

# 「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 3 次會議紀錄

時間：107 年 8 月 15 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：黃曼青

出席代表：

吳代表瑞堂	吳瑞堂	呂代表國樑	呂國樑
宋代表俊明	請假	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	請假
張代表克士	張克士	張代表孟源	張孟源
梁代表淑政	梁淑政	陳代表麗淑	請假
郭代表錦玉	郭錦玉	郭代表咏臻	郭咏臻
曾代表志龍	曾志龍	楊代表五常	劉碧珠 <sup>(代)</sup>
廖代表秋鐳	廖秋鐳	蔡代表宗昌	蔡宗昌
鄭代表集鴻	鄭集鴻	盧代表國城	陳金順 <sup>(代)</sup>
謝代表武吉	王秀貞 <sup>(代)</sup>	顏代表大翔	顏大翔
羅代表永達	羅永達		

列席單位及人員：

衛生福利部	周雯雯、白其怡
衛生福利部全民健康保險會	廖尹嫻
台灣醫院協會	林佩菽、吳洵伶、何宛青
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美、林佳靜、 曾庭俞

本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、歐舒欣、 林右鈞、許博淇、楊瑜真、 邵子川、鄭正義
本署醫審及藥材組	曾玟富、賴淑華、陳怡蓓
本署企劃組	吳千里
本署財務組	楊雅惠
本署臺北業務組	莫翠蘭、陳懿娟、黃怡菱
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	張志煌、張凱瑛
本署南區業務組	程慶惠
本署高屏業務組	陳秀玲
本署東區業務組	江春桂

## 壹、主席致詞(略)

## 貳、確認本會前次會議紀錄

決定：確定。

## 參、報告事項

### 第一案

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關追蹤事項序號1-各分區對透析診察費核刪標準不一致需再釐清一案，請醫審及藥材組於下次會議提供辦理進度，本案繼

續列管，其餘追蹤事項解除列管。

- 三、追蹤事項序號7，確認腹膜透析及血液透析同步增列「B型肝炎表面抗原受檢率」及「C型肝炎抗體受檢率」兩項指標，並報部公告。

## 第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關同時呼吸器跟住院透析90天以上病患持續住院原因，將一年分析1次，並於本會議報告。
- 三、為合理運用透析費用，請腎臟醫學會評估無意識病人意識狀況之適當方式（含量表種類及各評分範圍適當處置）及定期上傳本署、80歲以上且無意識之患者適當透析次數、藥物品質對腎臟的影響等，請於一個半月內提供本署作為研議參考。

## 第三案

案由：107年第1季門診透析服務點值結算報告。

決定：

- 一、確認107年第1季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
107Q1	0.8082	0.8223

- 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。

四、廖秋燭代表對四季預算分配之意見，請正式提案於下次會議討論。

#### 第四案

案由：106年『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』核發結果報告。

決定：洽悉。

#### 第五案

案由：精準審查抽審指標篩選「腎功能異常使用 NSAID 藥量者」現況分析。

決定：有關「腎功能異常使用 NSAID」，因分析其中有 34%為腎臟科醫師開立，請醫審及藥材組與腎臟醫學會就相關定義釐清後，將資料提供該學會作為輔導依據，並列為精準審查抽審指標。

肆、與會人員發言摘要，詳如附件。

伍、散會：下午 5 時

# 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 3 次會議與會發言重點實錄

### 壹、確認本會前次會議紀錄

主席 蔡副署長淑鈴

前次會議紀錄，大家有沒有什麼意見？

李代表永振

有一點請教！第 4 頁的項目 5 跟 7，我看只差一個字，是不是有什麼差異。

主席 蔡副署長淑鈴

沒有差異，應該是整理資料時第 7 項忘記 delete，對於會議紀錄還有沒有其他的意見？如果沒有意見，進到報告事項第一案。

### 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 蔡副署長淑鈴

序號第 6 項，腎臟醫學會對於 B 肝、C 肝抗原轉陽率過高有提出書面資料，請腎臟醫學會說明。

陳代表金順（代理盧代表國城）

主席、各位委員，針對 B 肝、C 肝轉陽率問題的說明，在學會裡面有討論兩個建議如附件。有關 B 肝、C 肝轉陽率的說明，學會裡幾乎各層級的醫師都有這樣的觀念，假設病人有 B 肝、C 肝轉陽率高的話，對於醫護人員跟病人的醫病關係會變得比較緊張。所以他們都很注意這方面，我們內部有做一些討論。學會原來就有做些相關的事情，會再繼續加強宣導。原來就已經給所有會員知道 B 肝、C 肝轉陽率相關防治措施，學會之前就有些對策。本次新增一些相關措施，假設院所有 B 肝、C 肝轉陽率變高的時候，學會會去聯絡院所了解情況，請他們做書面說明，有需要的話，會做實地了解。我們也會持續做教育說明，北、中、南都有做這方面的說明活動，年底的時候，會再多增加說明，讓所有會員都了解 B 肝、C 肝轉陽率情況。

建議部分有兩項，如書面資料所附數據，B 肝、C 肝轉陽之前大都是院所傳上來後，學會再做統計，104 年以後就用 VPN 系統上傳。94 年開始學會針對這項做監測，

這幾年下來從院所回傳的資料，B 肝、C 肝轉陽率的情況是蠻穩定的，而且持續下降。開始上傳 VPN 以後，可能因為操作系統的方式會員較不熟悉，或是有些操作型定義有需要討論的地方。所以才會突然間轉陽率變高。院所給我們的回饋是他們沒有這樣的事情。所以，我們有幾個建議：

1. 假設院所對操作型定義不理解造成輸入錯誤的話，是不是可以容忍院所再重新做校正。其實有跟署溝通過，好像不能做校正的動作。學會建議要讓院所能夠校正，假如是輸入錯誤不能做校正的話，那麼將來後面的人來看時，感覺有一年或是有兩年持續指標都有特別高，就會問那是怎麼回事。所以，是不是可以給我們一個機會，假設確定院所不了解這種操作型定義而輸入錯誤的話，是不是有機會做校正？校正後我們希望對該核發的獎勵金方面，也不要對他們產生影響。
2. 透析委員會希望跟署裡溝通操作型定義，讓院所將來操作能夠更佳順利。

### 主席 蔡副署長淑鈴

本次追蹤事項除了腎臟醫學會針對 B 肝、C 肝抗原、抗體轉陽率的說明，另外是 8 月 9 日召開專家諮詢會議的結論。大家還有沒有意見？

### 曾代表志龍

基層透析學會代表曾志龍第一次發言。上次開會時針對 B 肝、C 肝轉陽率有給一個報表。當時我就覺得很奇怪，最近兩、三年我們所內並沒有發現有轉院的 case，但貴署資料裡面都有，而健保署南區專員也提供資料說希望我們提出說明。我去查一查對照這些病患資料後發現一個很嚴重的問題，所謂 B 肝轉陽應該是 negative 變 positive 才叫轉陽，可是健保署資料連 positive 轉成 negative 當作是轉陽，我追蹤兩個 case 全部都是這樣。B 型肝炎 positive 變成 negative 好像並不常見，事實上確實有部分病人會自動轉陰性，像這樣的 case 應該是好的轉況，要恭禧他，結果反而是將他抓起來打屁股，我覺得這樣是不對的。這部分有跟健保署南區專員反映，她希望我在這邊提出來。這樣的資料是不是經過校正？這是第一點。

第二點，我們臨床上常常打報告時，antibody 有時候會直接寫 HBs antibody，有些人輸入時常會看到 antibody 是 negative，就會把它當作是 negative，我本人就曾經發生過這樣的例子。有醫學中心轉給我們一個 case，他跟我們說是 negative，結果一看，它是 surface antibody negative，後來我們就打電話給他說，這個明明是 positive 你們怎麼說它是 negative，那位醫學中心的護理長還特別信誓旦旦地跟他講，就是 negative 啊！意思就是說認知上還是有很多 case 被誤認。當然進入到洗腎室之前要再確認，但這兩個例子讓我想到我們的資料如果沒有很完整、沒有很正確，拿它來當作一個照護品質標準、指標，我覺得這是有點可惜的。既然要當指

標，就要把它弄得更正確，這才是我們要的目標。所以，我在這裡提出一個要求，data 要重新校正。尤其是 B 型肝炎 positive 變成 negative，這部分不能把它當成轉陽率。因為這跟現實狀況有很大的出入。

### 羅代表永達

我呼應曾醫師的發言，假設資料本身是有問題的話，那是很嚴重的事情，我想主席應該很清楚，腎臟醫學會跟健保署這幾年所發布的數字都在亞洲一帶是被注意的。大家都覺得我們做得很好，而且又有健保，所以我們的數值是最完整的。但轉陽率這件事情，上次開會時大家為什麼會嚇一跳，因為突然間變得很高，包括台大、很多大型醫院都是這個樣子，如果像剛剛曾醫師講的數值有問題，我想這個事情要重新回到 data 怎麼去校正，這是很重要的，數值是不是要校正後再重新發布，這是第一件事情。

第二件事情，學會新增政策裡，當院所連續三季有一位透析 B 肝或 C 肝轉陽的時候，才進入所謂的檢查點。任何人都知道，不一定要連續，因為 B 肝、C 肝裡面在某些部分即使沒有連續也代表是系統性的問題。所以我的意思是，當年如果有兩次或兩次以上的話，就應該設檢查點，而不應該要連續，連續的話，要是前兩週只有一季沒有接下來又有的話，那是很嚴重的事情，怎麼沒有被當成是檢查點呢？建議腎臟醫學會考量一下。

另外，第三頁裡面，有關專家會議，因為我們沒有來開會，有關降低透析的發生率當中建議的(2)，建議 eGFR 小於 45 的東西要建立全國性的警示系統，因為全國只有腎臟科洗腎病人有辦法進入這個體系，全國的 data 非常地多、非常地大，我們有什麼辦法可以來建立一個警示系統？這個我不曉得腎臟醫學會要怎麼來落實、操作，否則各醫院都很清楚，eGFR 有些醫院有做，有些沒有做。假設它沒有腎臟科醫學會，那診所、醫院要怎麼做？這是我提出來的第三點。

