

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 3 次會議紀錄

時間：109 年 8 月 19 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(李組長純馥代理)

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	請假
宋代表俊明	宋俊明	楊代表五常	請假
李代表妮真	李妮真	楊代表孟儒	楊孟儒
李代表純馥	李純馥	廖代表秋燭	廖秋燭
洪代表冠予	請假	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	請假	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	顏代表大翔	許逸生代
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	張友珊、陳淑美
衛生福利部疾病管制署	黃詩淳
台灣醫院協會	黃麗如、顏正婷、曹祐豪、何宛青

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
秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院
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、邵子川、
劉勁梅、陳俐欣、楊秀文、
鄭正義

高幸蓓、許明慈、陳永田、
馮文嘉

請假

陳泰諭

陳淑華

陳懿娟

張佩萱

陳麗尼

傅明貞

陳秀玲

江春桂

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、持續列管案件：
 - (一) 序號1-80歲以上且無意識之患者適當透析處置案。
 - (二) 序號2-「腎功能異常使用NSAIDs藥量者」篩異指標管理機制。
 - (三) 序號3-C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案。
 - (四) 序號5-「腹膜透析追蹤處置費及APD的機器租金費用」回溯追扣案」。
 - (五) 序號7-門診透析專業服務品質指標監測結果。

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：109年第1季門診透析服務點值報告。

決定：依據本會議109年第2次會議決定，109年度採全年結算，本季點值(下表)供參，不辦理結算事宜。

季別	浮動點值	平均點值
109Q1	0.83985233	0.85209180

第四案

案由：108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」結算報告。

決定：洽悉。

第五案

案由：108年下半年地區醫院門診透析總額專業醫療服務品質指標，同、跨院住院率，高於參考值分區之院所分析結果。

決定：

- 一、洽悉。

- 二、有關門診透析總額專業醫療服務品質指標之同、跨院住院率同儕比較之分組依據，建議由「層級別」更為「院所規模(如總床數或收治病人數)」，請台灣腎臟醫學會提供操作型定義，以利本署研議其可行性。

第六案

案由：腎功能異常使用NSAIDs藥量者篩異指標管理機制。

決定：

- 一、有關腎功能異常NSAIDs藥物使用規範及抽審指標，請台灣腎臟醫學會就專業意見提供相關建議。
- 二、請本署研議於現行雲端查詢系統摘要區腎功能不佳提示訊息後，新增「請會診腎臟專科醫師」等文字之可行性。

肆、討論事項

第一案

提案單位：醫務管理組

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：

- 一、洽悉。
- 二、解除追蹤事項：本署主責之「鼓勵腎臟移植獎勵」。
- 三、持續追蹤案件：
 - (一)本署：
 1. 研議糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護計畫。
 2. 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NSAIDs情形，進行抽審作業。
 3. 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(如NSAIDs等具腎毒性藥物監測之指引)，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. AKI 病人照顧及藥師納入腎臟病患者照顧計畫之可行性。

伍、臨時提案：

第一案：

提案單位：台灣腎臟醫學會

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：本案因涉「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」、「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」中【C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率】指標之修訂，以及疾病管制署急性 C 型肝炎通報規定，請台灣腎臟醫學會與疾病管制署達成共識後再提會修訂。

第二案：

提案單位：羅永達代表

鄭集鴻代表

案由：建議於每年本會議第 3 次會議討論次年門診透析合理成長率之可行性。

決議：考量透析總額成長率之協商已有其依法之協商程序，爰委員所提建議，將轉相關權責單位研議可行性。

陸、與會人員發言實錄如附件。

柒、散會：下午 5 時 05 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 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(李純馥代表代理)

各位代表大家午安，抱歉，主席今天因家裡有事情請假，由我代理，因為今天好像中南部地震高鐵都延誤，有一些代表比較晚到，抱歉已經晚了 10 分鐘，對準時到的代表表達歉意，現在會議就趕快開始。上次會議紀錄在會議議程第 2 頁到第 7 頁，有沒有代表要提出修訂或是建議的部分？好，如果沒有，上次會議紀錄就確認，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(李純馥代表代理)

謝謝同仁宣讀，第 2、6、8 案確認建議解除列管，其他部分如第 8 案，視今天討論結果，後續若要再追蹤便會在本案結論裡面追蹤後續，不知道各位代表對於歷次會議決議事項的辦理情形有沒有要表達意見？是，羅院長。

羅永達代表

主席(李純馥代表代理)、各位委員大家午安，序號 2 上次腎臟醫學會所提到 NSAIDs 用藥部分，上次有邀請醫院協會跟醫師公會全聯會開過會，辦理情形是寫初步結論，就是後面還有結論嗎？還是這已經是最後結論？因為當時醫院協會提出的意見是說不需要把他形諸於文字，因為若形諸於文字，依照各醫院曾經有的方式，萬一有醫療糾紛的話，包括急性期使用到多少顆？將來在法院上的話，可能成為兩造攻防的論點，因此我們反對形諸文字。我看辦理情形中寫是初步結論，這是最後結論嗎？因為寫解除列管，請問是有結論嗎？還是這便是最後結論，所以我們才解除列管，以上。

主席(李純馥代表代理)

醫審組是否要補充一下？初步結論，因為是涉及抽審指標。

醫審及藥材組 陳永田

目前初步建議是要排除，可能要請腎臟醫學會提供一下意見。

主席(李純馥代表代理)

是不是醫審組還會再找醫界來再討論，還是先按照他們的建議先排除 N18.6(末期腎疾病)，如果有確定要接受才解除列管，否則便繼續列管。

黃尚志代表

因為這個分期、嚴重程度牽涉到腎功能 eGFR 值，這個檢驗數值無可避免一定會有，羅院長是擔心這些數值的 range 會牽扯到法院判斷嗎？

羅永達代表

不是，上次我們代表去的時候因為這個在我們醫院協會的健保共管會議提過，因為現在目前討論的是慢性病人，假設個案發生急性疼痛的時候，除了嗎啡類藥物以外，其實真的沒有什麼藥可以使用，在這樣的情況下，假設開了幾顆 NSAIDs 類的藥物，但明文規定這個東西是不對的，將來如果有事情時，會形諸於形式上，在法院判決時，就會拿出治療指引、SOP 等來引用。這樣子的情況下我們用政策宣導，還是形諸於文字，在審查意見裡面形諸文字，這是不同的嚴重度，我們希望不要形諸於文字，甚至審查標準裡面要寫出這個文字都要很慎重，因為上次楊教授也提到既使是在 grade 3 的時候也會影響，上次我印象是這樣子，如果這樣子的話任何人只要開到 eGFR 不好的情況之下，他開到任何 NSAIDs 藥物都會受影響，那就大了，其他各科有不同的考量，包括是急性期或車禍或其他情況，但沒有止痛這樣的功能，打嗎啡或 Demeraol 類藥，這個東西因為茲事體大，不是只有腎臟內科的問題，需要所有其他科別共同來參與，所以我們才提出這件事情要謹慎來處理，以上。

主席(李純馥代表代理)

確實如果直接寫進規定裡就會變成僵化的規定，應該還是要尊重醫師的專業判斷，因為臨床狀況本來就很多樣。是不是黃理事長要再說明一下？

黃尚志代表

我想就醫療上的話，我們可以修正文字，寫「不建議」或其他的文字，不要寫「嚴禁」這樣一翻兩瞪眼的文字，當時會用也是幾位委員請台灣腎臟醫學會再研議，因為太多人使用 NSAIDs，在腎功能不好的狀態變成更不好，甚至他們在研擬指標的時候，定義又不是很適當，我們才好意修正，一方面在臨床上使用的時候能

夠更適當，在不應該使用的病人能夠避免，溫和的字，不管用那個字避免使用，看看能不能減少這些病人進到末期腎臟疾病就是洗腎病人的機會，降低危險性。所以出發點是這樣子的，如果文字還有可以修正的空間我們可以繼續列管沒關係，讓大家都能夠接受，謝謝羅院長。

主席(李純馥代表代理)

請鄒院長。

朱益宏代表(鄒繼群代理)

我記得那天開會的時候，醫院協會代表是說不希望這是一個 SOP 或只是一個規範，因為其實大家提到說萬一比方說 3 天或 3 天多一點點，萬一發生醫療糾紛的時候，這個病人就拿這個規範，就可構成一件醫療糾紛的情形，所以我們希望最多是個建議，希望大家一起為腎功能不佳的病人來努力。

黃尚志代表

可以。如果建議的話，還有一些溫和的做法的話，同樣的我們在上次會議也有建議在使用指標抓監測值的時候，也必需考量這一點，否則的話這邊管的很鬆，那邊抓的很嚴的話，大家會無所適從，因為會牽涉到監控標準，到底怎麼樣的情況算是不當使用，如果有特殊狀況使用，用「不當使用」對他來說也不公平，要不然我們再開個會，再斟酌文字內容後，再請長官們指導，看看這樣 OK 嗎？

主席(李純馥代表代理)

因為目前在醫院總額跟西醫基層都是委給醫師公會跟醫院協會，針對專業審查的部分有內部共識，基本上本署皆予以尊重，若台灣腎臟醫學會要協助訂的更清楚，本署就等學會、協會間都已經確認且有共識後再解除列管，好不好？好，謝謝，還有沒有沒提到的部分，如果沒有，報告事項第 1 案序號 2 就繼續列管，其他照業務單位建議，接續報告第二案。

報告事項第二案：門診透析預算執行概況報告。

主席(李純馥代表代理)

各位代表對於剛剛報告有沒有要提問或指教的？請黃理事長。

黃尚志代表

我想大家可以看最後 1 張 slide，活體腎臟移植照護團體的獎勵費，上次評核會的時候，成效一直被很多委員質疑，去年為什麼只有 13 例，他以為活體移植只

有 13 例，不是，這是獎勵有 13 例，但獎勵 13 例我們覺得偏低，但去年做的活體移植的約有 137 例，算是蠻多的，因為去年全體移植數是 418，大愛移植是 246，其他 100 多是活體移植，活體移植應該是多的，但是為什麼拿不到獎勵呢？因為說真的健保署規定的太嚴了，稍微偏一下就不能得了，我們是有拜託說把他放寬，因為好不容易做一個活體移植要講好久好久，只要中間洗一次腎就沒有了，這樣還是失去鼓勵的結果，還是反映給署裡面知道，能不能請署裡審議的條件能夠放寬一點，給我們一個文，讓我們宣導一下，不要怕被刪，還是拿不到，現在是積極鼓勵，我相信這 1、2 年活體移植是增加的，我們告訴病人在選擇末期的 renal replacement 腎臟移植的療法，把活體移植擺在很前面，而且要花很多時間去溝通，這件麻煩署裡面在審查的時候看能不能有改變的方法，看那裡容易被刪掉的，會觸犯規則的把它放鬆一點，應該可以更鼓勵這個數目，謝謝。

主席(李純馥代表代理)

還有沒有代表要提問的？對剛剛的報告事項，如果沒有的話，請專委稍微說明一下，剛剛理事長講的我們今年有沒有做什麼改變？謝謝。

醫務管理組 劉林義專門委員

本署其實非常鼓勵活體腎臟移植，這也是我們署長重要的政策方向，所以上次在鄭守夏老師主持國衛院論壇專家小組會議也有提到這一點，理事長提的主要是 106 年新增的接受親屬活體腎臟移植的照顧獎勵費，今年又放寬了，在以前的方案是尚未取得重大傷病證明，還在 Pre-ESRD 照顧對象有接受活體腎臟移植給 6 萬點，理事長所提是說分區在執行上有些比較不一致的地方，比如說假如有去急洗的話，可能整筆扣除，這個部分會後會再跟分區討論，將有統一的規定。

