

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

105 年第 3 次會議紀錄

時間：105 年 8 月 17 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 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉立麗

出席代表：

丁代表勇志	請假	林代表文源	林文源
林代表敏華	林敏華	林代表全和	林全和
林代表裕峯	張淳茜(代)	曾代表志龍	曾志龍
吳代表瑞堂	吳瑞堂	陶代表屏	陶屏
陳代表鴻鈞	陳鴻鈞	張代表克士	張克士
洪代表冠予	請 假	黃代表月桂	黃月桂
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	黃代表淑英	黃淑英
黃代表祖源	黃祖源	顏代表大翔	顏大翔
廖代表秋鐳	廖秋鐳	謝代表武吉	請假
龐代表一鳴	陳玉敏(代)	鄭代表明智	請假
羅代表永達	王秀貞(代)	依姓氏筆劃順序排序)	

列席單位及人員：

衛生福利部	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	彭美熒
台灣醫院協會	何宛青
中華民國醫師公會全國聯合會	洪郁涵
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美、林佳靜
基層透析學會	曾庭俞

本署醫務管理組

陳真慧、張溫溫、劉林義  
谷祖棣、洪于淇、陳逸嫻  
林 蘭、楊秀文、張益誠  
蘇健智、鄭正義

本署醫審及藥材組

曾玫富、陳淑儀

本署財務組

請假

本署企劃組

何恭政

本署資訊組

姜義國

本署臺北業務組

賴香蓮、陳懿娟

本署北區業務組

麻晟瑋

本署中區業務組

張志煌

本署南區業務組

傅明貞

本署高屏業務組

王麗雪

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：本會 105 年第 2 次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

### 第二案

案由：門診透析獨立預算執行概況。

決定：洽悉。

### 第三案

案由：105 年第 1 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認 105 年第 1 季點值，如下表：。

季別	浮動點值	平均點值
105Q1	0.79245960	0.80836228

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、各總額部門各季之結算說明表自 105 年度起於本署全球資訊網公開，請查閱參考。

### 第四案

案由：104 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』已依規定完成結算與核發。

決定：

一、洽悉。

二、請與會代表協助宣導 105 年本計畫各項項指標上傳至本署 VPN 截止日期為每季次月 20 日(如：第 2 季資料於 8 月 20 日前)。

### 第五案

案由：有關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，改以健保申報資料及透析院所上傳至健保署 VPN 系統資料計算案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質指標，改依健保資料計算，並回溯至 104 年起更新相關公開資訊。

## 第六案

案由：有關「連續假期看診時段登錄作業方式」案。。

決定：

- 一、洽悉，並請台灣腎臟醫學會協助宣導。。
- 二、本年度中秋連續假期之看診時段已預設比照一般固定時段，請協助轉知院所如有變動請於 9 月 9 日前至本署 VPN 修改「長假期看診時段欄位」相關資訊，俾利民眾於連續假期之就醫查詢需要。

肆、討論事項：

## 第一案

案由：修正「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」暨相關事宜案。

決議：

- 一、有關議程第 54 頁說明三.(一).1 對於「符合連續三個月於同院申報費用，惟該病患於該院所同期透析次

數 $\leq$ 6次者，排除上傳VPN之規定」，同意自105年起適用。

二、有關修正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」：

1. 增訂「鈣磷乘積小於 $60\text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 」指標，並列入「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標之範圍。
2. 「B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率」及「C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率」：
  - (1). 血液透析：增訂受檢率 $\geq 90\%$ 。
  - (2). 腹膜透析：刪除轉陽率增訂受檢率 $\geq 90\%$ ，併同修正指標名稱為「B型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率」及「C型肝炎抗體(Anti-HCV)受檢率」。
3. 本計畫附件1-2「末期腎衰竭治療模式衛教表」，增訂病人不施行血液透析或腹膜透析之選擇方式，並請台灣腎臟醫學會研議提供不透析之可能理由，供衛教勾選。
4. 其餘依議程計畫內容文字進行修正。

五、與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午4時30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  
105 年第 3 次會議與會發言重點**

**陳副組長玉敏(代理主席)**

今日主席(蔡副署長淑鈴)因有要公，由我暫時代理召開會議，首先介紹本會新委員-黃淑英委員，黃委員是我們健保會推派之代表。先確認上次會議紀錄，如果沒有意見則予洽悉，進行報告事項第一案！

**報告事項第一案：「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額研商議事會議」105 年第 2 次會議結論事項辦理情形**

**陳副組長玉敏(代理主席)**

各位代表若無其他建議，本案序號 1-5 均予解除列管。

**報告事項第二案：「門診透析服務執行概況報告」**

**陳副組長玉敏(代理主席)**

各位代表是否有提問事項？第 20 張投影片「腹膜透析病人轉血液透析比率」，係上次會議有與會代表擔心，是否有少數不適合接受腹膜透析的病人很快轉到血液透析，依統計資料顯示，小於 1 年轉到 HD 的比率約 5.7%，大於 1 年約為 11.7%；第 21 張投影片則分別顯示人數為 21 人及 44 人。另今日補充成大王榮德教授的一份報告，該報告以 PD 跟 HD 二種治療進行成本效益之分析比較，請各位代表參考。各位代表是否有提問事項？

**陳代表鴻鈞**

第 25 張投影片對於 Early-CKD 的病人收案後之腎功能期別改善程度，滿 2 年以上均達 12%以上，較上次會議所提 7%高出許多，這項數值可能要再重新瞭解一下，因為這個結果太好了！在我們預期之外。臨床經驗是慢性腎臟病只會逐漸惡化不會變好，所以今日呈現的數字(12%)有點超乎預期，

建議再行確認！

### **醫務管理組(陳逸嫻)**

本次對於 Early-CKD 的病人收案後之腎功能期別改善程度，係納入 100 年到 105 年 6 月的所有符合定義(含結案的者)之收案對象進行統計，較前次會議僅以 104 年度收案對象進行方式有所不同，可能因分母人數較多，相對來說比率會高一點。

### **陳副組長玉敏(代理主席)**

數字的正確性請醫務管理組再次確認。

### **廖代表秋鐳**

第 8 張投影片對於「105 年第 2 季腹膜透析院所數」顯示台北分區基層透析院所超過 100 家，為 6 分區中最多，但基層卻沒有 1 家做腹膜透析，而其他五個分區至少都有 1-4 家。據我瞭解，醫院評鑑將醫學中心施行腹膜透析納入鼓勵且要求一定要成長，台北分區基層沒有申報腹膜透析是否因政策未予鼓勵？

### **林元灝醫師**

由於醫學中心留住很多病人，在台北的基層幾乎輪不到，本來我們希望慢性透析病人最好回到基層，對病人的照顧會是最好的。但我看到的現象竟然是醫學中心床數成長 5%，是呈現倒三角形的狀態，我建議健保署應該向衛福部反映是否要修改擴床的規則，否則對整個透析醫療生態是一個很重的傷害，我十分不贊成！

### **鄭代表集鴻**

我是基層透析協會理事長，我有做腹膜透析，但是我做了十幾年大概只有 2 個病人。因為做腹膜透析的困難點在於經濟規模。即一個護理人員基本上可以照顧 30 個腹膜透析病人，但是在基層幾乎很難達到該收治病患之規模，很簡單的道理，大家想想看台北捷運沿線上有 10 幾家醫學中心，

病人呈現群聚效應，醫院在照顧上熟能生巧，病患也習慣在醫學中心就醫，故台北區之基層診所似無必要扮演這個角色。即使以政策鼓助也推廣不來。另我呼應林醫師所提病床數增加的問題，醫學中心增加非常快成長第一，區域醫院第二，地區醫院第三反而最少。健保署一直強調分級醫療，地區醫院應為照顧慢性病的主力，可是醫學中心卻一直擴床，主管機關真的要有些對策。另建議健保署統計透析病人以歸戶後以論人角度分析其於各層級花費情形？就好比一個病人到醫學中心看病大概是 2000 多塊，到區域醫院是 1000 多塊，到診所是 500 多塊。透析病人到醫學中心洗腎他的花費到底是如何？跟診所比起來到底是怎麼樣？做為政策參考，我們應該鼓勵病人去醫學中心洗？還是要鼓勵病人到基層診所洗？何者較具效益？

