

「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 2 次會議紀錄

時間：109 年 5 月 13 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	廖代表秋鐳	廖秋鐳
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	張智鴻代
郭代表咏臻	請假	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

衛生福利部疾病管制署

黃詩淳、徐士敏

台灣醫院協會

陳志強、黃麗如、顏正婷、

曹祐豪、何宛青、林佩菽

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

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

吳韻婕

林元灝、張哲銘、林慧美、
張靜宜

曾庭俞

李文欽

劉林義、洪于淇、李健誠、
鄭智仁、楊秀文、邵子川、
鄭正義

高幸蓓、許明慈、陳昌志、
陳怡蓓、詹淑存

李冠毅

陳泰諭

陳淑華

陳懿娟

陳祝美

張黛玲

程慶惠

黃郁莉

羅亦珍、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3-「腎功能異常使用NSAID藥量者」篩異指標管理机制。
- (三) 序號4-C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案，C型肝炎透析病人治療持續追蹤。
- (四) 序號5-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，因涉C型肝炎偽陽性之認定及後續登錄方式，請台灣腎臟醫學會再審慎研議，併品質確保方案指標之操作型定義及品質保證保留款計畫提會討論。
- (五) 序號6-「腹膜透析追蹤處置費及APD的機器租金費用」回溯追扣案」：有關支付標準修訂建議，研議後於下次會議討論。
- (六) 序號8-109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。

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4門診透析服務點值結算報告。

決定：

- 一、確認108年第4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
108Q4	0.84118581	0.85317218

二、Pre-ESRD及Early-CKD 2項計畫依計畫及支付標準按季結算，各季點值如下表，將併入本季辦理追扣。

年季	108年Q1	108年Q2	108年Q3	108年Q4
點值	0.99113847	0.98239977	0.93789983	0.91941919

三、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：有關109年全民健康保險醫療給付費用門診透析總額結算方式採「全年結算」，並調整暫付金額案。

決定：洽悉。

第五案

案由：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員。

決定：洽悉。

第六案

案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決定：

一、洽悉。

二、請新增血液透析、腹膜透析各層級總住院率指標，並請醫審及藥材組於109年第4次門診透析預算研商議事會議，報告門診透析專業醫療服務品質指標監測結果時一併列入。

第七案

案由：有關修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」附表之三.專業醫療服務品質指標(下稱「品保方案」)「住院率」、「死亡率」、「瘻管重建率」等3項指標修正草案。

決 定：洽悉。

第八案

案 由：腎功能異常使用NSAID藥量者篩異指標管理機制。

決 定：

- 一、洽悉。
- 二、請台灣腎臟醫學會參考與會者意見修訂「腎功能異常使用NSAID者設立指標管理機制」，於109年5月底前函送台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會轉知所屬會員，並副知本署。
- 三、請於前開機制中敘明採日劑藥費申報者應確實申報使用NSAID之藥品明細，並請中華民國醫師公會全國聯合會輔導所屬會員確實申報。
- 四、請本署醫審及藥材組持續監控並回饋院所「腎功能異常使用NSAID藥量者」用藥情形，加強異常使用之院所抽審作業。

肆、討論事項

第一案

案 由：修訂「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質獎勵計畫(簡稱品保款)」慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式。

決 議：

- 一、C型肝炎抗體檢驗偽陽性之認定及後續登錄方式，因涉「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」及「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」之指標，有關上傳資料欄位及格式，請台灣腎臟醫學會通盤考量併同研議，最遲於本會議 109 年第 4 次會議提案，若有共識則併公告實施。
- 二、有關疑似 HCV 抗體檢驗為偽陽性個案，如符合疾病管制署

「急性病毒性 C 型肝炎」病例定義之抗體一年內陰轉陽者，仍須依規定通報。

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：本案經請台灣腎臟醫學會彙整，各單位未來具體執行方案如下：

一、明年第 1 季提供 109 年辦理情形：

- (一)食品藥物管理署：提升民眾用藥安全(含藥品廣告警語)及健康食品之健康認證，落實執行並加強宣傳。
- (二)國民健康署：持續強化民眾護腎之健康識能，並培養醫院種子教師。
- (三)中醫師公會全國聯合會：於本會議報告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行成果。

二、每次會議提供辦理情形：

(一)中央健康保險署：

1. 研議糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護計畫。
2. 鼓勵移植獎勵。
3. 於雲端藥歷提示病人腎功能異常，並持續監控院所對腎功能異常者使用 NSAID 情形，進行院所抽審作業。
4. 函請教育部將護腎衛教納入課程。

(二)台灣腎臟醫學會：

1. 發展腎病專業品質監測指標，以落實專業審查。
2. 研議腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。
3. 研議 AKI 病人照顧計畫。
4. 推動藥師納入腎臟病患者照顧計畫。

伍、臨時提案：

案由：「提升透析病患回歸社會，鼓勵腎臟移植」計畫。

決議：本案併討論事項第二案決議辦理。

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 2 次會議與會發言重點實錄

壹、確認本會前次會議紀錄

主席

各位委員大家午安，也歡迎分區業務組及署本部相關同仁，大家一起參與今天的門診透析預算的研商議事會議，現在時間也已經超過 2 點，會議正式開始。今天議程報告案共有 8 案，討論案 2 案，因為疫情的關係，有很多與疫情相關特別安排，也排定於今日報告案中跟大家說明。首先，請各位委員看上次的會議紀錄，第 2 頁到第 6 頁，請問各位委員有沒有什麼意見？如果沒有意見，會議紀錄就洽悉，如果委員等一下有發現有任何要修正的部分，再請隨時提出，進到會議的追蹤事項，請同仁開始。

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

一共有 8 項追蹤，第 2 項係由本署邀請許志成副所長與台灣腎臟醫學進行 2 次會議，對於透析病人存活年限統計部分有深入的討論，決議在報 1-6 頁，請醫審及藥材組淑存跟大家說明最後的決議，以及數據的表達。

醫審及藥材組 詹淑存

(略)

黃尚志代表

這跟年報的表達方式相同嗎？

主席

有些微差異，但已有共識，以後腎病年報會將之前些微差異的地方一併修正統一。

黃尚志代表

有 C 肝的血液透析病人，現在都已經在治療，這是臺灣相當突出的特點，等治

療完畢在國際上會很有成就，到什麼時候這個議題會做階段性的結束？或者持續性的列管？是不是每年要做一下統計。

主席

第 4 項嗎？

黃尚志代表

應該是第 4 項，有多少人已接受治療？未來的目標是多少？這個列報告事項就可以了。

主席

好，我們繼續列管。今年 C 肝治療的預算達 81 億，預計要治療 5 萬 8 千人，當然，透析的 C 肝病人是非常優先，所以麻煩理事長通知各會員，透析病人有 C 肝，一定要趕快轉介給腸胃科醫師進行 C 肝的治療。這段時間因為疫情的關係，收案率確實是沒有期待的好，所以若疫情趨緩，麻煩加緊幫病人轉介醫師治療。

黃尚志代表

現在碰到的問題是有些 C 肝透析病人拒絕治療，拒絕治療產生一個麻煩，因為經過這段時間治療後，很多透析院所會把收治 C 肝的洗腎床關掉，成為沒有 C 肝床的透析院所，那些 C 肝病人不去治療，以後變成沒有地方可以透析。我們現在告訴病人再不治療以後找不到地方給你洗，但是病人不願意去治療又是另外一個問題，以前是沒有錢沒有藥治療，現在是不想去治療，自由意願，就成為很麻煩的地方。

主席

這部分還是要靠腎臟科醫生，因為你們與病人的醫病關係緊密，為了病人好，還是要說服病人趕快去接受治療，我們會再追蹤至少到今年，再看要不要解除追蹤。好，其他大家有沒有意見？有些是列為今天的報告案或討論案，看報告案、討論案的結果，能夠解除就解除列管。如果沒有意見，追蹤事項就確認。接下來是透析執行概況，在執行概況報告之前，因為今天秀傳體系黃總裁有來，在桌上他有一個想法，他可能要提前離開，是不是允許我們請黃總裁讓他的理念跟大家分享一下，然後這個分享就列到最後議程再討論，這樣可以嗎？可以，請黃總裁。

黃明和代表

副署長、各位長官，各位醫界同仁，對於我提的 2 個案子，我知道大家很認真

在追蹤透析病人的品質改善，我就不浪費大家時間。我提的 2 個案子，第 1 個案子是我發現洗腎病人的回歸社會好像太少，等等我的副院長李文欽會說明，我先說明一下，希望洗腎者能回歸社會，而不是洗了之後天天就躺在家裡、躺在洗腎床上。第 2 個就是活體換腎，我們醫院推了幾年，也請到台中榮總的賀吳中來我們醫院，但他只做了 1 個例就沒做了，可是這不對，我們到過日本我的母校東京明治大學，在思想保守的日本，做的比台灣多，所以我們是不是要做什么事情讓活體換腎能達成，包括我自己的子女洗腎洗了 6、7 年，他的親屬 5 等親的有多少人？太多人了，但捐腎的意願怎麼那麼低，是不是各位可以從另一方面來想，這 2 個案子以外當然還有其他的，建議一下能不能最後給他建議一下，能達到大家盼望的成就，這是我的意見，請各位支持，謝謝。

主席

謝謝總裁。總裁剛剛說明有 2 個大的想法，第 1 個就是透析病患要能夠真正回歸社會，這部分也許不是健保的業務範圍，回歸社會是廣泛性的，可能是需要鼓勵機構企業能夠聘用透析病人，不要歧視他們；另外一個議題有兩個積極作為，第一個可能涉及修法，要免保費、免部分負擔，這涉及法律的修正，另外一個是活體腎臟移植，活體移植我們有獎勵 5 萬，而且現在在原 Pre-ESRD 計畫基礎下放寬，將期間延長，也增加獎勵，所以我們目標是一樣的，但目前看起來活體移植的個案數仍不多，這有很大的努力空間。總裁也提到日本 1 家醫院 1 年活體移植成案數就比我們全國一年還多，所以國內親屬之間的捐贈風氣不盛，國人似乎也沒有很接受，這都是我們未來處理透析問題要面對的，這部分總裁可否我們最後一題來討論，好不好？好，謝謝黃總裁，接下來就進入透析的執行概況報告。

