

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

108 年第 2 次會議紀錄

時間：108 年 5 月 15 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 3 段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林 蘭

出席代表：

吳代表麥斯	吳麥斯	楊代表孟儒	楊孟儒
宋代表俊明	宋俊明	廖代表秋鐳	廖秋鐳
李代表妮真	李妮真	趙代表銘圓	趙銘圓
李代表純馥	請假	蔡代表宗昌	蔡宗昌
洪代表冠予	請假	鄭代表集鴻	鄭集鴻
張代表克士	張克士	鄭代表建信	鄭建信
張代表孟源	張孟源	盧代表國城	盧國城
張代表晏晏	張晏晏	謝代表武吉	謝武吉
梁代表淑政	梁淑政	顏代表大翔	顏大翔
郭代表咏臻	郭咏臻	羅代表永達	羅永達
曾代表志龍	曾志龍		
黃代表明和	請假		
楊代表五常	劉碧珠代		

列席單位及人員：

衛生福利部
衛生福利部全民健康保險會
衛生福利部食品藥物管理署

白其怡、陳信婷
陳燕玲、廖尹嫻
盧秋燕、吳怡萱

衛生福利部疾病管制署
衛生福利部國民健康署
衛生福利部醫事司
台灣醫院協會
中華民國醫師公會全國聯合會

徐士敏、黃詩淳
黃紀諺
謝雅欣
林佩菽、何宛青
吳韻婕

台灣腎臟醫學會

陳金順、林元灝、林慧美、
林佳靜

基層透析協會

曾庭俞

財團法人器官移植登錄中心

劉嘉琪

彰濱秀傳醫院

李文欽

本署醫務管理組

劉林義、洪于淇、劉勁梅、

楊淑美、楊瑜真、許博淇、

鄭智仁、黃曼青、鄭正義

林寶鳳、張如薰、詹淑存、

賴秋伶、杜安琇

本署醫審及藥材組

本署企劃組

江禹霆

本署臺北業務組

張益誠、陳懿娟

本署北區業務組

陳祝美

本署中區業務組

張凱瑛

本署南區業務組

(請假)

本署高屏業務組

黃郁莉

本署東區業務組

(請假)

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、追蹤事項序號3，有關Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫新增營養師資格修訂案，請台灣腎臟醫學會於108年5月底評估完成受訓比例，如仍有未受訓人員，請主動聯繫台灣繼續教育學會協助，務必於108年6月底前完成。
- 三、追蹤事項序號4-已參與Pre-ESRD計畫之營養師因離職、育嬰或其他原因等無法提供服務，而不符合計畫規定之資格者，由1個月放寬至3個月緩衝期，以利院所補足人員。

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：107年第4季門診透析服務點值結算報告。

決定：

- 一、確認107年第4季點值如下表，會議確認後辦理點值公布、結算事宜。

季別	浮動點值	平均點值
107Q4	0.85196062	0.86268694

- 二、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：門診透析專業醫療服務品質監測結果。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關透析時間 ≥ 1 年之死亡率請醫審及藥材組增加年齡分布(5歲一組)與平均年齡統計資料，另請研議新增透析者存活年限統計之可行性。
- 三、有關B、C型肝炎轉陽個案，請醫審及藥材組轉各分區業務組洽透析院所說明，並於下次提會報告。

肆、討論事項

第一案

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略初步結果」討論案。

決議：本案研擬之相關策略請台灣腎臟醫學會、中華民國醫師公會全聯會、基層透析協會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全聯會、台灣移植醫學會、衛生福利部等相關單位，就所轄業務範圍內研擬可行做法，並於1個月內函復本署。

第二案

案由：C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案。

決議：有關透析病人C型肝炎潛在個案名單、C型肝炎之透析病人未使用獨立機台進行透析作業之院所名單，請函送疾病管制署參處。

第三案

案由：「腎功能異常使用NSAID藥量者篩異指標管理機制」討論案。

決議：腎功能異常病患使用NSAID藥量異常管理，請台灣腎臟醫學會一週內提供NSAID開立規範，本署將依該規範函送名單給相關單位(台灣腎臟醫學會、中華民國醫師公會全聯會、台灣醫院協會)輔導，並於一季後檢討是否納入抽審指標。

