

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

107年第2次會議紀錄

時間：107年5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)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：邵子川

出席代表：

吳代表瑞堂	陳瑞瑛 <sup>(代)</sup>	呂代表國樑	呂國樑
宋代表俊明	宋俊明	李代表妮真	李妮真
李代表永振	李永振	李代表純馥	李純馥
林代表石化	請假	洪代表冠予	洪冠予
張代表孟源	張孟源	張代表克士	張克士
梁代表淑政	梁淑政	郭代表錦玉	郭錦玉
郭代表咏臻	郭咏臻	陳代表麗淑	請假
楊代表五常	請假	曾代表志龍	曾志龍
蔡代表宗昌	蔡宗昌	廖代表秋燭	廖秋燭
盧代表國城	盧國城	鄭代表集鴻	鄭集鴻
顏代表大翔	顏大翔	謝代表武吉	鄒繼群 <sup>(代)</sup>
羅代表永達	羅永達		

列席單位及人員：

衛生福利部	周雯雯、孫嘉敏
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、廖尹嫻
台灣醫院協會	王秀貞、吳洵伶
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕
台灣腎臟醫學會	陳金順、林元灝、林慧美、 林佳靜、曾庭俞

本署醫務管理組

劉玉娟、劉林義、洪于淇  
林右鈞、劉勁梅、林蘭

本署醫審及藥材組

邵子川、許博淇、鄭正義

本署企劃組

曾玫富、張如薰、陳淑儀

本署資訊組

吳千里

本署臺北業務組

李冠毅

本署北區業務組

陳懿娟

本署中區業務組

黃穎瑜

本署南區業務組

張志煌

本署高屏業務組

程慶惠

本署東區業務組

林惠英

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：本會歷次決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、決議事項追蹤序號 2，請針對「追蹤國民健康署辦理有關鼓勵國人建立健康生活型態及慢性病預防」及序號 4 有關「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」之執行方式等繼續列管，餘解除列管。

三、本署將於函復腎臟醫學會所提審查建議時，一併釐清透析共病申報診察費之疑義，並副知相關單位，另請分區業務組轉知各醫療

院所。

## 第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：

一、洽悉。

二、請各分區業務組分析同時併用呼吸器及住院透析 90 天以上之 104 位病患資料，彙整後下次會議提出報告。

三、為達降低透析發生率及推廣移植之目標，將組成專家小組研議相關策略。

## 第三案

案由：106 年第 4 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認 106 年第 4 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
106Q4	0.85993451	0.87034565

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：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決定：

一、洽悉

二、有關透析院所之血液透析與腹膜透析病患有 B 肝抗原轉陽及 C 肝抗體轉陽情況，請腎臟醫學會下次會議提出處理結果報告及因應對

策。

## 肆、討論事項

### 第一案

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。

決議：

- 一、保留腹膜透析「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率」及「C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率」,新增「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率」及「C 型肝炎抗體(Anti-HCV)受檢率」。
- 二、血液透析及腹膜透析之「鈣磷乘積」合格率： $<60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 」同意修改為「『鈣磷乘積』合格率： $<60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$  之百分比」。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午4時50分

柒、與會人員發言摘要詳附件。

## 107 年第 2 次門診透析預算研商議事會議與會人員發言摘要

### 劉專委林義

各位委員好，大家桌上準備兩份資料。一份是補充資料，另一份是 C 型肝炎轉陽率的資料。向各位委員報告，為了響應環保，下一次會議就改用無紙化的會議。這次還是雙軌，我們還是有寄送紙本給各位委員，下次我們將只寄送電子檔。若接收電子檔有問題，請向我們反映，以上說明。

### 報告事項第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

#### 主席

各位代表大家午安，今天是第二次門診透析預算研商議事會議，現在人數已經過半，會議開始。

首先，請各位代表確定上次的會議紀錄，請問各位代表對上次的會議紀錄有沒有什麼問題？如果沒有問題，上次的會議紀錄就確認了！接下來，我們的報告事項一共有四項。先報告第一項是第一次會議決議的辦理情形。請醫管組同仁說明。

#### 劉林義專委

請各位代表點閱平板的序號 3，這是第一次會議決議的辦理情形，或看我們紙本的補充資料。第一個案由是 106 年的第 3 次跟第 4 次決議的是「因腎友常患共病需就醫，被全面核刪診察費，且各分區做法不一。」及「血液透析屬定額支付項目，同醫師、同次醫療申報診察費」的這些疑問，在上次的決議是部分代表所提的，有關各分區核刪透析的診察費標準不一致，已在第四次的研商議事會議討論，決議是請台灣腎臟醫學會擬定相關的審查共識建議。辦理情形有二：第一，依照支付標準門診診察費的規定，由同醫師診療的同日、兩次以上的門診，假如是相同病情的案件，就限申報門診診察費一次。本署也請分區依照這個原則來辦理。第二，請台灣腎臟醫學會擬定審查共識的部分，台灣腎臟醫學會已經在二月來函，我們目前正辦理中。第二案是門診透析的概況報告。考量慢性腎臟病的預防是屬於國健署的業務。所以，有關鼓勵國人建立健康的生活型態、還有慢性病的預防等等的意見，請轉給國健署來參考。本署已在 3 月 29 日併同這個

會議紀錄函知國健署。第三案是有關第三季的點值結算報告，本署已在 107 年 3 月 29 日辦理點值公布跟結算事宜。第四案是針對 ESRD 的病人，將已透析及腎臟移植病人的全部醫療費用列為獨立預算的健保會指示事項。在上次的決議是將相關意見納參，並請本署召開會議，邀集移植登錄中心和台灣移植學會等單位共同討論。本署已經在 5 月 3 日邀集移植學會和台灣腎臟醫學會來討論，因為沒有共識，所以我們將會議紀錄副知健保會。第五點，有關 PRE-ESRD 的修正事宜。我們已經在 5 月 1 日辦理公告。以上五個案子，建議解除列管，以上說明。

**主席**

好，謝謝說明。這五項解除列管，大家有沒有意見？來~請廖代表。

**廖代表秋錫**

第一項解除列管，我有些疑問。診察費的部分，現在不是要門診減量嗎？如果可以申報到洗腎這裡的話，有些醫院以後會不會把共病、診察費都挪到這些來申報？會不會有這種情況？

**主席**

為什麼會挪移到這裡來？

**廖代表秋錫**

本來就是各報各的，現在到底是允不允許報診察費？這裡有寫「案由腎友常患共病就醫」，因為本來血液透析就是定額支付，可是有些醫院報了診察費，被核刪才有這個議題。那現在到底是能報？還是不能報？如果可以外加，有些我就怕會移轉。

**主席**

病友去洗腎，那一次的洗腎本來就是一個 package，package 的意思就是裡面含診察費、藥費、處置費，通通都包裹在一起。所以，裡面就有醫師診察費及藥費。如果病人因為末期的腎病，需要在透析的過程當中有需要處理之狀況，通通都是包在這個 package 裡面。因為限申報一次就是透析那一次。

**廖代表秋錫**

確定就不行！

**主席**

除非他的 complain 是跟末期腎臟病沒有關係的，是另外有再看病的，那就是另外一件事。如果跟末期腎臟病是互為相關的。上次我們有一個解釋，請同仁解釋。

**本署醫管組李純馥組長**

過去健保開辦的時候，我們針對透析這個包裹含那些項目，曾經有函釋。包含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料及特殊藥劑等費用。也就是有含診察費；另外是透析患者常用的藥品，例如降血壓藥物、心臟病藥物、保肝片、維他命、胃腸藥，及緩解症狀之常用藥品、簡單感冒藥及相關的常規檢查，比如說，生化、血、尿、糞便、心電圖等，都在那個血液透析包裹裡面。至於尿毒症治療無關的藥品、處置及緊急輸血 EPO 得另外申報。這個部分其實是在 84 年就已經對外公布過了。

**廖代表秋錫**

跟洗腎無關的其他的。診察費就可以申報？

**主席**

就可以另外一個 visit。

**廖代表秋錫**

包在洗腎裡面嗎？

**主席**

沒有！可以另外報診察費、藥費。

**廖代表秋錫**

是報在其他的總額？還是西醫的總額？還是洗腎的總額？

**主席**

就看他發生在哪裡？跟洗腎無關的，就可以另外申報診察費、藥費。由醫院或基層總額申報。

**廖代表秋錫**

所以，不能報在洗腎總額裡。

**主席**

不行，門診透析就只有透析的包裹給付。

## 廖代表秋錫

就是這個不清楚。

## 主席

這樣的說明大家有沒有意見？請李委員。

## 李代表永振

主席、各位代表，大家午安。序號一本來是沒有什麼問題，但是剛剛有代表提起來討論。我看去年第三次會議就提出討論，還蠻熱烈討論。南、北好像不一樣。大家的看法不太一致，後來第四次會議又再提出。所以，這邊是兩次會議。第四次會議到現在大概有半年。這邊的辦理情形是還在研議中，不過剛才各位代表提出，表示各位代表還不是很了解，表示這個問題還蠻普遍存在。在研議的過程裡面，要讓這個問題繼續存在嗎？健保署是不是可以有所作為？剛剛組長有說明，應該原來就有規範清楚，但大家不知道啊！就等於這個規範沒有用！所以，對於序號一沒有研議出來結論之前，是不是應該在這個部分做什麼宣導。讓大家知道才對啊！不然有些人還是有疑問，但不敢提出來，這樣問題沒有解決！這是 follow 剛剛代表講的。另外我這邊有二點要請教：

第一，序號二是上次開會時大家關心的問題，後來說這是國健署的業務，現在的辦理情形解除追縱，所以，是否可請國健署提出目前辦理情形，要讓代表知道。序號四的部分，我是看不懂，這個提案，但最後沒有共識，到底是怎樣？這是討論案！這樣就是議題不存在嘛！至少寫清楚一點嘛！108 年的時候就是不獨立出來處理，然後就副知健保會，就是比照往年，大概就是這樣子！

第二點是序號五，剛才提到決議的事項。會在下次會議報告，現在是用書面報告嗎？因為我看議題並沒有這一項的報告事項，但是有附在這裡。會提出來表示大家都蠻有興趣的，我不曉得其他代表是不是曉得，這真的是太專業！我看到這麼多也是看不下去。我們的會議結論裡面，決議的事項是這樣，但結果是這樣，那不符合上一次代表提出來的要求。自己聽了之後，這一次的呈現有這個疑問，各位代表覺得這樣是不是可以解除了，如果還不夠，等一下是不是還有人要詢問？可能會比較清楚一點，因為會提出來表示大家關心！關心的話，就讓問題可以徹底解決！大家有存在的問題，就讓大家來了解，這樣的話，我們在業務的處理上才會比較順暢！原來的目的才會達到！