#### **陳副組長玉敏(代理主席)**

腹膜透析確實需要配置較多醫事人力執行衛教等事項，基層執行腹膜透析需要有一定經濟規模，即便有政策鼓勵，仍有其困難點。另關於透析病床數之申請與核可屬於衛生主管機關之權責，健保署將持續監測觀察其變動之趨勢。另外，透析治療之支付係按次採包裹支付，於醫院或基層並無差別，因此各層級單次費用差距應該不大。

#### **鄭代表集鴻**

不是單次，是個人的總花費。

#### **陳副組長玉敏(代理主席)**

如果涉及個人費用的比較，有許多因素須予考慮(如：年齡、性別或共病情形…)並予校正，故要有成熟且具共識的比較方法；今日王榮德教授就血液透析及腹膜透析之成本效益已提出文獻報告，大家可以參考。

#### **陳代表鴻鈞**

基層院所要執行腹膜透析確實有其難度，真的非常不容

易。王教授這一篇我還沒有細看，但與我們臨床觀念不同，因為腹膜透析費用給付較低，如以整體費用來看，二者應該是差不多！另台灣腹膜透析病人之平均年齡較血液透析小 10 歲，目前血液透析病人平均 65 歲、腹膜透析病人平均 55 歲，因此，以 55 歲的腹膜透析病人跟 55 歲的血液透析病人相比，是有偏差的！我的疑問提供給大家參考。

### **張代表孟源**

我個人贊同前面幾位委員的想法，基層來做腹膜透析確實是不切實際的事情，尤其是台北市。但是基層對於延緩病患進入透析還是可以著力的(例如：健保署從去年 12 月份對於 CKD 第五期的病人給付或放寬部分藥品、EPO 小於 eGFR<15 就可以給付..)，醫學報告也有許多方法(例如：營養品、EPO..)，可以延緩病患進入洗腎。假設年輕病人狀況還不錯，透過這樣的處理還可以保留原來的工作，而不必立刻進入透析洗腎的階段！故我們很感謝健保署對於 Stage-V 末期洗腎病人放寬藥品給付規定，減少病人的負擔！故未來如能透過基層醫師共同努力延緩病患進入洗腎，讓他好好地保有原來的腎臟且維持好的生活品質，我相信病人一定會非常感激的！

### **林代表文源**

第 29 張投影片「增進 Pre-ESRD 照護率策略」其中提及增加資訊公開為何？

### **劉科長林義**

關於增進 Pre-ESRD 照護率策略，本署於本年 7 月 1 日邀集台灣腎臟醫學會開會討論，由於相關計畫都有編列品保預算，因此參與 Pre-ESRD 院所，多數依其品質做為額外獎勵，未來為增進同儕比較或民眾就醫查詢參考，建議就其指標執行情形，公開於本署網站，供大家下載參考。

### **陳代表鴻鈞**

本人代表台灣腎臟醫學會感謝健保署協助 EPO 給付規定之處理！

**陳副組長玉敏(代理主席)**

是否還有其他提問事項？進入報告事項第 3 案。

**報告事項第三案：「105 年第 1 季門診透析服務點值結算報告」**

**陳副組長玉敏(代理主席)**

105 年第 1 季平均點值 0.80836228 較之前稍低，因 104 年之預算按日曆的天數進行調整分配，105 年則按照實際醫療費用，故 105 年第 1 季之點值稍低，如果 105 年也按日曆數分配則 105 年第 1 季增加 3.8 億元左右，點值將會提高。另 105 年起各季點值結算將置放本署全球資訊網，大家可以直接下載參考。

**廖代表秋燭**

剛才提到基層透析病床的成長率是 3.45%，醫院層級大概是 2.9%，而今年的預算成長率，基層是 4.498%，醫院是 3.2713%。惟第一季結算結果，或許有代表認為醫學中心病床數增加之比重高一點，惟第 1 季結算顯示醫院的預算被移轉了 1000 多萬到基層，這代表什麼意義？這樣的成長率是基層成長率本來就比較高，可是它實際成長率是高過預成長率，因此若單就這樣的移轉費用，把醫院部門跟基層，或是三個層級分開來看是不準的，實際上你基層跟醫院各拿多少預算出來，結算之後拿回去多少。像第 1 季來講，基層拿回去 362,800 萬出來，可是它實際拿回去 364,500 萬，以這樣預算的移轉，大家可以思考代表的意義？有些事情不能只看表面，而是看實際上你拿到多少錢！

**張專門委委員溫溫**

以前透析部門確實有類似剛剛代表所提情事，不過這幾年醫院與基層透析之預算與收入已呈現相當之趨勢，以 104

年全年收入為例，醫院拿出來的錢與實際收入幾乎已達平衡。主要原因在於點數的部份，因為是以前一年第一季醫院與基層透析點數之占率來分配，故醫院與基層間之前述現象已逐年拉近。

### **廖代表秋燭**

每一年我都有算，最早以前可能一年差了十億、五億、二億，去年是差不多，我講的是今年第 1 季，第 1 季又有 1700 萬的落差。

### **張專門委員溫溫**

主要在於 105 年第 1 季點值，以 104 年全年來看並無太大差異。

### **林元灝醫師**

個人對於 105 年第 1 季浮動點值為 0.79，我想表示一點意見。每一年總額協商是我跟理事長很辛苦的到健保會跟各位委員拜託，他們都說我已經給了很多了，用這個來證明其實給的一點都不多！我希望今年我們的總額預算爭取較高成長率，我希望健保會委員能夠反映這個消息，去年給的一點都不多，謝謝！

### **陳副組長玉敏(代理主席)**

是否有其他提問事項？如果沒有其他意見的話，本案洽悉。

## **報告事項第四案：「104 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」**

### **陳副組長玉敏(代理主席)**

本報告案是關於 104 年門診透析品質獎勵之核發結果，104 年係由院所透過本署 VPN 上傳指標結果，再由本署據以結算與核發，與 103 年由台灣腎臟醫學會向各院所蒐集及統

計後，再提報本署核發之方式有所不同；另 104 年各指標之操作型定義較 103 年亦有改變，故各院所須及時且正確至本署 VPN 上傳資料，做為本署結算與核發獎勵金之依據。各位代表是否有提問事項？

### **台灣腎臟醫學會林慧美秘書**

我是代本會秘書長報告。我們看表 4 「建立對新病人透析治療模式選擇充分告知機制」的家數只有 100 家，比率只有 16%而已，比率太低！所以學會建議對這項指標的分子跟分母定義重新釐清，因為有些院所反應有些病人，剛進來的時候在住院接受透析可能只有 1~2 次，等病情穩定後會轉到基層去做長期的血液透析。但是他在 A 醫院的時候，因為沒有超過 20 次，所以並不會將其資料上傳至本署 VPN。但是做為主責醫院又須要做衛教資料，建議須予釐清？

### **張專門委員溫溫**

關於歸責院所之定義，已列入討論事項第一案。因為我們今年現在已經是 105 年 8 月了！建議列入 105 年進行修正。

### **陳代表鴻鈞**

腹膜透析於 104 年有 60 家不核發(40%)，因為腹膜透析大部份是在醫院層級的，而醫院層級就已經有 40%不核發，我看到這個數字覺得應該還有蠻多問題。如同剛剛我們秘書提到「建立對病人透析治療模式選擇充分告知機制」的家數只有 100 家(16%)，其實這個是不可能的事情。但考慮這些細節須要花時間討論，建議我們先跟健保署這兒先討論，瞭解是否為申報或定義之問題，如果各位委員同意的話，是不是我們討論以後，下一次再把它拿出來報告，我覺得這樣會比較節省時間。