報告事項第二案：門診透析預算執行概況報告。

主席

活體移植的在 107 年是 12 例，108 年是 13 例，今年的第 1 季是 2 例，這是目前的狀況，還有就是 Early-CKD 醫院的收案率在第 25 張投影片，醫院的收案率遠遠低於基層診所，醫院的 Early-CKD 收案涉及到各科，也都可能收案，不過收案率還是太低，很多人沒有在 Early-CKD 時趕快收案做預防，將來會慢慢演變到 Pre-ESRD 或是透析，其實這裡有很大的努力空間。這個部分的報告，各位代表還有沒有意見？請楊教授。

楊五常代表

Early-CKD 本來就是要鼓勵基層來做。

主席

是的，但醫院也有很多各科的病人，我們現在討論的 Early-CKD 腎臟科醫師會再講，可是其他科醫師手上可能也有 Early-CKD 的病人，各科在醫院沒有統整去加強收案，理事長現在是副院長，在座很多代表在醫院端都有全院的影響力，所以麻煩大家能夠通力合作，請問大家對於這個報告有沒有什麼意見？沒有，今年 Q1 預估點值是 0.85，也慢慢有提升。好，進到報告事項第 3 案。

報告事項第三案：108 年第 4 門診透析服務點值結算報告。

主席

點值結算報告及專款執行，特別是 Pre-ESRD 和 Early-CKD 點值會浮動，因為總金額不夠，好，大家有沒有意見？來，請理事長。

黃尚志代表

記得 Pre-ESRD 剛開始執行的前 2 年錢都剩很多，當時就警告第 3 年一點會變成零點幾，有先打預防針，所以那一年一點降到 0.6、0.7，反而比較沒有反彈。那時候預算不夠，當時的衛生署陳副署長有出手相助，後來就把金額提高，而且到後來就把兩個腎臟病計畫經費合併起來，現在預算經費又再度不夠，不曉得副署長有什麼辦法可以出手相助？

主席

108 年就這樣，我們請醫管組林義專委說明一下，109 年有增加預算。

醫務管理組 劉林義專門委員

我們在 108 年其實就有提到增加預算，就已經知道可能會不足，不過因為健保會沒有通過，109 年又持續有去爭取增加預算，有獲得健保會同意增加 2300 萬，所以這項在 109 年應該預算充足，110 年我們會再持續評估，以上。

主席

如果 Early-CKD 的投資是有助於病人不要進入 Pre-ESRD 或洗腎，這種增加預算就值得，因為現在收案率還是不高。問題是真的要能達到早期的預防，相信是有，但就是要觀察。今年的預算有增加，大家還有沒有意見？請羅院長。

羅永達代表

消費者代表這邊，因為在每次協商的時候，真正能夠講的時間有限，事實上消

費者代表每次在這樣的會議都有提過，預算真的是不夠，消費者代表如果有問題的話，本會有這麼多專家，可以告訴我們要準備些什麼？要改進些什麼？在內部協商的時候替我們講話，唯一這次參加會議的消費者代表，請消費者代表問題提出來，否則，希望能夠支持我們，以上。

主席

付費者代表的鄭代表，請問有沒有什麼想法？好，暫時沒有，那這個案子大家有沒有意見？沒有，108年Q4點值就確定，報告事項第4案。

報告事項第四案：有關109年全民健康保險醫療給付費用門診透析總額結算方式採「全年結算」，並調整暫付金額案。

主席

這個提案應該是很特別，今年因為疫情，也許門診透析影響不大，是在各總額當中唯一沒有太大影響的，但仍要採取的動作，各總額齊一，這是部長核定的，所以還是會採全年結，雖然是全年結，我們按季還是會計算，只是不結，至於透析總額的暫付款，3月份各總額都一樣，從優暫付，4月份門診透析的總額就回歸正常的暫付方式？因為每個總額都要檢討，透析是唯一最沒受疫情影響的，所以在此提出報告，請問各位有沒有什麼意見？沒有意見，我們3月份暫付款有多給的這部分是隨著疫情趨緩全年結算的時候會一併處理，好，大家有沒有意見？若沒有，本案就到此，接下來第5案。

報告事項第五案：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員。

主席

本案是這次因為照顧COVID-19確診個案而停診之院所，這次的紓困、補償及獎勵是連在一起的，對醫界有獎勵、補償、紓困、振興也都有，健保署在補償面上爭取到10億，補償照顧確診病人而停業之人院所收入的損失，不同的補償條件、方式供大家參考。請問理事長是否知道透析的院所有沒有因照顧確診病人而停診的？本署目前還沒收到衛生局副本有透析院所停診的，不曉得你們有沒有收到？

黃尚志代表

目前是沒有，我們每天都有關注疫情指揮中心的記者會，關心是否有透析病人受感染，上次有一位腹膜透析病人，後來這位病人過世了，影響不大。但我們

擔心血液透析院所會有感染疑慮，一旦發生會非常麻煩，病人、醫護人員及家屬都可能被感染而需要高度注意。透析病人縱然是在被隔離的狀態也需要一周三次出來接受透析治療，為了這個需求，腎臟醫學會根據疫情的嚴重程度寫了3版處置方式，還好都沒有真正用過。指引也已發表在台灣醫學會雜誌，供大家查閱。後來透析廠商也寫了透析院所如何應變，我們也覺得很好，所以跟基層透析協會、腎臟護理學會、與兩家廠商協商，大家一起出版有關 COVID-19 相關的防護應變準則。我們一直相當關注透析院所有沒有受感染，及注意透析病人如被隔離、檢疫，必須出來透析的問題。但是因為台灣感染 COVID-19 的病例少，就算有血液透析病人被圈住要居家隔離或檢疫，醫院大概還有辦法把他們放在高規格的方法去做透析。但是我們也未雨綢繆，如果發生大範圍傳染的時候院所該如何處理，但目前是沒有院所發生，否則人力、物力、器材的安置將會相當棘手，我們好險在過去 SARS 期間有楊五常理事長帶領渡過難關，有這樣的經驗作為現在超前佈置的參考。

主席

請問楊理事長，基層透析診所那邊還 OK 嗎？

楊孟儒代表

目前沒有。

主席

沒有聽說。但如果病人本身因為確診或是疑似個案需要居家隔離、檢疫者，因為行為受限可能會影響到工作，現在有補償1天1,000元，但與院所間無關。本案所謂的補償是針對收治確診個案的院所因停診而致收入損失，所以目前沒有院所符合，表示沒有院所因收治確診個案而被要求停診，沒有補償是好事情。因為不知道未來疫情可能持續多久，所以先爭取這筆特別預算，以備不時之需。

報告事項第六案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

主席

移植登錄率都有上升，但因為沒有捐贈者，就沒有移植個案，希望大家能夠再討論看看。大家有沒有意見。

宋俊明代表

各位委員、長官大家好，請看到簡報第33頁，我一直覺得這是很奇怪的，是不是好得太多，各家醫學中心問到的可能都沒有這麼好，請問統計是不是有問題？

還是大家是不是要規定統一是在透析前?還是要在透析後?這個數據是有問題的，90 幾%?

主席

91.78%、93.53%。

宋俊明代表

如果真的要去看這項指標，除了鈣磷乘積外，再增加磷?

主席

單獨磷嗎?

宋俊明代表

這邊一直很奇怪。

主席

請問醫審及藥材組這個數值有沒有什麼問題?

醫審及藥材組 詹淑存

這個是根據醫院上傳的結果，以 DA 指標定義來看，是在歸戶之後再取值，上次宋教授有提到這個部分，所以我們有去查，結果已經是 ID+Birthday 歸戶之後的最小值，以上。

宋俊明代表

上面是不是有規定在透析前?

主席

是透析前，沒有公布是什麼時候要來檢測此項。大家 routine 是什麼時候去測量?

黃尚志代表

絕對是透析前。應該問說有沒有人是飯後來抽血檢查，飯後抽血檢查的結果更糟。結論是，因很多人是飯後抽血檢查，此檢驗數值就會高，但是這個結果還可以接受，在這邊無法去歸因是什麼原因。

宋俊明代表

就是沒有辦法去知道說是有沒有規定，這個結果感覺上跟我們看到的事實不太相符，我也沒有辦法說到底是怎麼回事，但是不太像。

主席

請問在場的 3 位專家，如果這個值是有問題的，則放在這邊就不妥。

洪冠予代表

我覺得數字應該不會有問題，只是數字怎麼去取，如果以最後綠色點 108 下半年是 93.53%，某個病人會有 6 個數字，我們是去取幾月的數字，還是把 6 個數字去做平均，或許是最低的?或是最嚴重的?

主席

請醫審及藥材組可以說明，是 ID 歸戶後取個人最小值，看有沒有小於 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ ，請問大家及專家建議如何計算？是採 6 次的平均值嗎？無論這次報告的結果，現在要請專家給我們意見，現在的算法是歸戶後取個人 6 次數值中的最小值有沒有小於 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$?

楊孟儒代表

第 1 個因為訂定鈣磷乘積 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ (目前的國際共識)低於 60，不算困難達成，所以鈣磷乘積低於 60，90%以上的單位達標，是蠻正常的。

主席

所以鈣磷乘積 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 訂的太鬆？

楊孟儒代表

第一，(國際及學會)訂這樣的標準，有百分之 90 的病人合格，不是困難的事。第二，不需取半年的平均值，因為每個透析單位每個月鈣磷平均值雖有波動但差異不大，且不會每個透析單位的鈣磷乘積的最低都恰好落在上資料的那一個月，因此每季上傳一次的資料應已具有代表性，不需再取半年平均值。

主席

這個會跟洗腎室有關?還是跟個人有關?

