所，這是一種意見。請顏醫師。

**顏大翔代表**

我基本上贊成，真的希望多一點人可以移植，但就實際執行面，如果這個診所，不講醫院，他沒有申請 Pre-ESRD 的照顧計畫，健保經費核准，健保計畫的錢沒有辦法下到診所，那他要怎麼申請呢?

**主席**

他沒有申請 Pre-ESRD 是不是?應該要讓他可以來申請。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

可以，如若透析院所現在來申請的話，我們就會設定申報代碼在計畫裡面，只要院所有確實進行，只是現在像的 2 點，6 個月但個案還沒有滿 6 個月，是要獎勵本來 Pre-ESRD 的團隊，還是這個透析的醫院或診所，到底是誰來申請?

**鄭集鴻代表**

應該還是透析診所比較合理。透析院所是後來跟他接觸比較頻繁的地方，如果能夠鼓勵他，真的動力會比較大。

**宋俊明代表**

因為前面，事實上會覺得像黃理事長講的，我們碰到太多的例子，他一直在 struggle，在 struggle 的過程中要去做，到他第一次要來做配對，到他真正能來做移植手術，大概要兩三個月，普通的 process 都是這樣，那前面的那段在勸他的 Pre-ESRD 團隊感覺也有很大的貢獻，但是後面也很重要，也可以切半，就是

類似，就是我同意也接受剛剛黃理事長講的，就是我們再研議，是他的想法、各方面能夠更周到。

**黃尚志代表**

從腎臟醫學會的立場是不管基層或是醫院，都是在學會的架構裡面，我們要的是這個人從透析或是從 CKD 裡面就進到移植裡面去，不要進來淌透析這個，所以我們講的就是這樣。

**主席**

就是第 1 點，跟我們原條文相同。

**黃尚志代表**

但是病人通常都是在醫院。

**主席**

有可能在診所，也有可能是在醫院。

**黃尚志代表**

那就各一半，因為後端要做很多事情，如果沒有這樣的話，負責移植的 team 他也沒有什麼動力，這樣好嗎？

**宋俊明代表**

外科醫師的 team 就不要管了。

**主席**

宋教授，我們已經不管 team 了，就是給(做手術)的醫院，還是給透析治療的院所，team 是醫院內部的事務。理事長您是說第 2 點、第 3 點是各一半？可是這個很困難，而且難確定將獎勵給對的單位。

**顏大翔代表**

主席，我們這邊有一個小小的建議，就是我們透析總額研商會議是不是也可以請移植醫學會也派員來參加，這樣是否也可以獎勵移植有幫助，而且可以提供我們更多的建議。

**主席**

好，請羅院長。

**羅永達代表**

我這邊回應一下張醫師所提到的，腎臟在移植之前都是腎臟外科在 care 的，不是泌尿內科的事情，第二個其實是器官勸募的，他們一毛錢都沒有，我們醫院

勸募了，也只給我一個獎牌，是我們去勸募了很久，他才有這樣的人去移植，事實上他們一毛錢都沒有。

**主席**

事實上我們有給協調師費用，麻煩說明一下。

**醫務管理組 李純馥組長**

事實上，做移植手術的醫院他有一個器官協調的經費，我們已經有另外給另一個申報代碼，所以這應該要回歸說 Pre-ESRD 計畫，針對計畫獎勵的部分，我們署裡應該是不反對，但我們要獎勵那個團隊?因為個案參與 Pre-ESRD 跟透析的院所可能會不一樣，可能開始是 Pre-ESRD 的團隊，延續到病人透析的院所，因此，請學會若能給我們比較明確的意見，在執行上比較不會碰到院所來質疑本署，到底由誰來申報?或可能 2 個院所都來向本署申報，是兩個都給嗎?以上。