## 羅代表永達

序號一在上次會議我有發言，據我所知，包話中區、南區有很多這樣



的刪減的問題始終都沒有得到解決。簡單來說，就是簡單的問題得到一個複雜的答案。因為大家都知道規定就是白紙黑字寫在那邊，但有太多的例外，讓我們不曉得怎麼去處理。後來在上上次的決議結論是說，請腎臟內科整理完，我看那個辦理情形裡面，腎臟醫學會已經在107年2月2日有回函。是不是利用這樣的機會請教一下腎臟科醫學會跟那個時候的代表來解釋，回函內容是什麼，我們沒看到。有沒有一個ending的時間？否則的話，這個問題在我們來開會之前，其實很多人都很關心，但是都沒有結論。是不是請腎臟科醫學會利用這個機會，把遇到的困難是什麼？哪些是沒有共識？或是比較有爭議的問題。我想在座的代表也可以幫忙出點意見。以上！

## 主席

還有沒有其他的問題？如果沒有問題的話，我們一個一個來看怎麼樣來解決。第一題，有關腎友的共病就醫，什麼時候可以再申報診察費。這件事情確實大家討論的非常多。過去也有一些分區有做一些核刪的動作，弄得大家很不一致。所以，我們這一次是再次地重申，跟洗腎那一次，同樣病情的，不能再申報診察費，因為已經包含到透析的package裡面。但是，如果與尿毒症治療是無關的病症，當然，那就是另外一個門診，它就可以再報診察費或相關的費用。因為透析有獨立的預算，其他的就併入在醫院總額跟西醫基層總額，這個是費用的歸屬。這個原則其實在84年有解釋過就延用到現在，至於在專審上有什麼要做共識的部分，腎臟醫學會確實在2月2日有來一個公文，請腎臟醫學會跟各位代表說明。

第二題是李代表提的轉知國健署，好像還沒有結果，應該追蹤國健署的辦理情形，所以，這一部分我們同意，就繼續列管。

第四項的部分，是我們曾經依照健保會去年協議的決議，希望我們對ESRD病人他的總額再做重新切割來做討論，這個我們在5月3日有開過會，在座有代表參與那次會議，代表意見真的是非常的分歧，所以，那一次的溝通會議是沒有聚焦的。所以，我們會將這一次的會議紀錄轉給健保會。但是，這並沒有呼應當時健保會的決議，所以我們必要時還會再開會。每次的開會過程都會回給健保會，如果李代表覺得這樣子，最好還是繼續列管，那我們也可以繼續列管。

最後一題，有關重大傷病的核發流程要報告，等腎臟醫學會說明完之後，我們就請同仁針對第7頁重大傷病的核發流程，跟大家來重新做個review。大家對於整個核發流程，包括修正前、修正後就會有比較清楚的了解。也方便第五項可以解除列管。接下來請腎臟醫學會針對審查共識的這一塊來做口頭說明。

## 鄭代表集鴻

關於腎友因共病就醫，腎臟醫學會建議如下：

- 一、根據健保署門診透析預算研商議事會議 106 年第四次會議決議辦理。
  - 二、依據健保支付標準通則第二部第一章第一節第八條及審查規範，針對長期血液透析及腹膜透析患者，因其他共病就醫，建議如下：
    - (一) 支付標準編號 58029C，透析包含尿毒症相關治療（包括簡單感冒藥）及檢查範圍如下：
      1. 藥劑：鈣片與非鈣之磷結合劑、維他命 B 群、葉酸、活性維他命 D、紅血球生成素及簡單感冒藥。
      2. 檢驗：每月例行之 CBC、BUN、Cr、Ca、P、Na、K、Alb。及每半年之 i-PTH、ferritin 及每年之 HBsAg、Anti-HCV。
      3. 腎性貧血之輸血費，包含在血液透析。  
透析費用屬同一療程，若病患洗腎當日，因其他非尿毒相關病情看診拿藥，不分就診院所為何，仍應支付診察費。
  - 三、透析病患因腸胃出血、癌症、或其他外傷出血所需之輸血不含在血液透析費用內。
  - 四、透析病患因病情變化而急做之檢驗不含在血液透析常規費用內。
- 以上是腎臟醫學會的建議。

## 主席

這部分是呼應 84 年的解釋，有些項目再明列。針對腎臟醫學會建議，待本署釐清後會發文回復，其實雙方理解都很接近，希望解除第一項列管，第二、第四項繼續列管，第五項有關 PRE-ESRD 的重大傷病核發流程的修正，已在 5 月 1 日辦理公告。造成第 7 頁的流程有修正，李代表認為沒報告，只有書面附件，現在請同仁補報告。

## 醫管組韓佩軒科長

透析病患重大傷病證明核發流程說明，請看第 7 頁流程圖，依全民健康保險保險對象免部分負擔辦法，若保險對象經特約院所診斷確定屬全民健康保險重大傷病範圍，檢具相關文件申請，初次透析患者需檢附「慢性腎衰竭須定期透析治療患者初次申請表」；若逾期要換發或補發，需檢附「慢性腎衰竭須定期透析治療患者再次申請表」。可在分區臨櫃現場申請或郵寄申請或請院所代辦等方式，向分區業務組提出申請，受理後再審查，先作程序審查，若文件不齊，會要求補件；透析病患申請重大傷病證明是

逐案由腎臟專科醫師做專業的審核。經確認病患符合適應症，會依據病況可逆性，核發 3 個月或是永久重大傷病證明。同規定保險人應自收受申請文件之日起 14 日內，要完成重大傷病證明之核定。

**主席**

上次修正在畫線部分，在初次申請表、再次申請表有文字修正。建議第五項解除列管，大家有無意見。只剩第二、第四項繼續列管。請郭代表。

**郭代表咏臻**

適才腎臟醫學會向在座說明各位說明所彙整的詳細規則，這些詳細的規則原來是即有的但分散在不同地方，如：在 84 年就有這些相關規則。但有些醫療院所會有遺漏，既然腎臟醫學會已經完整整合了這些訊息，是否可轉發各分區業務組，轉發給轄區各院所參考。

**主席**

可以。我提到腎臟醫學會來的那份公文它是一項一項去列，所以我們會再綜整之後，把我們 final 回給腎臟醫學會，也會轉給各分區業務組，並做為以後審查或申報時的共同依據。避免有些分區業務組用不一樣的標準來做審查及核刪診察費，造成大家的麻煩跟誤會。

**羅代表永達**

因為目前是醫院協會承辦醫院部分的審查，所以，希望能副知醫院協會。

**主席**

再副知醫院協會跟醫師公會全聯會，因為也有基層的部分。那大家還有沒有其他的意見？請李代表。

**李代表永振**

我們這些專家的代表如果表示剛才這樣的處理過程就可以解除列管，我沒有意見！但如果這樣要解除列管，辦理情形可能要修改！不然這樣怎麼可以解除列管？

**主席**

可以！我請同仁把剛剛我們補充講的再加進去，列為會議紀錄的一部分。

## 李代表永振

如果要完整一點，我建議剛才代表提的，把它整理出來之後，下一次當成附件讓大家知道，還要副知醫院協會、西醫基層，這樣整個流程才算是完整的，那個時候再來解除列管會比較好。

## 主席

都可以。看各位代表的意見。

## 李代表永振

本來就要繼續列管的，剛才腎臟醫學會說明後就解除列管，這樣怪怪的！你們比較專業，我聽起來流程好像缺什麼東西，這樣把辦理情形修一下就解除列管可以嗎？剛才好像還有代表有意見？

## 主席

剛剛有一些代表是希望我們最後這個確定的結果能夠回給腎臟醫學會、副知醫院協會、醫師公會全聯會，並副本給分區業務組轉給各醫療院所。所以，這些只是程序。

## 李代表永振

對啊，這個程序才算完整，到現在目前還沒有完整啊！

## 主席

那各位代表的意見呢？

## 鄭代表集鴻

贊成！

## 羅代表永達

在會議紀錄上做紀錄，然後解除列管。

## 主席

會議紀錄說明清楚，這一項就解除列管。好~非常謝謝大家！

## 宋代表俊明

還有一個！第8頁跟第9頁。我倒是不清楚全民健保重大傷病的申請表，是否有一些部分是有改掉嗎？例如，透析模式。它規定必須附「永久性血管通路完成日期」，無論是初次或者是再申請者。我個人是認為這個定義有些會蠻不清楚的。因為有一些病人他的血液透析管路常常出問題。

他是如何去計算「永久性血管通路完成日期」，這會有點 confused。這個好像跟以往是不太一樣。

**主席**

這個沒有改吧！這個初次申請跟再次申請，這個應該是沒有改的！一直都是「永久性血管通路完成日期」，這個過去各位醫師填有問題嗎？這個好像過去沒有人提出來有什麼問題。

**宋代表俊明**

在醫學中心以往大都是總醫師在填的，但現在看起來這個完成日期好像會有爭議。

**主席**

所以，是要做到成功那一天的日期嗎？大家在填的時候是怎麼樣？是完成日期那天嗎？如果那次失敗的話，就不算完成，是不是這樣？各位代表們。有沒有人可以教一下？

**蔡代表宗昌**

宋代表的意思應該是首次、第一次做，我覺得為什麼寫這樣子，應該這麼說…

**主席**

再次申請的也是！

**蔡代表宗昌**

應該”首次”就行了，因為”再次”的話，他的血管通路三個月前就已經做好了，應該不用再寫。這個是指首次完成永久性通路的日期，它的重點是用在慢性腎衰竭，急性腎衰竭我們就不會給他做永久性的血管通路。

**宋代表俊明**

應該只要說手術日期就行了！是不是一定要寫完成日期？因為完成日期有些時候會做好幾次，不一定要做成功！

**主席**

所以，這個是寫成功的那一次，對不對？

宋代表俊明

我問起來有些人是寫成功那一次

主席

有些人寫第一次

宋代表俊明

這很不清楚

主席

我們這邊會建議怎麼改才會一致？首次完成？是要完成吧？要成功吧？

宋代表俊明

不一定要成功。

蔡代表宗昌

可用暫時性導管的先洗。

主席

所以不一定要成功？

蔡代表宗昌

不一定要成功，他有暫時性的導管就可以洗了。

主席

這樣大家有共識嗎？因為這邊是寫「完成」，也不是寫「成功」，是宋醫師這邊講有些人失敗，而有些人成功，這邊是寫完成日期，這個表已經用很久了，怎麼現在才提出來這個問題？這個說明在第9頁中間，選擇血液透析的患者於開始長期透析治療時申請，不論是經由臨時插管或永久血管，就是不管是臨時插管或是永久血管，他開始選擇的時候就要申請，預先準備血管通路，但尚未開始透析時，請勿申請，還沒開始透析就不用申請。