黃尚志代表

拜託，懇請在審核上斟酌。

主席(李純馥代表代理)

好，謝謝理事長，還有沒有要請教或是指教的部分？洗腎大概是因應 COVID-19 疫情下無法停止的，你們真的也很辛苦，病人一直需要透析，所以整體的使用也不太像其他科別有些波動，基本上，服務量的成長會隨著病人的需求出現，透析是沒有辦法避免，一定要花費的金額；在疫情下，整體包括在照護率或是 Pre-ESRD 或是 Early-CKD 的照護，服務量的成長都是很不容易的，因為很多人就不願意出門，規定的部分也很謝謝大家給我們很多指正，我們會來做檢討，那我們

是不是就進到第三案。

報告事項第三案：109 年第 1 門診透析服務點值結算報告。

主席(李純馥代表代理)

雖然我們上次會議決定為全年結算，可是本署也同意要提供季結算報表讓各位代表參考及審閱，了解整體預算執行的狀況，第三案是依照上次的決議提供點值，若進行結算，浮動點值跟平均點值的狀況，不過今年第 1 季的浮動跟平均都會比去年同期還略低一點點，跟媒體寫說都會很高是不同的，不曉得代表們有沒有要指教？說明第 4 點執行數是 9 千多萬，執行率是多少？下次議程資料麻煩請加上執行率，代表們比較容易理解。目前看起來是預算仍充分，因為 4 億分 4 季，大概 1 季約 1 億，9 千多萬還在預算之內。

廖秋鐳代表

請教一下，今年上半年前幾個月不是會有付出 60 日核定金額嗎？所以這要等到全體結算？就要等到明年確定的時候嗎？原則上可能要還回去的機率其實也不是太大，因為平常付的時候點值就是很低。

主席(李純馥代表代理)

好，謝謝秋鐳代表，您提的那個問題也是我們等一下後面可能也會有一些討論，相關增加和撥補在透析部門我們是比較保守的，因為透析不會受疫情影響，病人仍要持續就醫，基本上就沒有比照去年同期核付，大概只有第 1 季的時候有執行，後來就沒有，所以就做了調整。是，請張院長。

張克士代表

主席抱歉，倒帶一下，看一下 Q2 的門診透析醫師數好像寫錯了(門診透析醫師數增減)。

醫務管理署 劉林義專門委員

醫師數，因為醫師會跨分區，所以總計跟各分區的加總會不一致。

張克士代表

這個增減的數字是對的嗎？

醫務管理署 劉林義專門委員

在簡報的第 9 張，我們猜測是受疫情影響，以前跨分區支援的醫師比較多，而 109 年第 2 季比較少。

主席(李純馥代表代理)

算法是同一位醫師有跨區或是跨層級，會在不同分區和不同層級各占 1 個人數，會有 double count 的情形，所以合計時不能把所有數加在一起，要先歸人，但如果有跨區或跨層級執業，當季就會算到該層級或該區，所以不能直接把各區或各層級加總，而增減會用歸人過的人數去算。

張克士代表

增減也是一樣的情形嗎？

主席(李純馥代表代理)

沒錯，增減也是類似的做法。

張克士代表

所以合計不是各區的加總？

主席(李純馥代表代理)

對。是合計的增減，非各區的。

張克士代表

所以合計不是各分區增減的總加。

主席(李純馥代表代理)

不是。感謝代表的指導，看的非常仔細。還有沒有代表需要詢問指教的？腎臟醫學會？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

目的增減可能跟每年通過的專科醫師數差不多，大概 30 到 40 位左右。

黃尚志代表

可能醫師原本在醫學中心，之後又出去開業，現在又補一批人，一年大概有 40 位左右通過專科醫師，本週日就要進行考試，將有一批新的腎臟專科醫師產生，我們就可以預測明年是不是這個數字。

主席(李純馥代表代理)

理事長最清楚，專科醫師都是由學會、理事長這邊處理，還有醫事司。謝謝。請問還有沒有代表要指教的？若沒有，進到報告事項第四案。

報告事項第四案：108 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」結算報告。

主席(李純馥代表代理)

這是每年品保款 4,500 萬編在其他預算，因為涉及指標的核算，所以會在每年的下個年度的年中會進行結算，所以議程資料的時間應該要改成 109 年 7 月 20 日過帳，議程資料有點誤植。因為本署要核算指標以及成績，因此要到隔年年中才會核發，因為署本部算完之後還要請各分區核對，流程上需要較多的作業時間，但是 routine 在執行。針對本案各位代表有沒有問題?還是有什麼事項要說明?如果沒有，本案就先確認，之後還有疑問還可以提出來再討論，接下來報告事項第五案。

報告事項第五案：108 年下半年地區醫院門診透析總額專業醫療服務品質指標，同、跨院住院率，高於參考值分區之院所分析結果。

主席(李純馥代表代理)

感謝醫審組的同仁，這個部分是上次會議紀錄中品質指標部分，在地區醫院層級中，腹膜透析的同院、跨院住院率有異常的情形，請本署再針對分區別及個別院所有異常的進行分析，本次便針對這些異常的狀況進行分析與說明，報 5-3 頁也有報表說明從 106 年到 108 年間變動的情形，包括那些醫院同院、跨院個別的住院率，還有相關的參考值，都做細緻的說明，請問各位代表有沒有要指教的部分?請羅院長。

羅永達代表

主席，我想請教一下，本案所說的異常是跟同儕值比較還是跟整體地區醫院比較?如果是的話，因為目前地區醫院的規模差異很大，有些規模像區域型規模的醫院，也還沒評鑑，或是未通過，便歸屬地區醫院層級，但因為早期地區醫院無法分成兩個層級，地區跟地區教學，但現在因為很多大型的區域醫院，規模真的不小的區域醫院到地區醫院來，這些醫院的閾值跟其他同儕的地區醫院相比，事實上是不合理的，我們建議是否以 150 床或 200 床以上作為基準，請台灣腎臟醫學會在做同儕比較的時候，似乎應該是用規模而非層級來做比較，目前很多都是用規模來做比較的，否則將來這樣的情形會越來越嚴重，除非醫事司修法，什麼樣的層級叫什麼醫院，否則目前依照評鑑或設置標準的規定，只要那家醫院不申請區域級以上評鑑便稱地區醫院，將來若長庚醫院不評醫學中心或區域醫院，它也被歸在地區醫院，這樣會把所有的閾值、同儕的比較值都弄亂掉，所以我們建議，

依照現在腎臟醫學會擬定的監控指標並不涉及法律的問題，所以在進行分析的時候，是否應該採規模來做比較。以上。

主席(李純馥代表代理)

好的，還有沒有建議？

黃尚志代表

建議可以不要用層級，可以使用病人數。剛剛看了一下，這些醫院病人數大概都在 100 人以下，我們如果在 30 人以下的算是很少，是否我們使用病人數去分群，就可以看出差異處。同樣的，如前面在討論腹膜透析時，有些分母為 0 的，看起來有些院所很多年都是 0，表示沒有收案，便讓人想這家院所還要認定為是腹膜透析合格的診所或院所嗎？很多年沒有病人表示無提供服務。目前我們最無奈的是那些有多重疾病的個案要常常手術住院，但若要排除的話過程非常複雜，我記得以前盧國城擔任理事長的時候為了排除，是非透析亦或非內科，討論了很久但仍然沒有結論，後來因為實在難以排除，只好把閾值拉高一點，因為裡面可能有非透析的個案，但這裡有提到腹膜透析植管住院，這是必須住院，但為何會被納入分析？我在想可能是因為個案申請重大傷病卡之後被認定為透析個案太早了一點，這可能跟個案的 start point 有關係，在這開始之後有住院了，或是住院植管以後才申報，如此便可能被認定進去，但這是必要的。反而以我們高醫來說，先植管，過了一陣子之後，經過一段時間腎功能仍不好才開始透析，從後面這個時間點才開始算是腹膜透析的病人，以這種情形便不會納入分析的資料中，但因為各院所作業方式的差異，若對於內容差異有意見的話都可以提出來，但相信占率應該不會太高，1 人大概最多 1 次而已，有些人是 0 次，所以這種狀況若下次要公平起見，可以用照護人數去做分群便可以看出是否照護人數少的，只要一有零星個案則住院率就飆高。

主席(李純馥代表代理)

好的，請問還有沒有代表要指教的？是否我們請醫審及藥材組針對剛剛理事長的建議或提問進行回應？

醫審及藥材組 高幸蓓專門委員

謝謝理事長提供的意見，這個部分我們會列入參考，不過我們想要再請教的是，如果要用規模來做計算，是要以病床數較好，還是照護人數較好。

黃尚志代表

建議用人數。

醫審及藥材組 高幸蓓專門委員

若上個月是 100 人，次月為 99 人，這樣可能會有技術上的困擾，是否會後再給我們一些指導?謝謝。

宋俊明代表

除此之外，目前討論的指標是要跟各層級 total 住院率一起比較的，這樣才會更有意思，但上述其實是與前面兩位前輩所述意見不同，但或許這樣的比較更能看出一些端倪，total 住院率為多少?這樣更能反應問題。有些醫院都不斷進行轉院，某些都收在自己醫院，這樣比較好像也並非妥當，這樣的話，總住院率是否也應該納進來一起看，各位代表會看的更清楚，那些住院率高的跟同儕做比較，更能看出一些不同。

主席(李純馥代表代理)

謝謝宋代表的建議。其實當時會讓數值看起來比較高是因為有參考值，此參考值為過去幾年此層級的經驗值，也會去訂一個閾值，如 P80 或 P95 或相關的閾值等等，去畫當季的參考線，所以在報 5-3 就有分析各家醫院的時候，便會將參考值也一併 show 出來，如 106 年上半年同院住院率參考值為 9.57，也可以看到該醫院當季數值跟參考值進行比較，如亞大較參考值高很多，輔大也較高但各季略有消長，所以都將較高的列出來讓各位代表參考;另外跨院的部分約 15.2 到 15.8 之間，會比同院更高，因為個案的確比較容易跨院住院。剛剛理事長也像大家說明的確很困難，但也幫大家解套了，是否要用病人數，但病人數是浮動的，所以要如何歸類變得有點困難，所以是要採用去年整年平均每月的人數來分類，分析該院所今年落在那個分群去做比較，還是要用當季或前一季做比較的依據，這便是在定義上需要留意的，定義要很清楚，否則資料變會很怪。另外針對剛剛黃理事長說腹膜透析起始點的計算，醫審組是否有要補充一下當時在計算時的邏輯?因為當時有提到說前面有可能先住院，把植管的時間也納入，但剛剛理事長的意思是植管時間沒有納入?