**楊五常代表**

我想在座的醫生都不是做腎臟移植的，特別是 living related，可能是我治療的個案最多。我個人的經驗，就第一點還沒有透析之前，應該讓收案的院所去取得獎勵；第二點已經開始做透析的病人，別忘了，現在病人在透析的院所那邊，雖然他會去醫學中心的移植外科醫師追蹤，但是透析院所的醫生對病人的鼓勵，還是非常重要的，灌輸觀念是非常重要的，特別是私人診所，若病人接受移植，他以後就減少了這個病人的收入，所以我個人的建議，外科醫師現在你病人給他，因為現在換腎的病人不多，所以可以不用考慮給外科醫師獎勵，但我覺得應該要鼓勵透析院所。至於獎勵應該要給個人、透析院所或醫院，我個人覺得給透析院所比較單純，謝謝。

**主席**

好，謝謝。那還有沒有別的意見，現在看起來就是有兩種意見，符合第一點的給 Pre-ESRD 的醫院，符合第二跟第三點的則給透析的醫院或者是診所，當下做這個決定的醫院或者是診所，黃理事長說沒問題。

**黃尚志代表**

我修正一下，同意。

**主席**

同意，那就沒有不同意見。

**宋俊明代表**

沒有沒有，另外一個意見是二切一半。

**主席**

那這樣子黃理事長的意見。

**黃尚志代表**

畢竟，剛剛楊理事長有講一句話，你要從他身上拿一個東西過來，他有損失，應該是合理的。

**主席**

協調師的費用我們本來就有另外支應，外科移植的費用也有。還有沒有不同意見？

**醫務管理組 劉林義專門委員**

我問一下，因為 6 個月內比較有問題，萬一他換很多院所透析的話，那我就是以他手術當時的那一家特約院所。

**主席**

就是最後一家。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

因為定義要清楚。

**主席**

因為現在還有一點點小問題，可能本署醫管組這邊要稍微研究一下，納入 Pre-ESRD 的計畫比較好，還是在支付標準中？因為剛剛顏醫師所述，如果進行移植手術的病人，他目前透析治療的診所沒有參加 Pre-ESRD 計畫，看起來又有點不搭。我想這不用在此討論，請醫管組再研究一下，看放在那裡會比較合理就好，這個案子我們就確定通過，有沒有臨時動議案？來，請秘書長。

**肆、臨時動議：**

案由：透析診所執業醫師因疫情因素需居家隔離下，執行透析業務及相關申報作業。

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

耽誤大家一點時間，我先提一個想法，就是說假如我們透析診所裡面，醫師萬

一被確診，那這樣的話，他的申報業務該怎麼辦？

**主席**

現在好像 1 例？

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

我現在講的是醫師。應該是講醫師被隔離。

**主席**

醫師被隔離的原因，不一定是他自己確診，接觸者也可能(被隔離)。

**楊孟儒代表**

比較精確的講，基層透析診所大部分都有 1 或 2 位醫師，若診所有醫師被隔離，以目前的防疫規範是不能到診所上班，有 2 位醫師的診所 1 位被隔離，防疫期支援醫師難找，是不是可以通融不用再找另外的醫師來支援，允許 1 位醫師就可以執行業務並做健保申報，如果是只有 1 位人的，依現行規定需有醫師在場，當然是要去找支援，但如果找不到醫師支援的時候，該怎麼辦？

**主席**

請醫管組說明。

**醫務管理組 李純馥組長**

今天會上有提供一份書面的資料，因為我們之前業務組也同樣碰到這個問題，所以我們有去問醫事司在醫療機構設置標準裡面，確實有 15 床要 1 個醫師的規定，如果今天要來上班，假設 30 床的院所，是不是要 2 個醫師在值班？所以我們去問醫事司，醫事司是說，設置標準只有在申請設置時要符合，但未規定 15 床要 1 個醫師到班，因此，30 床有 1 位醫師在，一樣還是可以執行透析業務，因為我們支付標準確實也沒有去明訂所謂的合理量在洗腎這一端，所以如果剛如楊理事長所講的，如果這一家院所，他基本上有 1 個醫師因為接觸到確診者而居家隔離 14 天，因為如果院所還有另外 1 個醫師，一樣還是可以申報，只要這個醫師有到班，原則上是這樣，可是狀況上會出現，如果這個停診院所只有 1 位腎臟科醫師，情況就變成因為沒有醫師(可以執業)，勢必要請支援醫師來執行這個業務，這個部分大家就可以來做討論。因為狀況有很多，現在是個案，我不知道你們這家診所是 1 位醫師，還是什麼狀況？