第四點，第四頁我不太懂什麼叫做「會議各單位無共識，且專家成員對當次結論無異議」，也就是說，他們也沒有共識嗎？

### 李代表永振

因為這次開會通知單裡提示會議議程公開在全球資訊網，所以應該是大家都看得到的。底下是比較吹毛求疵的提示：

- 一、 剛才腎臟醫學會的報告，是在 5 月 16 日做的紀錄，而今天剛好是 8 月 15 日，有三個月的作業期間，為什麼在提供資料的時候還看不到？這個很專業，坦白講我看不懂。但是在座的醫界代表，你們臨時這樣看，看得懂嗎？剛才已經有兩位發言了，表示對這個是有質疑，這樣臨時提供資料似乎只虛晃一招，那直接解除追蹤就好了。是不是可以把資料提前一點，至少給人家有一點時

間消化，這樣會不會比較好。而提供出來的，也不要讓人家覺得有很多資料是臨時提供，這個會議的品質會受到質疑！

- 二、 追蹤事項的序號 1，我看了之後，整個敘述像是在看連續劇一樣。時間拉得蠻長的，各位代表可能比較專業，所以不用去回憶。我看了這個的話，要回憶還要找上次的資料，整個又好像兜不太起來。這樣不曉得要怎麼去追。健保署可能比較專業有辦法去追，但本人沒辦法這樣去追。
- 三、 序號 2 是國健署的業務，但是附的資料有關於預防跟治療是健保署跟國健署互相之間的上、下游關係。上次我們提了很多意見，也 pass 給國健署，但是給我們的回應是，有啊！我們現在有這些資料。我不曉得各位代表看了這個是怎麼樣，我看的話，資料好像蠻空洞的。有沒有達到什麼效果？腎臟醫學會或者健保署，對這個有滿意嗎？如果有的話，當然是解除追蹤，如果沒有的話，這部分應該要解釋一下。有提供什麼建議嗎？當然它可以不理我們啊！但是至少預防跟治療互相之間的關係，執行方面如果那些地方是不足的話，應該也要給國健署一點回饋。
- 四、 序號 3，可能結果是這樣寫，但是因為會議時有前後文才會看得清楚。如果追蹤的時候又要回憶，請各位參考序號 3 的決定跟決議事項，從頭唸到尾到底決議什麼？好像看不出來。
- 五、 序號 7，健保署後來也發現漏列，但是我們經過討論之後報部又被退回來，說漏列東西又被部質疑跟會議結論不一致要重來。這樣的話，將來公告出去，討論的議案嚴謹度會不會受到質疑？我覺得相當嚴重，這個又是有關於品質確保，我覺得這相當諷刺，可以再思考一下怎麼改進。謝謝！

### 鄭代表集鴻

關於第一案的案由，診察費核刪，目前是還在研議中，所以是繼續列管，不曉得有沒有比較明確的結案時間？這是第一個問題。

第二個問題，我有準備一張簡報，這是一個因為糖尿病拿胰島素看診的病患情形，在診察費 550 就全部被刪掉，核刪理由是 0217、0428，意思是跟洗腎是同一療程。照目前的規定來看。因為剛剛主席報告說我們腎有共病還要再研討，但是目前的規範是，洗腎的費用包括簡單感冒藥，所以這個胰島素用藥，明顯不是同一療程。目前中區、北區都還用這個理由核刪。是不是可以請這兩區在還沒有共識以前先不要這樣子處置？

### 主席 蔡副署長淑鈴

好，大家的意見大概到這裡，請本署醫務管理組、醫審及藥材組，還有分區業務組回應，先請醫審及藥材組回應。



## 醫審及藥材組 曾專委致富

首先，先回應腎臟醫學會對 B、C 肝那兩項指標資料的問題。105 年本會有委員要求原來由腎臟醫學會蒐集提報資料，要轉由透析院所透過 VPN 上傳到健保署。當時是在處理品質獎勵提昇方案的時候，針對這兩項指標的操作型定義有分別在 105 年第三次、第四次的會議，有兩次分別確認過操作型定義。我手上都有準備當時的會議資料、結論。所以，這兩項指標完全是按照當時確認的定義去算，而資料的來源是透析院所上傳。簡單講，計算方式會依照當時確認的透析病人的定義，當時 105 年第三次、第四次會議有確認過透析病人的定義，即連續三個月都有透析的病人，會用這個符合透析的病人的定義去勾稽去年院所上傳的資料中 B、C 肝檢查的結果，因為上傳的資料欄位就是陰性、陽性，就是 1 跟 2，會去勾屬於陰性的才會把它列為分母，就是符合透析病人定義且去年那兩項檢查的結果都是陰性的才會當作分母，然後用這個分母去勾稽今年上傳檔案裡面，同樣那兩個資料有變成陽性，才會把它變成分子。原則是這樣算，基本上我們這些都是透過資訊程式去算，不會有人為去操控。之所以會有那種情形可能是因為整體計算的時候，因為可能有些病人會有跨院所的情形，你必須要認定，在院所別維度的時候都沒問題，但是在全國彙總時，有些病人會跨兩、三家醫院去透析的話，上傳結果值如果有不一致，或是陽性優先順序。之前確認過要歸責第一個院所。例如，一個病人被三家院所透析，而三家上傳的那個值都是陽性，當時會議有確認過定義，就是以第一家院所來計算轉陽率，這是多個陽性資料的處理。而如果有陰性、陽性交錯的資料在做全國的運算時，定義這樣的資料是否符合母體時會將它認定為陰性，這部分認定在當時而言是從寬。至於上傳資料能不能事後校正？這部分要請醫管組來回答，上傳資料管理，記得之前有設定資料如果錯誤要申請校正的機制，因為涉及品保款的分配，總不能因為個別院所說「對不起我當時誤傳了」這樣講一聲就行了。有資料更正的機制，只是要申請，這個機制請醫管稍後說明。

第二點，針對會議資料第 10 頁。追蹤辦理情形的第 7 項，本組提案要修訂品質確保方案的指標，當時主要是腹膜透析，腎臟醫學會建議要把腹膜透析的 B 肝、C 肝的轉陽率刪除，改用受檢率來替代。而最後的結論是 B 肝、C 肝的轉陽率是很有意義的品質指標，所以腹膜透析還是要留著，而受檢率也一起新增。當時原由是討論腹膜透析，結論都是針對有提案修正的部分處理，本來也是要按照決議報部，只是本組後來考量血液透析應該也要比照辦理。但當時都集中在腹膜透析的修正，會後要報部的時候考量血液透析應該也要比照辦理，本組有問腎臟醫學會的意見，腎臟醫學會有回覆沒意見，表示如果報修血液透析也新增 B 肝、C 肝的受檢率，應該也可以，只是報部時社保司比較嚴謹，建議在本次會議再次確認後再報部增訂血液透析這兩

項指標。

### **醫務管理組 劉專委林義**

B 肝、C 肝轉陽率同時是品保款的指標，所以院所會比較重視。其實品保款指標相關定義都會在第四次研商議事會議討論，所以要麻煩腎臟醫學會，假如對目前既有定義有建議或疑問，請提建議案至第四次會議討論。然後，陽性轉陰性目前沒有計入分母，分母就是陰性個案。假如還有陽性轉陰性的問題，可能還要考量納入。

### **曾代表志龍**

陽性轉陰性一般我們叫 converse，不叫 reverse，表示認定上就是錯誤的。

### **醫務管理組 劉專委林義**

本項可以併入腎臟醫學會的建議案提會討論。

第二個是有關專家會議，羅代表講我們講的策略是不是有具體的執行方式，其實這個會議才召開第一次，本次只是把第一次會議的結論簡單在會議上報告，以後會再陸續地召開專家會議。議題愈討論就會愈聚焦，假如後續有具體結論會再提會報告，以上說明。

### **醫務管理組 李組長純馥**

本來我們在討論怎麼樣去把腎臟移植跟血液透析或腹膜透析的總額放在一起。是不是可以讓這個總額在管理上去促進多點費用的挪動。可是前次會議沒有解除列管，因為大家並沒有一致的看法，後來才說要成立一個專家小組，請比較理解這個議題的腎臟移植醫師及腎臟科醫師來討論，會後才有剛剛講的結論。這個結論裡面當然涉及相關支付制度的改變、民眾的衛教，我們也承諾絕對不是只有一次的討論，如果大家有比較專業的、需要諮詢的議題，我們也會提到這個會議討論。其實這個會議的命題很簡單，就是希望能夠降低透析發生率，並增加腎臟移植。增加腎臟移植是可以長遠看到減輕總額負擔，我們希望能夠透過相關論質計酬方案的修訂、支付標準的修改，改變原有的做法讓這個問題能夠減輕。因為有提到專家諮詢會議，本組就把召開會議後的決議在會上報告，本組補充到這裡。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

好，序號第 1 項，鄭代表提到中區跟北區，請中區跟北區補充回應。

### **北區業務組 陳視察祝美**

主席、各位委員大家午安，我是北區業務組陳祝美。鄭醫師提的其實是專業審核刪的，所以都有專業理由，北區的行政審查沒有做任何的核刪，其實都是循專業審查去認定之後核刪，然後本案申復跟爭議審議都沒有補付。以上報告。

### **中區業務組 張助理員志煌**

主席、各位委員大家好，中區第一次報告。之前署本部有請本組就這部分回復有

沒有核扣，本組回復是沒有，可能要再回去確認鄭委員提到中區有核扣的部分。

### 主席 蔡副署長淑鈴

好，會後再麻煩確認。

曾醫師提的明明是陽轉陰，把它算成陰轉陽，如果有個案就麻煩曾醫師提供本署，操作型定義好像也有討論空間，請提出相關建議。

追辦事項序號 1 就繼續追蹤，不要解除列管。追辦事項序號 2 是國健署提供的資料，第 11 頁到第 18 頁，有關國健署目前推動慢性腎臟病防治所做的事情，表示腎臟病防治的權責不是只有健保署，國健署要做的事情還更多，請委員參考，所以本項就解除列管。追辦事項序號 3，有關總額的重新切割，目前沒有共識，不管是本會沒共識、專家會議也沒共識，所以目前不會改變，就是繼續列管。

追辦事項序號 4 有兩項，第一項是透析同時使用呼吸器 90 天 104 位病患的追蹤，將於本次會議報告，暫時解除列管。另外一項是 8 月 9 日的專業會議，繼續列管。因為專業會議 8 月 9 日召開第一次會議，所提的意見不是只提意見就好，要去執行、做可行性評估，或是要改現行的規定，都是後續還要持續進行的。所以今天只是呈現第一次會議決議，繼續列管。追辦事項序號 5 是公佈點值，解除列管。