楊孟儒代表

鈣磷乘積是否低於 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 取決於透析單位的品質，也取決於病人對鈣磷控制的認知與順從性。

主席

如果是鈣磷乘積 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 的問題，如果一個洗腎室可以那個月變最低，問題才大！

楊孟儒代表

對(但不太可能發生)。

主席

請台灣腎臟醫學會。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

主席、各位委員好，這個指標是在上一任秘書長時新增的，當初鈣磷乘積 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 不是我們訂的，是依 KDIGO guideline，依美國訂的標準，之前沒有此指標，所以我們當初是沿用國際標準來寫，到底這個數字合不合理，廣泛來看全國各院所呈現鈣跟磷的狀況，無論是血液透析或腹膜透析，平均的血鈣都是在 10 以下，頂多 9 點多，不到 10，而磷全國平均大概 4 點多，所以乘起來 50 幾是正常的。鈣磷乘積 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ ，大家會覺得很容易達標，指標訂的太寬鬆，但這不是我們訂的，這是當初用國際標準訂定的。

主席

鈣磷乘積的數值應該是越小越好？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

上限是 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ ，如果是測量值是 60 表示已經很不好了。但如果很低，低磷低鈣也不正常。

主席

現在有幾個關鍵點，第 1 點測鈣磷值要在透析前，第 2 點鈣磷乘積 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 是比照國際標準，沒有訂得太過嚴格或寬鬆。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

目前也沒有那個國家對這個標準提出其他異議，國際上還是使用這個標準。

主席

以台灣的資料，假設我們蒐集的都是透析前的資料，這樣有 93.53% 是小於鈣磷乘積 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 。還有一個爭議，我們取半年值，取個人半年內 ID+birthday 歸戶後 6 次數值中的最小值，這是合理的嗎？有修正的空間嗎？每人每半年會有 6 個值，是要採 6 次的平均值、中位數還是最小值？那一種方法才是最合理的，要請各位專家給我們專業的意見。請楊教授說明。

楊五常代表

93% 的人鈣磷乘積低於 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 是合理的。

主席

現在討論的先不管 93% 的人鈣磷乘積低於 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 是否合理的，要釐清的是採 6 次中的最小值合不合理？

楊五常代表

可以接受。理由是我們希望磷控制低一點，以減少心血管的鈣化，但是有文獻指出，過度限制造成營養不良，血中白蛋白下降，會使死亡率更高，兩者有害取其輕，寧可磷稍微高些，白蛋白好一點，也不要磷控制的很好，但是白蛋白很低，所以這是可以接受的。國外的指引，不管是 KDOGI 或 KDOQI 也都這樣認為，所以 60 這個標準是可以接受的。

主席

鈣磷乘積 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 我們不必再爭議，現在的問題是個人歸戶後的 6 個觀測值要使用平均數、中位數或最小值與 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 比較，如果採最小值，大家覺得合理嗎？合理的話，就以此為定義。

楊五常代表

我覺得可以，因為任何影響檢驗數值的因素如果是病人的飲食，這是最困難的問題，例如血糖，病人可能去吃一下大餐，下次血糖值就很高，閾值取低一點也許病人會比較注意，但我覺得不要太過執著於數值，只要趨勢能改善就好。

主席

現在監測結果值是平穩的，沒有特別的不好。腹膜透析微微上升，但血液透析是平穩的。唯一修正的是強調以透析前檢查的數值，用半年個人歸戶的最小值跟鈣磷乘積閾值 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 比較。請楊教授。

楊五常代表

腹膜透析沒有洗腎前後的差別，但我們很清楚血液透析的值會比腹膜透析好一點，所以血液透析 93.53% 比腹膜透析 91.78% 可接受且是合理的。

黃明和代表代理人 李文欽

我記得腎臟醫會都是 6 月跟 12 月要透析院所把資料上傳，通常一般院所的值為 6、12 月，我們在看這些透析院所，因為大家都是在照顧洗腎室應該都有這個經驗，比如說過完年看到的數據會比較不好的，因為過年可能會去吃大餐等等，即使我們在過年前或抽血前都會叮嚀病人要注意飲食，但我們可以看到這樣的趨勢，所以說如果平均值在合理範圍內，應該是我們希望能看到的，不太可能一直維持在非常低的 level，因為這是一個有波動的數字。

主席

是否維持原來計算方式？有沒有不同意見？專家和委員們都有共識的話，這題強調的是「透析前」鈣磷的檢測，請問還有沒有其他問題？

羅永達代表

簡報第 18 張，地區醫院同院或跨院住院率都偏高，以統計學而言，從 7.63%-10.67%-11.35% 是明顯的異常，是否歸因於地區醫院的腹膜透析量本身就少，所以變化的波動大？這個統計值是本身有問題還是真的有異常？一般來說指標異常就要做檢討，檢討的結果為數量小，波動容易大，請問在座的專家，要能夠檢討到底發生了什麼事？如果以數量小波動大為因，那如果這樣應該要去修正指標，是否以後設定多少的 range？或絕對值是多少才是正常？而非直接看這項的數值，而地區醫院都一直住院率很高。所以請教各位是否這個指標的操作型定義需要檢討？

主席

在座那位代表可以說明一下？洪院長。

洪冠予代表

謝謝羅院長的問題，指標如果要看趨勢的變化除了絕對值以外，另一個做法去看 SPC 的管制圖，為了要減少不必要的 micromangement，只是就像剛剛看到 slide 上會在指標上畫紅線，如果要做的話也可以，不過這個圖點拉得太少，每半年才一個點，如果要準確性高的話，至少要 12~18 個點以上才能參考，因此，健保署若以每個月的數值製作統計趨勢圖便可解決羅院長的疑慮。如果沒有這麼多資料數據的話，每季也可以，趨勢也能畫出來，因為這跟統計的數字會不會超出範圍有關。如果超出管制範圍，我們便得以進行分析或管理。所以羅院長的問題，端視製作指標單位能將指標做的多細；半年 1 個點有困難要 6 年才能有 12 個點，但影響 6 年趨勢的客觀因素太多，缺乏參考性；但若每個月或每季有一個點，則可以看 2 年內或 3 年內的差異數，有什麼問題就能較早看出。如同剛剛鈣磷乘積的指標一樣，如果超標但後續有沒有 action plan？沒有的話，這就不是一個 key result (KR)，有沒有連接到一個 objective (O) 的話，OKR 管理概念上，住院率的指標就只是個過程面指標。

羅永達代表

因為這個數字本身從健保會就可以查得出來，完全不用申報。理論上時間區隔要多久時間都可以查的出來。所以我覺得每次在醫院的會議被問這個數字發生什麼，我也講不出來到底發生什麼事，一個指標的意義在於後續有沒有 action plan，也就是剛剛專家講的，這樣才有意義，不然指標呈現不好就永遠不好，也

沒有什麼意義。

洪冠予代表

我贊成。如果要看趨勢，真的要把數字拉開來看，就像剛剛一開始看簡報中的數字：不管從幾歲開始洗腎，5-10年都是最危險的時間，撐過去似乎就沒事了(?)，這個 biological meaning 或是 clinical meaning 在那裡？這可能是我們要去討論的。不過謝謝健保署提供我們這些指標，在場的教授學者請回去再去細看，是否有問題是可以改善的，是看主席或其他委員是不是有需要去瞭解。

主席

如果是 12 頁之前的這些檢驗值當然是申報才有的，但是如果是住院率、跨院住院率這些就是申報資料，因為原來此指標叫做半年指標，所以半年才有 1 個點，當然每個月也可以有 1 個點，但我們的委員認為這個是半年指標，現在如果覺得半年是不夠的，要改成季指標也是沒問題。

洪冠予代表

其實可以再分層分區別，例如同院、跨院的，台北跟北區、中區及南區。如果這個指標數據沒有要那個單位或機構來 take charge of，或需要特別去 handle，其實就不需要做太細。

主席

所以大家覺得這個住院率跟跨院住院率有沒有需要我們特別去加強監控的時間點？看看有沒有這個必要性？因為本來這項指標是半年指標。因為剛剛羅院長講的第 18 頁，因為是腹膜透析，腹膜透析的人本身就少，如果再細分到層級別，就會更少人。

羅永達代表

當一個指標是有問題的，這個指標是可以不要處理的，其實這個指標我們是可以不要的，如果可以改這才有意義。

主席

所以跨同院住院率、跨院住院率，如果是這兩個資料我們是要看什麼？請淑存說明。

醫審及藥材組詹淑存專員

這個指標最近才修改歸屬，以前是用人月數？

主席

這個最主要要看什麼?特別是跨院住院率如果是基層院所，他肯定是沒有住院，所以一定會跨院，所以這個指標當時的用途。

黃尚志代表

因為住院率不管在血液透析或腹膜透析都算品質指標，就跟死亡率一樣，住院率低代表處理的越好，可以看出地區醫院在處理自己的病人，有些比較嚴重的要轉診到區域醫院或醫學中心，所以才會後來去計算看跨院。最早是3個月算1次，但以前計算的方式沒有辦法做，所以才改6個月。各位也知道腹膜透析大都是集中在醫學中心跟區域醫院，所以地區醫院的case本來就少，因此只要有1、2個反復腹膜感染的個案，就會影響這個指標，所以羅院長考量也是對的，但是這個指標整個看來還是有它的意義，我不針對地區醫院，而是建議看醫學中心和區域醫院這些有比較多腹膜透析病人的醫院，看有無增加或減少的趨勢，對於地區醫院我們可以用一個range來看，因為他處理的能力沒有醫學中心那麼高，因此可以接受這種某可接受一範圍的數字。

主席

請宋教授。

宋俊明代表

也是不瞭解當初同院住院率和跨院住院率，這的確能夠提供一些統計上的資料，但重要的是住院率，是不是各位專家再想一想，乾脆不要分同院和跨院。

主席

沒有分的也有，第13張和第16張投影片，就是不分同院住院率和跨院住院率，是全部的。

羅永達代表

看合在一起的住院率就可以了，因為PD或HD只要有住院率，不管是跨層級或同院住院率這2張的投影片意義就夠了，以上。

主席

如果我們覺得跨院的住院率不用分到層級別，要不然羅院長看到地區醫院突然高起來，也一直有人在等他說明，但他不知道要如何解釋。確實同院住院率代表是那個病人的問題，他一直回到母院去住院；若有問題卻不回母院就醫也很奇怪，是不是沒有信心?或很嚴重一定要轉診，就會上轉；這邊很特別是住院率去追蹤診所，診所病人如果不好要住院也是一定要轉診到醫院。大家覺得怎樣，

還是這個指標先放著，還是認為有些不是很有意義要把它刪掉的話，我們也是尊重大家的意見，請副院長。

黃明和代表代理人 李文欽代表

建議還是要留者，才可以看到以往都是蠻穩定的，只有去年特別高，不管是同院或跨院住院率，如果你用品管的角度去看，還是可以去回推這一年是發生什麼事情，也許可以從中去找一些可以改善的；如果這一年有腹膜炎發生的機率比較高情況，可能就要提示要常常 education 病人，或者是操作的護理人員，是否時間久了，有些注意事項就忽略掉，要再重新再去教育訓練，我覺得看數據上來不代表他一定是不好的，但是他會回饋去年度可能有某些問題，我們一定要去注意，也許這是他後面要我們注意的一些觀點。