醫審及藥材組 馮文嘉專員

依照我們指標的定義，病人必須符合慢性透析病人的定義，其定義為連續 3 個月有申報 05 案件的病人才納入計算。

主席(李純馥代表代理)

因為我們資料庫已經有限制，所以我們只能看病人是否有長期在申報腹膜透析，才會認定為長期腹膜透析個案，再看這些病人住院的情形，所以前面討論的起始點並沒有這麼重要、這麼 rigid。

黃尚志代表

因為影響不大。

主席(李純馥代表代理)

請李副院長。

秀傳醫院 李文欽副院長

有一些醫療院所現在在第一次植管的時候，住院就直接植腹膜透析管，像中區確實有一些院所是如此，但會不會受影響？就剛剛的報告說要連續 3 個月？

黃尚志代表

但這要如何界定？但不論如何去排除，這些個案不是透析前就植管，就像做血管先做好，但透析從那個點開始？但剛剛的定義又說是 3 個月，依照這樣的邏輯應該是不會將這些納入，但分析的結果卻和院所的說明似有衝突，因為是有連續 3 個月透析紀錄納入，但又說植管，表示前面三個月是插管子做腹膜透析，這的確比較奇怪一點，邏輯上比較說不過去，但要一致就好。

主席(李純馥代表代理)

其實今天討論報 5-2 的第三點說明，非因透析治療住院的共病，本署將主要的 5 個診斷任一有透析的都納入因透析而住院，但他們的問題可能是反過來，主診斷並非透析，所以代表們會認為這樣的計算方式會高估了一些住院情形，所以可能可以請台灣腎臟醫學會於會後提供一些認定上的建議，是否要再 focus 在透析相關的診斷來住院的，還是要主次診斷等等的條件？

黃尚志代表

例如有個個案骨折住院，但這個個案是長期透析的個案，就會被納入；但如果不寫入診斷卻又無法申報，或是一些其他的因素，整個的情況非常複雜。

主席(李純馥代表代理)

好的，本案各位也充分討論各自理解彼此的論點以及定義，指標的用意是在觀察醫療行為的品質有沒有改善或努力的空間，當然統計分析上、認定上仍有一些可以滾動式檢討的部分，本案是否就先洽悉，會上大家提出來對指標的建議，或是操作型定義是否要做一些調整，就請台灣腎臟醫學會提供給我們醫審組再來做

相關指標分析的調整，是不是可以這樣，理事長?可以。繼續報告事項第六案。

報告事項第六案：腎功能異常使用 NSAIDs 藥量者篩異指標管理機制。

主席(李純馥代表代理)

醫審組的長官是否有要補充的?

醫審及藥材組 張如薰科長

有關台灣腎臟醫學會建議排除 N18.6，因為大家從資料上看到，我們是區分為透析前及透析後分別的件數統計，而 N18.6 的診斷是歸在透析後的診斷，因此接下來的季別，我們將先針對透析前的個案做輔導，透析後的案件先不予提供，不過還是要請台灣腎臟醫學會幫忙進行輔導，另外，在跟署長面報本案時，署長也提到建議希望能與專業做更大的連結，用 NSAIDs 天數並非在臨床上最直接的用藥依據，是否能跟剛剛提到的與像 eGFR 檢驗值做更好的連結，現在受限於上傳資料不夠，接下來我們希望台灣腎臟醫學會能夠多做一些宣導，如果有相關的檢驗檢查結果，是否還是要上傳到署的資料庫，以便這些數據能夠能有更好的連結給學會參考，以上。

主席(李純馥代表代理)

本案是 NSAIDs 篩異指標的管理機制，這個指標從 107 年 10 月開始，也感謝台灣腎臟醫學會一直提供很寶貴的意見，因為要減少國人透析的發生，其實大家都非常努力，同時我們也透過本署的 VPN 系統來提供提示訊息給院所，黃理事長要補充?

黃尚志代表

現在 show 給我們的資料是還含有 N18.6 的資料嗎?

醫審及藥材組 張如薰科長

現在在報告頁數 6-3 及 6-4 中，已經有區分透析前及透析後案件，而 N18.6 匡列於透析後之案件計算，因此透析前案件是沒有含 N18.6 案件，因為當初設計時已經將其分開分析。

黃尚志代表

理論上 N18.6 的案件應該被排除掉，因為不應該還有這麼多，這是要努力的地方。

醫審及藥材組 張如薰科長

你是說透析前的部分，透析前沒有 N18.6。。

黃尚志代表

那透析後的。

醫審及藥材組 張如薰科長

透析後才有。

黃尚志代表

透析後是下面那個圖嗎？

醫審及藥材組 張如薰科長

在報 6-4 頁上面的圖，以件數來說，我們先講整體性，109Q2 透析前部分是有稍微下降，從 3 千多件下降到 3 千 4 百多件，這是不含 N18.6 的，下面這張圖是針對腎臟科醫師或有受過相關專業訓練的醫師，透析前件數從 588 下降到 551，這是件數下降幅度比較多的。

黃尚志代表

我們的利益就是希望減少進入透析的，院長們是預設希望不要造成太多的困擾，我們再綜整各方的意見，指標我們再做比較完整適切的建議後提供給健保署。

主席(李純馥代表代理)

請宋代表。

宋俊明代表

剛剛醫審組所提，我記得當初做這個提示時，有要抓最後一次的 eGFR 值，所以剛剛所提，也是署長建議，初步要把這些連在一起，除了拜託學會這邊多多上傳外，如何使大家資料上傳後醫審組這邊如何去 regulation，讓大家有上傳才會得到給付，這應該是比較好的方式，腎臟學會只能請大家多多上傳，這樣效果可能比較差，倒是每次要去抓 eGFR 檢驗值，或是跑資料會不會造成困擾，以前我們是建議用這個，不適用 N18 幾來看，因為會浮動，因為我們在提醒那邊當初是要抓最後一次，或是半年內的資料，如果抓不到半年內資料就抓最後一次最近的一次，這個應該是可行的。

主席(李純馥代表代理)

好。請張代表。

張孟源代表

其實關於 NSAIDs 使用，我們在 7 月 25 日奉健保署指示，開 NSAIDs 藥品使用

研討會議，會議中討論很多意見，今天在擬辦關於超過一個月會加強審查部分，當時除了醫院協會代表、基層代表，我們理事長也親自主持會議，討論到目前健保署不是只有加強抽審，關於 CKD 病人他會有一些主動提示的功能，我們是希望在開藥前就一個提示，免得說不小心、或是其他科醫師也沒有注意到這個問題，直接開下去，最後就加強抽審，這是醫界也不樂意見到的情況，所以提示的功能，除了病人 CKD、腎功能的狀況，我們是希望還加強一點，就是假如 CKD 或 eGFR 小於 45 到 Pre-ESRD 的情況，除了建議避免使用 NSAIDs 使用以外，可以建議他考慮會診或轉診腎臟科，讓腎臟科醫師也能評估，假如有做這個動作，病人自我的教育就會非常有效，因為病人硬要讓他吃這個藥，醫師也不容易拒絕，像是骨科、免疫風濕科他也很難以拒絕，假如有這個動作，你還是請腎臟科醫師看一下的話，病人就會自動減少使用 NSAIDs，這是我們當時的討論。我們是希望，醫師的轉診、我們知道跨院所有轉診，我們當時也是希望醫師的轉診、會診是專業的，尤其在目前洗腎、尿毒患者這麼多的情況下，是否可以考慮即時是同院所醫師的平行轉診，我們也加一個碼，我們目前的碼是不管上轉下轉，01018、01016、是不是再加一個 01019C，就是其他科別轉給腎臟科，但是我們條件會比較嚴格限制，比較嚴重的腎臟病，到了 CKD stage 3d 以上病人或是他有蛋白尿很高，UPCR 大於 1,000 病人，我們是希望給病人這樣一個機會，除了看其他科醫師，也能看腎臟科，以上。

主席(李純馥代表代理)

好，謝謝，還有代表要提問嗎？請如薰科長回應剛剛宋教授的建議。

醫審及藥材組 張如薰科長

剛剛宋教授所提，其實我們現在已經有再做一些提示，提示的資料是有上傳資料的，我們擷取最近 6 個月的 data，署長是希望跟專業做更大的結合是在於後端在做這指標部分，不只是用天數概念來做這個定義，也可以把這個指標項目的值也一起納入考量，所以如果的話，是不是鼓勵大家上傳，鼓勵上傳之後就可以做這樣一個整體性篩異的機制，是不是有提到就不只是鼓勵，因為現在就是一個獎勵措施，如果大家有上傳有獎勵機制在運作，這是針對宋教授這邊的回應。另外剛剛張代表提到，請專委說明。

醫審及藥材組 高幸蓓專門委員

我們現在的提示是說 eGFR 小於 45 就會跳提示，您剛剛提到其他科看到這樣的

提示，請他建議轉腎臟科，想請教您在醫療的經驗上，如果病人有 eGFR 跑出來表示他已經驗過 Creatine，他在別科不看腎臟科，卻有 eGFR 這樣的機率會不會很高，如果很高的話，您的建議就會很有價值。如果情形是相反，他在腎臟科已經看過了，所以才會有這個數據跑出來，他有可能因為其他病情看其他科，這種情形提示跳出來，再建議他回轉腎臟科會不會有重複的情形。

張孟源代表

其實這應該分兩個層面來看，目前在醫院或基層的檢驗來看，只要算肌酸酐就自動會幫你算 EGFR，這已經是相當普遍，在國健署 40 歲以上的成人健檢，他都會有一個 eGFR 報告，會檢驗 eGFR 報告的來源很多，如果國健署和健保署能夠結合在一起，就能找到更多潛在早期。第二個理由是目前 Pre-ESRD 計畫，有些病人就直接進入到洗腎透析，有 60% 到 Pre-ESRD 計畫，他根本一點點機會都沒有，他在比較嚴重重症的時候，都沒有接受任何預防性或早期性的治療，假如這個提示就是 EGFR 小於 45 的時候，除了提示他少用 NSAIDs，也去提示他早點去會診腎臟科，我相信也是給病人一個機會，挽救他不要進入洗腎，也會讓 Pre-ESRD 計畫收案的比例會提高。

主席(李純馥代表代理)

好，謝謝，這個建議我們會收納，現在 Early-CKD 本來就有一個轉診的費用，轉診到 Pre-ESRD 的計畫，那個轉診費就沒有限縮要上轉、下轉，只要轉診到合適的院所就不受限，平轉的部分我們會再另外的會議去做更衡平的考量，醫師公會全聯會內部也有做一些討論，上次我們有討論平轉的部分要不要給付，大家也有不同的意見，這個部分我們會再收納進來。

宋俊明代表

張院長是在講沒有參加 Early-CKD 部分的人，他要如何去轉，他轉診的話不會在 Early-CKD 拿到錢，事實上我們現在是已經有給過的優惠，或許就是讓他多參加，像我們這個禮拜才在台南衛生局辦理一場，來了將近 60-70 個基層醫師，我覺得會慢慢的，加入很多計畫，事實上目前我們經營困難當中一些還算不錯的待遇，病人也可以獲得益處。

主席(李純馥代表代理)