### **張專門委員溫溫**

以 104 年結算結果來看「建立對新病人透析治療模式選

擇充分告知機制」之達成率最低，基本上是以該年度新透析病患其首次透析之院所須要提供衛教與告知。如果台灣腎臟醫學會欲修正本項邏輯，稍待可以於討論事項第一案併同討論並確認後再行公告，未來院所適用也比較清楚，甚至可以用在今年，這樣比較能達到實質上的意義。

### **廖代表秋燭**

的確！本院對於腹膜透析操作型定義有許誤會，可是真的每個都有做到告知及衛教，但上傳資料的時候就有所誤會，致未達標，故都沒有拿到錢。

### **顏代表大翔**

因為我們有拿到獎勵金，但不曉得我們拿到幾分？是否有提供個別院所報表？個別院應該要知道是那支指標未達標，才有改善的空間！

### **張專門委員溫溫**

我補充說明，104年結算核發情形，我們會提供每家院所個別之結算報表，包含核發或不核發、核發金額之分配、各項指標分子及分母值、達標與否等詳細資料，各院所可至本署 VPN 系統下載個別院所結算明細；若有不清楚的地方，再請本署各分區業務組予以協助！

### **林元灝醫師**

既然是定義問題造成核發落差，建議有沒有可能追溯至104年補發。像我們以前考試的時候，題目出錯了，那一題就送分。我們可否104年先送分了？104年可不可以補發？因為不是院所的錯啊！那是定義上的問題啊！

### **鄭代表集鴻**

104年核發獎勵金額是4500萬元，全數發完嗎？

### **陳副組長玉敏**

104年結算之操作型定義是本會在去年就已經討論決議了，本署也依據會議結論進行院所結算與核發，當年編列

4500 萬已全數核發，仍應按原定義辦理；各位代表對若干定義有修正之建議，可以於討論事項第一案再行討論與檢討。如有院所認為計算錯誤的，可以按議程資料第 38 頁第 4 點，向所轄分區業務組提出申復，經分區審核同意列入核發者，會另予補付。另如對 105 年操作型定義之修正建議，建議併入討論事項第一案討論，先做這樣的結論，各位代表是否有其他意見？無提問事項，進入報告事項第五案。

**報告事項第五案：「有關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，改以健保申報資料及透析院所上傳至健保署 VPN 系統資料計算案」**

**主席**

今日因署長在台東，故奉指示代表署長陪同部長會見醫師公會全聯會，所以晚一點進來，先跟大家說抱歉！本報告案係關於透析品質確保方案之專業醫療服務品質指標，改以健保申報資料及透析院所上傳至健保署 VPN 系統資料計算，在議程資料第 43-47 頁，本署業務單位已同步提供以本署統計結果樹與台灣腎臟醫學會資料之差異，再請曾科長文說明。

**曾科長玫富**

本案跟報告案第四案的計畫是兩個方案，但是指標幾乎相同，所以，本案操作型定義跟剛剛報告的第四案操作型定義一樣。之前的會議已經處理了五項指標使用本署申報資料統計，本次繼續處理其他七項涉及院所上傳至本署 VPN 之臨床資料，依照剛剛第四案的相同定義試算。請大家參考議程第 43~47 頁，大體上臨床數據之平均值，Albumin、Hb 的百分比等等，透過 VPN 上傳資料計算與台灣腎臟醫學會提供的數據非常接近，至於檢查率部份，本署系統性較腎臟醫學會數據稍高，我們推測原因可能是一個病人同時在兩、三家院

所透析，個別院所是沒辦法知道，而腎臟醫學會可能是將院所提報的人數直接相加，可能有一些是重覆算的，但是本組按剛剛報告案第四案的定義方式歸責院所計算人數，病人不會重覆計算，所以就會少一點，也就是說我們算的分母可能會比腎臟醫學會提供的資料較小，然後分子又還蠻接近的，那些臨床值可能院所報到 VPN 這邊和報到腎臟醫學會的很接近，所以我們算的檢查率會系統性地高一些。

請大家看第 47 頁，唯一有不一樣就是第 47 頁底下「55 歲以下透析病人移植登錄率」這一塊反而健保署的分母，分母一樣採用剛剛第四案的定義方式去算，只有這支指標分母比腎臟醫學會報得高。我們之前有問腎臟醫學會他們這個分母當初請院所報的時候是以有固定回診的病人才會列入計算，所以標準反而比較嚴。我們這邊是照連續三個月都有透析，超過一定次數或是一定比例的就歸到那家院所，就是一般性的定義，所以反而我們這邊算的分母比腎臟醫學會高一些，跟之前的指標系統性的我們的分母都比較低剛好不太一樣。大體上跟按品保款的指標定義是一樣的，初步的結果是這樣。以上說明，謝謝！

### **主席**

目前以本署上傳 VPN 與腎臟醫學會提供資料稍有落差，大家有何意見？多數指標落差較小，但移植的登錄率與腎臟醫學會差異較大，各位代表對於這項數據有何看法？理事長覺得可以嗎？

### **陳代表鴻鈞**

這些數字應該會愈來愈接近！我倒是沒想到移植登錄率會差這麼多，基本上現在數據很接近，像我們在國外演講都是用健保署的資料。但是腎臟醫學會還是要收自己的資料，較健保署現行資料更多。但是我想大家把定義釐清後基本上數據應該會是一樣的。

**主席**

大家是否同意健保署統計結果公開指標之資料，就以健保署 VPN 資料來呈現，另外也考量院所並未百分之百 reporting 到腎臟醫學會之因素，未來腎臟醫學會如要對外使用，本署之公開資料各界均可引用。至於器官移植登錄落差較大，建議可先比對器捐中心統計移植登錄率之情形，瞭解落差原因。有可能為院所並未百分之百都上傳資料，或是器捐中心仍有排隊名單...，不論如何，器捐中心的名單應該才是最精準，建議再瞭解數據落差之可能因素？

**陳代表鴻鈞**

因為健保署的數字(3467)比腎臟醫學會高(1855)，二者加起來大概 5300 左右，而器捐中心那邊超過 6000。

**曾科長玫富**

本案之指標資訊係定期公布，若與器捐中心核對資料，可能有時程之落差。萬一來不及的話，是再請腎臟醫學會提供資料，或暫時先以本署數據公開，因為看起來如果器捐中心是登錄 6000 多人的話，我們的反而比較接近啊！腎臟醫學會的資料才三、四千人而已。

我們可以跟器捐中心聯絡，因為醫管組以前曾聯繫，但該中心考量個資限制，我們再聯繫看看能否突破，萬一時間落差我們來不及作業的話，過渡期間暫時請腎臟醫學會給資料或以本署資料先公布？

**陳代表鴻鈞**

剛剛黃院長提醒我，器捐中心那邊可能有 55 歲以上的人，而這支指標講的是 55 歲以下，所以器捐中心一定比我們多。

**主席**

器捐中心應該為全部年齡層！

**陳代表鴻鈞**

器捐中心沒有區分年齡，但我們有區分 55 歲以下，一定會有落差！現在第一個問題是個人資料能不能取得，因為有個資的問題，過渡期是暫時繼續用腎臟醫學會給的資料，還是用健保署資料好？因為以前有些數字可能我們還沒有看過、還沒有想過，出現問題以後我們雙方再來想想看問題出在哪裡，理論上這些數字應該都是接近的。

### 黃代表淑英

如果僅是要器捐中心提供區分年齡層人數或 55 歲以下登錄的人數，有涉及個資的問題？

### 曾科長玫富

該指標要先以健保申報資料界定出分母病人，再以分母這群人的 ID 去串連器捐中心登錄腎臟移植人的 ID，這樣分子分母才能配對！並非一個數字，因為登錄的人數不一定會被涵蓋在整個分母群內，故須要用分母的 ID 去串連器捐中心登錄檔。