主席

病人的嚴重度與否和照顧的院所不一定有直接相關，但是當然也有檢討的空間。

羅永達代表

如果這是個別醫院，我覺得這是有意義，但這是一個大數，全國針對洗腎病人到底有發生什麼事，我們看到的也是層級。

主席

如果羅院長覺得這個異常，也可以主動提出來地區醫院突然高起來，可不可以進一步告訴我們什麼。

羅永達代表

對阿，我剛剛也是說可以進一步告訴我們那些地區醫院發生什麼事，進一步檢討，剛剛的總結那是波動的問題，那這樣的問題還不足以讓我們去關注他，事實上已經增加 30%，住院率已經從 7%到 13%，但卻說這個上升是波動因素，那如果這樣，這個指標就是有問題。我們進一步想，可能只有 4 個人在某家醫院發生這樣的問題，應該要針對特定醫院，但我們是全部都要檢討這件事情，還不如要分區發現這樣的狀況，應該要審查特別注意，而不是全國這個層級去檢討，因為他的分母真的太小，而影響監控全國同一層級的洗腎品質；不是剛剛提到的個別家醫院或某層級，而是全國一起檢討。如果全國品質出了問題，那是很嚴重的事，可能包括台灣腎臟醫學會必須要去檢討 SOP，但這卻是不一樣的概念，這是全國性統一的數字。

主席

這是很好的討論，請宋教授。

宋俊明代表

的確羅院長所提出的一些想法，的確我們指標要去做的更精細，後面才能連接真正要做的。另外我再提出一個問題，還是有一些 misunderstood，剛剛好像沒有看到所謂住院率，只有看到同院和跨院，沒有看到兩個合起來，沒有看到歸戶後的那個層級住院率的差別，尤其是我要找全國加總的平均，要拿自己醫院跟醫學中心、區域醫院、地區醫院的一起比較來改進，好像看不到，個人是覺得留著我不反對，加總可以讓我們看到各層級的住院率是不是有變化，以上。

主席

好，謝謝。請楊教授。

楊五常代表

Data 在第 86 頁就有了?剛剛洪院長提到那一區?應該有這個 data。同院是中區南區比較高。

主席

後面在報 6-26 頁有詳細資料。。不同分區的資料，只有地區醫院也有，綜整大家的意見，看起來是沒有總住院率，只有同院和跨院分開，所以加一個總住院率。另外，謝謝剛剛羅院長提出來的，地區醫院在腹膜透析的同院和跨院住院率都是這一年內飆高，這部分也請淑存分析，除了分區外，細部個別醫院有沒有異常，如果有特別異常，也請分區去協助瞭解這些病人為何住院率升高，有沒有改善的空間，要回饋資訊給院所，我們後續再觀察，是每一家地區醫院全部都變高?還是只有少數變高影響整體地區醫院?。我們今天指標檢討結果，是增加總住院率，對於地區醫院在腹膜透析的同院和跨院住院率高，看看有沒有個別醫院別異常。還有沒有意見?沒有，接下來報告案第 7 案。

報告事項第七案：有關修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」附表之三.專業醫療服務品質指標(下稱「品保方案」)「住院率」、「死亡率」、「瘻管重建率」等 3 項指標修正草案。

主席

好，這 2 次會議紀錄都有附在本次會議資料內，剛剛在討論死亡者透析存活率這是同一個會議，分別討論這兩個部分，住院率、死亡率、瘻管重建率也是透

析非常重要的指標，之前也是陸續有反應這個操作型定義，這次也是一個綜整，剛剛淑存所講報 7-26、7-27 及 7-28 就是之後討論的規則，請問大家對於這三個操作型指標有沒有意見？也是希望這三個指標是精確地，也和腎臟年報的資料是一致的，不要各自公布不一樣的結果，這是非常困擾的事情。剛剛我們前案的住院率都保留，這個住院率也是在的，大家有沒有意見？請曾醫師。

曾志龍代表

在報 7-29，有提到死亡率的定義，就是死亡的判斷標準，毋須考慮死亡原因，當然在操作上有實質上的困難，但是如果死亡率不考慮死亡原因，但提案討論的是品質管制品質指標，這會造成院所挑病人，狀況比較不好的就會往外推，如果這樣的話就與品管無關，因為我們要做品質指標的設定，結果最後導致院所挑病人，變成沒有意義，我覺得最簡單的例子，一位腹膜透析洗了好幾年之後轉換成血液透析的病人，最後死的時候原因是營養不良，這樣要歸在那裡？一位血液透析的患者死於車禍，要歸因在那裡？這與品質有關嗎？我想這是要考慮的，雖然操作上非常困難，但這點我不太能同意，這跟品質沒有關係。

主席

請理事長說明，這是跟腎病年報一致，跟國際上接軌。

黃尚志代表

在國際間也是不管是那個原因過世的，都列入計算，所以叫做 All cause mortality。我們只能去取一個大家在同一個平台同一基準上去比較，當然有不公的地方，至少在大數的原則上，這些僅占少數，計算上也要這樣才有能算，否則真的非常困難，因為健保署的資料也不一定會有死因，死因也不會分到那麼細，這是實質面有困難，這些定義由台灣腎臟醫學會是派林明彥博士，加上國衛院許志成副所長討論非常久，所做出的結果，如果為了未來的可行性，還是必須委屈接受，因為那些例外畢竟占少數，而且很多研究或國外的年報也是依此標準來分析。

主席

好，謝謝，這是跟國際接軌，亦非僅我們這樣算，謝謝理事長的說明，如果有其他異常原因也不是占多數。還有沒有意見？我們住院率、死亡率、廢管重建率就修正分子分母定義(報 7-26、27、28)就通過，接下來第 8 案。

報告事項第八案：腎功能異常使用 NSAID 藥量者篩異指標管理機制。

主席

NSAID 回饋資料，特別是已經腎功能異常的病人還開 NSAID 藥物，在討 2 也有此對策，雖然報 8-3 監控一年的成果結果有下降，但速度還是太慢，很顯然有院所繼續開這個醫令的機率還蠻高的，所以在本會議提出來，討論還有沒有其他的方法，我們陸續回饋給台灣腎臟醫學會、醫師公會全聯會、醫院協會這 3 個單位，請理事長。

黃尚志代表

NSAID 後面還會討論，因為醫師公會全聯會也有意見，等一下再討論，對於 NSAID 不要使用或小心使用在腎功能異常的病人，我們有很大的期望。在 CKD 第 3B、第 4 期及第 5 期但尚未進入透析的病人，使用 NSAIDs 可能就會更傷害腎臟，而使腎功能(eGFR)急速惡化，更嚴重的就進入透析。大家都希望減少這一群還沒有透析的病人，因使用了 NSAIDs 而加速進行到尿毒狀態，節制 NSAIDs 使用於腎衰竭的病人，重點應該擺在這群人才對。因為過去署方為監測這項指標，病人資料是擷取 N184、N185、N186、183-18 的病人，其中會抓到一些已經透析的病人(N186)，這些透析的病人尤其是血液透析病人，若有急性發炎、疼痛狀況，如痛風、假性痛風發作，NSAIDs 對沒有尿的血液或腹膜透析病人是可以使用的，因為病人已經在接受血液透析而且也沒有尿了，使用 NSAIDs 對殘存的腎功能影響不大。當然這種狀況也可以使用類固醇做急性、短暫性的治療。然而，署方查資料時，卻連 N186(已經透析病人)也包括進去，並且對開處方的腎臟專科醫師列冊要求說明，這造成若干被監測的腎專相當的困擾，希望能將抓的病人疾病碼，做些修正，不要包括 N186。然而，另外一方面要注意的是，腹膜透析病人尿毒的清除來自交換的透析液及殘存的腎功能，保持殘存腎功能對腹膜透析病人是十分重要的，為避免殘存腎功能因使用 NSAIDs 而不見了，所以我們對於還有尿的腹膜透析病人，仍禁止處方 NSAIDs，可是從申報資料中很難去區分有尿或沒有尿，署方在抓資料時也會有困難，但其實我們要防堵的重點是 CKD stage 3、4、及還沒有透析的 CKD 第 5 期病人不要使用 NSAIDs，對已經接受血液透析的病人因大部分都沒有尿了，防堵的意義沒有那麼高，只是還有殘存腎功能(有尿)的腹膜透析病人則要呼籲各級醫師不要使用 NSAIDs，讓該用的人可以用，不該用的不要用，這是我今天提出來補充的。

主席

在討論時請翻閱報 1-2，有提到腎功能不好的人 NSAID 盡量審慎少用，但是止痛上有沒有可以替代的方法，希望今天會上腎臟醫學會可以建議，因為你們希望大家不要開，但是會開藥必有其目的，不能無替代方法，等會兒請理事長再說明，接下來請醫師公會全聯會說明就基層醫師的部分。

張孟源代表

謝謝主席，各位代表大家午安，就基層醫師而言，我們當然是希望說不管是家醫科、內科、小兒科或各科都一樣，病人只要腎功能不好，CKD stage 4、5 其實不要用，尤其 stage 5 最好是禁用，至於 stage 5 到底是用抽審或其他方式，我們也討論 1、2 年，記得去年說今年第 1 季就有比較具體的措施。

主席

具體的措施就是我們雲端主動提示病人腎功能，我們雲端主動去告訴你這個人腎功能已經不好了，要小心使用 NSAID。

張孟源代表

這也是前進的第一步，但是跟各位代表報告一件事，我發現衛福部最近很強硬，有一些安眠藥，像 stilnox、zopiclone 類成分的安眠藥，結果他就發一個公文，有夢遊或睡眠不自主行為者禁止使用 zopiclone，包括 stilnox 安眠藥，為何衛福部對 NSAID 在 CKD stage 5 的病人不能發一個公文禁止使用？我們為什麼還要花那麼多時間去提示？結果衛福部用一紙公文禁止使用，大家炸鍋了，有些精神科就跳腳起來，衛福部食藥署就給他開公聽會、辦專家會議就把它停止使用，這不是國內有病例，是國外有病例，有夢遊病人吃了這類安眠藥會造成什麼不良後果，我說食藥署照國外的文獻就可以這樣禁止，我們國內那麼多專家，應該就可以給 TFDA 建議 CKD stage 5 還沒有洗腎，禁止使用，我們何必在會上討論這麼久？我還是永遠的樂觀派永遠期待我們署方能夠提出具體建議，讓我們全聯會和小老百姓可以遵從，謝謝。

羅永達代表

我們大家看報 1-9，醫院協會正式來函，翁文能理事長的事情作法認為說正在疼痛的病人，例如剛剛車禍，他可不可以用？如果不用的話怎麼辦？他又達不到所謂以前叫慢性疼痛，本身必須要會疼痛科，以某種藥這樣才可以，假設遇到這種病人怎麼辦？所以我們強調的東西是慢性使用或是長期使用，所以有個監

測指標希望是連續使用的透析病人才列入計算，而且要明訂 duration，如連續使用 30 天以上。遇到急性或達不到會麻醉科使用慢性疼痛標準的時候，那些病人怎麼辦？總要給個方法吧！請腎臟醫學會給我們一個 guideline，否則會有很多其他科的醫師都不不知道怎麼辦，以上。