追辦事項序號 6 是 B、C 肝轉陽率，大家有對資料質疑，也有提案要修正操作型定義，這個指標有列入品保款的指標，所以也很重要。B、C 肝現在都要花很多錢來治療，希望透析這個管道不要成為 B、C 肝個案增加的來源，這個是要長期監控的，腎臟醫學會提出說明，如果對這件事情有相關的建議，請透過提案。如果有個案認定，包括認為原始資料有問題，那就提供個案給本署，檢視是否隱含有系統誤差，如果有系統誤差就真的是要去更正資料庫了。追辦事項序號 7，因為稍後有提案就繼續列管。有關這個報告，大家還有沒有其他的意見？

### 鄭代表集鴻

我先回復剛剛提的資料，第一份就是中區的核刪結果，稍後再提供給中區。另外，專家會議的成員可不可以讓我們知道？

### 主席 蔡副署長淑鈴

張孟源醫師、林石化林院長等有參加。

### 鄭代表集鴻

我的意思是，好像沒有基層透析腎臟科醫師參加。

### 主席 蔡副署長淑鈴

張孟源醫師不是基層醫師嗎？他常常都為腎臟科發聲，好像是代言人一樣。

### 鄭代表集鴻

沒有，他是雙重身分，孟源比較沒有照顧透析病患啦，這樣講沒錯吧？

### **主席 蔡副署長淑鈴**

我記得他上次好像是代表基層醫師公會。

### **張代表孟源**

我本身確實是基層腎臟科醫師，主要照顧慢性腎病及 Pre-ESRD 的患者，而且是腎臟科專科沒錯，我想集鴻兄的意思是也要邀請他參加啦。

### **鄭代表集鴻**

如果能夠邀請第一線照護洗腎病患業務的醫師參加，這樣可能對於降低透析發生率會有建設性的意見。希望主席不要把我們排除在外，認為好像我們只是想做洗腎，其實不是這樣的，我們很願意在這方面盡一份心力。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

我知道，上次專家會議是請張孟源醫師、林石化、盧國城理事長、財團法人器捐移植中心執行長江仰仁、李明哲醫師以及宋俊明醫師、洪冠予醫師。

### **鄭代表集鴻**

我覺得他們很棒，他們都是醫學中心的大教授，我覺得這樣很好，但是畢竟基層腎臟科醫師也照顧 40%的洗腎病患，如果有這方面的意見能一起討論，應該會有幫助。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

好，謝謝，你的意見我們會記錄下來。

### **張代表孟源**

其實那天專家會議主要討論兩個議題，一個是如何減少洗腎發生率，其實這是所有腎臟科共同的希望，第二個是增加腎臟移植率，腎臟移植率假如說基層腎臟科的醫師能夠鼓勵病患接受移植，也是美事一樁，所以說個人忝為專家，不是專家啦，是我們希望參加，所以我可不可以推薦林元灝秘書長、鄭集鴻常務理事，他們都是基層洗腎的專家，謝謝。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

好，您的建議我們會記錄在會議紀錄，下次召開會議時再請署長參考。大家還有沒有其他意見？

### **羅代表永達**

主席，每次講到專家學者，我都覺得講到基層，地區醫院不知道算基層還是不算基層？我建議還是擴大參與，請跟署長建議，地區醫院也很希望能夠參加，謝謝。

### **顏代表大翔**

各位專家委員好，我是基層腎臟科的代表顏大翔醫師。B、C 肝的部分不只是品質保留款的問題而已，我舉個例子，一個月前台南有位診所醫師跟我講，他有個新

病人剛從醫學中心轉出來，剛開始在診所透析沒多久就回醫學中心開膽囊，之後再回到診所洗腎的時候發現肝功能異常，檢驗的時候發現 C 肝是 positive。我們知道輸血跟 C 肝傳染有相關，那我想在醫學中心洗腎室 key 這個報告可能是 negative，但是到診所檢驗是 positive，品質指標的歸責是三個月內，這種東西是系統性問題、指標怎麼認定的問題。當初醫院在輸資料進去的時候是真的沒有 C 肝的，那後面診所也是真的檢驗到 C 肝，如果是負變正的是不是就變成診所的責任？這不是推責任的問題而是認定的問題，我的建議是有沒有一個管道去針對特殊個案作申訴，並更正 data？因為這個病人事實上不是診所的責任，然後因為會被標記在醫院是負的，診所這邊是正的，因為醫院腎臟科可能輸入資料了後不會再輸第二次，後來是醫院輸血得到 C 肝，是不是有類似申訴的管道去更正這個數據？

**主席 蔡副署長淑鈴**

有什麼能力證明病人是在那個時候變成正的？這個很嚴重，要去溯源，說不定時間過了很久，也不知道中間發生什麼事情。

**顏代表大翔**

我想，剛剛講的這個例子也許是特例，但是鄭集鴻醫師講的，認定有狀況的時候要有修復的管道。因為這是要嚴肅面對的問題，這不只是品質保留款的問題，現在 CDC 對於洗腎室 BC 肝傳染都有法律責任，新發生傳染病我們要申報，真的不是只有錢的問題。

**主席 蔡副署長淑鈴**

也許有些模糊地帶，但是要去釐清恐怕耗費的力氣會很大。

**顏代表大翔**

我知道主席的想法，但是我的意思是說開一個門。

**主席 蔡副署長淑鈴**

那要誰來改？

**顏代表大翔**

診所醫師舉證。

**主席 蔡副署長淑鈴**

怎麼舉證？

**顏代表大翔**

舉證這個病人的 C 肝不是在診所得到的，這當然是診所醫師的責任，但是署有沒有開一個門讓大家去申覆這件事？我覺得這真的不是推責任的問題，而是要防治，統計的時候也要確實的數據才對。因此需要做更正。

第二點，關於降低透析發生率及推廣腎臟移植相關策略專家會議結論，有提到降低發生率的第二點，因為我本身 CKD 也做很多，有發生一件案例，病人在其他診所其實是 Stage 4、3B 以上或是蛋白尿很厲害，但是診所端不願意報結案也不願意轉出來，病人主動到我的診所看診，我也沒辦法去申報 VPN，因為現在的情況是發生在 VPN，前一家院所如果沒有在 VPN 報結案轉出，後面的腎臟科診所也不能報收案，這是技術性問題，所以我還拜託病人回原來診所做結案，病人是不高興的，實際面既然防治部分也提到這一點，怎麼樣照會腎臟科醫師，目前現有的方法(VPN) 是否有可以改進的地方，我覺得是可以去想一下的，這是我的建議。

第二個建議是，很多指標包括上次有提到說糖尿病論質計畫照顧的病人，腎衰竭到洗腎的比例有比較少，這是值得鼓勵的，但是很多方面，譬如剛剛說的初期腎臟病事實上不是診所的責任，病患病情在惡化，本來診所照這個遊戲規則應該要轉出來但沒有轉，甚至還可以繼續申報初期腎臟病的照護費用及 VPN 輸入資料，我認為這部分應該要做修正。另外我覺得現在審查有很多正向指標，是不是有可能診所把初期腎臟病病人轉出給腎臟科這方面研究變成一個正向指標，等於鼓勵診所做比較恰當的行為。另外在家醫群也可以把這個指標列入評鑑指標？家醫群有很多指標，有沒有初期腎臟病照護、有沒有收案，我覺得這是不用多考慮什麼馬上就可以做的，而且會有成效，謝謝。

#### **腎臟醫學會 林元灝醫師**

主席、各位同仁大家好，剛剛主席有提到署長在遴選委員的時候，對於推廣腎移植的委員…。

#### **主席 蔡副署長淑鈴**

不是只有推廣腎移植，是降低透析發生率跟推廣腎移植相關策略專家，有這個面向但不是唯一面向。

#### **腎臟醫學會 林元灝醫師**

所以委員裡面也有推廣腎移植，那照顧洗腎病人的醫師就被貼上標籤，因為好像被認為說是相關的利益團體，所以必須不能參與。我希望您能勸署長，因為在這麼大的族群裡面，八萬個洗腎病人，照護這些病人的醫師居然沒有一個參與在這樣的會議裡面，我認為一定會有盲點，絕對會有，為甚麼？因為我很清楚這些病人心裡在想甚麼、他們有甚麼困難或是說在轉移植我們碰到什麼樣的瓶頸，我們都可以提供意見。可是卻偏偏獨漏掉我們這群醫生，我覺得這樣子真的蠻可笑的。好，再來就是講到，我們希望在將來各種政策裡面，有透析相關的政策的時候，都能夠讓我們這些照顧病人的基層醫師參與，因為我們的立場都是想幫助病人，絕對不是為了要增加透析的業務，醫生的天職就是要幫助病人達到最好的效果，這是我們的想法，

以上。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

好，謝謝，林醫師的意見我們會收錄來跟署長報告，因為醫管組當初簽上來的時候，會議上就決議是盧理事長還有宋教授、洪教授三位，當時會上醫師公會全聯會代表張孟源醫師自己舉手說要參加，所以就變成四個委員。醫管組簽上去，署長再多請了幾位專家進來，過程就是這樣，如果基層醫師想要參與，我們會把意見轉給署長，剛剛醫管組也有說這個專家會議會開很多次。

### **腎臟醫學會 林元灝醫師**

還有一點是關於把慢性腎病的病人轉介到腎臟科來這件事，這事情實際上蠻嚴重的，因為我們本來是講說 3B 就要轉了，但實際上很多到了 4H4、4H5 還不轉，當然我知道每個醫師有每個醫師的立場，他認為他自己可以照顧，用比較善意的想法是這樣。但既然已經認為說轉到腎臟科來可以增加他照護的品質跟延緩他進展的程度的話，我覺得署有沒有可能立個罰則之類的，讓這些不願意轉的情況能夠降低，我覺得會比較有效；不然我們光在那邊道義勸說是沒甚麼用，還有一個做法是我們發現他應該符合繼續追蹤，就應該在電腦上直接 key 進去而不需要叫別人回去把案子結案，我覺得病人絕對不會願意，因為他不想得罪醫生，有那個病人敢回去對原來醫生說我以後不來看你了，你們替病人想一想，怎麼有可能到原來主治醫師那邊說我不再回來了，最好能讓新的醫師直接收案，以上，謝謝。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

好，還有什麼要補充？

### **醫審及藥材組 曾專委玫富**

第 10 頁追蹤辦理事項第 7 項本次會議沒有額外提案，我們希望在會中確認是否一併新增血液透析 B、C 肝的受檢率指標，如果確認新增就會一併報部公告，如果確認不新增就維持上次會議決議。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