### 主席

請曾科長再跟器捐中心瞭解詢問如何不涉及個資也可以進行後續資料交換統計之可行性。目前本案大家是否同意按健保署資料進行統計與公開，惟公開之前請業務單位跟器捐中心先行瞭解數值落差的因素，如果差距不大就以健保署資料先公開，但如差距很大，該指標先暫緩公開，至確定後再予公開。如果是有爭議的數字，應俟確認清楚後再對外公開，以免造成誤解。各位代表有其他提問？如果沒有的話，我們進行報告事項第六案。

### 報告事項第六案：「有關「連續假期看診時段登錄作業方式」

### 主席

目前本署對於連續假期看診時段登錄有一支 Apps，其實有蠻多人下載相關資訊。目前我們觀察的現象就是在連續

假期或實施週休二日，到醫院急診的人都特別多，原因可能是臨時不知道那裡有基層院所有開診，本案是希望院所可以及時 Update 假日開診資訊，民眾透過 Apps 的查詢，可以及時瞭解週遭附近院所之診狀況。拜託我們的各位醫界代表轉知會員於 9 月 9 日前，將中秋假期的看診資訊進行登錄或修正。特別我們透析的院所，透析診所假日會休息？

### **林元灝醫師**

我個人一年只休禮節天，只有 52 天的休假。因為透析病人多是洗一、三、五或二、四、六。

### **主席**

如果透析診所週日休息，病人有臨時緊急狀況，是否要緊急到醫院急診或其他院所洗腎？

### **林元灝醫師**

病人多半會先聯絡我們，即使是半夜或是禮拜天，我們都會自己處理，如果是比較緊急狀況才會把他送到大醫院去。

### **主席**

各位醫師會提供手機給病人，做為緊急聯絡使用？

### **林元灝醫師**

我們的名片上面都有手機號碼；禮拜天發生狀況，我們會用電話聯繫。我如果覺得他病況緊急必需到醫院住院做檢查我們就會建議，那我們會跟醫院聯絡，就是急診那邊我會聯絡好，病人過去就可以得到照顧。

### **主席**

只有林醫師的診所這樣，還是所有診所都是這樣？

### **顏代表大翔**

服務到家！

### **陳代表鴻鈞**

我們全台灣的洗腎臟室都是每天早上 7:30 開到晚上

10:00，星期一到星期六。

**主席**

請問廖代表及陶代表，你們醫院假日提供緊急洗腎的病人多嗎？

**廖代表秋鐳**

不會很多。

**陶代表屏**

也不會太多。

**主席**

我們院所真是洗腎病人的守護人！

**林代表元灝**

我們現在台灣的腎臟界已經大家都訓練的很好，病人幾乎在洗腎臟室洗完出來後，回去大概很少掛急診，因為我們都教育的很好啊！除非那種很不聽話，很不聽話最後才會跑去掛急診，就是說他自己照顧不好，那才會去急診，要不然現在病人都教育的很好。所以，我們的手機雖然提供給病人，但也很少用到，因為病人也知道自己照顧好，就不會半夜去吵醫生。我以前早期的時候，還沒能溝通的很好的時候，常常半夜被 call 診，那他們也常常去急診，這倒也是真的，後來教育的很好的時候就不會了。

**主席**

付費者代表這邊有沒有要請腎臟醫學會幫忙的？有

**林代表敏華**

我本來看到這樣覺得有點奇怪，我的基本了解就是剛剛各位醫師講的，因為我認識的醫師他們也只休星期天而已！所以基本上這個東西是不會出問題的，那個病人的需求是兩天洗一次嘛！所以這部份比較像醫院、診所，基層的部份才會需要提到這個案子

**主席**

聽起來透析診所或醫院服務真的很好，所以少有病人於假日還因透析問題跑去急診！大家在適當場合幫透析診所宣傳，他們只有禮拜天休息，即便休息醫師也都 on call，透析民眾有問題，可以先聯絡自己的腎臟科醫師。

### **張代表孟源**

基層診所醫師真的很高興腎臟醫學會把慢性腎衰竭的病人照顧得那麼地好，但長期慢性病的治療不是只有尿毒症的病人，像一些氣喘的病人，糖尿病的病人甚至連尿毒症的病人，都能夠照顧得很好也不用跑急診。其實糖尿病、氣喘，這些長期慢性病的治療如果有照顧好可以減少甚至根本不用去急診。腎臟醫學會的醫師非常認真的，因為我本身就是腎臟科醫師，所以哪一個重大傷病的病人，可以一個禮拜看三次醫生，所以我相信一週三次的評估，再加上護理師的照顧之下，對病人的情況掌握得非常地好，更加上洗腎的病人跟醫師有長期的信賴關係，那個長期的信賴關係是很值得重視！另外一方面，我們基層也很努力，只是基層診所除了慢性病以外，更需要照顧社區急症，尤其是發燒、急性腹痛、急性胸悶、胸痛等等，比方說但臨時有小朋友發燒，總不能叫他不要發燒，所以對基層守護社區的診所必須有整體性的評估。

### **主席**

一般診所如果能像腎臟科醫師一樣把手機給病人？你們可以利用電話給臨時發燒病人衛教！病人或許就不用去看急診。

### **張代表孟源**

我不敢要求所有基層守護社區的診所的醫師！但我們診所的 LINE 及臉書都有，所如果病患有留言，可以的話我們會儘快處理！

### **主席**

因為我們將來要推動家庭責任醫師，所以每個基層醫師要把病人照顧好，減少他們緊急去醫院急診的情形！

### 鄭代表集鴻

基本上剛剛主席很肯定我們的表現。但希望主席不是只有幫我們宣傳，要給我們實質上的獎勵！希望在透析預算能給我們合理的成長，這個還是要再請主席幫忙，這是第一點。第二點就是，剛剛主席也有提到假日很多診所，一般診所都不開，民眾只好跑急診，那我也想說明一下，應該不是診所偷懶想休息，而是宣傳口語錯了，在議程第 49 頁「小病看診所，厝邊好醫師。」我覺得小病看診所是會有誤導的情形，民眾不曉得自己什麼是大病？什麼是小病？基本上只要有病，他們就覺得很嚴重，就會想去看急診或醫院比較有保障。所以我建議，是不是有病先看診所，也符合主席說以後要推廣家庭醫師制，門診家庭醫師的精神就是，你有病真的就是先看診所，不要自己判斷大小病，自己判斷一定是大病，那一定又跑醫院了，所以這個口號是不是改一下，可能會更有效果啦！事實上很多診所不是假日不看。我自己也是啊！我自己剛開業的時候也是假日都看啊！就是等不到病人啊！

### 主席

有病先看診所，請業務單位先記下來參考。原來有文字上的對仄(五個字對五個字)。另外本會有健保會推派付費者代表是林代表跟黃代表，透析醫界代表可以藉此多讓二位代表多多瞭解，兩位代表有沒有什麼意見？如果沒有，是否有其他提問事項？接下來進入討論事項。

**討論事項第一案：「修正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暨相關事宜案」**

## 主席

本案係修正品質指標獎勵提升計畫，請問大家有沒有意見？**林元灝醫師**

擬辦第二項「病患小於 6 次項目部分」，我覺得這樣還是會混淆，因為像我們的病人中，有些是整個家族一起，很可能是一個月兩個月這樣輪流，所以我建議兩個月 13 次，三個月 20 次，這樣比較能夠確信說這個病人到底真的是不是該院所的病人，假如兩個月小於 13 次的話，那可能就不是了，這樣會比較清楚，因為如果連續三個月小於 6 次的話，我覺得還是容易混淆，因為病人的移動或是家屬的分配方式不見得會照我們的規則走，但以整季來看的話，大概不脫 13 次和 20 次的規則。

## 黃代表淑英

關於 B 型肝炎和 C 型肝炎指標之受檢率，為何要下修到 90% 呢？依據資料顯示已經達到 96% 和 93% 了，既然已經超過 90%，為何要下修標準呢？是朝三暮四嗎？增加一個，又把一個退回去？

## 林代表敏華

我上次也和黃代表有類似的疑問，我上次有提到 B、C 肝和腹膜透析的問題，提高血液透析的受檢率我是同意的，但我建議刪除腹膜透析的轉陽率？因為腹膜透析會感染致發生 B 型或 C 型肝炎二者間沒有太大關係，所以我建議刪除腹膜透析轉陽率。