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

沒有，現在是假設性問題，因為之前 27 例是腹膜透析病人，不是血液透析病人。

**主席**

80 幾歲還可以腹膜透析。

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

所以我剛才請教洪院長，怎麼樣把這個規則拿掉，要不然 80 幾歲腹膜透析的人還會一直存在。

**主席**

那現在就是假設性問題，如果醫師本身確診，那不會只是腎臟科醫師的問題，是各科醫師都有，另一個是接觸者他被居家隔离 14 天期間。請張孟源醫師。

**張孟源代表**

其實像這種案例，我是覺得說好在他是腹膜透析，假如是血液透析的話，那真的是麻煩，因為同一時間所有洗腎的病人有接觸到確定感染者，他都要被居家隔离，然後醫師、護理師、所有的人員，全部都要被隔離。

**主席**

所以腎臟醫學會不是也有對這次疫情擬定了一個應變的 SOP 嗎?請理事長跟大家說明一下。

**黃尚志代表**

其實 SOP 可以說是楊醫師在 SARS 那時候弄出來，南、北的做法不一樣，北部的院所是關門的話，然後把病人移走。

**主席**

把病人移走?

**黃尚志代表**

三重醫院(蘇縣長時代)，還有一些剛好院所他是剛開，人比較少，所以比較好處理。南部的話，一家很大的醫院有 700 多人，出來就完蛋了，所以就地照顧，然後把動線寫的很清楚，固定的人員、固定的車輛，醫護人員大都在醫院裡面，處理的危機也過了，那時候楊醫師每天都開電話會議。我們現在的做法就是如果是被隔離了，2 個醫師的比較簡單，甚至我們護理人員也要排班，這種非常時期你就不要再限我什麼 1 個人只能 4 床，工時只能幾小時。如果只有 1 個醫師，我們昨天也討論到，醫療院所必須要有危機意識，必須跟鄰近的或關係比較好的互相支援，我知道集團的大概都有辦法支援，不過孤鳥型的，自己要有危機意識，去找合作的對象，那你說這時候去找大醫院合作，他會不會派人出來很

難說，因為像 SARS 的時候，那一天我看李院長寫的，他就是把所有外面資源都調回來，因為怕交叉感染，所以每一個醫院都有他的策略，這個必須要找出適合的方式，但是最近未雨綢繆的事情，大概腎臟醫學會會寫一版真正落實的東西進去，但是健保署要同意工時人力的放寬。

**主席**

權責非本署，是在醫事司。請顏醫師。

**顏大翔代表**

剛剛陳相國醫師打給我，說今天台南區還是南區 CDC 開會，他給了一個答案，我嚇一跳，我剛問張孟源醫師，一般診所的門診，如果碰到了一個居家隔離或檢疫的病人，基本上 1922 會指示他去什麼地方看病，我問張孟源醫師，他來診所看病你接不接受，我想大部分的診所醫師都很害怕。

**張孟源代表**

他們不能出門。

**顏大翔代表**

對，他們不能出門，可是感冒阿，1922 指示他去那裡看，通常他不會到診所來。現在洗腎的病人也一樣，但是南區 CDC 竟然說可以在原來診所洗，在最後一個時段洗，然後隔壁床都沒有人，病人戴口罩、不喝水、不吃東西，然後護士也戴外科口罩就可以，不用隔離，萬一這個病人確診了，我的意思是說 CDC 對洗腎門診透析的病人發生居家檢疫或隔離的狀況，就是他有家屬確診，這樣的人到底國家的標準是什麼，因為南區給的答案是讓我嚇一跳，一般的診所門診病人，都不太會去診所看，竟然這樣洗腎病人，他說還可以在原診所洗腎，我不想這個診所有多少承擔的人力可以這樣做，但至少南區是給這個答案，因為我們關注這個事情，我一直請他幫忙可不可以反映，結果得到的答案是這樣子，南區如果真的這樣做，南區診所可能會提早陣亡，我不曉得說，是不是全台灣都是這樣，當然其實就診所的角度，我們希望醫院能夠幫忙，我一直要求說，台南區是不是成大、奇美這幾個大醫院能夠空出一些隔離床的房間，在那邊做透析，2 個禮拜確定沒問題再回診所，要不然那個診所大概就掛掉，診所的支援上真的是蠻困難的，有沒有一貫的政策對門診透析的病人。