主席

請台灣腎臟醫學會。

黃尚志代表

我們給的回復的公文，我們的文章有寫到說開立與照護的標準都適用於全部的醫師(報 1-11)，裡面列了個項目,包括各種腎功能都有寫，也建議急性疼痛，例如 Acetaminophen 普拿疼那類有效用這個。對於第 3、第 4 級、第 5 級腎功能還沒洗腎的病人，一點點腎功能的變化對我們都是非常有意義，能避免使用或禁止使用，有些人可以忍受 Tramadol 嗎啡類的就用，若使用到意識不清或意識障礙，當然就變成有禁忌就不要使用。有些人痛風短期使用類固醇非常有效，如果沒有顧忌當然可以用。不過醫院協會回復說類固醇是經由腎臟排出，這點我們不太同意，也請大家好好看看我們寫的建議，到底對 NSAID 如何做監測，實行的作法，後面都洋洋灑灑寫了一頁的監測指標，請大家參讀一下。我建議看的時候用我的當藍本去改，不要再加進其他學會，這樣理論、架構、邏輯就會亂掉，後面很難去控制。裡面的文字要增加或刪減，例如 eGFR 要更確定，等號放在那裡，要宣導的文字，我都同意。但請別動架構、邏輯，否則之後就很難再處理。

主席

疫情期間大家都宅在家，有的人因為沒事做就憂鬱。謝謝理事長很辛苦提出計畫，我們尊重專業，不像張孟源醫師轉述乾脆禁用，本署希望能取得專業共識，能用就用，那不能用就盡量避免使用。現在下降的幅度仍太低，請教各位對腎臟醫學會提出的，有沒有意見？

羅永達代表

這個指標裏面就是使用過，剛剛有講到很多急性期的狀況，你要用到 Tramadol，有的時候真的病人會頭暈，台灣腎臟醫學會在擬定 guideline 的時候，例如他使用 5 天，就是車禍那幾天，在急性期的時候，有沒有允許如何使用，因為其他醫師也有相同的問題。我們當然知道如果長期使用對 eGFR 是會有影響，但外科、

骨科，尤其是急診室，你叫他這個都不要用，讓他把直接打 Demerol 嗎？還是你要直接給他其他嗎啡類的藥，這會不會太強了？有沒有真的要使用到？這樣就能變成監測指標的部分裡面，有沒有什麼其他的 extra guideline 或是建議讓大家有所遵循？否則急性期與慢性期的影響是不一樣的。

主席

醫院協會的問題是急性期時如何用藥？

黃尚志代表

慢性疾病使用 NSAID 最多的常常是免疫風濕科，例如風濕性關節炎等疾病，雖然他們長期使用但很注意患者腎功能，我們比較不擔心。腎臟科的病人大多是 eGFR 小於 30，這些病人每次對 eGFR 降一點都是斤斤計較，確實用 NSAID 不論用 1 天、2 天或 3 天、5 天，我們都可看到腎功能下降的趨勢，eGFR 降下來病人緊張我們也緊張，找原因如果發現是使用 NSAIDs 造成的，就趕快請病人停止使用，有些停藥就回復，有些會先維持然後又下降，我們只能很道德呼籲能不用就盡量不要用，如果類固醇能夠處理的，3、5 天內短期使用類固醇也不會影響很大，普拿疼能解痛就使用，真的沒辦法就 Tramadol，如果一定要用 NSAID，用了之後，如果還有可能性的話，2 天之後檢查肌酸酐，如果降得很多就不要再用了，用下去就江河日下，因為他們的剩下腎功能都沒有多少本錢，如果你對 eGFR 是 45 以上，掉一點的話還有本錢，但是對那些只剩 10~20 的，甚至 10 以下的，一旦掉下去就很麻煩了，病人就可能發生水腫或呼吸喘起來。雖然我們沒有絕對禁止，但呼籲，很鄭重的呼籲，小心使用。

羅永達代表

剛剛理事長講得很好，是不是將這些寫成文字回復給我們醫院協會，讓本會納入提醒事項，因為在這樣情況之下，他可能會直接用類固醇會，或者是用 Tramadol，盡量不要用那個 NSAID 的藥，當然若 eGFR 小於 30 的病人應該如何處理？我覺得我們嚴謹的訂出來，直接回復醫院協會，醫院協會可以拿來當 guideline，在本會宣導小組的時候當注意事項，並沒有說一定不能用，但至少它是一個注意事項，以上。

主席

當指引，請宋教授

宋俊明代表

我想剛剛張孟源代表提到的，就是也的確我們是 step by step，在幾次的開會中主席也裁示說，我們看看執行的成效怎麼樣之後，我們漸漸地有緊縮手段，我個人是覺得，剛剛理事長講得非常好，不要失焦，所以我個人是建議 HD 跟 PD 可以分的開，就不要在透析後 HD 還再去監測 NSAID，這是血液透析的病人，PD 的病人你可以看看他如果 stepwise 大概就可以。那是不是再訂各個 stage，譬如 stage 4 或 5 有沒有降，降幅有沒有達到預期的標準？假設說現在設個要降 10%，3 個月或半年後沒有的話，就用審查的方式做評估。其實我們監控基層上面或是有一些醫院、診所，用 NSAID 不報也是一個問題，所以我們之後要再去道德勸說，但是目前我們可以在這邊做的是不要再失焦了，所以我建議注意 PD 的病人，HD 不要再嚴懲，我們訂一個標準第 3、4、5 期在 3 個月或半年要降多少，去審查那邊評估。以上。

主席

請楊教授，然後理事長。

楊五常代表

我想從執行面及學理面來討論，第一從執行面來看，民眾和醫療界的心態不太一樣：民眾的心態是疼痛去看醫生一定要半天、一天給我好，跟看感冒一樣，如果沒有半天、一天看好就轉別家，所以逼得醫療人員就會使用 NSAID，會造成 NSAID 浮濫使用，這是民眾面角度；從學理面來看，我們今天都談到 GFR 多少該用不用，我想我們也不用太執著 GFR 多少，也很多文章做了很多研究，我用了三天五天沒什麼關係，使用一天、兩天也沒有關係，但答案不盡然，我想 table 都已經指出來，如果對一個體質使用 NSAID 腎功能就會不好的人，用一點點劑量就會發生 GFR 下降，所以我建議是要灌輸一個觀念，使用 NSAID 造成腎功能不好的危險因子是什麼？我們只知道 GFR 腎功能，其他還很多，第二個高齡者、第三個有水分缺乏者、第四個有肝臟功能衰退者、第五個剛做過手術者、第六個有心衰竭者，所以我建議，不管是我們在衛教使用 NSAID 或 Cox-2 Inhibitor，列出會造成腎功能衰退的危險因子，提醒醫師或病人要注意，必須要強調不是用幾天，你如果病人對藥物敏感，用一兩次就會導致腎功能嚴重下降。

主席

請理事長。

黃尚志代表

贊同楊醫師的提議，當然這些危險因子可以放進去，但本身腎功能不好的病人更是重要的危險因子，這些都要考量。另外，宋醫師所提也是我想提的，指標分析可以再細膩一點，我們真正要監控的要能監控，那些沒有意義的就放過，希望下次可以算得更準確一點，謝謝。

主席

大家還有沒有別的意見？腎功能差的病人使用 NSAID 我們其實已經討論超過一年，如大家講的一定要有些成果，專業上，NSAID 一定會影響腎功能，而我們對透析病人增加又那麼在意，這件事情一定不放棄，一定要做到，牽涉到太多醫師和病人，所以本署去年年底已經主動雲端提示病人腎功能異常，主動提示是很重要的，因為醫療端沒有時間去 check，所以提示醫師小心使用。下一步，腎臟醫學會必須要把專業意見提供出來，讓醫院協會、醫師公會全聯會成為指引。再下一步，就要告訴會員，如果還有 outlier 就要進行專審。否則大家還是不去注意，非但耗費醫療資源，每年有很多新透析病人，這都是很不值得的。本案一直列管表示要繼續執行，台灣腎臟醫學會是有函復醫院協會，但今天聽到大家的意見還可以再補充、再做修正，特別剛剛醫院協會在意的急性期的處置，要建議醫師如何開藥止痛，要具體可用；請堅持把專業跟主導性，讓病人知道開 NSAID 這樣的藥物對腎功能不好，要使用替代的藥品。接下來麻煩台灣腎臟醫學會，參酌今天大家的意見，再將指引修訂的更完整，包括把危險因子放進去，當成一個教育訓練教材，在什麼情況下如何用藥，急性期跟慢性期如何用藥。整理後的指引，正本給醫院協會、醫師公會全聯會，副本給本署，這兩個會都有本署專業審查委託，在內部專審小組時一定要轉知並具體監測、具體專審，好不好？本案不要一直停留在報 8-3，這些微幅下降可能又會回升，降幅有限；另外，只有資訊提醒是不夠的，還要有專業建議，腎臟醫學會多久可以完成？半個月，五月底一定要行文出來給醫院協會、醫師公會全聯會，依照今天的決議，然後副本給我們，醫審藥材組這邊持續追蹤，相關指標如果配合指引，要發展再繼續討論，特別是有較好監測的指標，我們就監測這個指標回饋給兩個專業委託單位，大家就是具體去監測有效地專審。本案就討論至此，醫審及藥材組有沒有要補充？沒有。

黃尚志代表

醫審及藥材組再把指標的算法和定義提供本會，腎病年報內有專章討論 NSAID 的使用，兩個參照比較，再做項目的回饋。

主席

好，來請宋教授。

宋俊明代表

是不是除了這個 guideline 出來之後，光行文對基層對很多人可能看不到，所以是不是把內容放進 Early-CKD 計畫或直接加入教材，甚至 DM 的計畫內，直接做教育訓練，讓沒看到或沒有主動尋找的所有基層的醫師能收到這類資訊，我想這蠻重要的，是不是增加一些會議重點在這件事。

黃尚志代表

好，謝謝宋醫師，就是後續的利用啦，給我一分鐘報告一件事情，最近有一篇文章很有名的發表在 AJKD 說，他們比較長期使用 NSAID 及 Opioid 的死亡率，長期使用 Opioid 反而比較危險，NSAID 比較不危險；但我們如果看腎功能的話，我想這已經討論過。有一次我去參加國衛院的會議，有跟兩個從美國回來的學者吃飯，他們都不是腎臟科的，他一直警告說在美國 Opioid 這種止痛劑已經濫用到隨時有人晚上死掉的或呼吸抑制的，我說台灣還沒有，他說台灣沒有我知道，但你要小心這一點。所以我有記在心裡，Opioid 類的止痛劑在臺灣還沒有很濫用，當然大家讀那篇也會以為 NSAID 比較安全，Opioid 比較危險，但那是美國用太多產生副作用太大，他們也有警覺，做一點小補充。