## 張代表孟源

關於第七項建立病人腹膜透析的選擇部分，記得上次開會大家有提到，如議程第 62 及 63 頁附表，不施行血液透析、腹膜透析或安寧療護，除了腹膜血液外，我方才也提到健保署從去年十二月開始，有不同的選擇，並不是須要安寧或馬上洗腎，而是有一些延緩透析的方式，也就是 PRE-ESRD 針

對第五期慢性腎病照顧的目的。或許現在並不是由兩個腎臟科醫師判斷該透析就必須立刻透析，透析治療之前有時候還須考慮到病人的整體情況包括年齡、家庭、工作環境等等，也就是以病人為中心，比方說去年藥物放寬，在醫界有很多研究報告發現 eGFR<10 並不一定要馬上洗腎，他可以藉著改善貧血、電解質、血壓及進行低蛋白飲食控制，延緩透析的時間。尤其在現階段我們腎臟移植的捐贈者非常少，假設可以讓病人用自己的原來的腎臟，多用一年晚一年進入透析洗腎的階段，我相信對健保的費用是有所減少，而且在慢性腎臟病第五期的治療費用一定小於末期透析洗腎的費用。很多個案報告顯示，其實他可以延緩洗腎，少數的情況較為穩定的個案肌酸酐大於 10 以上還可以在腎臟科醫師及整體治療團隊積極、嚴謹的監控及藥物治療下仍能維持正常的生活及生理機能，只是病患須要具較高的自主力，定期好好的追蹤，因此是否可在這個項目透析前病人告知同意的說明裡，我們是否試著告知病人，其實你並非，立刻馬上非洗腎透析不可，在腎臟科醫師及整體治療團隊積極、嚴謹的監控及藥物治療下，如果情況符合，我們可以暫時保留病人的腎功能、暫時用藥物積極治療，而非立即洗腎治療。因為一個醫師，並我們不是一個醫匠，醫師要以病人為本位來做一個治療，以上補充。

### **林元灝醫師**

我向各位代表說明為何訂肌酸酐是 10，一定是有過去的理論根據，因為腎臟不好會影響鈣、磷和心血管，因此把標準訂在 10，是怕當鈣磷不平衡造成血管硬化，還有心臟本身負荷，整體的考量所以訂這個標準。當然如果拖到肌酸酐 20 時，後面所帶來的併發症和後遺症就多很多。我的病人常常問需要多久才能自這併發症恢復？我說你走多遠來，你就走多遠回去，因為他拖了很久的時間才洗，就要花多久的時

間慢慢恢復到他沒有洗以前樣子。當然我們有很多藥可以協助或輔助，但面臨到臨界點時，需要告訴病人他所面對的壞處？不洗不會死沒有錯，但他後面帶來的併發症其實是更大的負擔。

### **張代表孟源**

我完全贊成林醫師的想法，鈣磷真的很重要，有些好的藥物希望健保署也可以開放使用，例如：鈣磷結合劑應該要開放，那很貴的，一個月五、六千塊，但還是比洗腎便宜，假如讓末期病人簽署同意有限度開放磷結合劑使用，相信不僅可以延後洗腎也不會造成後遺症。

### **主席**

關於林醫師提到議程資料第 55 頁擬辦二的部分(小於等於六次)，請大家參考第 55 頁說明三.(一).3 之說明，目前血液透析每季連續三個月在同一家(跨院亦同)施行血液透 $\leq 6$ 次者約一百人，人數並不多，請醫管組再予說明。

### **劉科長林義**

大家可以看到議程資料第 54 頁三.(一).1 點說明，目前我們有兩個定義，涵蓋約九成的病人可以即時分派歸責的院所，換句話說有一成的病人被排除。如果我們將連續三個月於某院所透析但其次數小於六次以下者(平均一個月兩次)，再予排除的話，大概又要排除一百多個人，預計每季有一成以上的病人會被排除，也就是說這一成的病人是沒有可歸責的院所。假設現在要排除每月平均透析六次的話，勢將排除更多的人，無法及時分派歸責院所，惟影響程度還須另外評估。

### **主席**

因為本計畫的目的是希望透過透析病人分派原則以及時課責院所照護之品質，所以病人要按那些原則分派給歸責院所，進而透過院所上傳病患檢驗或檢查的結果，計算院所

品質得分的情形，目前大家是對病人分派歸責院所的定義有不同的看法。剛才林醫師舉例一位病人可能有 3-5 個小孩，小孩都住不同縣市，每月輪流住一家，故病人一年內會有一定程度的跨院洗腎行為，該病人到底要分派給誰？即品質要歸那個院所負責？其實劉科長方才說明，照目前的定義已經排除很多病人無法及時分派歸責的院所，此外，依本議程數據顯示這樣的病人還是非常少(占率亦低)，不至於大幅影響院所的品質指標，建議維持本署建議事項。徵詢各位代表意見？

### **林元灝醫師**

議程第 58 頁，刪除附註第 2 點之原因？是否可以回復文字？

### **劉科長林義**

因為修正前對於血液透析及腹膜透析分別備註相同的文字，故本次修正統一放在第 59 頁的備註，以免文字重複出現。

### **主席**

接下來黃代表提到轉陽率部分由 95% 下修至 90%，請台腎臟醫學會陳理事長說明。

### **陳代表鴻鈞**

目前 B 肝跟 C 肝的檢查是一年檢查一次，我們醫院是每年十二月檢查，如果這個病人洗到六月時搬家了，但是該病人還是算我的病人，但我這邊卻沒有檢查到。如果不下修受檢率也沒有關係，但必須要這個病人全年都在我這邊洗腎，但我們下修是因考量許多類似的狀況，所有受檢率如果在 95%，一定有困難。

### **黃代表淑英**

受檢率已高達 95% 為什麼還要再降為 90%？

### **劉科長林義**

有關 C 肝及 B 肝轉陽率，於 104 年並沒有受檢率的規定，但是其他血清白蛋白等多有訂定受檢率，既然本指標之分母是由自己院所上傳，因此建議增訂受檢率的規定，不過腎臟醫學會認為該指標首次增訂受檢率，所以希望把受檢率訂在九成。

**主席**

有關 B 肝及 C 肝轉陽率將增訂受檢率，建議參採腎臟醫學會的專業意見；未來執行有任何問題，可以再做討論。另外議程第 59 頁林代表建議腹膜透析監測「B 肝及 C 肝轉陽率」之適當性？

**陳代表鴻鈞**

腹膜透析比較不需要監測「B 肝及 C 肝轉陽率」，因為 BC 肝主要是血液相關的傳染，而腹膜透析完全沒有這個問題。

**主席**

如果刪除的話，整個配分及權重須要同步修正；或者可以提出替代的指標。

**陳代表鴻鈞**

腎臟醫學會要提出一項指標，內部都要先討論，不要拿出來後大家做不到，或大家都已經做到，就沒有意義，而是希望有改善空間的指標再提出來，因此還須要內部進行詳細討論。

**主席**

林代表？

**林代表敏華**

沒有意見，因為我們還有受檢率的部分。

**主席**

只要留下受檢率不要轉陽率？

**林代表敏華**

對~

**陳代表鴻鈞**

病人我們每年一定都會檢查，但病患若跑去哪裡輸血，我們並不知道。

**林代表敏華**

假如病患得到 B 型或 C 型肝炎，應該不是腹膜透析的責任。

**蔡副署長**

所以林代表建議腹膜透析部分，只要看受檢率，不要看轉陽率。

**陳代表鴻鈞**

轉陽率可以讓我們了解狀況，但不是我們的責任。

**主席**

大家是否同意刪除腹膜透析的轉陽率？請理事長表示意見？理事長同意，本次就刪除腹膜透析的轉陽率！也謝謝林代表。

另對於張代表所提議程第 63 頁衛教表的內容，原來只有兩個選項，張代表希望可以新增一個選項為「暫時延緩透析的其他做法」，就是在要或不要之間，還有一個中間的選項。醫學會看法？