好，第 10 頁追蹤辦理事項第 7 項，血液透析的受檢率是不是也一併納入修訂？之前的會議只有腹膜透析要修訂，大家同不同意血液透析同步修訂？好，如果同意的話，今天就在這裡確認好不好？社保司也在場，不要再給我們退件了。

### **郭代表咏臻**

想再釐清第一案的追蹤辦理事項序號 1，不知道現在進度是要請台灣醫院協會、中華民國醫師公會全聯會表示意見才要做彙整，然後會再把這些意見請腎臟醫學會看看有沒有意見後，再給各分區業務組？這些都是在進行中嗎？如鄭代表所提案例，

目前還是有繼續核刪之情事，進度部分是否可以再掌握一下？

### **醫審及藥材組 張科長如薰**

有關這部分，今年5月11日的時候，針對審查費的部分已經有函釋的公文，第一案辦理情形所提到的是，因為這幾次會議裡面，與會代表都希望在範圍做些明定，那這部分必須要能明訂於支付標準上，讓後面審查可以依循。之前腎臟醫學會也有提供一些相關意見，本組整理之後在8月2號發函給腎臟醫學會、醫協還有全聯會，請這幾個單位針對需要明列或排除條件及包裹給付的項目提供意見給本署，作為後續支付標準修訂的調整跟研議。8月2號發函後，目前三個單位都還沒有回覆。本組進度上會再掌握。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

我想這個事情拖太久了，麻煩醫審及藥材組進度快一點，收到資料就開始辦理，之後再進行討論，這項就繼續列管。報告事項第一案就討論到這裡，接下來第二案。

### **陳代表金順（代理盧代表國城）**

主席，就是誤傳的審核機制可不可以提供給我們？當初知道這件事情的時候，我一直在問如果有錯誤要怎麼糾正？

### **主席 蔡副署長淑鈴**

醫管組在VPN收集資料這部分有沒有更正機制？

### **醫務管理組 劉專委林義**

有，其實每季將數據上傳至本署VPN，本署都有規範一定的上傳及更正時間，並且VPN畫面有文字提醒，但假如等到費用結算完畢後，還要更正的話還是可以更正，只是就要檢具書面證明資料提出申請。

### **陳代表金順（代理盧代表國城）**

相關的流程都請給我們知道。第二個事情是，我有特別提到本會的通訊委員會很希望能夠跟署溝通，因為我也不是電腦專家，電腦邏輯我很難去幫忙校正，那邏輯已經開始被使用，使用以後第一線USER已經有給意見，我們也收集意見想跟署溝通，也希望能夠找到一些有經驗、可以糾正電腦語言的人來跟你們做溝通，我們協會也有人願意去做這種事情，希望主席能讓他們有機會可以溝通，謝謝。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

醫務管理組有溝通管道嗎？

### **醫務管理組 李組長純馥**

先前分區的經驗是民眾去健康存摺查詢的時候發現，有些報告不是他原先有做的，或是他覺得根本沒有做這個項目，所以是民眾主動覺得這個東西要做調整，那時候我們有去跟院所確定，三方都核對完，才更正原來健康存摺裡面的資料。至於檢查



檢驗數值上傳，我們是尊重院所本身上傳的結果，上傳後我們不會主動更改，那院所覺得上傳資料有誤，當然可以主張抽換該筆資料，可是我怎麼知道你是傳錯的？而且上傳檢驗檢查值有列入獎勵金核發，是有結算的機制，如果已過結算才補上傳數據我們也不會重新結算，這中間有很多環節不全然是本署可以掌握的，所以如果針對事後才發現資料庫有異常值，要去更改數值，曾經有個經驗是要院所檢具檢驗報告，透過審查後才能夠確認是否誤植，基本上這是非常耗工的，建議還是要提醒院所上傳的當下，要很清楚上傳的資料是什麼樣子，並且上傳後要逐筆核對，因為本署尊重院所透過 VPN 平台上傳的數值資料。

### **曾代表志龍**

我想剛剛李代表可能有些誤會，我們要求的是署這方面能夠提供某個管道或是窗口，如果我們覺得跟現場掌握的資料有異，我們還可以回去追溯，因為當公布這些統計報告的時候，通常都是一年半以後的事情，當我接到訊息的時候都已經過一年多，那你給我一張報告說個案是 B 肝轉陽，可是我手上的資料是沒有的，所以我必須把這個病人以前的檢驗報告全部調出來，發現彼此紀錄是不符合的，那要怎麼申訴？我不是為了錢，而是要確認為什麼資料會不一樣，當然申訴會檢附資料，那誰來接受這個申訴資料？誰來審核？相信這是我們 care 的，說不定未來這些資料會公布在網路上提供洗腎病患查閱，看到院所每年 BC 肝都轉陽，人家會來就醫嗎？既然是品質指標，就是代表這個洗腎室的品質，說句比較直的，那個保留款差異不大，我想由署主動發現錯誤是不可能的，當我們發現錯誤時，有沒有機會、有沒有管道可以讓你們知道，當然院所要準備這個病人所有的資料給你們審核，問題是給你們之後，你們如何處理、如何回復我們、如果確認誤植要如何更正？

### **醫務管理組 劉專委林義**

轉陽率指標是年度指標，所以當年度每季都可以上傳與更正，所以統計當然是一年以後，院所仍需要每季上去查詢與檢查，當季有問題，上傳當月月底仍可以更正。如果當年過後要更正，當然還是可以更正，假如是在費用結算之後才發現，也還是可以改，要檢附資料給各分區業務組審核。那資料都是院所上傳的，如同曾代表所說，我們不會發現院所上傳錯誤，所以事後要更改，窗口就是各分區業務組透析窗口。

### **曾代表志龍**

還有把陽性轉陰性視為轉陽的問題，如果有就是系統性的問題。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

如果有發現這種狀況，就請提供個案本署研究是否如你所說。

**曾代表志龍**

請提供窗口，讓我們把資料提供給你們。

**主席 蔡副署長淑鈴**

分區業務組。

**曾代表志龍**

分區業務組要我們問你們。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，分區業務組現在都在現場，假定有這樣的個案，一定要受理並釐清，現在要釐清是否系統有設定錯誤，有問題一定要改，但沒有問題也要讓曾醫師知道沒有這樣的問題，這兩個個案滿重要的，請曾醫師一定要提供給我們。好，討論到這裡，接下來是第二案。

## **報告事項第二案：門診透析預算執行概況報告。**

**醫務管理組 劉專委林義**

請翻到簡報第 15 頁，這邊就是上次講的 104 個個案需要作調查，其實同時呼吸器跟住院透析 90 天以上觀察這麼多，內容大概都差不多，也發現 102 年也做過同樣調查其結果也沒有差，故建議同時呼吸器跟住院透析 90 天以上改為每年監控，不用每季。這次簡報特別去分析新透析對象的樣態，請看簡報第 17 頁新洗腎透析對象年齡別分布，及第 19 頁有無接受照護計畫照護的比例，可以讓大家討論還有沒有策略讓未參加計畫的人參加計畫，請大家再多給我們一些意見，或是有想知道透析那些數據、可能對降低透析發生率有用的討論議題都可以提供，本組就會於下次會議做呈現，以上說明。

**主席 蔡副署長淑鈴**

投影片第 14 頁跟第 15 頁的差別？

**醫務管理組 劉專委林義**

第 14 頁是截至 107 年第二季呼吸器跟住院透析 90 天以上的病人共有 131 位，第 15 頁是前次會議分析 104 位病人為何持續住院的原因。

**主席 蔡副署長淑鈴**

第二季有 131 位中僅有 11 位接受安寧，131 位也含這 104 位嗎？但第一季 48 位進入安寧，第二季只有 11 位接受安寧，這是怎麼回事？

**醫務管理組 李組長純馥**

第 15 頁投影片應該是「或」，就是有接受安寧緩和諮詢，或是有在安寧住院或安

寧共照，也就是期待至少要有一個安寧緩和諮詢的服務，讓家屬有機會去理解個案的狀況，後續或許會比較可能接受安寧或是安寧共照。這裡的命題寫得不好，不是「及」，應該是「或」，就是有接受安寧緩和或是安寧共照都會算進來，如果兩個都符合就算一個，所以人數是沒有問題的，或許應該更細緻一點，再把拆分出來，未來會再改進，謝謝。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，這報告大家有沒有意見？

**羅代表永達**

剛剛提到一直 focus 在同時呼吸器跟住院透析 90 天以上病患持續住院原因這部分，也已經做過類似調查，我呼應一年發表 1 次就夠了。第二件是有關對安寧的概念，有一個是簽署 DNR，這始終沒有列入安寧共照或安寧療護，我們也做過類似的統計，絕對超過 46.15% 有簽署 DNR。我一直問署裡，就像很多指標裡面，不論 RCW 還是相關安寧概念有無做過諮詢，不曉得為何不論部或署都沒有把簽署 DNR 列為指標？如果第 15 張的數據把簽署 DNR 納進去的話，相信會比這數字高，這是個人建議，以上。

**張代表孟源**

上次會議有些專家提到 80 歲以上病人持續洗腎或進入安寧的部分，我不曉得 80 歲或 85 歲以上持續洗腎或是給予支持性療法，在醫學研究上有無特別的幫助，剛好陳秘書長也在，他是三總腎臟科專家，不曉得可否幫忙解答。

**陳代表金順（代理盧代表國城）**

你的意思是透析對高齡病患的幫助性有多高？我個人沒有做過。這是我個人意見，不代表學會發言，因為我之前沒有針對高齡患者透析做研究，這部分一定是取決於病人的生活品質，因為我們希望病人進到安寧有兩種原因，一個是癌症的安寧，一個是生活品質的安寧。假設是癌症末期的安寧，就鼓勵病人不再有作為。假設是生活品質已到了末期，不管是高齡或非高齡，我們也鼓勵病人不要再有作為。可是假設病人是 80 歲或 85 歲，他的生活品質都還有作為的話，就我自己的醫療行為來講，我就不會馬上鼓勵他做安寧，我會再跟他或家屬建議用緩和性的透析，就是一週原要洗三次，可能他只洗兩次，大致上我的作法是這樣，跟大家報告，謝謝。