主席

我最後再提醒：因為基層有簡表，如果因為我們監控 NSAID 用藥，基層使用卻未申報的話，那就更不行。所以要麻煩張醫師要向會員宣導，有用的就一定要誠實填報，否則監控形同虛設。另外 guideline 要麻煩理事長列入指引的最後一項，提醒基層院所使用簡表時，如果有使用 NSAID 一定要確實申報，好不好？非常謝謝。請鄭代表。

鄭建信代表

回應剛剛羅代表所提的，其實羅代表講的，在總額協商時我們付費者代表的立場，其實我想回應的，就我個人來說，我不會單純以付費者代表意見的立場來做選擇，在一些方案中，我會比較以嘗試在過程中說服自己的方式。以去年我自己的經驗來講，像我們每次參加這個會議，我都非常感謝醫界大家在透析品

質提升方面做很全面的努力，可是在進入協商的過程時，對大家的期待可能更高，還是很多協商的夥伴一直提到我們的洗腎的個案數非常多，洗腎的比例還是很高，類似這樣的問題，可能會認為像是剛剛宋代表特別提到一些指標，如腎臟移植率非常低沒有明顯改善，或是腹膜透析的比率沒有提升，或是 Pre-ESRD 或更早期控制的階段更明顯的進步或能增加改善措施，讓付費者代表更有感受；如果沒有比較具體改變的時候，當進入總額協商時常常變成直接喊價，我不知道醫界夥伴是不是這樣覺得，反正健保會一定會砍，是否大家能更理解其中的落差，會比較能理解到透析的預算和點值，當然我們希望點值是提升的，讓醫界夥伴服務獲得一定的代價，但在這個過程中大家是不是能夠更感受到，因為有些健保會的代表是非常有經驗，但他們在提協商過程中，他們的理解也是很多年前的理解方式去做協商，以上謝謝。

主席

好，請羅院長。

羅永達代表

所有的協商裡面都不敢用喊價的方式，一定基於兩個項目，一是人數的增加，再加一點點還不到 0.1 到 0.3% 的品質的問題，所以很多都是去年增加多少人數，大致上都在這樣的基礎上。剛剛先提出來跟鄭代表報告，有些計畫的架構像 Pre-ESRD 跟 Early-CKD，明明是鼓勵的，竟然做到每一點的點值小於一元，這很顯然不合理，因為我們一直認為洗腎人太多要去做 Pre-ESRD 跟 CKD 的控管，結果做完後點值竟然小於一塊錢，大家越做越心虛，所以我講說這個過程中那麼多專家在本會議，因為每次協商給他們時間都是 15 分鐘不到，有時候甚至 10 分鐘不到就進入協商，剛剛鄭代表所提到的，有很多代表他們的觀念是存在以前的觀念，這樣的情況下，我才想說消費者代表如果有問題的話，這邊有那麼多專家直接問他們，請你們在這裡所得到的資訊可以跟其他消費者代表在內部協商時幫我們說兩句，這是我當時的要求，謝謝。

主席

好，鄭代表的意思是說真正進入協商的時候，也麻煩你們從此角度去說服大家，這是相互的，不然鄭代表一個人要面對那麼多付費者代表，他也無法應對，大家都一人一句，很難相互說服。參加過健保會的都知道，每位代表的自主性都很高。我們先到討論到這裡，進入討論事項第一案。

參、討論事項

討論事項第一案：修訂「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質獎勵計畫(簡稱品保款)」慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式。

主席

請台灣腎臟醫學會秘書長。

台灣腎臟醫學會秘書長 張哲銘

這案是因為 C 型肝炎偽陽性的名詞出現，那我們知道偽陽性這個名詞的出現是因為 C 型肝炎的檢測有抗體跟病毒 RNA 基因體兩種檢測方式，過去 VPN 上傳只有上傳抗體，但近年來因為治療的關係，都以 RNA 為更重要的判斷標準，所以台灣腎臟醫學會建議，在 VPN 上傳項目新增 C 型肝炎 RNA 的檢測，包括這幾個項目，當然檢驗日期、RNA 陽性、檢驗值跟臨床判斷的結果，這幾個是相互有關係，我再說明一下，所謂的這 5 個項目上傳對象是不是有限制，是不是所有都要上傳，其實以上這些貴署的問題，後面所附的 106 年疾管署血液透析的感染管制條例指引裡面，大部分都有敘述，如果大家要看在 136 及 137 頁，就是 1-12、1-13 這兩個裡面其實都有敘述相當詳細。

主席

可以幫我們回答一下嗎？第 1 題，這 5 個項目是否有限制，是所有人都要傳還是僅限抗體陽性。

台灣腎臟醫學會秘書長張哲銘

在上傳修改格式指引後來也都有寫了，可以看討 1-8，後面的備註已經有寫了，當然台灣腎臟醫學會是希望所有的病人都有上傳，但是的確是因為各個院所差異，尤其是比較基層的院所這種能力限制，所以最後說明是說抗體陽性的人必須填報，抗體我們本來就建議所有的病人都要做，因為如果是考慮偽陽性的話，一定還要加做 RNA，才能知道這到底是真陽性還是假陽性。HCV 治療完成之個案是否仍需上傳，這個還沒有什麼結論，因為大家也知道，一直在鼓勵治療當中，所以目前也還沒有考慮在這格式裡面。再來新增 5 項目是否比照每年上傳，這個沒有，剛也說明過了，抗體是每年要求，但是如果是 RNA 的話，我們是希

望至少抗體陽性的人是每年要上傳，應該都必須要填的，當然建議的修改項目也說，如果沒有做這個打 X。項目(三)是不是有區間，項目(三)這個檢驗值，它是一個數字，所以不是區間。實際上檢驗值在是多少到多少，這是可以知道的。再來第 4 題。項目(一)及項目(四)所列日期是否需符合時序關係，這是有符合時序關係，因為的確我們治療之後，這個指引也寫到 24 週以後，如果是陰性，我們臨床判定是陰性，所以有時序關係，所以我們建議這個日期要寫。再來最後的抗體陽性檢驗結果跟新增項目(二)、項目(五)的因果關係，也是牽涉到最後的臨床判斷，因為臨床上我們就是說，如果一個抗體陽性，但是病毒陰性達 24 週以上的話，我們臨床判斷可以判作陰性，這個其實在疾管署的指引都有寫了，當然疾管署的指引是說會同肝膽胃腸科醫師，但是我們項目當然是不用寫進去，所以這是專業臨床判斷，不管是腎臟科醫師自己判斷，或是會同肝膽胃腸科醫師的臨床判斷，最後一題是，抗體陽性的病患是否每年需重新檢驗，應該是要的，以上。

主席

好，謝謝。所以在 4 月 30 日的公文後面，經過剛剛秘署長的回答，有一些已經有答案。但是他有說到要參考 CDC 的指引，我們請 CDC 的同仁說明。

疾病管制署 徐士敏

主席、各位委員大家好，依據我們指引的話，對於剛剛所提的部分，其實沒有特別的意見，原則上目前針對於透析個案部分的話，對感染管制以及相關檢驗的部分，還是維持依照指引去進行，以上報告。

主席

好，醫管組這邊還有沒有問題要提出來，請林義專委。

醫務管理組 劉林義專門委員

因為腎臟醫學會之所以提這個案子，就是我們上次在討論疾病的偽陽性到底要怎樣判斷，這個涉及品保款會怎麼核發，所以我們會覺得說對這個計算的方式要先出來，我們才考慮收什麼欄位，因為這個欄位假如一旦下去，就會變成所有的院所都要照這個東西來開始收資料，假如你的定義又改，導致這個收的資料又要去做增刪，是不是應該先決定定義或者是計算的方式，然後再看看是要收集那些資料來配合，這樣子我們比較好計算品保款的發放。

台灣腎臟醫學會秘書長張哲銘

是不是我會後再跟您討論細節。

主席

其他大家有沒有意見。如果沒有的話，因為這個定義是跟品保款是有關的，所以時間上，第 4 次一定要有一個完整的，有共識的話，我們就一併修正品保款的內容，然後就可以馬上來實施，所以這個時間麻煩秘書長能夠掌握，林義專委、醫管組這邊就再跟秘書長這邊聯絡，其他大家有沒有意見。

黃尚志代表

這件事情就是委託秘書長全權處理，我們主要的目的是解決紛爭，找出事實。

主席

好，本案就討論到此。

疾病管制署黃詩淳

主席，不好意思，疾管署要補充。

主席

好，請。

疾病管制署黃詩淳

謝謝，腎臟醫學會新增 HCV-RNA 的這一案，我想在這邊提醒一下，因為急性病毒性侵襲 C 型肝炎的通報定義是包括「1 年內抗體陰轉陽，或者是抗體陰性但核酸陽性」，所以如果洗腎診所這邊有驗到病患 1 年內抗體陰轉陽，就是最近這次抗體驗到陽性，但是懷疑他是偽陽性，加做 RNA 檢測，這個部分還是符合我們目前的通報定義，所以這個部份還是請診所或醫院要進行通報作業，只是說可以跟地方的主管機關講說你們有加做 RNA 的部份，然後是陰性，所以臨床醫師認定是偽陽性，則疾管署的通報系統會去做處理通報系統的研判作業，謝謝

主席

好，這個就按照 CDC 的規則，該通報就要通報，這是另外一個行政上的規則，也就是說你一年內陰轉陽的話，如果你懷疑是偽陽性，你有多驗 RNA 但是這樣的個案還是要通報給 CDC，這個部分也列入會議紀錄。接下來第二案。第二案就是我們有好幾十頁前面展開的原來計畫，上次我們決議請腎臟醫學會針對整個方案盤點，然後看能不能排定優先順序，那現在理事長要跟大家做報告。

討論事項第二案：「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

第二案是大家規劃全面展開的計畫，上次會議決議請台灣腎臟醫學會整個方案進行盤點，排定優先順序，現在理事長要跟大家做報告。

黃尚志代表

(略)