好，謝謝，請羅代表。

羅永達代表

剛剛張孟源代表所提的，我很贊成，現在醫院有很多骨科、免疫風濕科，有很多一開始都不是從腎臟科進去的，他都沒有進入到 CKD，像急診很多病人都在抽血時發現 Creatinine 過高，那時候急診室會幫他掛內科嗎？不會，會請他換藥去外科或骨科，他在換藥過程中跑出 eGFR 太高，他會幫他轉到 CKD 嗎？不會，因為你只是來給我換藥而已。其實這是一個契機，現在醫院平傳的部分，我們早期平轉一定要區域醫院以上要設立整合門診，地區醫院沒有，這是一個很好的契機，這是整合門診的一個項目，以前整合門診也是這樣，你只要掛 2 個門診，只收一次部分負擔，你們要鼓勵骨、外科醫師，這個病人已經不適合開 NSAIDs 藥，他也不知道怎麼辦的情況下，他換了藥也要願意轉給腎臟科醫師，讓他繼續 follow，甚至他以前不是參加 CKD 群組的，他反而加入 CKD，在下一次或明年整合門診項目可以加入這一項，但要適當給民眾一些鼓勵，因為在醫院掛很多科要收很多科掛號費，很多醫院都是這樣，可是部分負擔不是，你掛 2、3 科就是 2、3 科部分負擔，你如果讓民眾覺得掛完骨科再掛腎臟內科，只要一次部分負擔，我相信這是對民眾很好的鼓勵，而且對未來費用是減少的，這是未來考慮的條件，以上。

主席(李純馥代表代理)

其實我相信大部分的醫師，不會因為有沒有轉診費的關係來決定要不要轉診，他一定是以病人的利益來最優先，如果他有看到有這個問題，或許他只是口頭講不一定會寫轉診單，但他一定會跟他講，這個腎功能部分有點差，你要不要再去看腎臟科，我相信大部分台灣優質的醫師一定會這麼做，當然搭配支付讓他更有誘因。

羅永達代表

但沒有給醫師這個轉診費，對醫師沒有誘因。

主席(李純馥代表代理)

對，因為減免部分負擔這個議題太複雜，而且確實會動搖到財務，這個部分我們會去做考量，部分負擔涉及的層面相關廣，這裡謝謝各位代表給我們的建議。

宋俊明代表

這個部分要台灣腎臟醫學會去研議，其實在 Pre-ESRD 的 program，這次品質就有一個 CKD 第 4 期，即使在院內轉診百分比、收案的百分比，有一些部份可以藉著在腎臟科醫師、在醫院，如果是醫院品管的部分，可以藉著腎臟科做 Pre-

ESRD 的話，目前很多家醫院的系統都已經上了，應該可以轉過來的 case 這個是應該可以做到的事，目前第 4 期的收案率其實是品管指標，至少這可以先做到。

主席(李純馥代表代理)

請，吳院長。

吳麥斯代表

其實我從另外一個觀點來看，其實還有另外一個現象，除了剛剛他剛剛說到骨科和風濕免疫科，其實真正慢性腎病進來的，不管是早期還是 Pre-ESRD，其實是糖尿病和心臟病最多，我是覺得以健保署的高度，可以考慮很多 P4P program 的計畫整合，其實他的腎臟功能就不是很好了，可是他在內科醫師那邊 care，他對這件事情就比較不會在乎。我們必須這樣說，不管他還是糖尿病或心臟病病人，以健保署的高度，假如進 Pre-ESRD 的糖尿病病人，我們也可以加入糖尿病的照護，因為我們現在是受到限制的，所以很多糖尿病的病人都不會進到我們這裡面來，不然他們是最容易受害的族群，我們這些 P4P program，要不要有一些整合，包括心臟科、新陳代謝、甚至 stroke，讓我們的病人不會因照護的醫師不同而造成不能做整體的治療，因為我們的病人不能報糖尿病照護，因為一定要他們，他們的人又不放出來，等到放出來時就已經藥石罔效了，很多都是這樣，可以請健保署幫我們整合這些 P4P Program。

朱益宏代表(鄒繼群代理)

主席我呼應吳院長，其實很多腎臟科醫師照護糖尿病的病人都是這樣，你不要看台灣好像有錢的人很多，其實只要 100 塊就好了，絕大部分的病人聽到要 100 塊去做這樣的照護，大部分都拒絕，所以錯失很多機會，所以希望健保署能夠慎重考慮這件事。

主席(李純馥代表代理)

意思是病人還要再去掛號嗎？

朱益宏代表(鄒繼群代理)

不是，因為糖尿病衛教師還有營養師不能去申報這些糖尿病共同照護網的費用，可能病人再去掛號要收 100 元的費用，其實病人絕大部分都不願意，因為我們腎臟科醫師沒有資格是不能申報糖尿病照護網的費用，他必須轉給其他科或內分泌科醫師再去做這樣的事。

主席(李純馥代表代理)

好，請黃理事長。

黃尚志代表

分享我的經驗，我是腎臟科專科醫師也是合格的糖尿病專科醫師，我可能比較有利去看兩方面的 case，其實我們衛教師除了是腎臟科也是合格的糖尿病衛教師，其實我們還有一些資深的雙專科醫師會比較有利去看。那時候我和糖尿病學會去討論到底是肌酸酐或是 eGFR2 多少以下、多少以上要轉，那時候協商是肌酸酐是 4，但也沒有什麼成功。糖尿病協會在糖尿病的照護，希望和 Early-CKD 去整合，上次我們談到一半，也沒有麼下文，但是國健署那邊倒是有很多計畫在推動這種共同的照護。除了糖尿病、腎臟病照護、也有計畫三就是合併，後來停辦了一年，現在是中榮在執行，因為希望將糖尿病、腎臟病照護合併，因為心臟那邊沒有衛教師，所以心臟希望能夠成立衛教師，心臟和其他跨科的合作，所以葉宏一教授那邊也推得很認真，很多跨科的整合，他也常常在上課，但是有一個缺點就是大家都在紙上談兵，都在上 guide line，那些對基層都沒有用，就是院長講的，就是你有沒減少費用，那些最有用。我個人拿了 NHRI 的整合型計畫，就是 4 種病人的整合(糖尿病、腎臟病、心臟病和神經科)，我們做的比較實際，所以個案收的不多，研究這些人會不會怎樣，我們用的方法不是看 4 個診，是用電子 E-mail 架在我的診間，例如是要送給心臟科醫師，他告訴我應該要怎麼辦，他再寄送給我，我再這樣辦理。所以這些互動雖然不會很頻繁，不過至少都能共同照護，有些像是某醫師幫他開了藥，我幫忙把關他開的好不好，你看就減少一顆，我們是希望這樣來做，但我們也必須承認，文人相輕自古皆然，科與科之間是壁壘分別，沒有那麼簡單，你能找到和你步調理念一樣的，但是你不推的話，永遠都是病人看了 4 個科或幾個科來做。剛剛院長提得很好，你要如何把它放到現在的整體照護去，因為減少一些科，就會有可能成功，但是我們離很好的照護模式還有一些距離，大家都是朝這些方向去努力。反而健保署上次 Early-CKD 和糖尿病為什麼不再繼續進行，這是很好的，至少檢驗、照護合在一起就很好，還有行政上問題，如果有機會會議結束再一起講，解決一些行政上問題，可以增加一些共同照護，那對腎功能不好的，我們知道 Pre-ESRD 只收了 60-70%，是很高，好像努力了好幾年都無法突破 70% 瓶頸，過去我認為是不是有一些反對者，就是不願意收進來，現在不會了，現在反而是糖尿病、心臟科那些科沒有轉

過來，就直接進來洗了，這個現在也漸漸減少了，反而我現在把眼光放在加護病房，那些一下就尿毒了，死了就死了，那些就是收不進來，那些我們就沒有辦法，但是有些沒有變成尿毒症變成慢性腎臟病，他就回到原科去看，他就沒有轉到腎臟科來，所以我們現在再想辦法，把他轉到腎臟科還看，不用轉就照會我們就可以啦，就是增加機會增加擴大收的層面，謝謝大家的支持，其實在我看都有再往前面成長，但還是很慢，不是很理想，但跟以前比較起來真的都有在改善，我們也有再想辦法讓他 push 再快一點，在行政上、鼓勵上或一個人看兩個科也可以。

主席(李純馥代表代理)

我回應理事長剛剛說，為何兩個計畫整合為何後來沒有下文，應該也是被 COVID-19 拖累，真的我們行程非常的滿，包括你們剛剛的獎勵金都是我們在算給醫事司，所以我們同仁是希望整併計畫能夠更新，只是整個資訊都在運轉口罩，我們有點 overload，這也是提醒我們有功課還是要趕快做。至於剛剛提到跨科中間的照護，也是我們推動分級醫療如何透過聯盟的建立，把大家互相可以協助的部分把他建立起來，其實就如同理事長所講的，在跨科中間如何去照護病人，有些意見不是這麼相同的時候，其實有時候也會造成病人的困擾，其實如何磨合，我們一定會請教各位專家的意見，共病照護我們會再去研究和討論，確實我們不能在腎臟科裡頭討論糖尿病的問題，確實要一起找過來，在這裡我不能承諾什麼，可是上次在糖尿病專科和腎臟科專科一起討論整併部分，大家都是樂見其成，因為病人不會一直固定都在某個科別看診，其實大家會互相體諒，請宋代表。

宋俊明代表

現在大家談到政策的部分，我們要趕快去執行好，像糖尿病、cardiovascular 這邊要趕快把他建立好，但是在事實在臨床上並不是沒有路，像我上禮拜去衛生局上課及考試，我再去坐在糖尿病醫師旁邊實習 4 個小時，我也過了，在我的門診是申請糖尿病的部分，可以在我自己 OBNSD 的部分做一些整合，病人還是可以得到好處，我只是要補充一點，事實上在很好的政策架構出來之前先做一些 modify，只要你願意去上課，像現在在成大 12 個 V.S. 已經有 6 個拿到，其他的醫院我是不曉得，如果大家還不知道這個處理的方式，在還沒有很完美的制度出來前，我們還是可以做一點事。

主席(李純馥代表代理)

其實宋教授，黃理事長剛剛所講的是，這個案有共病或只有單獨疾病，給付應該

要不一樣，期待是病人不用再轉出去，共病的個案可以 totally care，這確實是目前支付上比較欠缺的，必須跨 2 個計畫去申請，我們是希望透過制度的改革，資料上傳的方便，本署也很謝謝院所大部分都有上傳，剛剛雖然如薰科長有提到有些沒有，但畢竟其實不多，尤其醫院層級幾乎都上傳，這些檢驗值如 Creatinine、HbA1c 他們都看的到，對我們整體品質照護是提升，我們都樂見。

秀傳醫院 李文欽副院長

我補充一下，現在還有在推實質整合，可是現在都散落在三、四科，像我們醫院就有推動這一塊，只要個管師先去把這個病人篩出來，只要你跟他也講好，下次你只要看一科就可以，只是現在是散在各科，只要你有去上課你就有資格，如何整合到最重要的科，我們可以再去努力，像理事長剛剛也有提到，我們醫院也很鼓勵腎臟科醫師去拿糖尿病的上課資格，取得資格也就可以去收糖尿病的個案，這個也許可以多多去鼓勵腎臟科醫師去做。以上。

主席(李純馥代表代理)

請張代表。

張孟源代表

謝謝主席，剛剛不是提到 COVID-19 電腦都會出現一個提示，剛剛我的建議有 2 部分，一個是轉診費用，另一個是提示，希望現在的提示除了 eGFR 小於 45 的話，小心使用 NSAIDs，另再加短短一句「慢性腎病建議會診腎臟科」，提示再多一小段，因為這不涉及到任何費用，在健保署提示系統再加這一段，我相信這是第一步，以上。

主席(李純馥代表代理)

有關張代表的建議請醫審及藥材組納為參考，但我們在系統上的提示常常都被認為是「教示」，所以要很審慎，像 TOCC，本署原來與 CDC 討論很久的結果，但一開始提示的時候，院所們都嚇到，那些提示都是與 CDC 的專業感控的人員琢磨許久，因為大家就會認定是政府的公文書。所以我們醫審及藥材組一定會把你意見納入進來，但提示要很審慎。