**主席 蔡副署長淑鈴**

謝謝，我前陣子有去一間區域醫院的洗腎室，裡面有兩百個病人，其中 20% 是沒有意識的，是長期透析的病人，據醫院表示，這些很多都是安養院送過來的。剛剛陳主任所提的，一個是癌症末期的病人，一個是生活品質末期的病人，但生活品質要涵蓋那些？如果已經沒有意識了，還談什麼生活品質？這些病人由安養院定期送

去洗腎室透析再接回來，簡報中分析呈現的分類還沒算到這部分，只有呼吸器跟住院透析 90 天以上，其實這類沒有意識的病人更多，但我不清楚這是這醫院個案狀況，還是很多醫院都有很多沒有意識的透析病人。我那時候也很訝異。

### **腎臟醫學會 林元灝醫師**

主席，就您剛剛的發現，我們在基層常常會碰到這樣的情況，因為有一些安養院會有系統地跟臨近的長期照護機構合作或簽合約，比如說可能附近的十家或二十家的長期照護機構，會把所有需要洗腎的病人送到那邊做長期透析。我們現在考慮是說這些病人到底有沒有存在的價值，我們當然是要先問他的家人，若他家人認為不需要就不會送去洗。或我們自己捫心自問，若是我們的家人，他有呼吸有心跳但不會回答，那你會認為他有沒有價值？對於每個家庭價值來講，是只要人存在就有價值，我想這是生命的意義，我們不用去替他決定到底該不該活著，因為我們有健保這麼好的制度來給付這樣的治療，所以這些人就活下來了，也因為這樣改變社會上很多的生態，也重新讓我們去評價生命的意義到底在那裡，我想這些事情就不是我們討論的，因為這已經牽涉到倫理的問題。我是希望在這邊討論的是我們如何好好照顧這些病人，能夠提升他們品質，甚至能夠賦歸社會，這才是我們這裡的重點，至於需不需要治療，我想應該是在別的地方來討論，以上。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

這種問題當然我們都不是腎臟科醫師，也不是專家，是沒有辦法討論，但可以提案到專家會議進行討論。其實我只是有點感慨，現在醫院透析室也須配合院內不是長期透析的病人之透析工作，比如住院病人、ICU 的病人，可是透析室裡面確實有對於 B、C 肝病人機器是分開使用的，但是對於院內透析病人 B、C 肝的處理有沒有辦法像透析室一樣分得很清楚？因為人數也不少，我不知道在座醫師，你們對於不是定期洗的，比如臨時要洗腎的住院病人或 IUC 病人，有可能也是 B、C 肝病人，有做好機器使用的分離嗎？

### **陳代表金順（代理盧代表國城）**

這個議題在學會跟醫院是有討論過，因為這種情況當下是救急，所以是先救命為主，在 ICU 裡面都是獨立使用的，所以比較不會考慮到這個問題，當然每家醫院的做法可能都不太一樣，像我自己醫院若是急症的需要洗腎，我們就比較沒辦法為他們獨立設置空間，就是盡量消毒。因為這對醫院成本各方面來講都是負擔，所以目前我們做法是這樣，盡量把消毒做好，當確定病人可以活下來了，再幫病人評估。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

我們追蹤這些長期透析的病人，其實超越這裡範圍內的，要靠各位醫師幫病人做把關。

## 王代表秀貞（代理謝代表武吉）

各位代表好，剛好衛福部今天有開會，因為病人權利法案已經通過，或許未來病人權利法案通過實際實施之後會不會大幅地降低我們所討論的問題也不一定。

對於住院病人這段，其實醫院在做感控部分當然會去做一些處理，到底有多少的透析病人產生 B、C 肝，我覺得反而可以從 B、C 肝這邊的資料個案來分析組成情況，有需要的話，再像主席講的提到專家小組裡做討論。

但是對於這次醫療費用的報告，我們有幾點的意見想提出來，確實整個透析的成長情形到底原因如何，我們已經談過很多，可是從這書面資料來看的話，第 12 頁服務價量比較表，可以明顯看到，過去我們一直在談南區跟高屏部分，透析的病人成長比較多，可是 107 年第二季的數據上看到，不論人數、件數、點數、每次就醫的點數或每人就醫的點數，目前成長的絕對數量比較高的都是在台北跟北區，為何會有這樣的轉移，我們希望說要有檢討，去了解到底是這兩區域目前是有供給面的變化，還是什麼原因？

我們一直覺得門診透析支付點數太低，點值不斷下降，但 107 年第 2 季透析院所數、病床數卻又增加，這次增加了 561 床，這是因為需求面的影響，還是支付面的影響，或什麼原因，這幾個問題提出來。

## 主席 蔡副署長淑鈴

點值低但床數卻是增加。

## 腎臟醫學會 林元灝醫師

主席，容我插個話，我想王小姐本身在透析界也是很久了，我是覺得這問題應該很清楚，是因為病人增加了，當然床數增加，因為有健保給付這樣的政策，所以讓這些病人都活下來了。等於說純粹是因為需求面的增加，但實際上，並不是說因為給付少就不會增加，一樣是需要洗，一樣需要活命，所以一樣會有地方幫他洗腎。比如說有一年我聽到一位健保會委員講的可笑的話，他講以價制量，把點值降到最低，成長就會變成 0，各位相信嗎？當然不可能，因為這是需求面跟供給面的問題，因為病人需要洗腎、需要活命，所以醫療機構就必須提供這樣的設備跟治療，至於健保署能夠提供多少經費，這當然是國家本身財政的問題，但是我們也希望健保署能夠給予我們足夠的經費，能夠在好的品質下照顧這些病人，這才是我們衷心需要的。請各位千萬不要懷疑，我們不是為了增加收入來增加洗腎的病人，不可能，我們不會讓不需要洗腎的人來洗，賺取健保費用。甚至有需要洗腎的病人應該洗三次，他自己降成洗兩次，我們常碰到這樣的病人。這是供需的問題，絕對不是價量的問題，以上，謝謝。

## 王代表秀貞（代理謝代表武吉）

我想還是稍微回應一下林秘書長，對於剛剛林秘書長提到的部分，覺得非常可惜，聽到的回應不是針對需求面增加的說明，應該以正面態度來思考!!

我只是提出來就教，確實目前狀況容易讓外界有這樣（點值低但床數卻仍成長）的誤解，即將又要總額協商大家對於成長率都是很關注的，我們自己內部應該要來先對外面可能會提出來的問題，先有具體說明，而不是只有去講絕對不會去創造病人，我們當然知道每個醫師都是很有良心的，可是面對外界質疑的時候，要怎麼樣來回應，我覺得這才是重點。

第一，因為我們的需求面成長在哪裡，我本來以為我們可以聽到更多是我們的需求面的成長是在哪裡，我們照顧的病人延緩了他的壽命，所以怎麼樣怎麼樣，本來很期待是可能會聽到是這樣子的回應，但我覺得剛剛那樣的回應，到總額協商場合去提的話，可能大多數的委員都會很難接受，但是我們仍必須要去面對，確實會有這樣子的質疑；另外，剛剛還有第二個問題是，針對成長情況，目前已經開始有往臺北、北區這端呈現，這部分我們也希望署稍後回應，謝謝。

## 李代表永振

我首先回應王代表，贊成她的看法，因為剛才追蹤事項的時候，提到國健署負責預防，那健保署負責治療，國健署就提供這份資料給我們，但現在數據看出來就是床位增加、病患增加，所以王代表提到的外界質疑，點值低但是病床一直增加，秘書長講說沒辦法，病人就越來越多，這個講不清楚，但是整個應該串在一起，健保會也有請相關單位，包括國健署、疾管署來報告，在健保會提出來說明，既然都做得那麼好，照理講醫療資源的應用應該是越來越好，但為什麼每年都4、5%在成長？所以沒有辦法解決掉外界質疑，尤其將來如果要調整保費的時候，一定會又是另一個高峰，外界質疑一定會高，這是第一點。第二點要感謝健保署，因為上次提到這個議題的時候，有整理出來今天的資料，我本來看到今天的資料裡，當然有收穫，總是比以前那個表好，稍微有再增加，不過我昨天在看的時候覺得蠻可惜的，並沒有做深入分析檢討，因為你沒有做深入的分析檢討，你就不知道問題在那裡，就沒有辦法去改善，說不定當時的想法是說，怎麼改善沒用，就是要醫療他，那醫療資源要怎麼善用就永遠無解，就擺在那邊，所以很感謝。坦白講，秘書長提到說大家在執行醫療行為的時候都希望病患能夠回到正常、回到日常生活，但是剛才副署長也提到，看到的就不是這樣，剛才代表也提到過80歲以上病患，這些問題各角度大家來共同集思廣益，怎麼樣解決問題，當然不是我們這邊能決定，但至少健保署如果根據這些建議進行資料分析，後續有具體意見或事實，那再提供給可以決定的人參考，不然永遠在那邊講半天也沒有資料，那剛才也提到說有些安養院會定期把病

人送去透析，我有跟郭代表提到，安養院那邊的家屬不用付錢，是健保付，副署長也提到很多又是沒有知覺的病人，還不一定使用呼吸器的，那這樣使用整個醫療資源好嗎？這是我一直思考的問題，如果像這類病人沒有辦法像秘書長說的再正常回到生活裡面，我不敢說這是醫療資源浪費，但是事實上各位心知肚明，應該要怎麼解決，如果將來要調整保費的時候，付費者應該也會比較願意接受，大概是這個用意，謝謝。

### 主席 蔡副署長淑鈴

好，各位還有沒有其他意見？

### 鄭代表集鴻

我想回復李代表的看法，也很認同，也是跟主席想法一樣，就是一個沒有意識的病人一直幫他洗腎，真的意義不大，我個人認為，不代表基層立場，我認為其實健保有直接的做法，就是治療審查規範，也就是臥床沒有意識的病人，直接規範讓他洗兩次就好，如果審查規範這樣定其實是 ok 的，我不曉得李代表，您站在代表消費者的立場，您同意嗎？其實健保署最關切的還是民眾的反應，不曉得您同不同意這些臥床不動的病人、沒有意識的病人，本來洗三次就直接洗兩次？是不是 ok？這是第一點。第二個是如果真的要降低次數，大家都會說要問家屬意見，其實家屬意見還是來自於花費，因為他們都不用花費，所以當然就繼續，如果讓他們必須部分負擔治療費用，我相信也可以減少很多，但這個也要問李代表，您同意這樣做嗎？就是提高部分負擔洗腎費用。