**陳代表鴻鈞**

病患要填本份衛教表已經代表病人面臨洗腎，所以延緩他洗腎的衛教應當是在這個之前，而不是在這個之後。目前台灣的洗腎標準已經是國際間最低的，因此對於面臨已經要洗腎患者，其實已經沒有甚麼延緩的空間，所以我覺得還是維持目前的選項就好了。而且我們目前的 PRE-ESRD 照護率滿高的，所以院所在 PRE-ESRD 的階段，都會向病患說明，而這份衛教的目的係指已經面臨洗腎的病人。

**張代表孟源**

議程第 62 建議增加延緩進入洗腎。那為什麼呢？事實上 eGFR 小於五是不好，我想這類醫學的研究報告文章應該是會越來越多，所以尊重病人意願下，以目前的科技及藥物是有一個延緩的機制，那延緩多久不一定。延緩是一個選項，但事實上 60% 進入 PRE-ESRD，另還有 40% 沒有接受 PRE-ESRD 的機會。舉一個我親人的例子，醫師僅告訴他：你要就洗，不然就死，這樣的說法對於病人的內心真的很大的打擊。難道就不能跟他說還有其他機會嗎？給病人希望，在現代醫學進步的前提下，病人有一個喘息的空間，多一種暫時的選擇，這本質就是對生命的尊重嘛！在延緩的階段裡，如同剛才林副祕書長講的，透過貧血的改善、鈣磷的控制、磷的結合劑、低蛋白的飲食控制，這只是很簡單的增加一個選項，卻可以充滿人性的關懷，這有甚麼不好呢？

### **林元灝醫師**

這邊我想說明一下，張代表大概有甚麼誤解，因為我剛剛這樣提是因為許多已經進入 ESRD 的患者還讓他認為可以延緩，實際上在 PRE-ESRD 我們都已經教育了，利弊得失可以自己考量，當然他也可以選擇不洗。現在是急診進入加護病房後，他必須要洗才能活命的狀況下，我想大概沒有選擇了，當然如果他堅持不洗的話，也可以，但就是選擇死亡。常常我們在急救時，通常會直接告訴病人，你只能做兩個選擇：洗或死亡，那個時候一定是在急診或加護病房，沒有選擇的餘地。當然在門診追蹤的 PRE-ESRD 的病人，一定是能拖就拖，我們碰到太多了，之後很多掛急診進來，一定都是藥物吃到不能再吃，大概是這樣的情況。所以我想這些問題應該是在 PRE-ESRD 就處理，最後到 ESRD 的階段時，就是 PD、RD 或不洗二種選擇，因為已經到生命的關頭。另外我覺得台灣的標準真的是比國外嚴的多，所以我們很多病人都是拖到不能再拖時，才選擇洗腎，往往他們癒後都沒有很好，

有一些年紀較大的病人，洗了之後其實餘命都是縮短的。

### 林代表文源

我提兩個意見，第一個是針對延緩洗腎的部分，我覺得張代表的建議非常好，不過應該是要放在 PRE-ESRD 裡；另一個是關於品質提升計畫，目的是要減少住院、死亡、併發症率等，我比較疑惑的是，血液透析裡很重要的血管擴張和重建指標並沒有納在裡面，因為這些才是照護的關鍵之一，牽涉到怎麼打針、止血到如何衛教等息息相關的因素，我不知道為什麼沒有納入？腹膜透析部分，導管的維持狀況是否有指標可以做，另外一個滿重要的腹膜炎也沒有列進去，當初考量不納入是有甚麼特殊原因嗎？

### 黃代表淑英

我對這個疾病並不是特別了解，不過從大家的談話裡面，我覺得張醫師和林醫師講得似乎不太一樣，因為好像並非所有的患者都會進入 PRE-ESRD 計畫，有一半的病人可能都沒有進到計畫裡，就會面臨這個問題，我想張代表的意思是指那些沒有進到計畫裡的病人就沒有人告知他有一個延緩的可能性，我覺得這個考量點是可以去思考的。另剛才提到的治療方式，如果不是一個 SOP 的話，可能就會有點危險。

### 林元灝醫師

剛才張代表提到約一半的人還沒有進到 PRE-ESRD 收案，這些人為什麼後來就直接進到洗腎？因為他們都是從急診進來的，也就是說很多都是有併發症出來，才會直接到急診洗腎。我想我們腎臟科醫師都很清楚，那些馬上就需要洗腎的病人，可能是腸胃道出血、直接昏倒休克或因肺水腫突然很喘，到急診才發現已經是 ESRD 了。這個時候還可以問他你可以試試看不要洗嗎？當然是不行啊，他真的就會死耶。大家常常面對的都是這樣的病人，所以我們為了要救他，建議他趕快洗，因為會死！

## 陳代表鴻鈞

我想先釐清，目前大家討論的是不一樣的二件事情。正常人的腎絲球過濾率是 100，我們最常跟病人解釋是不到 60 分代表不及格是第三期，第五期是 15 分以下，事實上小於 5 分才洗腎。現在我們在講末期腎衰竭定義大家有點不一樣，末期腎衰竭是小於十五分，但小於五分才洗腎，所以我們剛剛講的是十五分的病人我們不會叫他洗腎，我們會很積極跟他們做衛教，以延緩腎功能惡化，可是小於五分的話，就必須要洗腎了。所以小於五分的時候，基本上就這張衛教表指的就是這個狀況，對於五分到十五分之間的病人，我們還是很積極地在延緩腎功能的惡化，所以大家剛剛討論的焦點不同。現在我們把焦點放在小於五分這種非洗不可的病人，這時就看他們是希望哪種透析方式、腎臟移植或安寧了，而這之前我們當然會很積極地控制讓他腎功能不要惡化的太快。因此這張衛教表的精神，當他小於五分時，你不得不洗腎，不然就活不了多久，這時候病患要選擇什麼。醫師不能等到那天才講，因為在知道病患很快要面臨這種狀況時，就先跟他解釋讓他先選擇好。如果五分以上洗的話，健保署一定會把他核減，現在台灣很少有五分以上洗的，除非是很特殊很特殊的個案。

## 張代表孟源

剛才理事長說得很清楚，eGFR 小於五分以下才要洗腎，當 eGFR 然五分以上大家是很努力沒有問題，但是 eGFR 小於五分以下是不是真的，不透析治療馬上會死？我要提的是這一點。根據台大有一些報告，回答剛剛黃代表的問題，是不是每個病人都是這樣？不是的！病人要有很強烈的意志力，且願意跟醫師配合，所以我才會問說會不會中間還有一個地帶？醫學其實是窮盡對人性的保護，所以我才會提這個，我不是叫每個人都做這個，或許你在這個情況下還有可能的

其他機會。我只是提出一個小小的討論，畢竟在坐的都是學者，所以我只是提出一個淺見而已，想說有沒有別的可能性。

### **陳代表鴻鈞**

這個不行啦，因為一百個裡面可能只有一個能讓他到三分或兩分，但如果你把這個變成一個選項時，病人就會跟你爭取，但不洗他就會死，我們通常會跟小於五分的病人直接說明，若是你不洗，苟延殘喘一天就會少活一個月，要不要當然自己決定，有的病人就是講不聽，這些病人後來都是送急診或加護病房，造成花費更多。我們現在有 60% 的病人，不用住院就可以將血液透析的血管做好，有 40% 的病人要做第一次血液透析時，是自己走到洗腎室自己躺上病床開始做，這在以前是不可能的事情，我們二十年前的患者通常都是送急診後轉加護病房且插一堆管子做第一次血液透析，所以現在節省多少費用。如果把這個選項放進去，我們心裡有一把尺拉，我也有病人三分都還沒洗的，他的狀況真的很好，所以我們並非非這樣不可，但如果把這個選項放進來的話，病人就會說我可以不洗，但真的是病人無知，我們花很多跟他講，可是這個病人到時候送急診、加護病房時，到底值不值得呢？如果你把這個選項書面化，病人就會選擇這樣子來做。每次署裡很多人都跟我說為什麼台灣洗腎病人這麼多，不是我們喜歡，而是依據學理病人就是應該洗，我們是站在照顧病人的立場，不然我們也希望病人少一點啊，這樣我們點值才會上升。