宋代表俊明

因為照道理來講的話，這一條的血管規定應該是可以刪掉的，這裡面有點問題，它這邊即使是暫時性的血管都可以申請，所以看要刪哪一個，這兩個是衝突的。

## 鄭代表集鴻

是不是建議把那個永久性三個字拿掉？就是「血管通路完成日期」就可以了？應該是說，之前大家在填的時候，比較沒有重視這個詞句的意義，那在審核的時候，可能也沒有很在意說這個條件是不是那麼重要，現在就是，如果要精準的話，因為現在即使有很多長期透析的病人他血管無法做，也是放一個臨時性的，那他也是長期在用，那也不算是永久性血管通路，所以我個人建議就是把永久性三個字不用寫，這樣證明這個病人是有血管通路就好。

## 羅代表永達

如果你把「永久」刪掉，那急洗的算不算？

## 主席

急洗的沒有要申請這個吧？

## 羅代表永達

所以我的意思就是這樣定義就不周延，假設永久性血管通路，初次手術的日期，這樣定義就很清楚，對不對？不可以把「永久性」三個字拿掉，因為這樣會把急性和慢性混在一起，所以我的建議是：「永久性血管通路初次手術日期」，這樣就很清楚不是？

## 鄭代表集鴻

實務上，有很多很老的病人，他需要長期洗，但是他就是不做血管，現在這種案例越來越多。

## 羅代表永達

那如果這樣的話，這一條的意義就不在。

## 主席

不過我們第九頁確實有講說，不論經由臨時插管或永久血管，都要填嘛，所以大家建議怎麼改會比較好？

## 宋代表俊明

我倒是很同意羅代表所講的，把永久性那個手術的日期算進去，但你說很老的，他至少會做永久性導管(permanent cath)，那 permanent cath

也是算永久性的，倒是把第 9 頁的改掉，就是臨時性那幾個字改掉，因為這就不會在加護病房急洗的跑進來，這樣或許會比較周延，就是第 9 頁那邊修，第 8 頁那邊也修，就是手術日期就好了。

**主席**

這個我看也不要再在會議上討論。就修改文字，必須大家回去好好想清楚，避免又衍生新的問題，所以宋醫師所提的，今天列入會議紀錄，然後請同仁將這個問題來請教腎臟醫學會做修正，如果腎臟醫學會覺得怎麼樣的修正是最好的，就用公文回復我們，我們下一次再來修正這個表。會議決議辦理情形就討論到這裡。

**陳代表瑞瑛**

有關會議追蹤序號 3，「107 年第 3 季門診透析服務點值結算」應該是 106 年第 3 季。

**主席**

對不起，這邊寫錯了嗎？應該是 106 年，我們就修正。

**醫管組劉林義專委**

對。

**主席**

那還有沒有其他問題？如果沒有問題，我們就進到報告事項第二項。

**報告事項第二案：「門診透析預算執行概況報告」**

**主席**

今天桌上還有剛剛發的補充資料，背面有兩張投影片是補充的，請補充說明一下。

**醫管組劉林義專委**

請各位委員看補充資料後面這兩頁，第一頁是有關腹膜透析的人數占率，101 年腹膜透析的人數占率大概還有 10%，到今年第 1 季，大概只剩下 8.4%，讓各位委員做個參考；第二個是有關 PRE-ESRD 的照護率，因為 ICD-10CM 的話，我們就可以去找那個分母，所以我們會把分子分母列出來，讓各分區業務組請院所來加強輔導、收案，大家的簡報是附到二月分



的統計數字，現在我們有到第一季的最新數字，目前全國的照護率大概不到一半，大概 46.29%，主要是以區域醫院比較高，大概有五成，基層診所這邊就比較低，可能跟 PRE-ESRD 要基層院所組成一個團隊有關，原則上我們還是會照這個分母的數據儘量鼓勵院所收案，以上說明。

**主席**

以上是這一季的執行概況報告，大家有沒有甚麼意見？

**羅代表永達**

我想請問簡報檔的第 6 張，我發現中區好像一直在萎縮，而且是醫院的院所，中區從 2017 年的第 1 季的 60 家到 2018 年第 1 季的 56 家，隔頁第 7 張簡報，腎臟科醫師數從 160 人到 155 人，都逐漸在減少，腹膜透析也是，從服務端到服務的量，兩個都在減少，不曉得有甚麼特殊的意義？

**主席**

跑到基層去。

**羅代表永達**

因為醫院就沒有開了，而且減少 4-5 家，想知道說醫院是到底怎麼了，洗腎的業務相對於醫院是一個重大的科別，一下子關了四五家，而且醫師跑掉，我們不曉得哪幾家，那有沒有辦法幫我們做一個解釋。

**主席**

中區業務組的同仁等會兒補充說明一下，還有沒有其他問題？

**李代表永振**

我記得在去年的時候，健保署對於呼吸器追蹤了三年，很有成效，從 159 億掉到 120 億左右，減少將近 40 億。在投影片第 20 頁，呼吸器跟透析加起來的部分，可以分析住院日數 500 天以上及點數超過 250 萬點以上的，這 9 位的情況，讓大家知道，這個總是覺得怪怪的。

**主席**

他們一年花掉五、六百萬。

**李代表永振**

因為呼吸器原本就有在追蹤，這邊兩個加在一起，這醫療資源要怎麼有效利用，真的是兩難的問題。

## 主席

大家還有沒有其他的問題？好。剛才羅代表所提的，中區的醫師數和家數變少，不過我們看第 9 張投影片，中區的透析床沒有少的，只是成長率偏低。

## 羅代表永達

因為有少數幾家大型的醫院，包括中國和亞大的增床，可是關掉的將近五家，對醫院來講說一年，一個地區少了五家醫院是一件大事。

## 主席

請中區業務組的同仁說明？有五家是哪五家？

## 中區同仁—張志煌

我目前手邊的資料知道有兩家，其中一家是因為負責人過世了，後續就沒有繼續接了，一家溫建益醫院，另一家順天醫院，其他部分診所會成長的主要原因是因為林新醫院，有另外一個團隊出來開業成立大業診所，其他部分要回去再了解。

後續中區回復：五家醫院為霧峰澄清醫院(106/01/22 歇業)、臺安醫院雙十分院(106/02/14 歇業)、溫建益醫院(106/11/20 歇業)、順天醫院(106/11/28 歇業)、員生醫院(105/08/31 歇業)。

## 主席

這邊看起來有洗腎歇業的溫建益、順天、長安、員生、霧峰澄清，這是洗腎部門的歇業，少五家是哪五家？會後資料提供給您。但就民眾的觀點來看，中區透析的床數在 2017 年跟 2018 年是一樣的，就是現在三月分跟去年同期的總床數是一樣的，如果從中區的院所來看，確實較去年少兩家，去年較前年少三家。

## 羅代表永達

跟去年同期相比，可以看第 9 張簡報檔，2017 年的 12 月較今年的 3 月事實上也是減少 10 床。我只是很納悶，因為醫院現在都比較平衡，有的負責人過世醫院關起來，這個我們都了解，但其他都沒有聽到中區有很大的波動，尤其又不是只有一家關起來，而是四到五家，然後醫師又離職，這樣的情形相對來說是比較少見的。

## 主席

因為比較細，所以我們會後再提供資料，大家還有沒有對這個執行概況有意見？李代表的那個問題，針對第 22 頁第 20 張簡報，這個很特殊的 9 個個案，如果你講異常個案，其實都是，因為這些都住很久，費用也很高，不過李代表希望對那 9 位大於 500 天，接近 500 萬的醫療點數再做分析，那我們下一次再提出來，好嗎？

## 李代表永振

先針對這 9 個。

## 主席

因為這 104 人其實是我們認為已經兩個器官衰竭了，病人也真的是生活品質非常不好，因為他還在透析，還要用呼吸器，這個簡報中的註裡面也講了，只有 14 位進入安寧，才 14%，還有 86% 的病人還在積極治療中，所以這個部分也是有點複雜，我們是不是能夠透過分區業務組讓這些院所對這些病人做比較好的處理，這個部分確實也很複雜，因為也牽涉到家屬的意願，還有個人的意願，甚至醫師的意願，沒有一個唯一的方法，所以我們還是持續的追蹤和鼓勵。還有整個透析的市場確實都往基層慢慢在移動，不論是床數也好、病人數也好，以及點數，基層的成長率大於醫院的部分，這是大家都有共同看到。另外總透析人數還在成長，現在的成長率大概是 3%，有 80,534 人在洗腎，其中絕大多數都是採用 HD，還有大家看到我們第一季總透析的點數是 110 億點，就代表四季會變成 440 億點，但我們預算只有三百多億元，所以點值落到 0.82，這也是事實，所以這些數據，我們每次會議都再看一下。但是剛剛李代表提到的，其實同樣陷入困境的長期呼吸器依賴的病人，我們透過減少前端的插管以及提高 RCC 的脫離率，確實讓進入 RCW 的病人有明顯的下降。但透析的這一塊，我們即便有很多的努力在前端，Pre-ESRD 都做了，然後衛教各方面都做了，但看到人數還是在增加，死亡率持平，所以就讓這個病人不斷在累積當中，這個確實也是事實，所以去年我們就提出來活體腎臟移植的獎勵費，可是推出來也快一年了，個案數寥寥可數，在 26 頁投影片，去年一整年大概只有 3 位有協助去獲得活體腎臟移植，今年第 1 季只有 1 位，所以這就代

表我們用盡腦筋、想法，想要對這件事情做改善，還是沒有比較好的策略，沒看到比較好的改變，所以這些情況讓我們很困難去做。今年想出的方法是前次會議討論事項第一案列入追蹤的那一項，怎麼樣透過預算的重新分割，有沒有辦法再有其他的誘導方式，但大家的意見不聚焦，所以這件事情大家又得再繼續討論，因為總額的重新切割，確實茲事體大，會牽扯到的事情比較多，又要到健保會去討論。我們是非常的慎重，才會去做追蹤的建議，假定不具共識，我們還需要繼續討論，到這裡大家有沒有其他意見？