**主席**

好，請楊理事長。

## 楊孟儒代表

回歸到我剛才的問題，如果透析診所只有一位醫師，他被隔離了又找不到醫師支援，因為現在執行透析治療規定是必須要有醫師在場，是否可以考慮居家的血液透析沒有醫師在場的概念，讓醫師用遠距看診的方式來看他的病人？

## 張孟源代表

回顧一下顏大翔醫師所述，其實假如說居家檢疫的病人是不能出門的，但是他有症狀是請指定檢驗機構去採取檢體做 RT-PCR，然後證明他有或沒有，我是希望說腎臟病的病人、洗腎的病人，應該要更嚴謹，居家檢疫的一開始，給他居家檢疫的時候，就應該做比如說 RT-PCR 必要的檢查，為什麼呢？因為他影響的層面太大，假如一個洗腎的病人真的最後被確診了，會影響整個洗腎室，不只是醫師、護理師，全部的病人都要被隔離，所以是不是可以說這方面的話，只要尿毒症、洗腎病人有這種懷疑要隔離檢疫的，請趕快確認雙檢陰性就可以比較放心了。

## 主席

好像真的要向 CDC 反映，建議你們要用學會的名義行文給 CDC，讓他們正視，因為 CDC 現在指揮中心有一個專家會議，也有專家小組，都可以接受很多臨床上的諮詢，不過我相信這類問題也一定會詢問台灣腎臟醫學會。

## 黃尚志代表

這個要看時期，事實上 2 個禮拜前我們就透過管道問高雄市看有多少負壓隔離病房，有多少床可以透析的等等，因為我們怕有這種事情發生，那時候也把這個事情回應給石司長，那時候調查也沒有這種透析的病人，透析的病人沒有居家隔離或檢疫的，所以那時候開個會，針對家屬如果有這兩種情況，那病人跟家屬要怎麼辦，有一些結論。當然目前大醫院負壓隔離病床夠，所以有類似的狀況防疫專線 1922 都會請你去大醫院，以高規格來處理，但如果向南韓一樣發生 outbreak，大的醫院、醫學中心也不一定有足夠的能力來處理，變成必須要自己來處理的時候，該怎麼辦？我們是未雨綢繆，如果當有一天狀況比較嚴峻的時候，更多人的時候你要怎麼辦。

## 主席

現在居家檢疫或者居家隔離的病人，現在大家漸漸地，除了透析以外，其他的狀況都是同意他以視訊看診，現在也有指定的醫院視訊，在可以接受的醫療安

全範圍之下，醫師也有信心的狀態下，是可以看診與給藥，但是還是指定醫院，不是每一家。但是透析沒辦法視訊，這才是一個比較大問題。

**張孟源代表**

主席，現在不是有一個在家洗腎。

**主席**

可是你現在臨時叫這些人去那裡在家洗腎?所以要有一個對案出來，你要在家裡準備那些設備，這個問題我相信是一個蠻實際的問題，而且現在人數越來越多，一下子有一個確診，便有很多人要進行居家檢疫或居家隔離，確實必須未雨綢繆，我建議理事長是不是可以用基層透析學會或腎臟醫學會的名義給指揮中心行文，有可能也會請醫事司去研究。

**黃尚志代表**

上次有去過一次了，但是他們可能認為還沒到那個階段。

**主席**

可能要未雨綢繆，在本會議不適合討論，至於這段期間的申報，我們能夠盡量從寬處理，但是不能沒有醫生在場執行業務，至少要有 1 位醫師，不然，每天有很多病人都要進行透析治療，而且 14 天內都沒有醫師，這不太能接受。如果沒有其他臨時動議，我們今天就開到這裡，非常謝謝大家。

**散會：下午 5 時 30 分。**