### **林元灝醫師**

理事長講的話真的是非常有道理，我們今天做 PRE-ESRD 的目的就是在避免病人在需要時洗腎而送至加護病房，平白的在急診插管之類的，那樣才會增加健保更多的費用。若他就是要進入 ESRD 的情況下，很穩定的控制好，

不要進入加護病房，產生更高的費用。

### **顏代表大翔**

我常常跟病人和家屬講，沒有人喜歡洗腎，所以我們訂這些都是學術上的標準，臨床上我們大部分是照病況來跟病人講甚麼時候要洗腎，因為患者如果已經達 stage 五以下但沒有症狀，你叫他洗腎他是不會願意的，所以我覺得如果有些事情訂得太死或講得太清楚，實際執行上會有困擾。糖尿病伴有腎臟病的病人容易水腫，因為水腫而會比較早進入洗腎。所以我的經驗是不能講得太死，你多了這個選項，可能會出現更多的問題。

### **主席**

其實我們也都理解為何大家討論的這麼熱烈，因為關係透析病人其品質提升的獎勵！衛教表再增加一個延緩透析的選項，經過多方討論，是否請台灣腎臟醫學會將張代表的建議帶回去研究討論，盡量朝病人最好的方式思考，腎臟科醫師不是僅做透析還有提供病人做其他治療服務，因此，如何延緩病人進入透析，相信也是腎臟科醫師的責任，這部分再麻煩理事長帶回去研究！

另藉這個機會，我們署長一直對移植部分，希望腎臟科醫師幫助病人勸募器官，因為現在捐贈者過少，且屍體來源亦不多，只有活體移植，鼓勵病人於親屬間進行器官捐贈，取代終生的透析。這部分也屬衛教的一環，雖然議程第 63 頁提到移植的術前評估、優缺點、併發症、禁忌症、適應症和未來的追蹤..等，但好像缺乏另外一種衛教是鼓勵你的親屬進行配對和活體捐贈，是否有這樣的衛教嗎？

### **陳代表鴻鈞**

基本上現在幾乎沒有屍體移植，真的非常非常少，有的都是活體移植，但遠遠不夠，我們幾年前就已經在推動，一年約增加五個或十個病人。以前有開過一個會議，結果只有

器捐中心的人來，其他人都不來，因為這不是我們講講就好，而是整個社會的觀念(全屍的問題)。我們常常說可以在車站宣導活體移植，可能要需要宗教界人士幫忙，還要請健保署、國建署贊助經費，放燈箱效果很好，可是一個月要二十萬，我們沒有那項預算。所以我的意思是推廣活體移植是全面的，不是我們自己在那邊講，十個裡面九個都沒有反應，一個說回去考慮，然後九成都沒有回覆。所以這個不是我們推不推，如果增加這項手術費，問題是增加手術費還是沒有人捐贈，所以活體移植的推廣是需要整個社會風氣來推動，尤其是宗教界人士是很重要的，這是一個團隊大家一起來做，不是只有腎臟醫學會一個來推，我們推了兩年一年增加五個、十個病人這樣子。我們現在每個病人都會跟他講，但事實上效果是很差的。

### 主席

全面性推廣及改變觀念當然不能只靠腎臟醫學會，建議由器捐中心因其獲有公家補助，其目的就是要鼓勵器捐，所以他們應該主責在做。但我的意思是醫師在對病人衛教時，可以積極傳遞這項訊息。

### 陳代表鴻鈞

我們現在衛教都是以活體移植為主，所以病患會瞭解如果可以透析親屬捐贈的話，會是一個很好的方式。

### 黃代表月桂

我本來想問這個問題，移植登錄率如果大於等於百分之五會有十分，之後依比率遞減分數，我不瞭解在1%到2%之間是很難的事情嗎？我知道現在是教育的問題，只要你說服他登錄的話，你可以有一套說詞。

### 陳代表鴻鈞

我們會提供完整的資訊給病人，現在台灣有六千個病人在等換腎，一年換三百個。我們會鼓勵適當的病人去等待腎

臟移植，平均等二十年的樣子。

**主席**

登錄很多人，問題是沒人捐贈。

**陳代表鴻鈞**

病人和家屬會一起衛教。我之前有一個病人是二十一歲男性，每次媽媽陪他來看病，然後看了五年，有一次他問我說是不是換腎最好，我說當然，他回頭跟他媽媽說，你看醫師都這樣說了，你為什麼不給我。所以我們在講的時候，牽涉的程面很廣，我們不可以當著他的面說，你給他最好這樣子，我們只能跟他講換腎一件很好的事情，但他們的事情我們不可以去介入。

**黃代表淑英**

我們當然是鼓勵活體的捐贈，但是當事者可能也不願意由自己的家人來捐給他，第二方面通常是家人的壓力很大，因為他不捐的時候好像很對不起這個人，所以我們要鼓勵這件事情的時候其實有很多的兩難；另外，如果說服這個人捐贈沒有問題，但手術中可能會死可能會有一些風險，但更重要的，是對捐贈者有沒有做長年的追蹤，他們捐了之後，對於他們的平均餘命有沒有影響，這樣對一般的人來說就比較能接受，請問有沒有這些相關的研究來說服民眾說捐腎對他們的健康和品質影響是很小的？

**陳代表鴻鈞**

去年才有一個全世界規模最大的研究發現是有一點影響，很小但還是有，我們曾經去部裡和某一個司長討論的時候，他說你能不能百分之百保證沒有影響，我說我不能保證，他說如果以公家的身分向民眾直接保證也會有問題，這影響是有的，但是非常非常小，所以這個要不要就很難說了，但你換算生活品質的話，真的是比洗腎好很多，但相對來說這個人變好，但另一個人變差了，但對於捐贈者影響還是是非

常小，基本上不太影響他的生命，腎一個就夠了。

**主席**

理事長提到這項大規模研究，僅差一點點而已？所以不達顯著差異，故我們署長一直希望腎臟科醫師可以加入勸募器官的行列，進而帶動台灣的腎臟移植風氣。

**陳代表鴻鈞**

本來就是我們在勸募，如果不是我們在勸募怎麼會有病人呢？

**主席**

再加強一下。我也會把你們意見帶回去和署長報告！

**林元灝醫師**

國人現在進入透析的平均年齡是六十五歲，我們超過六十五歲的人佔 50%，等於說整個透析的年齡大約是六十五歲，請問各位，裡面適合移植的人比率是多少？我想也不會太高，意思是說這六千個等待被移植的人，大概就是適合的人；為何七萬個人只有六千個？不是因為登錄率太低而是適合的人太少，再加上捐贈的人更少，所以我們接受移植的人就少得多，我認為主要的原因為此，就是說我們的族群是老年化，而且現在新發生的病人年齡也越來越大，我們新病人的平均年齡經過校正後其實已經快超過七十歲，所以為什麼現在越來越少腹膜透析，因為適合做腹膜透析的病人隨著年齡一直在減少，他們很多第一次洗腎的病人不適合做腹膜透析，因為年齡已經太大了，血管都硬化了。所以我想表達為甚麼這兩個比率降低，因為適合的人也不多了，這是主要原因。

另外在議程第 72 頁表的第 20 項的後面，關於建立新病人的治療模式充分告知，這一件事情應該是針對新病人，不要寫每年填表一次好嗎？我們只需要對新病人每年填表一次就好了，應該不是每一個病人每一年填一次吧！？備註那邊第一項，本項每年需填表一次。