### 鄭代表集鴻

主席這番話我真的很感動，就是我們花這麼多錢治療照顧腎臟病病人，對國家其實是很大的負擔，我們其實也很願意想辦法幫助解決腎病增加的問題，但就目前來看，整個腎病治療系統的努力應該是做到極限了，上次會議大家就想到說，我們應該是要加強預防，署長也公開講最大的問題，應該是糖尿病越來越多，要做糖尿病患的控制和預防，我們上次的會議說要發文給國健署，請他們敦促民眾建立健康生活型態，如果只是發文給他，他如果不處理，那我們還是沒有進步，是不是說我們可以找他來開會，還是請更高層級，譬如說行政院賴院長來主持全國的腎病會議，會不會是真的比較有效？不然每次聽你語重心長這樣講，我個人真的滿難過的。另外一點就是針對我們腎臟移植的部分，鼓勵活體移植當然是一條路，但其實困難度有點高，我們是不是可以效法現在荷蘭、法國、西班牙等，他們都通過只要他們的國人只要沒有特別拒絕，就是同意捐腎，我們是不是來鼓勵這樣的立法，或許腎臟的來源會更多一點，這個是我個人的兩個建議。

### 主席

第一個就是要國健署來，我們可以請他來，但不知道這樣是不是就一定有用，這個我們不知道，但是剛剛會議決議的辦理情形，有一個就是要追蹤它，看它有甚麼對策，這個同步來進行，我的建議是如果下一次提出對策來，我們可以邀請他們到會上跟大家說明，大家再討論這樣有沒有效，

這樣好不好？不過不管怎麼樣，預防要看到效果是比較久的，可能要用十年、二十年才看的到，可是我們眼前這個問題卻是棘手的，所以看看大家還有沒有甚麼策略讓這群人的生活品質可以更好一點。好，大家還有沒有其他意見？

### 顏代表大翔

有時候會接到南區業務組打給我，說我的糖尿病收案率還不夠高，剛才我們集鴻理事長也講，糖尿病的病人占洗腎的比率也很高，我想有突破五成也不意外，南區業務組很認真老是找我，我要抗議啊，我是腎臟科醫師，這麼認真在做 Pre-ESRD，都沒有鼓勵我，然後一直 K 我糖尿病收得不够多，不過我講實在話，我突然想到糖尿病，署有一個報告，糖尿病持續照護的病人，腎臟病比例是比較少，有中斷的就不好，所以我是認為，能不能夠鼓勵基層院所，當然醫院也一樣，是不是要他們糖尿病的病人都要加入試辦計畫，用什麼方式去鼓勵，或是懲罰，沒有加入試辦計畫就不能拿慢箋，我的意思是棍子或紅蘿蔔一起來，鼓勵這些病人可以長期追蹤。南區業務組打給我，有點冤枉，因為不是我個人的問題，老實講我們診所裡有醫師不願意受訓去拿證照，這樣他就不能收案了，有時候很困擾的部分，如果沒有更強的力量，這些病人就遊走，事實上我們對病人真的是太好了，給很多的優惠，就重大傷病卡而言，就跟我們糖尿病長期追蹤一樣，你給他三個月，然後他都不來看，隨便吃，糖尿病控制不好眼睛瞎掉，或腎臟不好、截肢，其實都造成很大的醫療負擔，對於病人家庭其實都是很大的負擔，可是他們沒有病識感，我覺得大家這麼認真在討論這個事情，事實上成效真的已經到極限了，有沒有辦法真的像集鴻理事長講的，在移植、在捐贈的這一塊多去做一些努力，對於疾病的部分，是不是真的有可能要求糖尿病一定要加入試辦計畫。醫師端、診所端就是要要求，只要是開業的醫師，其實糖尿病只要認真地看，沒有那麼難，一般科、內科、家醫科，內科很多專科的診所，糖尿病、心臟科他們都看得很好，可是他們有些人就沒有加入試辦計畫，我想還是會有意義上的差別，我不曉得這樣的建議到底可不可行，謝謝。

### 張代表孟源

大家提到基層診所，我是全聯會的代表，我先簡單說明一下，其實我們這邊腎臟科做到極致，但我們在預防、早期腎病、Pre-ESRD 也做得很多，我是覺得我們在未來十年還會繼續增加，會增加的原因最主要是根據 249,145 個慢性病的病人分析，在第五期的病人 41.3% 是大於 75 歲，所以有一半進入洗腎的都是因為 75 歲以上的老人，那隨著老人越來越多，這一方面的病人會愈月愈多，然後第四期也是 50% 以上都是老人，所以很多慢性病都是因為高齡化造成洗腎。

第二個，其實很多慢性腎病都是糖尿病或是高血壓造成，在比例上糖尿病佔了 45.7%、高血壓佔了 13.9%，慢性腎病第五期亦復如此。國健署需要來跟我們合作，不要說只靠健保署的力量。預防醫學及自我健康觀念推廣方面，剛才還提到整個衛福部的力量，大家一起動起來。不然每年透析患者 3% 的增加下去，盛行率會創造世界紀錄。

### 主席

現在已經是世界紀錄了，一直都穩站第一名，全世界第一名，其實每次都把它推給高齡化，但比我們更高齡化的國家多的是，可是他們卻沒有這麼多人在透析，他們的糖尿病也不少，糖尿病是大家共同的慢性病，只要到一定的程度都會有這種問題，可是他們卻沒有這麼多人在洗腎，所以不要一直推給高齡化，高齡化是我們不可逆的，可是比我們那麼老的國家都沒有這麼多，我們就真的是有問題。

### 張代表孟源

很多慢性病的照護，基層慢性腎病的慢性病照護需要健保署更多的支持，尤其現在要分級轉診，假如醫院轉診過來基層，希望能夠有相應的預算配合的話，照顧慢性病病人的預算，真的基層預算是足夠的，因為我們一個慢性病使用的點數，平均僅僅九百到一千點，高血壓或糖尿病早期達到標準的治療是很重要，高血壓或糖尿病早期很多都是沒有發現，所以到腎臟產生併發症時發現都可能已經到慢性腎病第四期、第五期。慢性腎病在早期第一期、第二期是可逆的時候，希望在早期就讓基層的診所所有機會使用比較高端、比較好的治療以達到治療的標準。讓這些病人不要因為糖尿病、高血壓而進入慢性腎病末期。

### 主席

這兩年都在壯大基層、支持分級醫療，哪裡不支持基層，多麼的支持基層，把預算都優先編在那邊了，只要是真的有影響到總額預算，一定是從其他的總額去挹注，所以病人該服用什麼藥物、做什麼樣的治療，醫師

本於專業，真的該給的就應該給，不要因為說希望用簡表，希望這個回到專業，再麻煩基層醫師再多多的努力，畢竟慢性病、高齡化，最後回到社區照護是最重要的，而不是每個人都跑到醫學中心，這是非常非常重要的，這個案子大家還有沒有其他的意見？特別我們宋教授和洪教授，專家學者可以幫我們建議一下。

### 宋代表俊明

在我們自己的病人裡面看到，第一個，他吃來路不明的藥物還是很多，我們幾年前跟南區衛生局出去看，治骨頭的藥物，尤其是NSAID加類固醇，很多都是這樣，我們很多病人都會自己去吃這些藥，這真的是一個原因。賣藥電台也一堆，事實上我們在這邊談要有魄力，該給藥就給藥，但能否有魄力把那些不能廣告的不要廣告，或要像國外，這可能可以吃，但服用前要先跟醫生商量，類似這樣的方式，我覺得這是很大的原因，大家都沒魄力去確實改進。

另外一個，健保署這邊都有第三期末或第四期，Pre-ESRD時期的病人，腎臟應該被照料，而沒有轉腎臟科；或者是說我們是否該把某一部分醫生訓練成可以照護第三期到第四期腎臟病病人(upgrade 非腎臟科專科醫師)的醫師，就是比較專門的醫師，來照顧這方面病人。健保署可以篩出已經是第三期或第四期病人，尤其現在還有雲端，篩出來之後就可以建議他們對腎臟特別照護。這塊我覺得是有成效的，特別是3b跟第四期初，那是可以擋得住的，很多已經轉到腎臟科來。像我自己醫學中心的門診，如果轉來的病人已經到第五期，根本可做的東西很少。另外怎麼發掘潛在的，在尚未到 Pre-ESRD 照護的 50%病人，也是重點之一，還有藥物這方面。我個人覺得這兩點很重要。

### 洪代表冠予

大家都談了很多我都同意，其實困難就是機會。我的意見有三點。第一點，民眾的健康識能，若民眾知道的話，剛才宋教授所擔心的那些問題，就可能減少，這是健康識能。國健署已經推動很久，如何把這東西更加擴大，我覺得這不是上 YouTube 或看一些短片就能解決，而是讓醫院走出外面，像我們台大新竹分院就是結合到各個基層鄰里，我們結合衛生局或衛

生所，對民眾上課推動健康識能。我覺得健康識能是可以解決民眾端問題。

第二點，醫院端包括醫學中心，應該與 value based health care 或 value-based 與 guide line 結合。我們說台灣醫療這麼好。其實有很多 value based health care 的經驗，這是醫院端做的事情。

中間還少一個連結，就是第三個我要講的 SDM(醫病共同決策 Shared Decision Making)，如果這推得夠好，結合健康識能，那剛剛呼吸衰竭又洗腎的問題就可能被解決，甚至不會再有新的人重新加入，我們可以現在去看哪一個醫療院所(在表格最左上角)，他時間最短，或這禮拜進入的，我們由這樣的情況去了解，這位病人(呼吸衰竭又洗腎)的決策過程。由醫策會出面或誰來看看到底醫師有甚麼特殊考量，所有照護流程都有可改善點。

所以這三點，第一點健康識能 for 民眾，第二個 value based health care 與 guide line 結合，我們醫學中心還沒有足夠建立起來，所以坦白講我沒辦法當作一個 bench mark，第三個是 SDM，我覺得這三種都是 tool，也是我們推了很久，大家也都琅琅上口，but few had been change，所以我覺得要改變就是要落實這三塊，這應該要從醫院端、醫學中心結合社區去做。我們公立醫院會持續做這件事，這也是我們教育工作的一環，我們也會結合基層，老實說我們跟新竹的基層也一直在做這件事，至於如何更加擴大這件事情~我認為這些東西是一個主軸而非口號，他是可以 transform 把這樣的 idea 變成一種 action，才可以說「我們在 2018 年做了什麼樣的 action？在 2019 年可以達到什麼 goal、target？」上述這些是可以量化的東西，唯有這東西才可以去真正造成改變(change)，這是我個人的看法，謝謝。