伍、與會人員發言摘要詳如附件。

陸、散會：下午 5 時 25 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

108 年第 2 次會議與會發言重點實錄

壹、確認本會前次會議紀錄

主席

今天會議特別介紹有 2 位付費者代表是第一次參加這一屆會議的趙銘圓代表，鄭建信代表，歡迎 2 位付費者代表。前次會議紀錄沒有問題就確認，接下來報告事項第 1 案。

貳、報告事項

報告事項第 1 案：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

主席

大家有沒有意見。

謝代表武吉

序號 3，Pre-ESRD 務必要在上半年完成營養師受訓，有需要的話，可以與台灣繼續教育學會聯繫協助，但沒有與台灣繼續教育學會聯繫，序號 4 解除列管我是不反對，但要考量如果現在要 1 個月請到營養師困難重重，以前離職要先跟老闆講什麼時候離職，拜託給我離職，現在年輕人離職無防備動作，解除列管我是同意，時間點能夠增加到 3 個月，我不是腎臟科，我說這話最公道。

主席

有關第 3 點部分，原來決議上半年要完成教育訓練，現在上半年 5-6 月台灣營養學會跟台灣腎臟學會還有辦教育訓練，已經完成受訓人數達到 76%，當時決議上半年一定要完成訓練，有需要再商洽台灣繼續教育學會協助，那現在 5-6 月可以把剩下 24% 完成嗎？請說明。

醫務管理組劉林義專門委員

我們都有繼續追蹤 Pre-ESRD 營養師受訓情形，請看簡報第 23 章投影片，統計到目前除了高屏完成率 53% 比較低以外，其他都有 7 成到 8 成完成率，另外簡報第 24 頁大概還有 5 場分別在北、中、南，我們預估場次應該足讓付剩下的 24% 完成受訓。

謝代表武吉

其實是很簡單的事情，和台灣繼續教育學會合作，有 40 個視訊點，不必舟車勞頓，為什麼一定要舟車勞頓？台灣營養學會跟台灣腎臟學會多多考量，視訊點很多，北中南東，在臺北要找 3 個點就找 3 個點，你想很簡單，不必跑那麼遠，每個縣市都可以，唯獨排除台灣繼續教育學會，意思是矮人一截嗎？拜託腎臟醫學會解釋一下。

台灣腎臟醫學會 陳主任金順

台灣腎臟醫學會秘書長陳金順第 1 次發言，謝謝理事長的指導，我們台灣腎臟醫學會加開有持續辦理，下個禮拜六禮拜天有辦 CKD 的訓練班，我們學會跟營養學會我們每年都會辦的規則性課程，下禮拜有規則性開這個課程，目前掌握到的報名人數，同時北部跟南部都有開，北部有 100 多名營養師已經有報名，南部有 60-70 名營養師有報名，目前掌握到的情況是這樣子，至於視訊情況，資訊產業不斷發展，腎臟醫學會持續努力當中，謝謝理事長的指導，我們持續努力，視訊會議有不同利弊得

失，我們會一起考量，謝謝，請理事長再補充。

謝代表武吉

這說法我不能接受，我是問為何沒邀台灣繼續教育學會共同舉辦教育訓練活動？我

問東你答西。

宋代表俊明

羅代表應該可以跟謝理事長說明一下，我如果沒有記錯當天是說假設腎臟醫學會跟營養學會可以處理的話就處理，不行的話可以請台灣繼續教育學會幫忙，現在是還在進行，應該不是謝理事長講的完全排除掉。

羅代表永達

謝謝宋教授點名，上次我們說的如果數量不夠可以商請台灣繼續教育學會協助，剛謝理事長提的，繼續教育學會全國有很多視訊的點，上次表達沒有把方便性考量進去，事實上現在有很多計畫和協會辦活動透過繼續教育學會，就不用一下到台中一下到臺北，對受訓學生很不方便，剛剛謝理事長意思是請腎臟醫學會跟繼續教育學會密切連繫，透過這樣視訊可以讓很多人方便，為何不做？剛剛理事長意思是這樣。

宋代表俊明

大概當初的會議是大家覺得繼續教育學會大家不是非常了解，當初講的是說如果需要商請幫忙，可能腎臟醫學會跟營養學會客氣，謝理事長講的可以回答，謝理事長提出來的非常好，繼續教育學會是很主動的單位，可以來幫忙大家，而不是我們想的會去麻煩人家，台灣腎臟醫學會可以化被動為主動，我想這是謝理事長的意思應該是這樣。