## 主席

議程第 72 頁的那張表是針對當年度的新透析病人在當年才要填表，本項修正為「每年的新病人」需填報一次，這樣可以嗎？好，把新病人加進去。謝謝。

## 陳代表鴻鈞

方才林代表提的問題，事實上我們都有在監測這些指標，只是只是對於要不要列入必須考量很多事情，首先考量的是有沒有進步的空間，事實上我們自己收的指標比健保署多很多，腹膜炎和血管都是我們的指標，只是還沒有那麼成熟可以列入，之前有委員建議是否於一定時間評估，等成熟後再把列入比較沒有問題，因為這些指標我們自己都有監測。

## 主席

血液透析導管的建立和腹膜炎這兩項長期已有監控，是否因為沒有進步的空間，所以沒有列入？還是因為壓力太大，列入可能影響大家領不到獎勵金？

## 陳代表鴻鈞

也不是沒有進步空間，腹膜炎本來就有的，可能因為操作定義上可能沒有那麼成熟…，還有很多事情需要討論！

## 林代表文源

我個人的想法，如果這個制度是要提升品質的話，像廢管和導管都是直接影響後續品質，本計畫本來就要對品質有提升的給予獎勵，如果大家都有糖吃就不合適，有些比較具挑戰性指標反而有鑑別度，這也是會讓大家更有挑戰的慾望，也真的會獎勵到品質好的院所。

## 陳代表鴻鈞

我們會努力，我可以和大家保證我們的品質真的是全世界最好的，存活率高所以病人才會越來越多。

## 主席

林代表期待未來將腹膜炎和廢管重建率列入獎勵指標，

請業務單位記錄下來，我們可於明年討論再行納入。

最後我們要討論衛教表，雖然林醫師剛剛說明因為高齡化的關係，使用腹膜透析的機率不高，但有本土研究顯示比較具成本效益，所以我們還是對合適病人鼓勵腹膜透析。今天我們有附一篇王榮德教授的研究，研究結果提到就長期而言 HD 還是比 PD 昂貴，每人年要貴百分之十五的費用，以成本效益觀點而言，還是應該鼓勵做腹膜透析。當然從可近性的觀點，診所比醫院更適合。

### **林元灝醫師**

絕大部分的腹膜透析病人，都是由醫學中心或區域醫院轉出來給診所，我們基層診所不會自己產生病人，假如 PD 的病人可以這樣轉的話，我們也很歡迎，但是現況並非如此！因為整個規則不是這樣玩的，醫院在照護 PD 的病人基本上沒有甚麼限制，假如說醫院可以控制病人的總數，這些病人就會回歸可近性較高基層診所，我們希望醫療不要變成一個倒三角形，頭重腳輕，有些穩定的透析病人應該要回歸到社區，給社區的醫師診治就好。

### **鄭代表集鴻**

主席希望多做腹膜透析，其實主席來之前，我們已經討論過了，方才陳理事長也有解釋。另外對於這份文獻，不知道有沒有經過校正，就是說腹膜的平均年紀是五十五歲，血液洗腎是六十五歲，未經校正可能很難做這樣的比較？

另外對於基層沒有做腹膜的原因，其實不是不做，而是以醫事人力照護的經濟規模，基層很難做得起來，一個護理人員要照顧三十個病人，除非醫學中心的病人都轉出來，這樣我們才有機會收到這樣的病人。我們很熱意做，但真的需要一些政策上的引導。

另外剛剛主席也有提到，洗腎病人在基層比較多？其實也沒有，現在大概只有 40%，大部分都在醫院，剛剛也有討

論到這個問題，簡報第 10 頁，因為這些資料都有公開，但滿多基層診所看到都會有疑問，醫學中心的病床成長率 5% 比區域醫院和地區醫院還多，我們到底是要默許這種現象，還是希望能有一些作為？在台北區成長率高達 14%，教學醫院的目標是要做教學、研究和急重症，像洗腎這種穩定的慢性病，醫學中心要做這麼多嗎？

**主席**

透析病床的部分，我們會記下來適時再跟署長及部長報告，確實有些醫療的問題超乎健保署可以做的範圍，我們會適時與部裡相關會議反映這些意見。

**鄭代表集鴻**

剛才提到要鼓勵換腎?!我在想醫學中心設那麼多空床，一定會影響換腎的意願，就經營者想法，空床在那邊一定會先想辦法把他們補滿？

**主席**

我們會記下來跟署長和部長談，我們腎臟醫學會看到這個醫學中心透析病床數成長有些意見，看看是否有其他分流的方法。

**黃代表月桂**

方才提到的衛教表，其中有施行血液透析「或」腹膜透析，不是「及」，我只是對於這些病人不施行之後？難道這些病人打勾後讓他走了？我不太清楚這個執行的過程。

**陳代表鴻鈞**

因為我們現在都很重視安寧療法，如果說這個病人已經癌症或中風或不省人事的話，是否還要透析呢？

**黃代表月桂**

如果是這樣，要不要多一欄，如果勾不施行，就必須註明原因，這樣比較瞭解不施行的理由。

**陳代表鴻鈞**

當然可以，我們目前很多不施行的病人都有原因的。

## 主席

是否將不透析的理由寫出來用勾選的方式並加上「其他」，請台灣腎臟醫學會提供可能的理由予本署。討論事項部分就討論到這裡，基本上是照議程的內容，僅衛教表文字酌予修正；對於張代表建議延緩透析的部分，請台灣腎臟醫學會帶回研究，讓我們病人也有一些選擇；另林代表所提腹膜炎和屢管重建率等品質指標，希望列為我們明年討論時再作納入與否之考量；最後則是刪除腹膜透析的轉陽率但增訂受檢率的部分。

## 劉科長林義

我們現在修正的是 106 年計畫，但議程第 54 頁說明三.(一).1 關於連續三個月申報透析費用，惟其透析次數小於等於六次者予以排除須上傳 VPN 規定，特別敘明本項是從 105 年適用。

## 顏代表大翔

剛剛講 PD 的問題，其實我個人的經驗是這樣，本院護理長去受訓 PD 資格後，我們送了兩個病人去成大植管後都沒有回來，病人也都住在我們附近啊。我們知道 PD 植管需要外科還有一些腹膜炎的狀況需要住院，所以診所真的比較沒有優勢，後來又發現醫院有鼓勵 PD 的部分，因為列入評鑑了，那如果評鑑加一點說要多少比例轉出到診所的話，這樣是不是也就會鼓勵基層做 PD，不然診所都等不到病人。我們自己的病人都送去醫院 PD 植管，然後回不來了，我就問成大的 PD 窗口說，病人怎麼不回來，他就說他們照顧到有感情了，聽了都傻眼了，因為他們真的是衛教了很久，而病人也信賴他們，我想這本來就是診所先天上的不足。剛剛有提到分級醫療的觀點，我想這真的是對基層很重要的思考方向，我想在評鑑那塊有沒有可能加多少比例轉出到診所。

**主席**

雖然這些已超越我們的職掌，但我們會適時把現況提出和部裡討論，再一起想想是否有比較好的方向和配套。

**鄭代表集鴻**

我想補充一下顏醫師所講的，真的不是診所不做 PD，因為 PD 一個月只要回診一次，所以相對來說他去醫院很方便，看到醫院那麼多病人他們就很安心，因為病人越多經驗越多。為何 HD 病人會到診所，因為他兩天就要來一次，所以他較難每兩天就到醫院去，所以診所會收到 HD 病人，但很難收到 PD，這是我補充說明。第二點我有個建議，剛我們在講推廣活體換腎，理事長說有一個大型研究，我們是不是列入後續追蹤把這篇文獻閱讀一下。

**主席**

請學會幫我們做專業的導讀，我們這邊也同步閱讀。

**鄭代表集鴻**

署這邊有沒有本土資料？

**主席**

我來跟署長請教，如果有的話，大家都拿出來一起討論。如果捐贈者的生活品質及平均餘命真的沒有太大影響，我們真的要鼓助大家都加入勸募的行列，用實證的數據來說話，應該更有說服力，下次會議大家一起讀文獻，也拜託黃老師。是否還有其他臨時動議？本次會議開到這裡，散會。