**主席**

不過洪教授，如果講起來的話，第 20 張投影片這 104 人也應該很難稱得上提供具 value based 之服務，對不對？

**洪代表冠予**

是的，我擔心的就是這件事，假設你這 104 人一定有最後進來的第 104



位，我們找到這幾個病人，用什麼模式，我不是說用公權力或去管人家，這當然有它的困難度；或是用什麼樣的機制，讓學會或同儕去了解這些，利用同儕學習，這是有可能達成的。因為我們在學校也是這樣，我稍微離題 30 秒，我們看到有些學生不好的行為造成他留級之類，可是以後我們就知道那些是問題學生，一旦他進來就開始被列管，老師主動輔導他學生至少到畢業。我們對於這些也是建立某一種機制。比如第 105 號病人發生在哪間醫院，比如他在 A 醫院，能夠用什麼樣的機制讓 A 醫院瞭解這位 105 號病人需要解決的是什麼？至於前面 104 位要如何照顧那可能是另一件事。但不要讓新的第 105、106 位不斷加進來。但這機制可能需要政府結合學會或醫策會等等，用什麼模式來做，而這模式一定是要得到 stakeholders 的贊成，而這 stakeholders 就是社會大眾。舉個例子，我們讓醫策會輔導，全民不會覺得是醫策會在欺負這間院所，而會覺得這是一種對的事情，那我們才能支持他繼續做，否則這機制會走不下去。

### 羅代表永達

主席，我有兩件事情，剛剛兩位專家都有提到，其實我們每次在談洗腎的發生率這麼高，每次都提到一個東西，就是台灣的用藥，有很多地下電台等等，可是就是沒有看的一個 evidence，比如說現在目前 8 萬多人洗腎名單都在醫生手上，有沒有調查過他們的用藥，因為他每兩天要去洗腎，你們最有辦法找到這資料去做 study，否則空口說白話，因為我們可以知道糖尿病治療多久以後可能會洗腎等等，可是我們台灣光講這句話說因為我們吃了不應該吃的藥結果造成洗腎，講了幾十年，但是就沒有 paper 告訴我們是因為這樣。如果我們可以把這些東西拿出來的話，可以對國外講或說服健保署，不是我們醫師的錯，是民眾本身不配合，這是非常有意義的事情，尤其腎臟醫學會想洗刷，應該要把它當一回事來做，這是我第一個建議。

第二個，洪代表所提的第 18 頁資料，大於 90 天透析患者裡面，醫學中心有 16 位、區域有 38 位、地區有 50 位，我相信醫學中心裡面一定很不得已情況下才會留在那邊，為什麼，因為它是遞減給錢，只要超過 42 天就給另外下游的錢，在這樣的情況一定有很多原因是我們不知道，所以

要研究這個不難，但是剛剛講的不是第 105 位，因為他是 90 天以後，一開始的時候，我們常講到底是先洗腎還是先呼吸治療，很多都是洗腎到一個程度呼吸不好，這有 17 點多%，我們上次有 study 過，都是先洗腎後來才呼吸治療，而不是先呼吸治療後來洗腎就不要給他洗，那剛開始為什麼給他洗，因為洗到最後有兩個 organ 出問題要洗，那不是很奇怪，那是不要插管還是不要洗，我們現在都反過來講好像是呼吸治療後來你腎不好時要不要洗，那你剛開始幹嘛給他洗，洗到有一天他呼吸不好時，你不洗而不是插管喔，這是一個很弔詭的邏輯概念，可是每次都拿來這裡檢討這事。他既沒有用到門診總額，他是住院那塊總額，每次都到這邊來討論，討論的東西是倒果為因，我每次都在談這件事情，如果要知道這 story 其實很簡單，醫學中心這些病人為何趕不出去，他當時怎麼洗的，這說實在說不定回去就知道答案了，這可以做得到的東西。

剛剛李代表所提的那 9 位為何住這麼多天，至少要讓我們了解一下，我倒是不反對，我覺得這對，為何他可以住到五百天用這麼多錢，那 9 個發生什麼事至少要讓我們知道一下，可是每次討論這些 evidence 是很奇怪的，既不是在這邊討論而且因為他總額不是在這裡，而且他都是先洗腎後來才呼吸治療，你當時為什麼要洗，你就不要插管就好，他就不會進入呼吸器，為何這樣的病人拿來這邊討論哩，這是我個人的兩個建議，以上。

### 洪代表冠予

我完全贊同羅代表的看法，最近出刊的 JAMA 發表的一篇文章，說所有洗腎的病人接受 hospice 只有 17.1%，理由就是當病人接受 hospice 時，「洗腎要不要中止？」的問題。這在美國都很難，最後也回到更大的 issue：「醫病之間要有很好的共識」，而這就像剛剛所講的：「要不要插管之類？」，我相信醫療院所應該都知道。當你真的去落實 SDM 跟 health literacy，你真的會發現醫病真的會改善，人性的價值跟 value based health care 才能慢慢解決這個社會問題。我會覺得這個機制如果能夠有，這機制有第三方願意做，我們就要 support 他，讓他好好地做這件事。有時候醫療院所被輔導，或是他自己再更加反省，我相信反省不代表做錯事，反省是一

種 rethink 的意思，就可以知道 what is right for the patient，我覺得這是很重要的事情。

## 盧代表國城

我想事實上大家也提出很多看法，也 repeat 討論非常多次，我這邊就稍微呼應一下洪院長剛提的健康識能，事實上以腎臟醫學會，在體制外，我們也成立腎臟病防治基金會，我簡單介紹一下，我們跟各工商業企業募款，我們每年在禮拜六或日，大概可以做到將近 60 場衛教活動，大概就是在倡導腎臟病的防治，不管在南投、屏東、台東甚至阿里山，山上海邊我們都有去，當然一個人也無法完成，事實上也是全省各地院所跟衛生所都會被我們邀請一起來辦這活動，即便辦了這麼多場活動，我們也深深感覺到，可能在都會區是還不錯，但只要稍微是到偏鄉到山上、到海邊，你會發現他們落差在收入或就醫程度上。這數字我們有統計出來，就是到底有沒有腎臟病，他們都是幾 10 個百分比以上。所以我想事實上以學會來講，大家初衷還是希望治療病人、預防病人，我們也希望能夠盡力努力去盡社會責任，所以這一塊只是分享一下，事實上我覺得洪院長剛講的非常重要，假設連最基本社區的民眾，有一些比較弱勢的，這些將來可能是進入透析的病人，所以進入社區加強衛教，我覺得應該是要做。

可是反過來講，就像剛羅院長報告，民眾聽了電台用了不當藥物，這是不是有數據，事實上大概在 2007、2008 年我自己大概發了九千多透析病人的問卷，請我們助理一個個打電話，收回來統計發現有用不明藥物是 0.3%，我覺得這數字有點偏低，或者有些人用他也不告訴你。比如前幾天我門診病人，我跟他說來路不明的藥物不要吃，病人還說他已經吃了二十幾年，家人也都這樣吃，這些價值觀我們沒有辦法一下子就把它扭曲過來，甚至於洪院長後面講的 SDM，醫護人院、醫院當然有絕對的責任跑不掉，我們也不想推卸責任，相對的，就像我過去講的，有些人就覺得這樣不太對，包括病人的責任或是國民的責任，事實上我們也要照顧。雖然我們認為糖尿病可能佔了將近 45%、高血壓 13%，等於糖尿病、高血壓佔了 60%，可是我反過來講，在英國洗腎的病人大概只有 15、16%，美國大概也跟我

們一樣佔了 45%，事實上台灣跟馬來西亞非常類似，當經濟變好，健康習慣卻沒有伴隨，糖尿病造成的洗腎病人可能從 15%、20% 一直往上飆，飆到超過 45% 以上。當然老化也不可避免，地球也是老化，所以我們也請國衛院做一些統計，這些病人的成長率，目前大概有 3% 以上，幾乎世界的新進國家都在 3% 其實都差不多，尤其是你校正年齡跟 DM 之後數據都是平的，國衛院都有這些數據。但是為什麼會這麼多，有一部分就回歸到署長要求腎臟移植計畫這一塊，我們也汗顏，我們已經去鼓勵、去推動了，但是當法律沒有鬆綁的時候，事實上也有少數醫師也因此要上法院，也有些病人家屬不願意，會有很多糾紛，這我們也不願意，且訴訟也蠻麻煩的。所以有時候大家會批評醫生會有些防衛型的醫療，卻沒想過為何有這行為產生。

總而言之，學會是責無旁貸應該要去做，但我想在基層病人教育的推廣是可以再努力，因為我們即便一年中幾乎在禮拜六、日做了 60 場推廣，但是成效還是非常低，因為每次都約 50 個或不到 200 個病人家屬來，累積起來一年也沒有多少人，但是花的時間卻很多。這也是很感謝這些工商業企業，讓我們能做這些事，我們的醫護人員去做也都沒有領錢。除了要求醫療院所醫生，但對病人本身是否也應該適度的教育，讓病人也對自己的健康負責，例如國外有課徵糖稅、肥胖稅，而在台灣血糖即使再高，一年高血糖昏迷掛急診五次也沒關係，因為保費不會增加；可是如果開車一年撞三次，明年保費一定會增加；相對的，就跟國健署一直在推 SDM 一樣，我也有跟長官討論過，假設 SDM 是一方有責任，被教育的那一方沒有責任的話，其實成效會有但會被弱化，講的這個，還是跟教育有關，比如就算我血壓高、血糖高，控制再不好也沒關係，我只要到醫院來。

### 宋代表俊明

所謂的健康識能就是民眾自我照顧的健康觀念，如果要立即有成效的話，我還是會建議專注在腎臟功能是在 3B~4 左右或 3A 的病人，這群病人在醫院端就可以篩檢出來，為何不就針對這些病人在醫院端或診所端做一些事情。我最近有篩未轉來我們醫院的病人，其中該做 Pre-ESRD 收案，但未收案者很訝異去年 30% 跟今年 40 幾%，當你不注意的時候，他一下子