謝代表武吉

最重要台灣腎臟醫學會可商請，我不是說不能被你們商請，大家可以共同合作，Pre-ESRD 被罵最累是我，我是要推動末期腎臟病人有很好照顧，由營養師訓練，今天既然要開這個課，台灣繼續教育學會既然有那麼多的功能化，為何獨漏台灣繼續教育學會？我今天要的回答要怎麼處理？

主席

請問理事長有沒有要補充？

盧代表國城

謝謝理事長非常關心我們，也給我們非常多的幫助，之前營養學會這邊部分已經討論過，也要知會繼續教育學會，兩邊可以互相幫忙，這部分我們會做改善，謝謝。

主席

謝謝，這個案子原來已經開的班繼續辦，麻煩理事長在 5 月底評估完成比例，沒有辦法受訓人員，請主動跟台灣繼續教育學會連絡看是否增辦，在 6 月底前大家都可以訓練完畢，再麻煩理事長與秘書長幫忙。另外，序號 4 有關營養師離職給予 1 個月緩衝期補足人員，請醫管組說明。

醫務管理組劉林義專門委員

這個是上次會議有提到營養師在這個計畫非常重要，因為離職或育嬰或其他原因無法提供服務是否給一定緩衝期，我們比照醫療機構設置標準，因人員離職、育嬰或其他原因異動，應該是在事實發生之日起 30 天內補正，期間就比照這個，委員提到偏遠地區無法 1 個月內聘到，這個部分是否個案處理？

羅代表永達

我想上次開會忽略一件事情，這是一個 team 做的工作，每個人角色都很清楚都很重要，一個這麼大的團隊只有一個營養師，尤其某個地區只有 1 個營養師，營養師不在什麼事都不能做，這件事茲事體大，現在勞基法規定離職 2 個禮拜前提出不用 1 個月，提出來趕快登廣告，一定來不及，2 個禮拜離職找不到營養師，整個團隊陷入不能運作，這不是當年我們的初衷，希望能把這件事做的更好，因為這樣造成那個月收案都沒辦法執行，所以現在我們考慮勞基法相關規定，2 個禮拜趕快刊 104，或上網站去，馬上就有人來，來的人能不能適合？都不知道，剛剛謝委員的意思是能不能拉長一點點，符合目前的實際需要，設置標準 1 個月當時考量是獨立行使，現在改為團隊行使，因為一個人不在所有人都不能動，有違背我們的初衷，所以希望能不能把 1 個月改成 3 個月？以上。

主席

請問腎臟醫學會有什麼看法？

吳代表麥斯

我也是腎臟醫學會會員，雖然這件事對醫院衝擊比較少，因為醫院比教多營養師，我贊同謝代表和羅代表意見，追蹤 Pre-ESRD 都是以 3 個月為基準，通常 3 個月追蹤一次，這樣比較合理，因為現在找員工是非常困難，剛剛羅代表提到只要 2 個禮拜前提，停下來對整個業務的發展，尤其是只有一個營養師的地方，我附議 3 個月比較合情合理的時間。

主席

這種情況比較容易發生在只有一個營養師的院所，例如：診所。

顏代表大翔

上次是我提的，診所問題最大，就像主席講的，診所不多才需要被保護，診所病人跟醫院不一樣，謝謝。

主席

原則上 1 個月，如果地區醫院跟診所放寬 3 個月這樣可以嗎？區域級以上醫院營養師應該是夠的。

劉代表碧珠

主席，我想不能說區域夠不夠？都會區也不能說沒問題，市鄉鎮並不容易找營養師，要用這樣標準，應該一體適用。

主席

那就改成 3 個月，放寬讓大家積極找營養師，其他有沒意見？如果沒有意見，報告事項第 1 案就通過，接下來第 2 案。

報告事項第 2 案：門診透析預算執行概況報告。

主席

謝謝，大家有沒意見？

羅代表永達

請教 1 個問題，第 12 頁人數的成長是以 108 年第 1 季跟 107 年第 1 季這句話意思 2.67% 是代表去年全年腎臟透析病人成長率是 2.67% ，是不是這個意思？會不會差很多，大概是這個數字。