張孟源代表

我覺得這個教示，個人才疏學淺，我只是拋磚引玉，是不是可以先跟台灣腎臟醫學會的理事長及專家討論這個提示內容，謝謝。

主席(李純馥代表代理)

剛才醫審及藥材組高專委有提到，因為有 EGFR 數字，會讓病人去腎臟科就醫，若再寫那段話容易讓人覺得健保署是否真正知道？如果任何的提示還要再去判斷是否看腎臟科，會延遲我們整個提示的動作，現在臨床是插卡，其實都會延遲醫院端的時間。如果每一次插卡要做很多的邏輯判斷將很耗費時間，因為要到不同的資料庫去找到需要的資料，所以你們 TOCC，其實我們資訊組做了很多努力才讓你們很快速看到這個是粉紅色，這個是綠色的，然後這個是藍色，那個顏色都有意涵的，他就是怕拖累你們的看診時間，然後要怎麼樣縮短，例如今天保全在看，很快知道這個人可不可以進到醫院，所以我們已將你的意見收納，然後讓高專委這邊再做研究，謝謝，我們這個案子是不是就先討論到這裏，謝謝各個專業專家的意見，請醫審及藥材組就收納意見，相關計畫的支付制度修訂部分，我們醫務管理組就進行研議，討論事項第一案。

參、討論事項

討論事項第一案：「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(李純馥代表代理)

請理事長先補充，再請宋代表。

黃尚志代表

這有 4 案，第 4 案推動藥師納入病患照顧，我們也跟藥師學會接觸，由振興醫院的藥劑部主任代表，當時接觸以後，他們有去榮總參觀 Pre-ESRD 的架構，以後就沒再聯絡，所以這部分我們再繼續追蹤，因為藥師要納入的話應該要在 Pre-ESRD 架構平臺運作，再以此擴大，他們也深表同意，後續再研議下一階段應該如何推動。但因為最近繁忙，感覺進度有點落後。我發現門診有幾個 case，其實是應該從 eGFR 救回來，結果不在計畫獎勵中，所以我再去研究看看有無漏網之魚，所以我會再請秘書協助注意一下進度。在發展這安寧療護的專業指標化文件，其實先前台大已經出過，現在要拜託當時主要負責的蔡宏斌醫師，原來版本內容太豐富，比較專業的而且很多細節，希望再從中編輯比較精簡的版本，再提供可能會好一點。最後一個是腎病專業品質監測指標已落實專業審查，這個要再討論。

主席(李純馥代表代理)

這個第一點，請我們幕僚再說明清楚那一點是什麼？剛剛理事長說，這個腎病專業品質監測指標已落實專業審查，因為我們追蹤很久。

宋俊明代表

我的認知這次腎臟醫學會發的品質指標，個人覺得蠻不錯，事實上就有對應到這一點，腎臟醫學會已經在做了，而且大家有點知道，第一個你把學童的教育放進教材，有一個應該是國健署的品質指標，你要將腎臟保健推廣機構去給學童做教育，訂出一年要幾場，至少你把學童的教育也算進去，所以把很多的那些精神是融入品質指標，比如說糖尿病的照護，同個醫院裡，那些是符合 Pre-ESRD 的收案標準的都納入，所以這些都是可以運作的，把品質跟我們想要做的事情可以綁在一起，當然還沒有完全 extensive，但是應該是這樣子。

張孟源代表

主席、各位委員大家好，發展腎臟病品質監測指標已落實專業審查，比方說，糖尿病的病人有沒有測 HBA1C，假如一個糖尿病的病人他一年都沒有測過 HBA1C，是不是他該做的就沒做，或者是說一個糖尿病、腎病的病人蛋白尿，一年都沒測，是不是該做的也沒做，其實在腎臟病有幾個，比方說高磷血症，他的 PDH CKD，是 stage 4、5 還沒洗腎，他也沒有測，我的認知是應該對這些 Pre-ESRD 的病人該做的檢查應該要做，而不是沒做，是不是要考慮，有一種反向思考是我們應該更積極來照顧這些 Pre-ESRD 的病人，謝謝。

主席(李純馥代表代理)

這是很有創意的思考。

張孟源代表

這是實在的，糖尿病照護學會一直在盯，過去十幾年糖尿病病人從來不測 HBA1C，現在有個觀念不測 HBA1C，這個糖尿病照顧是不及格，但是我們腎臟科就是很保守。我們台北分會近來有些診所在測 PDH，北部做的比較多，南部做的比較少，這是很可笑，一個 CKD stage5，PDH 不測，這完全沒有道理的事情，這是該做的沒有做，人家該做的有做，反而變成異類，我覺得剛好是反向，以上。

主席(李純馥代表代理)

計畫內有規定要做的項目，基本上就會被監測到。

黃尚志代表

當年 2007 年開始推 Pre-ESRD 出來的時候，我們怕太擾民，所以我們能夠監測的指標以比較容易達到的，比較容易可以蒐集的，對於檢驗指標，就列幾個比較重要的項目，像 HB，但是像鈣，磷，鈉、鉀，或 PDH 就不會變成每 3 個月上傳一次，大概是一年會做一次，因為我們在追蹤這些病人的時候，還沒有把焦點放在這一段，所以剛剛張醫師提的其實有做，但是都收集在各自院所並沒上傳，要上傳的話就要改 VPN 又變成必要的項目，所以這個工程也不是那麼小，所以其實說做都有做，但是做為內部的品質指標的監控，的確在 stage 3、4、5 的這部分，監測的頻度、強度不如透析，因為透析他每個月都會測，但是病人間有嚴重度的差異，Pre-ESRD 可能他一年做一到兩次，第三期、第四期不用那麼頻繁檢測，否則增加很多檢驗費用。

張孟源代表

謝謝黃理事長，其實我想要表達的就是健保署是有義務告訴非腎臟科醫師，對於慢性腎病，他還沒有去洗腎或 stage5，他已經是替國家省了很多的錢，那我們國家真的有義務對他們鈣，磷、IPDH 的部分應該做監測，但是因為理事長提到，因為 VPN 的關係，也不想擾民，但是人家有做的，但是應該鼓勵，就不但不鼓勵，還被人家抓出來點名說你有做 PDH 是錯誤的，這個觀念錯的太離譜了，我希望腎臟醫學會也能夠把這個觀念告訴一般的醫師，讓他們能夠了解，鈣，磷的問題也是很重，以上。

主席(李純馥代表代理)

你有沒有要提的，其實我們今天討論很多有關腎病專業品質監測指標議題，其實都有關聯且大家持續努力的，希望朝對病人有利且對整體更健全的方向走，專業審查確實是因為醫師審查審案子也是高成本的，所以當然希望能夠篩出異常再來精準審查，做為我們的主要的方向。但可是篩異其實是需要專業來協助，有時可能會碰到剛剛張代表講的，就是當大家都沒做零星醫師有做的時候，便容易變 outlier，但回頭以專業判斷怎麼樣做是合適的，理事長及各位代表都非常專業，這是可以討論的，對於本討論案，其實我們之前的策略寫起來像國家大計很厚一本，這次是盡量能精簡的先精簡，然後是每次會議報告，我們有做追蹤，實際上我們其實還有跨司署、跨部會的，變成每年或是每半年 1 次，本次是季追蹤的概念向各位代表報告，還有沒有要提示的？謝謝黃理事長的補充，會後我們有摘錄，如果你們有要再做更細緻的補充，歡迎醫學會再提供給本署。

宋俊明代表

張院長跟理事長他們的意見，現在執行上的不一樣的地方，其實剛剛張院長所說的，醫學會的都有鈣、磷每年要上傳 1 次，但醫學會的 regulation 是比較善意的，是一種評比，那一種比較優良，其實都有的；我剛剛講的是後面藥師藥加入 ESRD 的又下降，在品質上面還可以在往上加的東西。至於說張院長是比較務實的，如果說這些可以到 VPN 上傳，用更強力的方式來介入的話，或許成效會更好，所以兩邊的意見是現行的比較溫和不擾民，而張院長的是力道比較要强一點，大概是這樣的，這件事情我報告到這。第二，理事長提過的移植獎勵款，事實上許多醫院都出現這種狀況，就是我們文上面沒有很清楚，結果當初是要獎勵腎病的前期或者是一些接受親屬腎移植，結果很多醫院都是切了一大半給移植小組。理事長說他也沒辦法啊，台灣腎臟醫學會沒辦法，健保署也是蠻善意的，所以這個該怎麼處理，是否要發文重申，因為南部多家醫院真的都是切一半或是 3/4 給移植小組。這個就失去上次說從總額出來，你又先切給那個，我們就已經很獎勵他，很奇怪。

黃尚志代表

上一次我們也提過，因為獎勵由健保署發出，進醫院後便無法追蹤如何分配，是給外科組或泌尿科，還是分給器官協調師或腎臟科的主治醫師，或是 CKD 的醫師，實在太困難了，從以前不管是糖尿病、腎臟病，還是 Pre-ESRD 的獎勵撥進醫院後，每家醫院的分配方法都不一樣。第二，現在有三種獎勵，一是完全沒有透析的，就像進醫院去了。最大的改變就是 3 萬的或是 1 萬的是進到透析的院所，這是最大的改變，這個病人是在醫院裡面當然就進醫院。他在診所就好分配他。

宋俊明代表

我倒不是說你醫學會一定是管不了，但是不是把這個案子原本的本意，真的把它說清楚，就款項由從那裡出來的，醫院進去了以後當然管不著，但是至少從署的高度講事情的來龍去脈，至少做到善良管理人的義務，因為現在是獎勵金發出去這就管不到，被誤解或者是錯誤的解讀，有沒有那個機會稍微再修一下。

主席(李純馥代表代理)

麻煩請林義專委再說明，當時設計獎勵金時，確實在核付清冊的公文上有提示，內容是會完成腎臟移植需要很多人的努力，甚至還另外編列預算給器官協調師，

所以概念上知道活腎移植是不容易做成的，醫院內外科間要緊密合作，病人跟病人家屬也都要合作，甚至有人建議直接給病人家屬，可是給付就法律上是提供醫療服務之後的給付，可能沒有辦法給予個人，當然部分負擔我們可以來處理，所以後來也針對捐器官當次的住院免部分負擔，因為已經捐大體、捐器官，其實我們知道很多醫院都沒有收，醫院有另外的 donation 其實也是補給失去家人的家屬一些補償，所以大家都很善意的希望把這件事情完善，煩請林義專委說明一下，當時獎勵金的內容文字，當時的想法與看法，或許可以回答宋代表的疑問。

醫務管理組 劉林義專門委員

因為署長指示獎勵金盡量到位，可是因為現行時在無法略過醫院層級直接給醫師，我們就是在發放的說明上註明請把獎勵金發給醫師。

宋俊明代表

當初本案希望，因為移植的手術端已經有獎勵金，另外還有很多的，當初我們在這個案子也是希望說能夠到那個的，一個知道他的獎金的來源是總額，如果我沒有誤解的話，這個是從洗腎的總額來的。

主席(李純馥代表代理)