就變高了，所以有一些腎臟病人是沒有被監測的，若你馬上以那些病人為主，效率會最快。將 Pre-ESRD 收案率由 40 % 拉到 80 %，這樣比較實際。

### 張代表孟源

各位委員大家好，其實大家發言很多，我學習到很多，但我想要強調一點，因為 CKD 不論是第 2、3、4，其實很感謝腎臟醫學會，過去幾年 CKD 的上課真的很多，但是很多的 CKD 都是 AKI，就是急性腎損傷造成，對於很多基層開業可能對 AKI 的知識可能不夠，所以我想與其求人不如求我們自己，我們希望是否有可能腎臟醫學會對基層推出 AKI 的上課時能配合慢性腎臟病的教材，因為我覺得慢性腎臟病的教材過去幾年都沒有什麼改變，所以隨著時代是否有第二、三套教材，這樣的話才有可能提升整體醫師對腎臟病的疾病，才會主動去篩檢，意識到這問題。有一個臨床上小小的技巧，我在照顧其他醫師的慢性腎臟病的病人，我都會說請他回到原醫生看診，但我會整理病人的藥，不開重複藥物，我只是做對於腎臟病的追蹤，我們腎臟科也很願意跟其他科合作，就是補其他科的不足，也會列入管理，因為有時候要成立一個 team 不容易，我相信醫院有它的規模，若要達到照護的標準，不管是營養師、衛教還有追蹤等都需要很多的時間跟人力管理的問題，所以我盡量不去影響別人的業績，只是去介入管理這病人。還有 AKI，不知道副署長可否考慮一下，因為我們理事長今年正在推動 AKI 的國際研討會，是不是藉這個機會，國際急性腎損傷年，讓我們大家重視腎臟的疾病。

### 盧代表國城

我這邊稍微再補充一下，在 AKI 急性腎臟損傷這部分，還是有很大的比率，最後還是會變成 CKD、ESRD，在我們前年新任選舉完之後，我們就成立 AKI 的委員會，包括在台大、榮總、三總、長庚醫院、各醫學中心全力支持之下，我們爭取到今年 9 月 21 日到 24 日在台北萬豪酒店辦第二屆的亞太 AKI CRT 的大會，我們也是很辛苦爭取到這個國際性的大會。尤其現在溫室效應的結果，不管在中南美洲、環太平洋、赤道小島國家，甚至台灣、東南亞，有非常多不明原因的 AKI 產生，所以在國合會督促之下，

我們有不同醫院支援非常多的國家的CKD的衛教防治，甚至包括貝里斯、諾魯還有一些南太平洋小島國家，最近像高醫也到尼加拉瓜幫他們設立CKD的衛教活動，尼加拉瓜今年也請我們幫忙訓練他們腎臟科的專科醫師。在AKI這部分，學會也會盡力去努力，但是也發現在AKI部分，大部分都在醫院端產生，醫院端產生的是被會診的科別，所以有一些可能在社區醫院有些在醫院，但最後會彙整到腎臟科，所以我們今年辦這個活動也結合胸腔暨重症加護醫學會跟重症醫學會一起來舉辦，辦的過程我們跟整個東南亞國家醫學會以及東北亞包括韓國、日本、香港、新加坡、馬來西亞等等，這些他們也都覺得這是蠻好的一件事情，也願意共襄盛舉，甚至香港都主動跟我們說，這種事由白人發動AKI繼續教育或這種大會，搞不好亞洲國家也可以自己來弄，不過這是另外一個議題。至少包括香港、新加坡都有非常大的衝勁，希望跟台灣做某一部分的結合，將來甚至成立自己亞太的AKI醫學會，我想這部分的繼續教育我們也會再繼續加強。

### **鄭代表集鴻**

健康識能方面我很贊成宋教授、盧理事長剛剛提的，這部分我認為是比較求好心切，立刻看到效果的辦法，當然要來努力，長遠來看，健康識能是不是要從教育著手，前一兩次會議，署長有拜會過教育部長，談到健保正確觀念的概念要寫在教科書裡，腎病防治、糖尿病防治，把它推到小學的教科書來做教育，長期下來健康識能會比較有幫助，我們是不是也要邀請教育部的人來參加我們的會議。

### **主席**

大家永遠都把工作往別人身上推，推給國健署、教育部。

### **鄭代表集鴻**

不是推給他們的意思，是大家一起來解決問題。

### **主席**

我知道，但是現在一些策略，遠水救不了近火，我們現在已經付不起了，曾醫師這邊要先講一下。

### **曾代表志龍**

剛剛主席講說這些遠水救不了近火，我也很同意這樣的說法，我要呼

顏大翔代表所提出來的，很多事情打擊面要夠清楚，我認為如果可以要求糖尿病照護，一旦是糖尿病的人，他就必須要選定一個照護的團隊，一定要讓他入籍，要不他的診療費或是就醫費用的部分要提高，他如果有加入就給他打折，你可以給他蘿蔔，也必須同時附帶棍子，我們沒有限縮他就醫的權利，我們甚至是給他更好的服務，他也相對要做他該做的事情，我覺得顏大翔代表說的，我們是不是要給這些有潛在慢性腎衰竭的病人，要求他做一個附帶的動作，要找一個照護團隊，來監控他的狀況，像剛剛很多在糖尿病照護，或是慢性病腎衰竭這些病到處遊走，一直找他想要的東西，那個東西是不存在的，到最後會一直在游走邊緣，他沒有受到好的監控，這些現象對第一線醫療人員來講，他根本沒辦法，你沒有任何點可以要求這些人接受監控，常常他們到處去看很多醫生，拿到很多的藥，但是他接受到的建議，他幾乎沒有在執行，這些動作健保署也花很多錢，也沒有得到好效果，我非常同意顏大翔醫師的看法，藥給他，這些藥都蠻貴的，他到處跑，每個大醫院都去看，事實上他花的醫療成本一定很高，為什麼不要求他，你如果不做這個動作，你就無法享受折扣，你做這個動作，醫療上面可以有優待，這個動作可能真正對控制這些慢性腎衰竭病人有直接的幫忙。

## 主席

謝謝，先告一個段落，每一次會議都在探討此問題，可是一直想很多的事情，現在也不能停下來說不管，問題確實還是存在，沒有改善，綜整一下大家剛說的，看可以怎麼做，首先洪教授跟宋教授提的，我認為立即可以去做的事情，也許我們可以來試試看，首先宋教授講的，針對現在 Pre-ESRD 的收案率只有 46%，事實上 Pre-ESRD 原來的定義是 stage 4-5，可是宋教授講的是 3-4，因為到 5 就根本已不可逆，理論上我們對 stage 3-4 就要有警訊，3-4 資料庫裏面就可以找到 3-4 的人，有沒有辦法針對 3-4 的就醫的地點做出警訊，請醫院的腎臟科，對這些人是不是可以做一些要求，至少他要進到 Pre-ESRD，看能不能有所改善，這種改善純粹是醫療的專業，所以宋教授，或是洪教授這邊，可不可以有 guideline 出來，真的照有效的 guideline，避免進到 stage 5，有沒有可能，可以做的是，把這群人找出來，宋教授跟學會這邊可不可以發展標準的 guideline，stage 3-4 這群人該怎麼標準化的照顧，有一個好的 treatment，請宋教授及學會這邊合作，希望有機會去改善，這是第一點。

第二點是針對洪教授剛剛提的，這 104 人，我們已經追蹤好長一段時間，永遠看這個數字很無奈，又能怎樣，我們一開始是希望說，這群人已兩種器官衰竭，能不能說服他 SDM，安寧這件事情，現在也已經過了一兩年，還是只有 14%，代表其他的 86%的人，還在用兩個積極維生的方法在治療中，並沒有任何的異動，經費卻非常龐大，對這些人真的是非常不好，當然李永振代表是想了解那 9 個人，我們更想針對 104 人，都去深入的了解，到底能怎麼做，我建議將這 104 人分到我們六個分區業務組，回到每個醫院了解他們每個人的狀態，回來之後，我們這個會議可不可以組一個專家小組，來研究這 104 人可以怎麼樣做，這是第二點，這點請洪教授、宋教授、學會的盧理事長給我們指導一下，或者剛剛也有建議說，如果真正有診斷出來，透過醫策會組個委員會去輔導這些等等，我們就等資料出來之後再說。

第三點是很多人都提到 SDM 的重要，其實本來就重要，初次洗腎要 SDM，因為這都是重大的醫療決策，我相信 SDM 應該很多醫院都有去做，做的程度好壞不一，這就是醫病雙方都有責任的，不是只有一方的責任，不僅是透析這件事情需要，或是移植需要，每個場合很多情況都會需要，他應該是長期要做的，這部分一點都沒有衝突。

第四點是談到說，廣告的藥物或是來路不明的藥物，健康識能的提升等等，嚴格講起來都屬於國健署那一塊，那一塊我們剛剛就有個提案，請國建署提出對策，下次若有互相商量及討論的空間再請他來，包括廣告的部分。

第五點是教育部分，張醫師提到說，可以對 AKI，尤其是基層醫師，學會也有在做，就麻煩學會積極地進行，衛教活動看不出成效，可是這叫做長久經營，包括鄭醫師提的說，我們到國中國小教科書去講，事實上跟大家報告，健保的範圍這麼大，國中小有可能健康教育都講健保嗎，很難，國中，國小要能夠進到國語文的一篇，就已經很難了，因為國語文一個學期大概只有 10 篇，太多題目，我們光是要進一篇跟健保有關的，到目前為止都還在競爭當中，看哪一篇適合小朋友讀，社會跟健康教育是多少會提，但是提的範圍可能比透析來的廣，所以這部分跟你報告。



最後一項顏醫師跟鄭醫師提到 DM 的部分，糖尿病的部分是我們的重點，是非傳染病中疾病負擔最重的，那塊其實是很複雜，生活習慣的問題，飲食運動各方面都有很大的關係，我們 DM 的計畫都在進行，我們確實去追蹤過有參加 DM、P4P 的人，跟有中斷參加或完全沒有參加之比較，透析的比例是遞增的，截肢的比例也是一樣。這部分我們 DM 還是持續，更廣泛的一環，我們現在透析的病人有 3-4 成是 DM 的病人，現在不止了嗎，現在是多少？，已經 45%了，是真的很嚴重，以上的建議，我們就試試看，我們來努力，最後推廣移植部分，特別我們有一個鼓勵是活體捐贈這部分，還有努力空間，也麻煩大家多多幫忙。以上這些想法，我們持續，特別是這個小組，洪教授、宋教授、腎臟醫學會是我們的智囊團。