### 李代表永振

我要直接回應，個人的立場是同意，但是在健保會提出來的時候，我記得副署長也提到過，因為法令的規定問題，有困難，那在上個月的例會裡面，健保署有提出來，我在這邊轉述一下，就是罕病跟血友病還有愛滋病，因為在上上個月是講到愛滋病現在健保開始給付，所以委員就很關心，愛滋病將來會變怎樣，一開始的時候第一年我記得是 36 億，也就是愛滋病第 3 年開始就健保給付，但是到 108 年就漲到變 43 億，將來會變成怎樣不知道，所以當時就建議說血友病跟罕病是不是可以檢討之後對愛滋病看怎麼樣來做預防，不要讓他長得很大以後才要下手拯救，有點難啦，那為什麼說長大以後，因為罕病提出來這個數字我第一次看到都嚇一跳，我不曉得各位會不會司空見慣，罕病前 20 名，每一個人一年都花 2,200 萬以上，健保署有努力，所以現在血友病有改善，前 20 名總額本來大概是一年 7.5 億左右，現在降到大概 6.9 億，但是第 20 名也 1,800 萬以上，第 1 名大概 6,000 多萬，講這些數據我不曉得你們感受是怎樣？我的感受是第一次看到都很 shock，因為 102 年跟 103 年

當時健保署提資料出來，是強調有改善的，所以當時第 1 名，102 年花 8,000 多萬，第 2 年降到 6,000 多萬，兩年加起來 1 億 5,200 多萬，一個人花這麼多的健保資源，健保署沒辦法，法律規定不依不行，他的藥太貴，那這一位在 103 年他是第 2 名，102 年是第 1 名，103 年是第 2 名，所以 103 年第 1 名也是 7,000 多萬，現在有 down 下來，大概到 106 年第 1 名 6,000 多萬，不到 7,000 萬，有改善，那我們是期待說像這種情況，如果有關心、有去瞭解，應該可以減少，對不對？我上次還開玩笑說，如果這樣那第 1 名省下來的費用，說不定 1,000 萬，1,000 萬在總額協商會議就討論半天，大家都在笑，就討論半天，但是法令規定又不能不給他醫療，我也不曉得怎麼辦，所以剛才代表問說我的看法，我是同意，但是因為法令的關係，同意也沒有用，所以我才講到說，如果像這樣可以再進一步剖析資料，把它形成一個問題，看怎麼樣去解決，不是只有統計資料出來大家看一看而已，就像我在看罕病跟看血友病這樣子資料看一看，這樣將來在跟人家聊天的時候就講一講，只能這樣，好像也用不著力，大概我自己的感受是這樣啦，也藉這個機會給大家做個參考，謝謝。

#### **主席 蔡副署長淑鈴**

還有沒有意見？好，如果沒有的話，剛剛鄭醫師的建議，我想還是請學會回去研議，因為我們不知道無意識的病人透析到底應該要幾次，這太專業了，沒有辦法回答，但是鄭醫師有這個建議，可能要透過學會研究，給我們一些專業建議。那到這裡大家有沒有其他意見？沒有，進到下一案。

#### **王代表秀貞（代理謝代表武吉）**

關於台北區及北區的成長分析，如李永振委員所談不該僅是報告，其實我覺得我們缺乏深入地去瞭解分析這些報告數據，或許從分析過程，我們可以有更多方法可以去應對，是否請健保署幫忙。

#### **主席 蔡副署長淑鈴**

其實要再細分析的東西還不少，王代表提到是臺北區跟北區最近的病人數成長比較多，值得去瞭解新增病人的情況，因為第 43 頁新透析病人沒有分區別維度，其實病人數增加也有可能是死亡率下降，也有可能是新病人增加，這個部分是值得再探討。

#### **羅代表永達**

以後呼吸器合併住院透析這部分還要每季做估計嗎？

#### **主席 蔡副署長淑鈴**

一年追蹤一次好嗎？



## 羅代表永達

好，一年。另外剛剛有提到，關於第二案列入安寧的其中一個 performance，是不是可以考慮？

## 主席 蔡副署長淑鈴

好，請醫務管理組再補充說明。

## 醫務管理組 李組長純馥

本組有的資料是有去做 DNR 註記的，也就是說有透過程序去註記的，可是我知道有些 DNR 是病人病情後來在那個關鍵 moment 簽署了，可是沒有註記，或是這個程序有很多情況，不過很謝謝代表建議把這個列入 factor，如果下次再有這個命題的時候，可以多一個有沒有簽署 DNR 的欄位。

## 羅代表永達

這個就是病人不會去註記，因為註記需要有很多醫院的東西，他不像 sign DNR 這麼方便啦，但是他願意 sign DNR 就表示他已經受過安寧的諮詢服務，不然他絕對不會 sign DNR。

## 主席 蔡副署長淑鈴

好，所以第 15 張投影片還可以再細分有無接受諮詢但是沒有做任何決定，好，表示他已經有得到 message，第二個就是有無 sign DNR，第三個是真正進入安寧，如果這些都可以釐清的話，就比較能理解，這些都還是針對併用呼吸器的病人，但是沒有併用呼吸器卻沒有意識這一部分我們沒有這個資料，所以也不知道情況。

## 陳代表金順（代理盧代表國城）

剛剛主席提到的其實這也是一個很重要的部分，的確很多療養中心，我們不曉得該不該把他當成是商業行為，其實我們應該要正視，目前統計的資料來源是非常完整的，只要多一個欄位，比如說醫師評估意識狀況，比如說 coma scale，用 coma scale 來做標準的話，這個病患是幾分，那我想多了這樣的數字，將來要說服健保署等相關單位，我們會比較有證據。目前所有疾病裡面，統計最完整的大概就是門診透析，是不是建議將來多個欄位，就是再用 coma scale 做個註記，我想這是很有意義的事情，以上。

## 主席 蔡副署長淑鈴

腎臟醫學會有沒有這個資料？

## 腎臟醫學會 林元灝醫師

腎臟醫學會在評鑑的時候大概會有這樣的資料，但是沒有 coma scale 這麼精準的數字，主要是會詢問院所裡面病人的狀況。

**主席 蔡副署長淑鈴**

詢問的結果大概會有多少比例？

**腎臟醫學會 林元灝醫師**

我可能要統計一下才會有比例出來。

**主席 蔡副署長淑鈴**

現在沒有。

**腎臟醫學會 林元灝醫師**

對，現在沒辦法。

**鄭代表集鴻**

現在每季上傳到署的資料沒有列入這項，但我們可以把牠列入。

**主席 蔡副署長淑鈴**

大家覺得要不要增加這一項？

**鄭代表集鴻**

Ok。

**主席 蔡副署長淑鈴**

可以，很好啊。

**腎臟醫學會 林元灝醫師**

這跟給付會有關係嗎？

**主席 蔡副署長淑鈴**

沒有關係，現在沒有，只是蒐集。

**腎臟醫學會 林元灝醫師**

如果說署有這樣的關心我覺得是理當配合。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，那我們應該盡快納入，後續就由院所上傳病人的意識狀態，這樣有問題嗎？

**張代表孟源**

coma scale 就我的淺見是外傷吧？應該用 ADL 或 IADL 量表，或者巴氏量表證明？

**主席 蔡副署長淑鈴**

我們不需要花時間在這個會議討論，是請腎臟醫學會提供建議，好不好？有關病人的意識狀態如果要透過所有的透析醫師提供的話，用什麼樣的判斷數據會比較好？今天有兩個問題給腎臟醫學會。

**陳代表金順（代理盧代表國城）**

全部都帶回去研議。

**主席 蔡副署長淑鈴**

要給我們專業建議，好不好？

**陳代表金順（代理盧代表國城）**

現場的委員大概都有同樣的共識，我會帶回去。

**王代表秀貞（代理謝代表武吉）**

稍微補充一下，最近有發生好幾個藥品質量有問題，報導說有致癌之類的，其實我覺得藥害是不是也會影響整個透析總額成長的情況？剛剛李代表特別有提到，在健保會裡面對於整體健保費用的運作，除了跟國健署有關，TFDA、疾管署都是有連動的，特別是 TFDA，我覺得藥用跟洗腎的關係是不是可以再拜託腎臟醫學會幫忙瞭解一下？對於這種藥物質量對於腎臟的影響，或是對於透析成長有沒有相關性。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，王代表又出了一題。

**陳代表金順（代理盧代表國城）**

這個問題再釐清一下，其實藥物對腎臟的研究很多，之前也有過幾個重要計畫，署的計畫有討論為什麼 CKD 這麼多？為什麼 CKD 惡化的這麼多？其實藥物已經被分析非常多了，這個問題是希望腎臟醫學會能夠提供在什麼樣的協助？知道藥物對腎臟的傷害嗎？

**王代表秀貞（代理謝代表武吉）**

因為最近發現多起藥物原物料的問題，而且大多數都是屬於慢性病用藥，是屬於長期服用的藥物，過去我們比較多認為類固醇對腎臟影響比較大，對於病人長期服用原物料有問題的藥物品項是否也造成腎臟的傷害，我覺得可以做一些研究，或許在協商總額成長率的時候，也可以舉證，提供給大家參考，以上。

**羅代表永達**

我本來想到臨時動議的時候要提案，因為 9 月份要協商，我們真的很需要腎臟醫學會提供很多相關資料，包括剛剛講的藥害防制，另外因為去年署提了一樣東西叫低推估，這是以往所沒有的，今年我們希望這幾個數字能不能夠不要讓我們當天才拿到數字？包括低推估、人數的增加。

**主席 蔡副署長淑鈴**

低推估應該已經知道了。

## 羅代表永達

不是，上次提出的不是全體的推估，上次是根據洗腎的部分，署提了一個推估，這個推估跟我們目前的不一樣，另外我們也希望腎臟醫學會一定要在下次開會前，把相關資料列在總額協商資料裡面，否則的話，到時候要去說服消費者代表是很困難的一件事情，今年醫院協會編了4%，可是去年跟署所提出來的版本差很多，所以醫院就從4%開始往下協商，署從2%多開始往上協商，這種談話是很困難的，所以拜託腎臟內科相關的長官、專家學者，要把類似的資料納入，否則當天的談判我想只要參加過都知道，要一毛錢都是很困難的，以上。