獎勵金來源是其他預算，沒有從透析總額，而且透析總額也是從醫院跟基層的總額來的。

宋俊明代表

後來我們在那個會議，如果說大家可以的話，可以回去再看以前的，當初好像是講說外科這個部分不用這個，現在的問題是因為說給醫師，所以切一大塊給外科醫師，所以才會提出來，是否或許在文字上面能寫清楚。

羅永達代表

其實對每家醫院拿到錢的時候，像基層很簡單就可以給醫生，因為醫師他本身比如說應該給個管師，應該給營養師，他們很容易就分配掉。醫院真的很複雜，一個獎勵金到醫院裡，醫院只要想一件事情，下一次你如果要鼓勵誰的時候，我要找誰，這個錢我就給他，我若這樣把這件事做好，比如說一個急診室給獎勵金，後面就罵了，為什麼？急診室忙，我們後面就不忙嗎？我們後面的護理部不忙嗎？所以醫院其實是一個連動的概念，錢到醫院去的時候，醫院裡面一定會做，就像社會經濟裡面那個黑手一樣，什麼東西叫做最適合？很簡單一件事情，下次我要推動這個案子我應該獎勵誰，他下次會努力，他會是 key point，如果說假設你現

在給我，我根本不曉得為什麼會給外科醫師，如果說給外科醫師能夠促進這件事情，那個院方就會考量，如果說假設不是的話，比如說那個醫師他不開，你怎麼跟我講，就把他轉走，或許他認為是 key person，或許他這樣認為，那每家醫院狀況不同，比如說在奇美與在台北市，你們對很多的緊急應變的能力是不太一樣的，所以每個院長他在想的時候有太多的考量是那個醫師他可能不會想到的，說很簡單，以前到我這邊來的時候，我為了促進這件事情，下次應該獎勵誰？誰是 key person？我就會鼓勵他最多，剩下的因為錢也不多，就差不多兩三萬塊錢，分一分是幾百元或幾千元，那又沒有意義的時候，像台中榮總，他有一個器官勸募中心，然後每一年都要獎勵一次，他們是另外再去拿基金的錢，為什麼要這樣，其實那個錢都不夠了，一個案子你給 3 萬塊錢很多嗎？沒有，但是你要分給他，到時候變成說這個醫師分 2500 元，那個醫師分 1800 元，然後就分了以後反而失去了獎勵的部分。一個護理人員，你給他獎勵她 1000 元跟一個醫師獎勵 1 萬元，那個衝勁是不一樣的，護理人員你給 1000 元，她就很高興，她會很努力去做，醫師 1 萬元還不見得晚上願意來開刀，所以很多的考量沒有那麼單純，所以我覺得在這邊做過很多的附註，事實上卻增添醫院很多的麻煩而已，所以我們也是在支付委員會的時候，我們都建議如果假設這個東西很明確的，比如說支付標準就是誰做的就是誰做的，但是這些錢也不是全部都給主治醫師，因為還有其他的附屬的團隊，所以每次考慮應該給誰獎勵的時候，我們都很反對，除非直接指明給醫師，除非醫師不需用到醫院內其他的資源，包括醫事室、護理部、行政人員都不要嗎？不是啊，對不對，這個錢誰付？保全的錢誰付？醫院有醫院的考量，所以不應該說就明文規定指定給那些人。

吳麥斯代表

本院也有，真的，其實我甚至覺得這件事跟 COVID-19 在分配補助款很類似，第 1 個前提是健保署應該要相信醫院，醫院並沒有要對員工不好，因為幾乎所有的醫院我肯定，希望應該要利益迴避，這些獎勵金也不會落在管理者的口袋，因為其實是整體，那麼回到這個案子上，其實這件事就像羅院長講這件事非常複雜，你說這裡面有誰 involve，太多太多了，然後你真的開始要給的時候，病人、家屬，各方面都有一些幫忙，協調師、勸捐小組，很多很多人，看電視劇就知道。第二，其實真正 involve 的，其實就進到醫院以後，但我一直都是支持器官移植的，30 年以上，但是其實進到醫院以後才發生，真正可以影響勸捐的是醫院，

是醫院的管理階層，不是醫師，外科醫師第一個連人都看不到，他看不到那個要捐的人，他是開刀而已，腎臟科醫師，其實你給他 1 萬塊兩萬塊，他並不會影響他的醫療行為，真的要 promote 的，其實真的是醫院，所以我覺得這個錢給醫院發，我是覺得是很是合理，因為沒有人會留在身上。第三，就是像我們醫院就不會給外科醫師，其實署長已經給移植的給付越來越高，他 PF 很高了，已經越來越多，我們是絕對不會給外科醫師。

宋俊明代表

我倒是覺得吳院長講都對，我不是院長。我與移植小組已經合作 30 年，在現任署長尚未成為署長之前，我大概知道那些錢是真的用到的概念，惟有院方對這件事情熱衷的管理階層醫院才有效，如果管理階層對這件事情不熱衷，完全不會關心，尤其一些每任都換院長的醫院，他可能不會重視，因為這不是投票的來源，所以不見得是管理階層在做這件事，所以當初在討論這件事的時候，都先把外科去除。現在倒回來把以前的結論做反思，我覺得也不錯，只不過說我們以前的結論是這樣，現在出去的會與以前的結論不一樣，大家如果覺得這樣也還好，那就 OK，我只是把問題提出說明，南部有些醫院反映根本沒有到位。當然如果院方支持，就會有強大的支撐。

主席(李純馥代表代理)

謝謝宋代表，其實腎臟移植各界都努力促成，所以今天的討 1-3 的獎勵移植獎勵費，今年 7 月特別去修，就是 to the point，就是針對透析院所當作獎勵的對象，這個就有回應到剛剛黃理事長講的，說如果個案從腎臟科轉到進行手術並完成，這個中間有很多歷程，先前的條件比較嚴格，而現在領有重大傷病卡以後，不管滿 6 個月或 6 個月以上，只要有做腎臟移植，仍有 3 萬跟 1 萬的獎勵。剛剛宋代表所提獎勵外科團隊，但說外科團隊有沒有貢獻嗎？當然有，只是這個比例上在各家醫院在分配上不同，本署其實非常尊重醫院，但確實無法幫醫院做分配，包含這次 COVID-19 的獎勵金給醫院，其實醫院分配上也頭大，500 到 1,000 萬，大家都苦惱應該怎麼分配。其實大家都知道醫療院所真的很辛苦，尤其經營醫院真的要克服很多問題。本案是還要補充？

醫務管理組 劉林義專門委員

剛剛理事長詢問「發展腎病專業品質監測指標，以落實專業審查」，剛剛查詢結果應是藥物規定的部分，上次主席有請台灣腎臟醫學會說要制訂有關藥物的

guideline，必要時也可以放入專業審查的指標中。另外，因明年的總額協商也要開始，假若台灣腎臟醫學會有「AKI 病人照護計畫」要提出，不曉得有沒有確定？是不是要爭取明年的預算？假如有的話，麻煩讓本署知道，謝謝。

黃尚志代表

有，本來應該這次就可以送出來了，只是要再修一下就可以了。

醫務管理組 劉林義專門委員

大致的預算範圍，本署可能需要瞭解。

黃尚志代表

好，就是再算一下。

主席(李純馥代表代理)

好，沒關係，如果在會上沒辦法表達，請於會後，再麻煩學會告訴我們，因為 9 月即將進行大總額協商，目前都在會前會，讓大家彼此理解。其實各總額都進行討論了，那是不是本案就先洽悉，按照提案有的要「繼續列管」，有的是「解除列管」。今天會上有一個臨時動議，台灣腎臟醫學會有一個臨時提案，不曉得代表桌上有沒有看到一份補充資料，先問大家是不是同意這個臨時提案？同意，請同仁宣讀提案。

肆、臨時提案

臨時提案第一案

提案單位：台灣腎臟醫學會

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。

主席(李純馥代表代理)

其實很簡單的講就要更嚴謹的去看 C 肝轉陽，本來 anti-HCV 只要有抗體，就算陽性，但現在又要再測一次 HCV RNA，概念上是這樣，今天也要請 CDC 的同仁來，我們是否先聽台灣腎臟醫學會的說明後，再請 CDC 再說明一下，因為這也是 CDC 監測的重要指標，也要考量不能跨司署後有不同的做法，也要考量跨單位的一致性，後續 CDC 請地方衛生局去檢查時會不會也有一些扞格的部份，是不是先請台灣腎臟醫學會稍微說明，謝謝。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

主席跟各位委員，大家好，我是台灣腎臟醫學會秘書長，有關於這個議題，大概是因為 C 型肝炎轉陽是血液透析病人傳染性疾病一個很重要的指標，我們希望轉陽率越低越好，事實上台灣已經很低了，世界第 1 低的，其實早應該高興，不過我們希望更好，尤其這幾年來，我們廣泛治療病毒性 C 型肝炎，雖然數目變少，但是相對更重要，我們希望更嚴謹一點。過去會議資料後面所附 CDC 的這指引，沒有全面引入 RNA 檢測的觀念，只有部份要治療的病人，還沒有講到全面引入這個觀念，所以如果 CDC 長官如在場的話，這個東西可能要也考慮進去，以後也是要修改一些東西，轉陽疑義是因為 C 型肝炎如果感染之後，會有 1/4 的病人會靠自己的免疫力清除，所以他體內沒有病毒，就比較現實、比較實際的臨床醫學來講，沒有病毒其實就叫沒有傳染性，抗體是沒有傳染性的，抗體是不會傳染疾病的，只有病毒會傳染疾病，但是過去的不管是 VPN 上傳或是品保方案裡面，他們都是用抗體的觀念而已，並沒有納入 RNA 病毒的觀念，所以才有所謂的偽陽性，其實就病毒的觀點而言，其實沒有所謂的偽陽性，有就有，沒有就沒有。抗體有，但沒有病毒，大概有 1/4 的感染個案是這個樣子，這個會造成地方衛生機關及透析院所的一些困擾，他們也不知道該如何解釋，所以我們希望把實際上我們是用 RNA 有沒有來判斷有沒有傳染性，有沒有疾病的觀念納進來，所以才希望加這個欄位，所以抗體轉陽的話，希望院所在幾個月內，當然是愈快愈好，但是我們考量到每個層級的醫療院所反應不一樣，像在醫學中心，如果看到的話 2 個禮拜以後就可以看到有沒有病毒，但是診所還要再拖一下，因為病人願不願意去，有沒有能力去找到這個資源去做，當然 3 個月也許是可行的，這個當然會牽涉到年度計畫的問題，這個當然會有一些沒有辦法克服的時間上的困難，那如果 VPN 的欄位裡面，他們其實有講說未做檢驗者免填，沒有做當然是沒有辦法填，那如果院所不願意做的話，那他就要自己去承受被稽核，必須自己去承擔如果真的是轉陽的話，病人是不是會在他的院所內傳播的風險，我相信應該沒有醫師願意。所以雖然說未做檢驗免填，但是我相信絕大部份都會去做，至於日期方面？我們當然希望是抗體轉陽後去做，不要說以前，會做當然是之後的日期。加這 2 個欄位是因為一來引進 RNA 判斷的觀念，而不是用抗體而已，再來也是希望說，陰性、陽性確實的話，才能夠減少其實沒有傳染性的病人被監測的困擾，也感謝署裡後面這個新指標，的確也減去 HCV RNA 檢驗陰性的人數，這個是確實的，不過剛才也提到說，有關轉陽率 2%、3.5% 數字應該要怎麼