### 張代表孟源

報告主席，我可以加入這個小組嗎？

### 主席

可以啊，張醫師也要加入，歡迎大家加入，把剛剛的決議，有幾項跟數據有關的，一旦有初步的結果，我們會邀洪教授，宋教授，腎臟醫學會，張醫師，一起來看能不能再聚焦的討論，包括臨床的策略，而不是只是行政的策略，或是財務的誘因，顯然這件事情必須要有臨床的策略才行。呼吸器能減少是臨床策略的成功，臨床策略成功，絕對不是行政作業的成功，現在能夠逆轉是胸腔及重症醫學會之協助，我跟他探討很久，最後他給我的建議，我們往那個方向走，確實產生很大的效果。洗腎這一塊，我們可能還是不能忽略臨床策略，病人都在醫生手上，在關鍵時刻做的每一個決策，都影響很深遠，所以在關鍵時刻，如果我們臨床醫師沒有在關鍵時刻做對病人最好的決定，其實接下來就都是長期的負擔，所以我想是不是做這樣的建議，大家有無其他的意見？那我們就先到這裡，接下來報告事項第三案，

### 報告事項第三案：106 年第 4 季門診透析服務點值結算報告。

### 主席

謝謝，點值的部分，大家有無意見，這是去年第四季的點值。

## 廖代表秋錫

因為去年第四季都結算完了，可是結算完之後，事實上我們再結算一下 106 年度，預算移轉也沒有很少，還是有超過一億移轉到基層，尤其我發現到一個問題，預算分配的時候，我們改成以前是有日曆數，後來再改回各季實際發生數，我不知道各季實際發生的金額是用多久以前，我現在發現一個問題，106 年來看，我們在預算上，以基層來講，第 1 季的預算是 38.2 億，第 2 季是 39.4 億，第 3 季是 41.47 億，第 4 季是 42.8 億，第 1 季比較少，再來第 2、第 3、第 4 季這樣，在醫院的部分就發生一個問題，第 1 季的預算是 49.59 億，問題在第 2 季 53.18 億，第 3 季 51.93 億，第 4 季 52.53 億，這是預算，可是在實際申報點數上，我做兩年的資料，106 年跟 105 年的第 2 季，光是一季，都有 1 億 4 千萬的預算移轉到基層去，為什麼，因為醫院的預算分配在第二季是最多的，可是它實際的申報在第 2 季不是最多的，我覺得這個部分，在四季預算的分配上應該要做個調整，跟實際上比較符合，才不會造成在預算的移轉方面會落在第 2 季會這麼大，可不可以請解釋一下。

## 主席

醫管組要不要解釋一下。

## 醫管組劉林義專委

剛剛講的是醫院與基層之間的分配比率問題，應該不是四季預算，其實四季預算我們每年都會討論。

## 廖代表秋錫

四季預算有差，就是四季預算有問題。

## 醫管組劉林義專委

醫院跟基層的預算分配不一樣。

## 廖代表秋錫

分配是一件事，源頭是從基層跟醫院之間，先把預算算出來，再分到四季，成長率是另一件預算移轉的問題，第二個是預算再分配到各四季裡面，在第 31 頁就有了，106 年這邊，你可以看得到，在第 2 季醫院這邊，53 點多億，最多是落在第 2 季，可是基層的部分最多是落在第 4 季，我們是季結算，那預算分到各季的時候，顯示在第 2 季預算移轉非常的大，因為醫院的預算分配到四季時，在第 2 季是最多的，我看一下預算一直沿用 105 的預算再乘上成長率這樣過來，在四季的分配上是有問題，跟實際發生數是有落差，尤其是在第 2 季，他並不是最高的那一季，可是他卻分

到最高的預算，基層的差異並不大，所以我的建議是在醫院的計算分配預算可能要依照實際上去做調整，才不會造成每一季結算預算移轉在第 2 季落差這麼大。

**主席**

在討論這個分配時候，我們先就第四季點值結算結果，可以做一下確認嗎，大家有無意見，沒有意見我們第四季的點值就確認，然後就辦理季結算，辦理點值得公布跟相關的事宜，好，可以回應了嗎，還是會後還要再討論？

**醫管組劉林義專委**

因為這個四季的錢，其實就是從 91 年當初一路乘上來，結構就是這樣。

**主席**

總預算不變，四季的分配有沒有修正的空間？好，其實就是醫院端四季的分配有誤差，不是基層端的，所以我們討論的是在醫院端的四季分配，這問題是不是就留下來，請醫管組研究一下，如果有修正空間，就明年再來修正，好不好，列入紀錄。

**廖代表秋錫**

他的所謂實際數是 91 年那時候，他本來是用日曆數改成用實際數，但是實際數已經不是實際數了，他是預算，我都知道，我都很清楚。

**主席**

這個案子，現在講大家只有秋錫及瑞瑛最清楚，其他人就陪著聽，這樣你們兩位跟醫管組會後就這個事情稍微討論一下，如果有改善空間，來得及今年改，也可以，來不及就明年去改，我們就先到這裡，接下來報告事項第四案，第四案是有關醫療品質監測結果，請醫審藥材組來報告。

**報告事項第四案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。**

**主席**

有關品質指標的部分，大家有無意見？

**醫審及藥材組曾玫富專委**

我再補充說明一下，請大家看今天會場發的補充資料，主要是因為本案監測報告中，腹膜透析的 B 型肝炎抗原轉陽率是唯一超過全國監測值範圍的指標，而血液透析的 B 肝抗原及 C 肝抗體轉陽率，雖然都符合監測值範圍，但第 45 頁投影片上呈現 B 肝抗原轉陽率 106 年內大概有 200 多人，C 肝抗體轉陽率一年大概有 300 多人，這幾項指標都已經是院所別品質資訊公開指標，這幾項的率在全球資訊網都有公布，我們以近三年這四項指標院所別情形做一個整理，前面第 1-9 頁，血液透析 B 肝抗原轉陽率，如果最近這三年內至少有一年以上分子不為 0，有新增 B 肝抗原轉陽性病人的透析院所，我們就會呈現在表中，當年資料並以陰影標記起來，由表中可看出有不少院所，確實是 3 年，或 2 年都有新增 B 肝抗原轉陽性病人的情形，例如國泰汐止三年都有，五位病人有這樣的情形，第 10 頁是呈現腹膜透析 B 肝抗原轉陽率情形，這項指標剛講有超過全國監測值範圍，但因為分母很小，只有幾千人而已，轉陽率雖增加了 0.2%，變成 0.5%，實際上全年增加的人數只有 10 幾個人，由第 10 頁個別院所的情形顯示，沒有連續三年都有新增轉陽個案的院所，最多只有兩年，第 11 頁到 23 頁是血液透析 C 肝抗體轉陽率的情形，特別要提的是，第 20 頁，最下面一行南區有一家，懷德內科診所連續三年都有 C 肝抗體轉陽病人，人數還不少，且有好幾家基層診所，看起來也都有這種情形，另外第 24 頁，是腹膜透析 C 肝抗體轉陽率的部分，全年就是 9 人，因為 B 肝、C 肝病人後續治療費用非常龐大，現在 C 肝雖有特效藥，但治療費用至少要 20 幾萬，以上這些新增 B 肝及 C 肝病人合起來大概就有 6、7 百人，如果能在血液透析過程中避免新發生，就可以減少 B 肝 C 肝後續治療的費用，至於腹膜透析，上次與會代表曾說，腹膜透析 B 肝及 C 肝轉陽應是病人另外的因素造成，不是腹膜透析的過程造成，但仍應可透過加強病人衛教來減少發生，今天腎臟醫學會在討論案另有建議要修改相關品質監測指標，我們提供這個補充資料的目的，是希望腎臟醫學會及分區業務組，對表中有標記起來，三年內至少有兩年都有新發生病人的院所，能夠加強輔導管理，避免後續 B、C 肝的龐大治療費用。

### **羅代表永達**

我請教一個問題，如果三年都沒有，就沒有列在這裏面，對不對，因為家數不太可能。

### **醫審及藥材組曾玫富專委**

這個家數，三年都沒有的，就不會列在這裏。

### **羅代表永達**

所以不是所有的都有，好，那我問第二個問題，我怎麼發現台大不管是在 B、C 肝都是最多，這個有特別的意義嗎。

### 宋代表俊明

其實所有的無論 B、C 肝轉陽，醫院或診所都有 PDCA 在做，後續都是要做追蹤的，整個血袋，整個轉陽都要做追蹤。

### 主席

跟各位代表報告，過去我們都說，我們的透析品質都不錯，大家都控制在一定可以接受的範圍，在這裡頭，討論有兩個比較重要的是，一個是瘻管的重建率，我們之前有個分區發現有異常，也許是反覆的申報，一年可以有超過 10 次以上，到底是病人真的做這麼多次，還是申報有問題，但是多數是三次以內，所以最多是一次，再來是兩次、三次，可是卻有人最高可以到一年 18 次的血管整型術，這個已經要做異常管理了，我們現在看到的瘻管重建率，不管是同院跨院，全國是在監控指標內，但確實有少數異常，所以已經進入異常管理。今天另想要跟大家探討的是 B 肝跟 C 肝的轉陽率，血液透析的部分，第 9 張投影片，感覺他在負向指標，小於 0.4 跟小於 0.71，有關 B、C 肝，平均全國都看起來是小於這個數值，但是轉陽率，加起來就 600 人左右，他可能有 B 肝、C 肝，那這到底是不是可避免的？有沒有改善空間，要不然我們又因為透析，再次讓病人又變成 B、C 肝帶原，最後演變下來又是另一個疾病的照顧，這部分，就是希望今天有提供細項不管是血液透析，或是腹膜透析 B、C 肝，106 年是 600 多人的分布，也許分子都不是挺大的，但是，每年這樣累積，也是很可怕的數字，所以在這裡頭，哪位專家可以給我們指導一下，應該怎麼樣處理，有沒有比較好的專業建議。

### 盧代表國城

我想從這些數據，尤其從 106 年看到，包括在北部、中部，有些醫學中心，突然感覺上揚，好像稍微多一點，事實上我們看了很多這幾百家院所，大部分都是 0-1.2 之間，少數會超過 5 個，雖然家數很少，我想可能還是要這些院所，請他們回復，每一個病人發生什麼樣的原因，畢竟是因

為透析的原因，還有什麼因素，我想我們還要進一步的了解，才能找出這些預防的方式，我想針對比率偏高的各個透析院所做說明，我們再彙整這些資料。

### 蔡代表宗昌

兩個意見，第一個是我們去全台灣評鑑，大部分透析院所都是空間的限制，護病比一比四的話，透析護理師可能都要跨到有 B、C 肝病人區跟沒有 B、C 肝病人區去照顧，規定要一直換手套，做起來並不是這麼容易。