主席

結論的最後一項要中央的專責單位，而且是跨部會，那可能要行政院院長跨部會才有辦法，這超越我們今天可以討論的權責，不過還是謝謝理事長幫我們做一個統整。有關您剛剛講說國衛院有一個末期病患的無效醫療，本案源頭應為報 1-1，追蹤事項第 1 項，本會曾經有提說 80 歲以上無意識的患者透析之適當性，但這其實很複雜，有人權、倫理各方面之討論，後來希望納入國衛院論壇，因為國衛院過去有討論一個題目叫做無效醫療或者是低價值的醫療，希望國衛院能協助來評估，結果換來的是您投影片中所述全部再來一遍，當時本署只希望討論無效醫療，80 歲以上、高齡又沒有意識的病人透析之適當性，因為我們知道現在有些醫院收治了很多無意識的透析病人，但他們仍定期的透析，但是由誰面對此問題，這很兩難，說實在此非本署能決定，因為本署是保險單位非專業單位，而專業單位也有其困境，當時由此問題，也被問第 2 個問題是「何謂無意識？」、「如何判定無意識？」結果更麻煩，這又是回到專業問題，不知道病人有沒有意識，感覺已經是沒有，但無法確認。以上簡單補充有這項的原因。謝謝黃理事長的統整。請問各位代表還有沒有意見？鄭醫師可能要說明您計畫的進度。

鄭集鴻代表

第一個我要澄清一下，剛剛黃理事長有一點誤會，剛剛腎臟小超人童書並不是我在主導的，是我們楊理事長現在在主導的，我自己努力的部分是慢性腎病照護能夠編入小學教科書，這個部分現在還在進行中。另外我想回應一點付費者代表說，他有感受到我們很努力在提升洗腎的照護品質，我們在做慢性腎病照護很努力，但是我們在總額協商會議中，總是被用洗腎病人越來越多，就刪減我們的透析預算，我是要澄清照護慢性腎臟病人跟洗腎病人越來越多這是兩件

事情，我們將洗腎病人照顧得很好，或是還沒有進入洗腎的病人，剛剛我們黃理事長也說明了過去 10 年來的照護成果，該做的都做了，而且成效很好，結果是洗腎病人生活品質很好，存活也越來越久，整個結果就是洗腎病人一定會越來越多，在付費者代表的決定就不應該用洗腎病人越來越多來刪減透析給付，這樣的邏輯是不對的，刪減預算來讓病人的照護受損，減少他們的存活，這樣的邏輯是不太正確的，希望能像鄭代表說明，希望能在總額協商的時候，不要再用洗腎病人越來越多來刪減我們的洗腎預算。

主席

好，鄭代表是不是要來回應？

鄭建信代表

我這邊再精確一點說明，其實大家在談論的時候，大家對整個透析的狀況是期待更高的，所以我們是會比較具體建議是，如果大家可以在整體品質的提升向健保會說明，讓健保會能夠更了解到，我要強調的是，因為大家提升品質，而不是要來懲罰醫界，我想我們健保會也不會這樣，只是大家一方面期待有很好的品質，也希望國人透析的人數能夠下降，希望能在這個地方能有一些突破，所以我也想說如果有空間的話，能夠更理解，有一些明顯的調整或是進步的空間，可以讓健保會了解，以上。

主席

好，謝謝。本案還有沒其他意見？有沒有要補充的？

宋俊明代表

基本上黃理事長整理的非常好，也將所有的脈絡裡清楚，我記得我們第一次專家會議作報告的時候，也按照洪院長的提示，我們把他做成可行的，那些是短期就有效應的，例如：健康識能的部分，大家都有共識這是需要時間的，的確有很多的單位都在做同樣的一件事，他必須是一個持續的、慢慢的，才會有真正的成果出現，我所要講的，這個結論我沒有說這個結論不對，因國衛院的論壇已經著手進行慢性腎臟病防治與預防管理的政策研議，我們今天專家會議已經開過了，國衛院也請了公衛專家再把所有的東西再丟給國衛院討論完，他的 DO 仍不在健保署，只是把問題再丟回去，事實上他得到的結論一定跟我們所得到的完全一模一樣，因為我們所有的專家已經點出問題出在那裡。如果這只是這個大計畫無形中轉移出去，可能 DO 的單位就不知道是誰？我個人比較覺

得有些地方認同黃理事長講的，我們還是要 pick up 一些東西在健保署裡面可以做的，可以推動的，而有一些比較高層級或是跨部會層級的，我們當時希望可以在更高的指導原則下，每個月檢討，事實上也沒有這樣的情況出現，在投影片的第 3 頁，我們可以將他收尾，例如提升藥物健康識能，而現在大家都已經做了電子版的宣傳廣告，但沒人去看、去下載，也沒有人貼在各醫療院所，所以後續的收尾沒有做，所以，其實是做了一半，大家做了一個電子版的東西，但沒有做完，所以不是所有的事情都已經完成，常規的業務已經完成，是不是有些東西要去有個收尾，尤其是健康識能的部分，是長期的效果，那短期可以收尾的就把他收掉，再來就是第 10 頁這邊，我們都知道糖尿病是個重要的問題，而現在都停在種子計畫，還沒有真正的去把兩個整合在一起，若健保能夠把它當成一個目標的話，把 CKD、糖尿病、cardiovascular disease 當作一個監測的目標，讓他們趕快去完成。其他的部分，就誠如理事長剛剛講的，醫師的部分、重點的部分，NSAID 的部分，大概就是這幾個部分比較重要，其他的地方就 regular 去做，其他的部分就是大家認養去做，而不要每 3 個月就列管 1 次，這樣大家肩頭上的壓力太大。

主席

好，謝謝宋教授。大家對這個案子還有沒有其他的意見？請張孟源醫師。

張孟源代表

關於健康識能這方面，我是希望健保署能夠再大力的推廣，署長在媒體上大力宣導口罩，而大家買的很有心得，但是我最近在想治療慢性病、糖尿病，尤其是在基層，我相信將來洗腎可能會減少，如果糖尿病、慢性病治療能夠改善的話，病人的腎功能還有蛋白尿下降的速度減少，應該洗腎會減少，這是我們對全聯會都有的信心，但是我很認真的在治療的時候，現在 HbA1c 已經 6.5 很不錯，跟美國 ADA 的標準一樣，病人他說我是吃苦瓜胜肽，所以造成控制糖尿病很好，這個結果讓人覺得莫名其妙，我們給病人 DPP4-i，現在又給他 SGLD-2，病人居然跟我們說他是吃苦瓜胜肽好的，所以我是覺得健保署應該將糖尿病、腎臟病、高血壓的正確醫學觀念，或許可以在媒體廣告一下，正確的健康識能，就我剛剛一查，好穩定苦瓜胜肽專利網站，一大堆東西，這些一大堆的廣告，結果民眾沒有辦法建立正確的健康識能，我是希望健保署能夠協助醫界，我們

這麼努力的照顧病人，結果病人卻說這都不是你們的功勞，都是苦瓜勝肽，謝謝。

主席

好，還有嗎？請鄭醫師。

鄭集鴻代表

我個人覺得宋教授我非常感動，宋教授很有使命感，我願意追隨他，不然這個任務交給國衛院，大家都不用討論了。我記得上次討論有邀請食藥署的代表一起討論，其中有一項其實是可以做的，就是廣告的管理，在座可能很少看電視，後來我注意看現在所有的廣告就是止痛藥就是健康食品，尤其是止痛藥真的是蠻多的，這個我們跟食藥署關係也不錯，也是可以來努力，我願意配合宋教授一起做這方面的努力。

主席

還有其他意見嗎？燕鈴組長。

健保會 陳燕鈴組長

不好意思，健保會幕僚提供補充說明，就總額協商來講，剛才健保會鄭代表已經說得很清楚，因為每年總額成長訂有上限，總額協商的時候，是由所有總額部門各自提出協商項目跟計畫來爭取預算，透析也是在這樣的概念下進行協商。這也就是剛剛鄭委員所說，建議透析也能提出具體的協商項目來爭取預算，例如各位專家所提，若能加強 AKI 的照護及品質，對於病人的 outcome 很有幫助，以這個例子來說，建議醫界在總額協商時能主動提出透析能夠改善的項目，提出對於 AKI 能做什麼努力、計算所需費用，並提出計畫目標及效益指標，透過健保會協商爭取透析預算，讓透析病人的照護朝比較好的方向前進，這是一點點建議，以上。

主席

謝謝健保會。

台灣腎臟醫學會 林元灝

關於這點我補充一下，因為我們對預算、透析預算是用來照顧洗腎病人，而健保會的委員一直在意我們的人數增加、成長率不斷增加，我們成長率一直降不下來，那我請問一下這個預算怎麼編？我們要有什麼樣的計畫才能夠得到這個預算？但我們跟這些病人能不能減少和我現在的治療是沒有關係的，因為這個預算

本來就是在透析病人，至於未來能有計畫去減少病人，是跟這筆預算無關的，所以我真的不懂，我們提出的計畫出來，我們的計畫就是要照顧病人，提升病人的生活品質，但我的計畫內容無法寫出我如何減少洗腎病人，因為洗腎病人不會因為這樣而減少？

主席

大家還有沒有別的意見？可能短期是沒有辦法減少，但長期努力來說，能不能讓人數成長趨緩或減少一些無效透析，能夠有一些作為，希望有這樣的因果關係。請問各位委員對這個案子還有沒有其他意見？

張孟源代表

補充一下，我不知道所謂的策略，在健康識能的定義是指？依照 WHO 的定義嗎？決定個人的動機與能力，獲得了解應用於健康的事情所得，但如何讓民眾有這樣的動機與能力？我覺得這個是很重要的，我們研究了這麼多，但民眾卻沒有半點動機，所以我看到民眾的動機訊息就是苦大仇深，所以我們再怎麼努力也努力不過民眾的苦大仇深，我的想法是我們是否有什麼辦法，能改變民眾的認知訊息，謝謝。

主席

好，請鄭醫師。

鄭集鴻代表

我再提一點，剛剛主席一直講無效醫療，我記得幾年前也有談過呼吸器、無意識者，coma scale 在 8 分以下先限制，可不可以用審查規範，他重量增加不多，尿毒增加不多，但神智也不清又在使用呼吸器，是不是先洗 2 次就好，這樣是不是我們醫療規範可以先做到的，不用用修法、訂法律這麼大的工程可以先做到的。

主席

有關鄭醫師所講的，名稱應該為緩和透析，就適合提出專業指引，所以腎臟醫學會如果可以提出一些類似這樣建議，這一定不是健保署可以提出的，這要從專業的考量、倫理、病人權益 著想，這樣的指引應該要做，就像現在 COVID-19，各單位都提出很多的指引，讓大家可以依循，像這樣大是大非的事情，如果專科醫學會能夠提出一些專業的指引，這對同業之間、特別是醫生之間、跟病人