## 主席 蔡副署長淑鈴

好，你提到的推估，會後就可以提供。另外，今天拜託腎臟醫學會的議題好像已經有3題，第一個是鄭委員提的，80歲以上無意識的病患應該透析幾次才合適？第二個是羅委員提的，覺得無意識是還蠻重要的命題，什麼叫做無意識？如何處理的相關定義，或是要用什麼樣的量表及如何進行調查，如果有具體的結論我們即刻研議進行，第三個是王代表提的，就是最近原料藥有問題，需要評估藥害對腎臟的影響。這3題都十分重要，有勞腎臟醫學會大概一個月內提供我們專業意見，一個月內可以嗎？我們就列入會議紀錄？本會是三個月開一次，提供建議過來後我們還要研究後續如何處理及可行性。

## 陳代表金順（代理盧代表國城）

應該會盡快。

## 主席 蔡副署長淑鈴

盡快，不要到下次會議再提出來，最多一個半月要提供給本署。

## 陳代表金順（代理盧代表國城）

好，我會盡快。

## 李代表永振

剛剛王代表提到是藥物，那最近在講長蛆跟發霉的蛋是不是都有關？只是不是藥，是食物。

## 主席 蔡副署長淑鈴

食害跟藥害。

## 李代表永振

這些將來跟洗腎應該都有關！

## 陳代表金順（代理盧代表國城）

我想有些事情是屬於研究型的東西，原則上署如果沒有經費，我自己做研究做那

麼久，沒有經費，硬是叫我們學會兼差的人去做這件事情，大家會於心不忍。我們都是很努力在為這塊土地做事，但是有些時候還是要經費 support，有些事情是整理資料，我們願意支持，馬上手邊有的我們一定支持，但是像剛剛講的藥害，這些事情實際上都是要大規模的研究，我想在座應該都很理解這個事情。

**主席 蔡副署長淑鈴**

食安跟藥安。

**李代表永振**

會議是做成結論，請你負責後續努力。

**陳代表金順（代理盧代表國城）**

是，我會盡力協助。

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，學會是專業團體。我們也要拿出證據才可以講話，好，那我們就暫時討論到這裡，接下來第三案。

### **報告事項第三案：107 年第 1 季門診透析服務點值結算報告。**

**主席 蔡副署長淑鈴**

好，今年第 1 季點值結算，大家有沒有意見？

**廖代表秋燭**

洗腎的點值是所有總額中最差的，從 107 年第 1 季來看，醫院移轉到基層 4 千萬元預算，基層與去年同期比較，預算成長 4.624%，醫療費用成長 5.48%，已超過預算成長率；醫院預算成長率是 2.622%，醫療費用與去年同期比較，費用成長 2.49%，醫院總額已控制費用成長不超出預算。在座代表提到醫療費用成長是否合理，各有其立場。9 月要討論明年度預算（總額協商），基層醫療費用成長率遠高出預算成長率，健保署是管理單位，若認為是合理的，在 9 月總額協商，應幫基層多爭取預算；若認為預算成長率已足夠，則應做好管理。

透析總預算已經定案，無法改變，但我對四季預算分配有建議，健保署在上次會議卻要我請醫院協會發文，越想越不合理，因為我們都是醫院協會推薦的代表，為何要醫院協會發文才可提建議？105 年以前是日曆數做四季預算分配；105 年起以總額開辦前的醫療費用占率做四季預算分配。自 105 年起，基層預算與總額開辦前的差異不大，但醫院層級的四季結構差異很大。第 1 季的點值結算通常最低，雖然醫療費用在下半年比上半年高，但第 2 季卻是分配最高。從第 53 頁可見每季預算都是

固定比率，醫院第 1 季是 23.93%、第 2 季是 25.66%、第 3 季是 25.06%、第 4 季是 25.35%。但 106 年醫院實際結構占率第 1 季是 24.61%、第 2 季是 25.02%、第 3 季是 25.29%、第 4 季是 25.08%。此結構與總額開辦前偏離太大，建議四季預算分配要做校正，並沒有改全年預算，不懂為何要醫院協會發文？這是刁難或歧視我？從未見過在會議上如此刁難其他委員。因為是我提建議，才要我請醫院協會發文？健保署卻從未對其他代表說過這句話，因此讓我覺得很不舒服。

**主席 蔡副署長淑鈴**

請醫務管理組回應

**醫務管理組 劉專委林義**

四季預算分配會在本會上提請討論，因為是共識決，若代表提建議，是否要先在協會中有共識，再提四季預算如何分配的建議案。會上代表們有共識，本署會遵照辦理。若代表未提案，當討論四季預算分配，本署會列出目前的做法，代表們是否有意見，到時再提建議也可以。

**廖代表秋錫**

希望下次第 4 季開會時討論，你們是管理單位，有責任將四季預算分配更平均，這會影響每季點值的差異，請在下次會議報告，就以實際醫療費用與預算做報告及檢討，那種方法比較好，做為明年度預算分配的依據，我的想法已經寫好。

**醫務管理組 劉專委林義**

請廖代表提案給本組，本組會先幫代表進行試算，並在會議上呈現。

**廖代表秋錫**

我自己會算，算好才提出，平均點值的變異性才不會太大。

**主席 蔡副署長淑鈴**

代表提案給本署後，本署會進行試算評估，請各位代表看何種方案較好；若是提臨時案，就沒辦法現場計算詳估，所以還是請代表在會前先提案，代表是可以提案的，不須透過協會。

**廖代表秋錫**

上次我要提案，你們說要我請醫院協會提案。

**主席 蔡副署長淑鈴**

請廖代表寫正式提案。

**劉代表碧珠（代理楊代表五常）**

可以寫 E-mail 給健保署提案。

**主席 蔡副署長淑鈴**

可以，如果對點值沒有其他意見，確認 107 年第 1 季點值。

## 報告事項第四案：106 年『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』核發結果報告。

主席 蔡副署長淑鈴

如果沒意見就確認。

## 報告事項第五案：精準審查抽審指標篩選「腎功能異常使用 NSAID 藥量者」

### 現況分析。

主席 蔡副署長淑鈴

這是醫審及藥材組的提案報告，有無要補充說明。

醫審及藥材組 張科長如薰

這提案是篩異指標，經抽審後發現抽樣情形及審查結果如說明 3，希望在前端醫事機構能自我管理，所以提出這案例，讓專科醫學會瞭解。初步分析開立 NSAID 案例的醫師，腎臟科占 34%，內科占 26%，兩科就占 6 成。

主席 蔡副署長淑鈴

這指標是慢性腎臟病病人使用口服 NSAID 藥物日數大於等於 31 天的案件有將近 6 千件。

醫審及藥材組 張科長如薰

符合這指標件數，每季約有 5 到 6 千件。

主席 蔡副署長淑鈴

每季將近有 5958 件，有 34%是腎臟科醫師開出這些處方，請提醒腎臟科醫師對這些病患做管理，這些案件被抽審，核減率是很高。

陳代表金順（代理盧代表國城）

上週在高醫開會討論公開指標，這項指標也被討論，公開指標要讓民眾知道使用 NSAID 的情況與腎臟的關係。先釐清這項指標定義，依據什麼診斷 CKD？

醫審及藥材組 張科長如薰

資料篩選是依據申報資料。

陳代表金順（代理盧代表國城）

所以是 ICD-10。

醫審及藥材組 張科長如薰

最近參考 ICD-10 資料，更早是參考 ICD-9。

### 陳代表金順（代理盧代表國城）

所以可以釐清 ICD-10 與 ICD-9。

### 醫審及藥材組 張科長如薰

自 105 年就是參考 ICD-10 資料

### 陳代表金順（代理盧代表國城）

想釐清 CKD 參考 ICD-10 的編碼，是腎臟科醫師或其他科醫師開的碼，雖然有這個碼，但不一定是由腎臟科醫師下的，下這個碼同時使用這個藥或是擷取全部資料時，只要這個碼出現就認定是 CKD。

### 醫審及藥材組 張科長如薰

申報案件的診斷碼若出現在匡列範圍內就會將案件篩選出來。

### 主席 蔡副署長淑鈴

主、次診斷都算嗎？

### 醫審及藥材組 張科長如薰

主、次診斷都算。

### 陳代表金順（代理盧代表國城）

當次的醫療行為有下新的碼，同時開 NSAID，所以要釐清。

### 主席 蔡副署長淑鈴

將分子分母的資料提供給陳代表參考。

### 醫審及藥材組 張科長如薰

會後提供這項指標的 ICD-10 的代碼及操作型定義，請代表協助我們檢視、釐清，雖然有請教專業意見，也藉此機會釐清相關資料。

### 張代表孟源

延續秘書長提問，在提案 5，符合 CKD 的病人分子與分母到底有多少人？第 45 頁，統計 101 年至今，Early-CKD 病人有 35 萬人其中常使用口服 NSAID 藥物日數超過 31 天的有多少案件？以 Early-CKD 病人當分母，將符合使用口服 NSAID 藥物日數超過 31 天的兩者勾稽計算有多少案件？符合提案以 ICD-10 診斷碼估算 CKD 人數，以國衛院溫啟邦教授研究將近 100 萬人是 CKD，健保署資料庫 CKD 人數是否有 100 萬人嗎。這就是分母的問題，分子大約就是 5~6 千人數。

### 醫審及藥材組 張科長如薰

這項指標主要用於抽審案件，所以是篩異指標。診斷符合 ICD-10 範圍內且有開 NSAID 藥物日數超過 31 天者，將其篩檢統計件數，每季件數分布如報告，約 5 至 6 千件數，因指標未算占率，所以無分母的數字。主要是將案件篩選後送專業審查。



## 主席 蔡副署長淑鈴

請張代表看投影片第 22 頁，符合 Early-CKD 病患約 90 萬人，符合收案人數約 24 萬人，要留意符合收案或已收案人數有無吻合此項指標？要瞭解這 6 千人在何種 Stge？方便醫師提醒病患注意，若再使用 NSAID 藥物將更快速進入透析。

## 鄭代表集鴻

請教科長，這 5、6 千件 Early-CKD 病患又吃 NSAID 藥物超過 31 天？

## 醫審及藥材組 張科長如薰

對。

## 鄭代表集鴻

統計有腎臟科醫師開立占 34%，確定嗎？

## 主席 蔡副署長淑鈴

再加上內科，兩科就占 6 成。

## 鄭代表集鴻

這對腎臟科醫師是嚴重的指控，以我自身來說，不會開立超出 14 天的 NSAID。我希望可以提供名單給學會。

## 陳代表金順（代理盧代表國城）

看是那家醫院，也許診斷碼是 CKD，實際上不是 CKD，所以我在釐清此事，以腎臟科醫師訓練，我相信 9 成 9 的腎臟科醫師不會做此事。可能在門診 routine 就 code CKD 的碼。這是我擔心的，所以要釐清。