第二個可能原因，因為 C 肝是測 C 型肝炎抗體，檢驗結果有時會呈陽性有時會呈陰性。因為設定某個 cutoff value，低於這個值就是陰性，下次驗高於這個值又變成陽性。檢驗結果雖陰性，事實上它還是陽性，只是它低於某某個 cutoff value 就變成陰性。我們這時候要有肝膽腸胃科來證明，病人經過 C 型肝炎治療成功，它才真正變成陰性。病人才會換到 C 肝陰性區，否則他會一直放在 C 肝陽性區裡面。所以對於 C 型肝炎抗體的檢測，會影響到 C 型肝炎的陽性或陰性，C 肝陰轉陽是檢驗室限制，拿來當指標對透析院所不公平。

### 洪代表冠予

我知道腎臟醫學會，有個「透析委員會」，其中有各醫院各層級的代表，由該委員會來討論，如何從品質管理來做，等於讓腎臟醫學會來做。在各層面大家的阻力應該會輕一點，我的建議是由腎臟醫學會的委員會來做這方面處理。

### 宋代表俊明

倒是沒有什麼特殊的，我覺得這個委員會來做這件事情，還是可以，倒是家數太多，大概沒有辦法全部請他們全部來開會，是不是做一個表格資料，大家要什麼的資料，他有輸血，有沒有手術或是怎樣的，或者是說，剛剛主席所講的，他是一下陰，一下陽，先有一個大概讓他們填個表，到委員會來的時候，重新看過，是不是要請誰來開會，就邀請他們來開會。

### 主席

這項我們很重視，這一次特別提出來，血液透析是一件事情，腹膜透析成長更高，腹膜透析當然是病人因素比較多一點，如何對腹膜透析病人，有比較好的衛教，都很重要，因為腹膜透析是超過監測值，血液透析還沒有超過，但是確實已經每年都製造這麼多，5、6 百人的 B、C 肝的病人，姑且不論檢驗數值有一些變化所造成的，還是需要去釐清，否則這個數據

還是非常的不應該，也許在 SOP 裏頭可以避免，卻因為沒有避免，讓他不  
斷地製造，所以這件事情是嚴肅的，這件事情就照盧理事長的建議，就交  
給腎臟醫學會，腎臟醫學會可不可以在多久時間內，給我們一個結果，或  
者是不但要知道結果，還要知道對策，讓這件事情不再發生。

### 盧代表國城

我們大概會在下一次會議提出來報告。

### 主席

但是下一次的話，就要連對策都要出來了，這件事情是不是可以做到  
不讓他再發生，或者是可以讓他減少，因為一年將近 5、6 百人，每年這  
樣下去，只會讓我們更嚴重而已，他是不是一定不可避免，或其實是可以  
避免，如果是可避免的，就應該讓它避免，這個部分我真的拜託腎臟醫學  
會，包括洪教授、宋教授可能也要協助，看讓這件事情能夠有所改善，而  
不是只是了解而已，盧理事長可以嗎？

### 盧代表國城

沒有問題，我想還是有一些是可以避免，但是有很多也是沒有辦法避  
免。

### 主席

這個要由你們來告訴我們，如果可以避免，應該要避免，不要讓這件  
很嚴重的事情再衍申更多的事情，拜託腎臟醫學會，下一次會議之前如果  
有結果，或者是在過程中有需要我們怎麼協助，或是一起討論的都歡迎。  
接下來討論事項第一案。

**討論事項第一案：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方  
案」之專業醫療服務品質指標案。**

### 主席

專委要不要補充。

### 醫審及藥材組曾玫富專委

請大家看會議資料第 70 及 71 頁，這次修訂是腎臟醫學會建議的，第  
70 頁血液透析的鈣磷乘積，上次在增訂這項指標時，指標的正負向有點  
miss 掉，這次除了腎臟醫學會建議增加「之百分比」的文字外，基本上

鈣磷乘積小於 60，表示控制得好，是正向指標，小於 60 的人數百分比要越高越好，上次公告新增的時候，把它誤植成負向指標，本次予以補正，第 71 頁，剛報告案有提到，這次腎臟醫學會建議，要把腹膜透析的 B 肝抗原及 C 肝抗體轉陽率指標刪除，均改成受檢率，等於轉陽率不監測了，就只監測受檢率，由剛與會代表發言的意見，看起來可能是兩者並存，即轉陽率指標持續監測不刪除，再新增受檢率監測指標會較妥適，雖然腹膜透析病人 B 肝抗原及 C 肝抗體轉陽可能不是透析的關係，是病人其他的個別因素，但還是可在腹膜透析時透過衛教減少發生。

### 主席

這個修正的建議是腎臟醫學會提出來，腎臟醫學會這邊有沒有要補充的。

### 盧代表國城

我想第一個鈣磷乘積比較沒有什麼問題，第二個部分，當時的思考是因為腹膜透析本來就可能跟我們的治療不太有關係，因為病人今天去做小手術，或者因為車禍受傷，做手術等等，很多的治療都可能讓他得到 B、C 肝，所以那時候的建議還是要監測，只是說監測這個指標，到底要用來做什麼？監測這個指標，到底轉陽多少病人？我想這時候有受檢率，那你後面有什麼數據大概都可以分析得出來。

### 主席

受檢率，我們還是要知道有沒有轉陽，受檢只是知道你有沒有做，跟結果是沒有關係的，顯然腹膜透析轉陽率，我們還是要持續監測，不應該把它刪掉，這個部分是提醒我們，可能需要對這些腹膜透析做監測，不管理事長講什麼其他的原因造成的，這些也是需要衛教，我們不應該把它刪掉，刪掉好像把眼睛矇起來，當作看不見，對這件事情沒有幫忙，受檢率的話，如果認為重要可以加進去，不應該刪掉，但是受檢率看不到結果，只知道他有沒有去檢查。

### 宋代表俊明

副署長講得有道理，其實這個就是一個概念，當這個監測被拿來當一個你診所的價值，你診所好壞的評斷，便會覺得不公平。我想就是這樣一個概念，應該就被監測的指標，有沒有被濫用，這個監測的指標大家有對他正確的概念，也對診所有合理的看待，我想大概醫學會這邊也不會有意



見，比如說審查的醫師，或者不應該是審查醫師，評鑑的醫師，或者是醫院，看到這個東西會對有些醫療人員有些不合理的想法，這個是大家比較擔心的，大家都合理看待他的話，過程面跟結果面都要可以監測。

### 盧代表國城

腎臟醫學會應該也同意這個看法，我不知道基層透析這邊，要不要也發表意見。

### 主席

沒有意見的話，我們是不刪除，因為大家理解說，腹膜透析是歸因於病人比較多，但是我們不能把眼睛矇起來當作不知道，但是受檢率，如果要外加，可以再加進來。

### 宋代表俊明

這個是不是可以在說明上面，有些像B、C肝的轉陽，一直在這邊，大家會有一些困擾，像這個指標上面會有一些細項的說明，這個指標僅是一個監測，當作我們一個品質管理的參考，有很多因素會影響這個指標，大家可能會比較可以接受。

### 盧代表國城

我們請透析委員會，將可能造成的原因，把它列清單，每一次要提報轉陽的時候，至少列出可能的原因，可能增加院所的負擔，這個病人數應該沒這麼多，最後末端可能會比較清楚一點。

### 腎臟醫學會林元灝醫師

腎臟醫學會這邊第一次發言，因為這個腹膜透析，因為它是屬於個人的透析，他不是像在洗腎室裡面，腹膜透析病人B、C肝轉陽，他的感染源在哪裡？把這個放進腹膜透析裡面當作品質指標的意義何在？當然我知道我們對於病人B、C肝有責任，這個好像不是應該作為腹膜透析品質指標的項目。因為本身這個病人也許是在外面感染的，我們的確實有義務要衛教他，但應該在腸胃科，不應該是在洗腎跟透析這塊，畢竟這些費用，我們是用在透析，我的觀點是這樣。

### 宋代表俊明

品質指標或監測指標，應該是被管理，看看發現有沒有異常，立意是比較良好的對它變成是一個，大家講判斷好壞的東西，便會很敏感，白蛋白跟所有的洗腎室不是百分之百有關係，它是一個監測整體醫療院所的手

段，品質指標只是一個讓你來看有沒有異常的事情發生，讓你去做改善的東西，大家把它變成是一個院所好壞的指標，跟原本的方式，好像不太一樣。

### **主席**

剛剛宋教授講的是說，把它當成品質指標，或是只是監測而已，補充說明是討論提案與品保款無關，請醫管組劉專委林義來說明一下。

### **醫管組劉林義專委**

品保款在修正時，腹膜透析部分，就只有留受檢率，並沒有留轉陽率，不會變成品保款的依據。

### **主席**

這邊是屬於監測指標，不是品質指標，所以這邊應該留著，理事長可以吧？這邊留著，跟錢有關的，已經拿掉了，那我們今天這個討論案，就是不刪除，然後鈣磷乘積照修正，受檢率也加進去成監測指標，那這個案子就這樣決議，今天大概提案就是討論到這裡，各位代表有沒有臨時動議。

### **醫管組劉林義專委補充說明**

補充廖代表第 31 頁四季重分配的事情，剛查一下，有關透析的四季的分配，在之前從 91 年開始從原預算去分，中間有一度是用日曆天數去分，從 105 年又把它改為原來的預算，所以當初四季重分配都是基層跟醫院適用同樣的標準在分配，都用預算就用預算，用日數就用日數，現在廖代表說，醫院的部分可能要改用其他的分配方式，可是總金額是不變的，其實我們執行的部分都沒有問題，第二個，這部分我們都在每年的第 4 次研商會議提案討論，明年的四季要怎麼分配，107 年可能來不及，我們會從今年第 4 次時，協商明年總額四季分配，假如醫院協會有不一樣的分配方式要提早跟我們講，我們會幫你們試算，在第 4 次會議提出討論。

### **廖代表秋錫**

這邊可以提嗎。

### **醫管組劉林義專委**

你們要提具體的分配方式。

### **廖代表秋錫**

我們內部意見不一樣，所以是透過醫院協會去提。

**醫管組劉專委林義**

而且要經過這個會議的決議。

**主席**

好，那就照這樣進行，請問還有沒有臨時動議，沒有，今天會議就開這裡。非常謝謝大家。