溝通之間能夠有一個帶領的作用，這是我們所期待的，請教理事長是否有什麼建議？

黃尚志代表

透析方面的安寧指引，臺大的蔡鴻彬醫師幾年前就有接受政府委託進行研究，我們回去之後再回顧一下當時的內容，有一些可以推廣的再提出來宣導。

主席

不是宣導，要成為指引。

黃尚志代表

那個已經是指引了，但是這個指引要真的跟給付有連結，這樣才會有人去做，外國的話，連 COVID-19 都有指引說那些人不需要呼吸器，那些人放棄治療，這是很多專家討論的結果。副座又交待了，我們回去又要再研議了。

主席

這個是本署期待很久的，但好像沒有回應。

黃尚志代表

在台灣很難。

主席

說實在，這群沒有意識的人因為缺乏統計資料，因此不知道究竟有多少人，再加上高齡化，這樣高齡的透析病人就越來越多，因此這樣的指引對整體的醫療資源管控是很有幫助的。本案也已經討論了很長的時間，是不是本署建議幾件事情，理事長建議說希望我們能像中央流行疫情指揮中心一樣的指揮體系，可能本會議的立場很難成立，因此我們先回到目前能做的範圍內去努力，首先，對於 TFDA 及國健署其實都有關係，因為他們都出席很多次，也表示努力執行權責範圍內的業務，雖然未必都完成，但他們也都是持續在進行，所以我們是否就今天的決議，對 TFDA 特別已經完成的電子報，能夠充分下到各院所，我們用會議的決議，請 TFDA 能夠本權責落實執行；另外國健署的部分，尤其是健康識能的，我們行文希望他們能夠持續加強、真正的去落實護腎的健康識能衛教宣導，另外，也請國健署加強種子醫師的培訓，讓每位醫師知道如何照顧腎病的病人有更好跨科之間的合作以及橫向的整合。回到本署的部分，黃理事長整理的部分都不脫離我們原來談的範圍，但我們還是很同意在執行概況報告時 Early-CKD 及 Pre-ESRD 的收案率都有進步的空間，要持續提升，這是本署持

續努力的目標之一。第二是 DM 及 early-CKD 的計畫結合，醫管組已在準備，在下次會議中提出，第三，安寧療護、share-decision-making 或 ACP，雖然這部分權責歸屬為醫事司，但我們能努力的是在安寧療護的推廣，特別在某種程度的病人能夠進入安寧，麻煩這點併入剛剛的緩和透析，這個部分能夠請台灣腎臟醫學會研擬指引，方案通過之後再來推動。另外移植的獎勵，獎勵的標準本署已經訂定了，但能夠真的去做的還是太少，因為沒有人捐，這個議題我們仍要保留，仍要有後續的討論與計畫。另外，NSAID 的使用，本案持續列管，現階段腎臟醫學會將會制定 guideline，本署也已經進行雲端提示，最後進入專審，我們會照流程進行，因為此部分我們已經討論很長的時間。此外，黃理事長提到 AKI 要放進 Early-CKD 或 Pre-ESRD 計畫中，我們也列入，但如何併入，這仍許多細部討論的空間，藥師加入照顧計畫，最後是中醫的 CKD 今年 4 月公告，也請中醫部門在計畫執行一年後要提到透析部門來做報告分享，他們的計畫成效，就像我們的 COVID-19 張上淳教授也聽到中醫對肺炎的治療也有很好療效，但是也要看證據，所以也不排除證據足夠的話也納入指引，一樣的道理，若中醫的治療方法對 CKD 的病人有幫助的話，我們中西醫整合醫療是大家努力的方向。基本上，這些討論的案子我們都有立場去推動，我們是否就鎖定這些，下次會議醫管組再統整，再收集各方的建議後提出一個 proposal，我們就列管這些項目，不要鋪天蓋地的討論很多，大家討論起來很疲憊，而且效率也不彰。

羅永達代表

醫院協會有個意見，在藥師參與的部分，在我們回復的部分裡面有提到，未來這個計畫含藥師的時候，儘量要避免藥師直接跟病人講，而沒有透過醫師來傳達，這是我們很重要的觀點，謝謝。

主席

剛剛張醫師提到的苦瓜胜肽是一種食物嗎?是健康食品，所以台灣人很喜歡吃健康食品是真的，而且還吃得蠻多的，也不知道如何吃才是最聰明的，而且有經濟能力就會一直吃，也不知道這是不是好東西，也許本來是的好的食物，但是吃太多或是太密集了，反而不一定是好的，所以這也應該是回到國健署去宣導預防保健的範圍，我們是否可以做這樣的建議，縮小到這幾項，但這幾項跟我們例行的工作其實是息息相關的，只是現在我們有立案處理，就鎖定這幾項要大家一起努力，腎臟醫學會在這個議題是責無旁貸，專業的部分，至於很困難

涉及倫理、價值的部分，就是要靠指引來慢慢來引導。至於鄭集鴻代表推動的小學教科書納入護腎衛教也列入一項，可是這涉及教育部，我們就行文給教育部好了，給他們建議。

宋俊明代表

補充一下，剛剛國衛院論壇的結果，我相信會跟我們討論的結果完全一樣，但有個好處是，一開始專家會議是1、2個對公衛上比較專長，另外我們是否可以結合其他單位的力量去推動，不用每次都要在這個會議報告，太過冗長，可以利用那個平台，甚至可以建議還有法律的專家可以參與討論，這樣比較能有效率的研議可執行的計畫，在提到本會議上來，再看看健保署可以如何上述的架構下繼續往下做，畢竟給付還是很好的誘因，所以是不是用這樣的方式比剛剛的要好一點。

主席

謝謝宋教授補充，對於國衛院論壇討論的結果，我們是很樂觀，也期待能給我們很好的建議，在年底也會有成果報告，本署也會根據年底的報告，如果有可以擷取重點、可以再強化的部分，我們會再次納入，跟我們目前的計畫內容互補，如果我們有漏掉的，當然還是可以補充，但我們目前還是鎖定在目前可以執行的範圍內努力去做，至於剛剛國健署跟TFDA的部分，我們就決定一年之後追蹤好了，簡化過程不要做這麼冗長的報告，可以嗎？我們還是要積極的了解他們做到那裡，讓委員們可以知道，如果有進一步的建議，就繼續給予這些單位建議。另外黃理事長，要請台灣腎臟醫學會辦理事項最多。

楊五常代表

有關緩和透析，我們從2000年談到2020，都在講類似的問題。

主席

但是我覺得緩和透析也許是可以執行的？

楊五常代表

就醫療來說，不透析的話，病患就會死亡，就這麼簡單，我們醫師是執行者，也就是選手，不能要我們選手兼裁判，我認為除了醫療，還要基於倫理、法律等各方面去考量，我覺得這既不是國衛院論壇，而是衛生福利部、政府才是責無旁貸的，不是要黃理事長，他老婆會抗議的，我建議這不應該讓公衛專家召集法律、倫理各方面的專家來擬訂政策，還要讓立法院通過，不應該再請學會。

主席

我們仍可以一步一步來，楊教授的意見也很好，我們說不定也是要找倫理、法律的專家也來探討，甚至最後是要用法律、各方面的要有一個指導，要有法律依據。政策有時候也需要比較高的約束力，要不然也不會有人遵守，您的建議我們也是納入。特別是安寧療護跟緩和透析的部分，但我們同時還是要建議，腎臟醫學會還是要先給我們專業指引還是比較好。請鄭醫師。

鄭集鴻代表

我想回復一下楊教授，概念上我們是否能以健保的規範，如藥物使用規範，因為健保對於高價的藥物都有給付規定，在那種條件下才能夠使用，例如：近期有個多囊症的藥物，其實應該越早用越好，但我們卻規定第三期才能使用，這是有經濟的考量，沒有辦法。假設現在我們利用這個概念，其實洗腎跟吃藥的概念類似，吃 2 顆跟吃 3 顆療效不同，但那些人吃 2 顆有效，那些人吃 3 顆才有效，我建議健保署就直接在審查規範裡規定，一周洗 2 次就好，這樣不用牽涉要找法律。

主席

是的，一週洗幾次也非我們說算，也是要聽專家的意見，您說的很好，使用給付規定，確實我們很多的用藥是有給付規定的，不在給付範圍內的不給付，這確實是一個很好的建議，但前提要先有 guideline，再訂給付規定時比較有依循，當然如果訂了給付規定後，什麼情況下也許只給付幾次，剩下的病人如果要再透析可能要自付，概念是如此，並未說一定不能透析。您的建議很好，我們來考慮，但是先要有一個比較好的 guideline 出來。今天這個提案就討論到這裡，謝謝大家。

案由：「提升透析病患回歸社會，鼓勵腎臟移植」計畫。

主席

那最後黃總裁的提案，其實就是移植，是一樣的。另外捐贈者可以免部分負擔或是免保費這件事情，這意見納入修法到時候再考慮，這一定要修法。回歸社會部分，副院長，回歸社會這個可能不是健保署的職掌，這牽涉到國家經濟，可能要提國發會、勞動部等才有辦法，我們就擷取活體移植的部分來努力；如

果有機會修法我們納入考慮，因為免保費和免部分負擔沒有法律是沒辦法做的。

黃明和代表代理人 陳文欽

剛好我們健保會的委員也在這裡，也許這也是可以去檢視透析病人越來越多他的品質好，如果這些人他可以回歸到社會中有一些工作，不論是全職或兼職的，他不是只依賴醫療在維生而已，事實上他是更有意義的，但老實講大家對於這個費用的增加就不會那麼斤斤計較，因為畢竟這些人還是有回饋到社會去，所以我覺得這也是很重要的議題，但當然主席是說這個議題跟會議比較不相關，但我覺得這對整體的透析費用增加，我們不能只看人的增加而已，可能還是要去看這些人對社會還是有些貢獻的，如果我們在照顧這些人也能讓他回歸到社會，也許會更好。

主席

好，謝謝副院長，這個可能要让付費者代表這邊轉變一個觀念，說透析是一個投資還是消費？那如果這真的可以維持工作、對社會有貢獻，也許這樣的幫助對個人或社會是一個投資，可能想要表達這個概念，所以這個部分就給付費者參考，作為協商的一個基礎，對於這件事情的看法，因為透析總額的成長率在健保會一直都是爭議，也是長期大家都很難協商的一件事情。好，謝謝總裁及副院長，大家還有沒有臨時動議？如果沒有我們今天就開到這裡，非常謝謝大家。

散會：下午 5 時 15 分。