## 主席 蔡副署長淑鈴

陳代表，這已經專業審查醫師看過，有 4 成覺得不合理。

## 鄭代表集鴻

希望可以提供名單給學會。

## 主席 蔡副署長淑鈴

這指標大家都認同，照理說不該發生，可是每季又出現 Early-CKD 病患又吃 NSAID 藥物超過 31 天，這對醫師壓力很大。找出源頭加以預防、檢討。若覺得指標定義有疑問要再釐清，請如薰科長透過學會提供相關定義給陳代表協助確認。若是有意義，知道是何醫師，藉此提前提醒勿再發生。透過專審還有高的核減率，表示確實有不合理的事。釐清後，透過此平台提供訊息、提前處理，讓院所改善。也請學會提供類似指標，透過大數據分析，找到問題點加以預防或阻斷。

## 腎臟醫學會 林元灝醫師

聽到報告的數字與比例感到驚訝，以腎臟科醫師立場，對於 CKD 病患我幾乎不會開 NSAID 藥物，即便要開，也不會超過 7 天。請教醫審及藥材組，雖然申報 CKD 的

碼，其檢驗數據會顯示腎功能異常嗎？例如病人因腰痛掛號，開檢驗單檢查腎功能 BUN 與 CRETININE。就必須打與 CKD 相關的碼，因為是腰痛，開了 NSAID 藥物給他吃，也許腰痛沒好或是沒去做復健，有可能繼續吃藥。病人可能原本腎功能檢驗數據正常，但因輸入 CKD 的碼，引起你們誤會。

**主席 蔡副署長淑鈴**

專審醫師會看檢驗數值。

**張代表孟源**

站在客觀的角度，我對台灣腎臟科醫師的專業能力很有信心。有兩種可能：

1. 如主席所言，90 萬 CKD 病患有多少人使用 NSAID 藥物超過 31 天？
2. 腎臟科主診斷會開與腎臟有關診斷，就像心臟科會用 CAD、腸胃科與胃痛有關，所以會有習慣，以致造成 30% 是腎臟科醫師開出。其實全國國民都有潛在腎臟危險，研究統計使用 NSAID 藥物超過 31 天或 90 天，比較有意義。大家都知道長期使用 NSAID 藥物對腎臟不好，若民眾超過長期使用 NSAID 藥物 90 天或 180 天甚至 360 天，這些人更危險？是否要去 REVIEW。

**主席 蔡副署長淑鈴**

先不論腎功能異常，有全國使用 NSAID 指標？

**醫審及藥材組 張科長如薰**

目前沒有。

**主席 蔡副署長淑鈴**

長期使用 NSAID 藥物的病患可能腎臟會有問題。

**張代表孟源**

統計全國民眾服用 NSAID 藥物超過 180 天，要去瞭解原因，因為這些是未來潛在腎衰竭的高風險群。

**主席 蔡副署長淑鈴**

醫審收錄，追蹤服用 90 天或 180 天病患情況。

**李代表永振**

資料說明使用約 4 成不合理，在場專家不僅覺得異常，甚至感到驚訝。面對使用約 4 成不合理情況健保署未來如何執行改善。鄭代表提出具體意見，提供名單來檢討，我們放心期待有成果。不正常的問題，要有一針見血的改善作法。代表似乎對定義還有質疑，要溝通，提供正確的資訊，掌握問題所在，才能解決問題。

**主席 蔡副署長淑鈴**

李代表看法與我相同，請醫審及藥材組與學會儘早釐清定義，再對名單做改善。醫審及藥材組資料顯示 34% 是腎臟科醫師開 NSAID 藥物，要儘快提醒。張代表提醒不

是只針對腎功能異常病患，從資料庫分析全體國民服用 NSAID 止痛藥物 90 天及 180 天原因。雖然病患未到洗腎，但從前端管理是值得的。這個提案是醫審組特別提出來的一個長期監控數據，那篩異是用來抽審，專業審查是要檢附檢驗數據，核減率到 4 成是滿高的，不管是那一科開出來，都值得去探討，所以請如薰科長與陳主任會後再交換意見，請腎臟醫學會拿回去研究看看，我們也把名單整理出來簽辦，學會也可以從各種管道向醫師做全面性的改善，如果醫生都不在乎，事情就不會改善，行為改善是要靠同儕制約，醫院協會代表也應該留意，不要是只是透過專審扣錢，而沒有行為的改善。今天腎臟醫學會理事長沒有出席，請陳主任給我們一些建議，該怎麼辦我們來配合。

### 陳代表金順（代理盧代表國城）

那就 follow 副署長的結論，再跟醫審索取定義，如果確認指標內容，那我們責無旁貸。

### 主席 蔡副署長淑鈴

好，也請醫審及藥材組簽辦讓署長知道。

### 羅代表永達

目前醫院協會承辦了審查，其實如果只要是吃 NSAID 後 creatinine 數值有異常就要審查的話，例如骨科、外科，或者下背痛的患者 renal disfunction 就要審查，這個審查量非常大，所以我們現在 focus 在吃 NSAID 後出現症狀的才審查，有這樣的情況才作控管。那審查目前最大的問題就是沒有這麼充足的數據庫，如果署有數據提供給我們，就可以在審查會議上討論是否變成一項審查特別注意事項，否則我們目前無法做這樣的分析。

### 蔡代表宗昌

我看到這個數據也是嚇一跳，以前很多醫師認為 COX-2 不會傷害腎臟，事實上 COX-2 只是不傷胃，還是會傷害腎臟，所以不是腎臟科的醫師開 NSAID 中的 COX-2，我覺得是情有可原，但由腎臟科醫師開立就是不可原諒。我想釐清 NSAID 藥物的定義，通常是把 acetaminophen 的 scamol 或含這個成分的 Ultracet 不當成 NSAID，反而 aspirin 是 NSAID，它有兩種劑量，100mg 是抗血小板作用，325mg 以上是作為鎮痛解熱用途，所以是否有把 100mg aspirin 跟 scamol 排除？

### 主席 蔡副署長淑鈴

這就是定義的問題，會後就把定義公開，也跟學會討論定義是否有太寬或太嚴，都可以再修正。

### 劉代表碧珠（代理楊代表五常）

除了醫院協會有承包審查，也有品質工作小組，指標定義的部分我們也曾經跟署

聯繫過，希望能跟署一起合作，再透過同儕審查的機制，包括 coding 合不合理也是可以處理，因為我們才剛承接一年，要從大海裡面撈數據是緩不濟急的，如果能從署提供指標數據給醫院協會，讓我們一起來做這件事情，相信效果會更快。

#### **醫審及藥材組 張科長如薰**

如同主席所說，會把相關定義、診斷以及藥品類別的範圍，請學會於會後幫忙檢視，確認後達成共識，我們再整理相關名單，因名單包含醫院及基層，所以兩個總額研商議事會議都會提供。

#### **劉代表碧珠（代理楊代表五常）**

這裡是透析研商議事會議，但是我是代表醫院協會發言，所以我的意思是其他品質指標的操作型定義也一起來看，這樣各項疾病別的產品監控上才會更有效率。

#### **醫審及藥材組 曾專委玫富**

指標有分抽審指標及品質公開指標，還有品質獎勵指標，像品質公開、監測指標每年要修訂時，都會請醫院協會表示意見，包括我們要修訂的，或是協會主動提出要修的，例如上次會議也有針對品質確保方案一些指標作細部修訂，所以品質指標研訂都會請相對應的總額部門單位合作處理，審查指標應該也都會有這樣的討論機制。

#### **劉代表碧珠（代理楊代表五常）**

專委所說的品質指標有公開，操作型定義也有公開，我的意思是醫院協會在做精準審查，這部分也希望可以跟你們合作，因為你們的經驗一定比我們多，我們只是希望可以讓現有的精準審查再更精準一點，可以讓審查的品質委員會醫師與教授們看到這些指標項目，可以更容易的找出審查標的，所以希望能在抽審定義方面能跟醫院協會有多一點的合作。

#### **張代表孟源**

說到精準審查，我希望能把 aspirin bokey 排除在外，因為低劑量的 aspirin 是治療冠狀動脈疾病及預防血栓的用藥，而不是當成止痛藥。所以心臟科的醫師可能開立 bokey 開立 365 天，那就會引起外界不必要的誤解，所以一定要先定義清楚，否則數據會有很大的誤會。

#### **醫審及藥材組 張科長如薰**

醫院總額部分，其實在本署網站上都有公開相關指標，包括指標定義及排除條件，會在會後說明，有些指標是由業務組開發，可能是審查時發現異常，於是做了分析後再試著抽案件審查，這時候指標還沒有全面性，就會在分區作一些專業討論，不過抽審最終還是會回歸專業審查，如果後來達成共識，而且抽審情況沒有疑慮，就

會開發成六區共用的指標。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

這項已經是全國性指標，我想未來有專業審查的指標需要跟醫界協調，醫院協會這個平台也是可以參考的，而這些案件被抽出來也是透過專業審查，4成也是專審醫師審的結果，所以多多交流、分享大家的專業知識，讓審查更精準。

### **羅代表永達**

以往類似情況會行文給醫院協會建立專案討論，希望這次也可以行文給我們專案討論。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

好，這個案子就到這裡，後續事項還是要處理完，也透過這個平台來探討，大家也是認為這件事情是需要重視的。今天會議的五個報告案就到這裡，還有臨時提案嗎？

### **羅代表永達**

9月份要協商，在這邊表達醫院協會透析部分編列4%，我也期待署能夠支持，因為署如果立場與我們不一樣，要說服消費者就會很困難，如果有相關的數據、影響因素與論點，請一定要行文或口述的方式提供給醫院協會或醫師公會全聯會，因為這兩個單位才是實際進入協商、跟健保會的對口單位，也請署盡早提供全年數據，包括人數、件數及低推估，不要當天才知道這些資訊。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

總額協商有很多時點。

### **醫務管理組 劉專委林義**

8月份的時點，也就是下禮拜大家都要去健保會報告，到時候就會呈現委員所說的數字，包括非協商因素等資料。

### **主席 蔡副署長淑鈴**

如果有需要，我們就提前提供。還有沒有臨時動議？如果沒有，會議就開到這裡。