主席

現在看到的 2.67%，是 107 年 Q1 對 108 年 Q1。

羅永達代表

我想兩者會不會差很多？

主席

不會，現在也是低於 3%。

鄭集鴻代表

同樣是這個 PPT，件數成長的意思？腹膜透析人數成長是 0.3%，但件數卻比較少，血液透析人數 2.8%，但件數卻比較多。

主席

因為第 1 季有可能跨月，請于淇科長說明。

洪于淇科長

件數是用洗腎的申報的案事件數。洗腎是 1 個月申報 1 次/人，不是用醫令數，而是用申報件數。

鄭集鴻代表

好，那以血液透析來講，人數增加 2.8%，件數增加 3.5%，是表示透析增加的次數比較多嗎？

主席

會不會有些人是 3 月份才新收案？人數有歸戶，件數沒有歸戶。

廖秋燭代表

對，但代表所說的血液透析邏輯是合理的，但腹膜透析是不合理。

廖秋燭代表

件數沒有歸戶？

主席

對。

廖秋燭代表

搞不好腹膜透析和血液透析成長率的邏輯不一樣？

主席

這是實際值，如果大家對於人數、件數成長率有所疑義，會後請醫管組瞭解。

洪于淇科長

件數有時會跨月申報，就會變 2 次。以後可改統計醫令的件數，不要用申報件數。

羅永達代表

歸類會有什麼不一樣？

洪于淇科長

不會，只是表現方式不一樣。因為件數會有跨月問題。

謝武吉代表

PPT 第 7、8 頁，因為透析類別包括腹膜透析、血液透析、兩者皆有，建議分成醫院和診所兩大類。

主席

第 8 張就有分成各層級。1、2、3 加起來就是醫院，4 就是診所。

謝武吉代表

還有床數、醫師數都看不到，下一次補。

主席

好。

謝武吉代表

還有一個疑問，地區醫院增加到 78 床，件數增加 668 件，這是地區醫院，像義大大昌醫院，就在三民區，高榮屏東分院在偏鄉地方，台東南門醫院也是偏僻，以前楊志良署長在的時候，曾說過核心醫療不得外包，這邊有一些佳 0 跟佳 0 診所有沒有關係。這個是不是有關連性，瞭解一下好不好。

主席

是指機構名稱有一個加 0，你是說加 0 的邏輯嗎？

主席

請問這跟核心醫療外包有什麼關係？投影片機構名稱加 0 是不要顯示全名。

謝武吉代表

我懂，但是佳 0 佳 0 加加減減都會加在一起。還有第 2 點我的建議，人頭費的處理方式是微妙微肖，我手中已經有資料，我只是提示一下，希望健保署本身也要處理，不要把我們人頭當成菜頭在賣，這個菜頭 5 斤 5 塊，3 斤賣 3 塊，這樣不好，這是我的建議。還有對於投影片第 22 張新增獎勵辦法，請問有脫離率數據嗎？

主席

等一下品質指標報告案會呈現。

謝代表武吉

我是很注重這個脫離率，這個獎勵辦法是屬於活體器捐的團隊，請教盧理事長，腎臟移植學會和腎臟醫學會有沒有充分密切合作，把兩個團隊合併運作比較好，我相信沒有！這個問題比較大，我開會前都已經查清楚了。

盧代表國城

我想台灣器官移植數目很少，雖然我們和移植學會開了很多次會議，但是根本問題不是腎臟內科和移植外科要不要合作，因為最重要還是卡在法令未鬆綁，甚至很多都很難做，我再舉一個例子，日本在 2016 年前只有換腎 200 多個病人，都沒有比我們多，但他們人口比我們多好幾倍，但法令稍微鬆綁一下，從 2016 年到現在為 2000 多個病人。只要沒有來源，我想下游端(鼓勵病人、登錄)都不會有效果出來，這是緣木求魚，以上說明。

謝武吉代表

現在有稍微鬆綁一點，我是希望你們兩個學會可以更合作，像衛福部要求更寬、廣、擴、深，這樣對於台灣腎臟移移一定確實很有功效，反過來說，我們現在規定 50 歲以上就不能捐、不能移植，我們要嘉惠在全國老百姓身上，不要只有洗腎，這樣沒有意思。我是建議你們兩個學會要緊密合作，下次他們相關的開會會議紀錄也提供我們這邊參考，我們給他很好的建議，對於我們全國老百姓非常重要的一環。