修正、更正？我還真的不知道怎麼修正，因為還不知道，我相信這個問題以後會愈來愈少，因為現在大規模在治療 C 型肝炎，C 肝病人現在大幅減少，我相信這個數字一定可以往下修，至於往下修到哪裡？我們可能要收集一段時間才會知道，以上。

主席(李純馥代表代理)

請問理事長還有要補充嗎？沒有，好的。是不是也請疾管署表達一下，如果按照台灣腎臟醫學會的建議，就目前 C 肝防治的部份有沒有什麼扞格的地方？

疾病管制署 黃詩淳技正

謝謝主席還有腎臟醫學會，首先就腎臟醫學會剛剛提到說希望我們的感染管制措施指引能夠再修改納入 RNA 的部份，那我們回去會再研議，謝謝您們的建議。第二有關台灣腎臟醫學會提出，透析患者也要加驗 RNA 一事，本署是樂觀其成的，因為依據急性 C 型肝炎通報定義，除了依據抗體 1 年內陰轉陽之外，還有另外一個定義是，如果抗體陰性但 RNA 陽性，這也符合急性 C 肝的通報定義，所以我們是贊成這件事，只不過在頁碼臨 1-4 上面圖示的部份，想請問以 A 的話，抗體是強陽性的情況下，還想再加驗 RNA，其中 A2 是 RNA 陰性的部份，對於疾管署來說，我們還是會列為急性 C 肝的確定病例，也就是說雖然當下病人的 RNA 是陰性，但仍然無法排除是一年內新感染的個案，就是說這個病人有可能自行痊癒的，但對疾管署來說，A1 跟 A2 都是屬於符合急性 C 肝確定病例的定義，必須要通報。至於說 B 的情況，如果臨床醫師懷疑抗體的檢驗結果有可能是偽陽性，或者是所謂 borderline，比較有疑慮想要重複檢驗第 2 次抗體或者是再加驗 RNA，而 RNA 檢查結果是陰性，建議可以跟腸胃科醫師討論之後如果專業判斷認為是偽陽性，這個部份我們是沒有意見的，以上補充說明，謝謝。

主席(李純馥代表代理)

好，秘書長，他把 A2 劃掉了，你可以接受嗎？因為這是原本要減掉的。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

這個的確是就目前臨床上跟疾管署意見，還有一些不一樣的地方，因為從臨床觀點而言，沒有病毒怎麼傳染疾病？就算有很多很多抗體，怎麼會傳染疾病？那病毒感染之後，像剛才疾管署所說的，的確急性感染之後，可能會有抗體還沒有出來，但是病毒已經出來的，因為抗體產生需要一點時間，但是病毒顆粒已經可以被偵測到，在臨床上的確是有的，但應該是很少？但如果說像 A2 這樣子，就醫

學會觀點，從臨床醫師觀點，我相信在場的醫師應該就會把他當成沒有病毒，應該沒有疾病的觀點，這點的確是有一點不同。

主席(李純馥代表代理)

其他的代表有沒有要表達？曾代表。

曾志龍代表

我想針對 A2 的部份，那這樣的 CASE，如果是我的話，我會再做第 2 次，因為如果第 2 次也確認他是沒有的，以目前的狀況來講，你也沒有什麼更好的治療方法，你也沒有任何意義把這個人再抓來吃一次口服的 C 肝的藥，沒有任何理由，臨床上也只能觀察，如果是這樣的話，相對上來講，他也是觀察，頂多 6 個月之後再做一次他的病毒檢測，所以這樣子的病人你把他當做，即使說是疾病管制的觀點是一個急性 C 型肝炎的帶原者或是說一個感染者也好，你能做的也只是觀察，在治療上面 do nothing，如果這樣子的 do nothing 就是在洗腎的 isolation 的政策上面，你把他暫時放在 C 肝的區域，但是你也沒有能力做什麼，我的意思是把他做一個標幟，然後每半年再做一次病毒的檢測，如果他是急性的感染者，病毒並沒有完全清除，mRNA 還是會跑出來，再回歸他是一個活性的 C 型肝炎的病人，再接受治療，那是合理的。所以我覺得這個 A2 確實是一個目前的窗口，但是就臨床治療上面來講，我想他應該只能把他暫時性的隔離，做繼續的追蹤檢測，大概臨床上面也沒有什麼可做的，這是我的意見。

主席(李純馥代表代理)

好，還有沒有代表要表達的？黃技正是不是要再補充？

疾病管制署 黃詩淳技正

不好意思，我再說明清楚一點，針對 A2 的部份，我剛應該是要分成「疾病監測」跟「感染管制」2 部分來說明，A2 還是要納入急性 C 肝的定義是以疾病監測的角度來算，A1、A2 就是符合通報定義會納入急性 C 肝的監測內，但是至於對院所而言，院所對一個 A2 的患者要怎麼做後續的感染管制措施，這也許就是後續我們怎麼針對指引修訂，再來討論。

主席(李純馥代表代理)

顯然我們也有點為難，畢竟我們司署之間有分工，這個真的是他們比較專業，而且 CDC 有一個 committee，在這次 COVID-19 疫情重要的角色“專家諮詢小組”，這個問題相信若 CDC 願意拿回去做討論，那是不是也讓他們有點時間，本案如

果看到臨 1-9 頁，其實當時為了能讓大家就是能充分表達為什麼他會轉陽，其實也讓院所能寫一些原因，至少不會讓大家覺得壓力這麼大，因為真的也不一定知道在哪裡被感染？不一定是洗腎診所的問題，所以當時有特別修改，而且可透過 VPN 上傳，所以在這個 moment 裡面，確實 CDC 現在的規範跟台灣腎臟醫學會要修的內容有一點落差，今天也有機會讓 CDC 代表充分理解彼此的意見，那是不是我們在聽聽理事長您的看法，讓他們先回去討論修正好了之後，我們再來修正？是不是可行？

黃尚志代表

請秘書長，因為這件事由他處理的。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

我們很了解 CDC 的心態，要用高規格去處理，像遇到 COVID-19 這種疫情，大家都關切，高規格減少風險當然是沒問題，不過，我記得副署長有交代過，這個今年一定要搞定，今年還有一點時間，的確是有看法跟標準的不一樣的情形，防疫的觀點是寧可錯殺一百，也不能放一個，防疫觀點確實是這樣的。

主席(李純馥代表代理)

今天部長也對彰化的事情有不同的看法，現在有幾個地方，像臨 1-3 有操作型定義，現在因為要訂新指標，可能用在未來品質監控更精確及發放品保款，但確是會因為是一個新的定義，名稱上可能就不一定是轉陽，這感覺像是用在感染或是發生？名稱要不要做調整是我們想就教的。這個圖示是我們劉專委畫的，他邏輯很清楚，我們想討論指標未來應該怎麼計算，所以把指標的內涵畫出來，大家就能看清楚，像剛剛大家討論的 A2，所以希望再去討論一下，如果我們未來新的指標定義，如臨 1-4 頁新指標公式，把 RNA 陰性的人數扣掉，當然本署一定尊重腎臟醫學會的專業意見，我們沒有反對，但是現在因為跟 CDC 的 guidance 有點落差，希望能夠一致，不要後來發生 CDC 的專家們說健保署的指標逾越專業，所以是不是也留容一點彈性，這裡沒有辦法決定馬上定義。第二個，確實檢驗需要一些時間，而我們 anti-HCV 轉陽的病人要再檢測 RNA，而來不及上傳資料時該如何怎麼處理？其實這可以討論，也就是說到時候要做計算的時候要如何處理，那再來就是監測值是多少 percent？因為都沒算過，所以我們也知道台灣腎臟醫學會要提供也很困難，因為以前沒有檢測的資料，所以也不知道到底比率是多少，而現在若馬上要修品保計畫，可能也請大家思考。本署建議說要增加欄位，但檢

驗日期的定義，包括 C 肝病毒的檢驗日或是 RNA 的陰性、陽性，是不是也把他寫清楚，資料是今天會上才提供，是不是如果你們現在就可以回答，我們就馬上收錄，如果沒有辦法回答，會後也是可以提供給我們意見，謝謝。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

有關第 5 點，我覺得是贊成，這個當然會更清楚。

張孟源代表

我們理事長說直接找秘書長，那我想直接請教秘書長，就是說我們要做這個判斷之前，那目前比方說 COVID-19 的病毒篩檢，sensitivity 跟 specificity 到底是多少？我覺得同樣一件事情，既然李明儀教授說 35% 會 false negative，而黃立民教授說他 sensitivity 到 99%，那我不知道 C 肝抗體檢測，他的偽陽性、偽陰性到底比例是多少？那 RNA 的 false negative 機會是多少？這個秘書長是不是可以提供我們數據？會不會不同的檢驗，會有不同的準確度？怎麼判斷？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

現在 C 型肝炎抗體的生化檢驗已經非常精準，很少很少 missing，目前 Anti-HCV kit 已經到第 6 代，數據也非常清楚，有 C 肝抗體的人裡抗體陽性，大概有 1/4 其實已經靠自己的免疫力清除了，就是 25%，這個其實很早之前台灣就有資料了，如果要叫這個偽陽性，其實 C 肝抗體為陽性就在 25% 左右，在透析及非透析的人是一樣的，台灣的 DATA 很多。至於 RNA 檢測值在學會裡有討論過，到底陰性、陽性要不要有一個範圍？小於多少才是陰性？這就牽涉到每個醫院、每種檢驗所用的方法，用的標準不一樣，這很難有公論，像高醫檢驗 C 肝就是 0.02KIU/cc，也就是 20IU，但也有院所用 50IU，所以根本沒有辦法統一，我們只好信賴醫院或檢驗單位，如果認為小於多少是陰性，就發陰性的報告，不發數字，不登記檢驗數值，因為不可能統一的標準，我們就只能相信院所，用你的方法檢驗數據測不到，就是陰性，會不會有小落差？我相信會有，但是應該非常非常少，少到接近 0，以上。

張孟源代表

那 RNA 的檢測呢？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

上述就是 RNA 的檢測。

張孟源代表

等於是說 RNA 檢測 sensitivity 也是 99%，是不是？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

是，非常高，因為都是 PCR 為主。

張孟源代表

所以現在的問題是，因為有 25% 曾經感染但自癒，會產生抗體但是沒有病毒，但如果抗體 1 年前沒有，後來有，那就是轉陽，只是因為病人抵抗力比較好，病毒被清除掉沒有感染成功，但若就預防感染來說，他就算轉陽，但病人沒有病毒，也就不需要隔離，所以 A2 跟 B2 是否在 1 年後還要再做一次 RNA 檢測，還是只用檢測 1 次就算 OK 了？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

其實張代表也是台灣腎臟醫學的副秘書長，您的問題在 CDC 的指引裡面是沒有寫到，有關 C 型肝炎患者在治療好之後多久還要再進行檢測，當然理想上、最高標準是每年測病毒，但礙於每個院所可以提供的資源不同，若病毒已經清除呈現陰性後，用抗體來測的話，勉強可以。如果一直保持抗體陰性的話；如果按照目前的標準來說，抗體轉陽就算轉陽的話，依照治療的觀點來說，醫師一定會想要知道病人到底有沒有病毒感染，才有治療的必要。如果用治療的標準的話要用病毒，如果是一般的標準用抗體就可以，

主席(李純馥代表代理)