宋俊明代表

謝謝理事長就法令鬆綁這方面，我們邀請很多外科的專家，等一下討論再請謝理事長給指教。

主席

謝謝，等一下這件事情併入討論事項第一案，宋教授會說明報告。另外謝代表提到投影片第 9、10 頁，我們會後再跟您請教，第 7 頁如果要分醫院和診所，那下一次會議再請醫管組增加分析。

鄭集鴻代表

第 12 張投影片，還有一個問題，就是點數的成長率，感覺比人數和件數成長低很多，這是指實際花費金額的成長率嗎？

主席

是指實際申報點數。

鄭集鴻代表

因為總額關係，數字會變少？

主席

這是費用申報數。

鄭集鴻代表

可是點數成長率為何比人數、件數少？

主席

這個部分我們會後再瞭解，跟剛剛件數定義部分一併瞭解，如果沒有其他意見，執行報告就洽悉，接下來下一案。

報告事項第三案：門診透析預算執行概況報告。

主席

大家如果沒有意見，點值就確認，下一案。

報告事項第四案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

主席

請問大家有沒有意見？

張孟源代表

投影片第 42、43 頁，有關透析時間(小於、大於 1 年)的死亡率，透析小於 1 年死亡率，我相信可能病人的情況不是很好，剛接受透析，多重器官沒有辦法維持下去，但是大於 1 年的死亡率，我相信跟透析品質指標有很大關係，但是大於 1 年的死亡率並沒有辦法看出所謂的趨勢，其實國內洗腎品質非常好，進入透析 5 年、10 年存活率都是相當高。值得對我們對腎臟醫學會加以讚許，但是我們發現這個指標會不會有鈍化，大於 1 年的病人，是不是要加個指標，比如：平均透析的存活時間，目前好像有縮短的現象，但是我們沒有辦法從大於 1 年的死亡率看到這個情況，我相信病人進入洗腎，如果病人沒有很多負面因素，應該可以存活到一定年限，是不是可以考慮加入透析存活年限的時間。

林元灝代表

我回應孟源代表問題，可能在我們指標少了一個年齡分布(比如：平均年齡、第 1 年死亡的平均年齡、透析 1 年以上死亡的平均年齡)，再加上去，就可以知道為何透析

大於1年的死亡率會變大的原因，年齡應該都是升高的關係，是不是下次可以增加年齡分布的指標，謝謝。

謝武吉代表

血液透析和腹膜透析未來應有所改變，透析總額一開始我就有很堅持要有脫離率，當時就有某些代表說我很雞婆，為什麼要有脫離率，但是我今天看到從季指標改成半年指標，看起來結果，腹膜透析從104年0.71%，降到105年0%，到現在1.47%，這是大家要共同歡喜的地方。血液透析脫離率104年1.24%，到現在1.32%，拜託血液透析學會在脫離率，希望能夠脫離要給他脫離，給全國老百姓非常好的生活品質。對於腎臟移植的腹膜透析脫離率從104年0.45%，到現在0.93%，也是增加1倍以上，但是我們血液透析脫離率從0.13%，到現在還是0.14%，只增加了0.01%，也是希望腎臟醫學會去研究，不要規定50歲以下才能移植，我們這些以後都活到80-90歲，從50到80歲中間還有一段很長時間，在可行範圍內希望再放寬接受年齡層的人，今天很高興看到脫離率，下次移植的脫離率明年可以到破1以上，謝謝!!

羅永達代表

投影片第29頁，腹膜透析的B型肝炎轉陽率，現在上限是0.3%，大家可以看到曲線在106年變得非常高，雖然107年現在降下來，還是只是接近上限值，我剛剛看了一下，腹膜透析人數6,385人，2個都有是400多人，事實上是7,000多人規模，換算是1年有24人B肝，因為洗腎而得到B型肝炎，這5就嚴重，這些防範並沒有脫離這些監控值，雖然是0.3%，他的上限值是平均值加10%，其實這個數值是很可怕，是甚麼原因造成，有沒有那幾個醫院造成這樣子，這是非常重要的品質指標，腹膜