向疾管署報告一下，我們大概 3 個月會開一次會議，是否可以先請台灣腎臟醫學會跟疾管署一起做密切溝通之後，如果指引有所修訂，本署的部分就併同，盡量尊重專業的意見配合修正內容，希望能把不具傳染力的部分做個適當的處理，也減少院所的干擾。請問是否還有代表有意見？本案是否先請台灣腎臟醫學會跟疾病管制署溝通清楚後，提下次會議討論，本署在補充資料中的提問，也請討論，在計算邏輯上如果有一些調整本署也一起配合，若需本署配合討論也請告知配合派員。請問還有沒有臨時動議？

第二案

提案單位：羅永達代表

鄭集鴻代表

案由：建議於每年本會議第 3 次會議討論次年門診透析合理成長率之

可行性。

羅永達代表

因為下次的會議是 11 月，而 9 月要馬上進行總額協商，而今天我們才看到 109 年 Q1Q2 的成長，因為以往協商時都會考慮人數成長，尤其是前一年 Q1、Q2 的人數成長作為未來協商的重要依據，但今年很特殊，除了 COVID-19，再加上今年非協商因素當中，醫院跟西醫基層都是歷年來比較高的，而目前因為老年人口及共病越來越多，再加上 COVID-19 是不是又影響到人數，所以在所有的總額裡面人數都是下降的，但門診透析還是增加，只是增加的幅度沒有以往那麼多，若以這樣的數字在未來協商過程可能會錯誤引用，所以是否可建請署在這次協商提供低推估的數字，因為以往醫院的協商都是以醫院某些非協商因素推估乘以 0.54，就是占率，因為 3 年前曾經做過，跟基層乘以 0.48 或 0.45，給我們一個低推估，否則今年的數字跟以往協商的模式中，今年會被誤解，被認為今年門診透析增加的人數並不多，在成本、數量、COVID-19 的影響都會造成這個數字的影響，容易被誤解，所以不曉得台灣腎臟醫學會或署可不可以提供一個低推估的數字，用醫院及西醫基層低推估的百分比給我們當一個參考值，否則怕給消費者代表在解讀這件事情上會有所誤解。

主席(李純馥代表代理)

所謂低推估是用什麼來推估?用醫院跟基層的非協商因素的成長率，再乘上兩部門各自的占率?

羅永達代表

在 106 年還是 105 年的時候有這樣曾經的例子，後來因為這比例太低，在後來協商的過程中就沒有採用，但是我覺得今年的數字非常的詭異，因為他受到很多因素的影響，這樣的東西拿到 9 月去協商的時候，在這麼短的時間內要讓消費者代表能夠了解整件事情，事實上是有困難的，所以也希望署裡能夠解釋清楚，希望能有一些較客觀的數字，讓協商的雙方各有所據。

台灣腎臟醫學會 林元灝副秘書長

我們在協商的因素中，我們的數字都被錯誤引用，我們的人數成長率都已經有了，而衛福部本來就有個公式，就是非協商因素的公式，裡面本來就會用到人數成長率代入計算，因此只要把透析的人數成長套進去衛福部的公式，很自然就能得到一個非協商的成長率，這個數字便會比較呈現真實的情況，我的印象過去我們算

出來的大概都是接近 4%，各位可以試試看，過去都是這樣的結果，可是因為你們都不接受。

主席(李純馥代表代理)

在協商的場合，本署是列席單位，主要的業務職掌是在健保會，是否我們先請健保會代表回應一下前面醫界代表的看法？

全民健康保險會 張友珊

健保會在這邊做個說明，其實在座的先進有很多前輩都有參加過前幾年總額的協商。因為目前各部門總額分配是依照醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診 4 個總額部門來劃分、協商，門診透析與 4 部門總額是較不一樣的協商方式，但也行之有年，就是先協定一個成長率，再從醫院跟西醫基層總額計算一定的比例，因此剛剛提到非協商因素的計算公式，這個部分可能就沒有辦法如各位前輩所說的。但因為總額協商有一定的歷史經驗，協商之前健保會都會安排一些場合進行意見的溝通，目前已訂於 8 月 28 日下午召開一場協商前會前會，也有安排台灣腎臟醫學會來向委員們說明，我想後續還是有一些溝通的機會。

主席(李純馥代表代理)

請羅代表。

羅永達代表

我想表達的是，這個場合是我們門診透析預算的委員會，是台灣腎臟醫學會跟相關單位的會議，我才提出這樣的一個建議，希望能夠較客觀的數字給健保會代表參考，應該是在 105 年曾經有過一次嘗試低推估，當然這中間有很多歷史的背景，我想表達說在今年的數據是不是有很多地方容易被誤解，今年的問題是人數不可信，還有很多 COVID-19 影響的沒有考慮進去，其他補助款、紓困都獨立在另外一個地方；此外在跟消費者代表溝通方面，需要在很短的時間內讓他們了解，為什麼人數非唯一協商的影響因素，而說實在話台灣腎臟醫學會是提不出來的，所以希望署能夠支持提供一些資料，才能讓這次協商對彼此比較不會有誤解。

主席(李純馥代表代理)

剛剛林醫師有提到他曾經做過，不要小看林醫師的能力，只要有所本他一定可以算的出來。現在是兄弟爬山各憑本事，當然如若需要健保提供一些數據上的支援，尤其是共同可以跟健保會分享的部分，我們都不吝於分享，而我們社保司的專家梁組長也很清楚非協商怎麼計算的，大家都很願意很努力為被保險人，尤其是這

些不會 COVID-19 疫情影響的病人，好好為他們思考將來應該要得到怎麼樣的照護。請張院長。

張克士代表

我雖然沒有經歷 14 年，但也參加了很多年的總額協商，最近這幾年也 involve 很深，我想跟各位代表分享的是，消費者代表並不是很清楚影響成長率的種種因素，最後就可能變成像喊價一樣。我們討論問題必須要有一個立論根據，這個根據真的需要健保署的支持，無論是人數、件數或醫療點數的成長，過去我們找出很多的資料，大概都落在三點多 percent 以上，這是一個重要的根據，目前透析的點值浮動這麼差，若覺得這是不合理的，就應該要改變，若要改變，就是總額成長率要高於實際的成長率才能夠提高點值。過去長期是做 1 元給 8 毛，現在是 8 毛多，是所有總額裡點值最差的，我們希望能夠把點值拉上來一點，若要拉上來，預算成長的額度一定要超過實際的成長，我想第一點，健保署要發揮影響力，因為我們覺得健保會委員都會看健保署的立場是什麼，健保署提供什麼資料，醫界提出的立論，好幾次都遇到消費者代表不想聽也沒有時間聽的狀況，但成長率不是像市場叫賣喊出來的，總是有一定的根據，當預算不夠、成長率不夠支應實際成長時，點值會更差，例如預算成長 2% 但實際成長 3% 當然點值會比現在變更差，我們希望能夠矯正這樣的狀況，麻煩健保署一定要支持醫界。目前已經沒有時間，下次開會是 11 月，已經總額協商完畢了。第二，當然如羅院長講的，今年的確因疫情而有異常的狀況，所以不能拿異常的狀況當作成長的依據，因為歷年來絕對不是這樣的，用現在異常的狀況當作參考是不對的，疫情過後可能很快又會恢復往常。其實每次協商的時候都很 depressed，因為消費者代表也不想聽那麼多，我們只能期待健保署全力支持醫界。

主席(李純馥代表代理)

健保會趙代表還是鄭代表，有沒有要稍微說明一下。

趙銘圓代表

在 8 月 28 日健保會有安排一個說明會，我想我們所有的付費者代表都在，大家都可以把大家的需求提出來，我們再來做後續的溝通。

主席(李純馥代表代理)

相信健保會的代表在談的時候一定都有所依據，相信代表們也非隨便喊價。本署、健保會還有衛福部的社保司，從行政院交議到後來進行會前會，健保會的幕僚也

都會提供一些意見，就像剛剛我們談器官捐贈的議題，是很多人共同努力來達成促成整件事情，也請別給本署這麼大壓力，本署其實是執行面，政策面還是由部裡決定，最後如果協商不成，依照程序要報部，我們也都尊重衛生福利部的決定。

張克士代表

既然有所本，為何有成長率是 0 的情形？

張克士代表

成長率怎麼會是 0？有些事情不宜講太多，只是再三要求，請健保署一定要支持醫界。

鄭集鴻代表

主席，我想我也要呼應一下張院長及羅院長的發言，剛剛我們討論很多預防腎病的議題，但最主要還是對腎友及透析預算合理的應用，以及爭取合理的預算，我記得去年我有提過，對透析服務最了解的應該是在這個會議裡的各位，大家長年參與討論，知道腎友的需求，知道他們需要多少的預算來治療，剛剛羅院長提出可否在本會議做一個低推估，我們希望至少每年 8 月這個會議能跟大家講，我們有多少錢，大概有多少錢能給腎友應用，在這個會議討論出一個合理的數字，再提到健保會，讓健保會的委員來審核，這樣可能才較合理。剛剛張院長也提到，不要說到協商的場合上，時間很短，大家亂喊，而且每年健保會成員都不一樣，根本沒有時間去解釋來龍去脈，這樣真的是對腎友不公平。是否每年 8 月的會議提出合理的腎友成長率，當然剛剛有提到這是由健保會委員在決定，但健保會委員也是參考健保署提出的數字在做決定，署提出的數字是否在這個會議先讓大家了解。

主席(李純馥代表代理)

謝謝各位代表給本署的期許，署方都會因應大家的需要提供試算，只是需要在會議中去討論，因為本案茲事體大，是否容我們回去跟本署長官報告，審酌能力範圍，因為我們 7 月有評核會，本署同仁在這段期間的 loading 真的都很重，8 月有各總額的研商會議，還有協商前的會前會。

鄭集鴻代表

主席我知道您剛剛說 COVID-19 疫情的問題，大家 loading 都很重，今年顯然也是來不及，是否我們可以下次會議來決定我的提案，每年 8 月提出一個隔年透析預算的合理成長率。

主席(李純馥代表代理)

但這個涉及權責，就法而言，的確是在健保會，還有行政院交議有一個成長額度，所以健保署是不能越俎代庖。我想公務員還是必須有所法遵，坦白說，本署現在也在協助發振興券，也都在協助非法規賦予權責的任務，如果這變成本署 routine 業務，這個真的也不對。但您提到要在每年 8 月本會議討論隔年門診協商的透析成長率，茲事體大，實在無法在此作決議，我們會收錄發言實錄，必須要再跟長官請示。至於要在下次會議討論，也容我們要再向部內長官請示，因為這很為難，本署不能擴權，本署當然很願意幫腎友爭取好的醫療環境，因此容我們再回去研議，謝謝。

台灣腎臟醫學會 林元灝副秘書長

我再回應一下健保會委員的意見，我們透析是由 2 個總額拼湊起來的獨立預算，既然是獨立預算，當然我們要有自己的人數成長，既然有自己的人數成長當然就要有自己的非協商因素，否則為什麼要有獨立預算？如果不承認我們的獨立預算，為何要承認我們的人數成長？既然承認人數成長，就應該按照衛生福利部的公式計算，這樣才會合乎客觀條件，希望健保署可以幫我們思考這件事情。另外我們回到剛剛張院長提到 100 年 0 成長，那真的叫泯滅人性，良心喪盡，謝謝。

主席(李純馥代表代理)

臨時動議我們就討論到這裡，感謝大家對健保署有這麼大的期待，今天會議就到此，謝謝大家。

散會：下午 5 時 05 分。