透析 B 型肝炎轉陽率居然有 24 人，有沒有繼續做 something，以上。

宋代表俊明

關於剛剛第 27 頁投影片，我想呼應謝理事長，這個脫離率指標我個人覺得看看就好，通常這是慢性的，比如已經洗 3 個月以上，照道理來講是這樣，還有一種是 miss diagnosis，是根本不該洗的，那這個指標到底是好還是壞？這個波動降下來不見得是好，上升也不見得要高興，如果要反映現實，是不是要把急性的拿掉？如果都不是慢性的，那指標太高就不是好的，代表我們的診斷不好，都以為是慢性的，所以這個指標還是要小心，那像是小於 1 年的死亡率、大於 1 年的死亡率，也是有同樣的問題，都是要重新檢討指標精緻的程度，要全部去規劃，大家看看，比如說大型醫院一下子有 900 個、1000 個這樣的病人，只要死 1、2 個病人，就脫離了閾值，我通常都會跟自己的醫院以前的值去比，如果不好就要改善，所以這個指標真的需要再優化，它代表的意義真的不明，加上剛剛提到的 C 型肝炎轉陽率，有些 anti-body 在 borderline，所以有些治療沒有即時，是因為檢驗值在 borderline，這是一個 false positive，那最近成大醫院就有抓到 4 個 false positive，所以這些問題都是要大家考量是不是要優化指標？否則大家都會 miss-understanding。

最後，我被南部地區一些醫院要求，對於登錄介面有意見，希望能將 HCV 給拿掉，這很困擾，既然都已經知道不對了，還要讓大家花時間去解釋，這可能需要腎臟醫學會發聲，會上再來討論。

主席

好，謝謝，大家還有沒有其他的意見？腎臟醫學會有沒有要補充？沒有的話，張代

表剛剛提到透析大於1年死亡率，是不是能增加平均存活時間及平均年齡？

醫審及藥材組 林寶鳳專門委員

針對各位代表所提意見，有幾點回應：

第一點，有關大於1年死亡率增加年齡別分布，這是可以處理的，年齡別是希望用怎樣的切法？是5歲一組，還是10歲一組？

主席

平均年齡不用分組。

醫審及藥材組 林寶鳳專門委員

還有代表建議要提供年齡別分布。

台灣腎臟醫學會 林元灝秘書長

如果還要有年齡別的話，那就是平均幾歲，加上幾歲一個組這樣分，這樣會更好。

醫審及藥材組 林寶鳳專門委員

再來是張代表提到的增加存活年限統計，請於會後提供操作型定義，以利評估統計之可行性。

腹膜透析及血液透析的C肝、B肝轉陽率部分，會議資料附錄有詳細的人數，那些人是從那些院所產生的，我們會再找出來，請分區再作瞭解，但困難的是責任如何歸屬？輔導是沒問題，但要怎麼找出負責院所，這些因果關係，是否在會上先進們可以給我們一些意見？

主席

那大於1年死亡率指標會再擴增兩個類別，一個是存活時間，一個是年齡別分布及

平均年齡。另外宋教授及謝代表有提到脫離率的部分，指標應該更優化，要去瞭解病人是什麼原因造成的。另外，寶鳳專委提到轉陽率的部分，需要個案檢討，雖然這些轉陽個案很少，但還是需要說明，請醫審及藥材組將這些個案資料回饋給原來的照護院所，並請分區業務組收集院所的說明，彙整後於下一次會議報告。

好，大家還有沒有意見？曾醫師。

曾代表志龍

我對謝代表的意見有些回應，有關腹膜透析脫離率，這跟血液透析脫離率有些差距，大家都忽略掉了，腹膜透析脫離率如果是失敗了，就轉到血液透析，所以數據是有些失真的，為什麼血液透析脫離率會比腹膜透析差，那是因為數據間有落差。

主席

好，所以需要院所回報，瞭解這些數據背後有什麼故事，否則只看數據也是無法改善。B、C肝是我們目前重視的政策，可避免的轉陽率一定要避免，不要因為透析而製造出另外的問題，可預防的不要放棄預防，因為透析已經耗費非常多資源，避免額外製造出其它的成本，所以很需要院所告訴我們發生什麼事情，如同曾代表所提的，腹膜透析失敗的也算進去，這也是一種說明。那這部分就討論到這裡。

討論事項第 1 案：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略初步結果」討

論案。

張代表克士

- 一、感謝宋教授所主持的會議收集了很完整的資料與意見，並且歸納整理了許多具體的結論與建議，個人很認同與肯定。但問題是，如何執行與推動？這問題跨

太多的專業、科別與部會，包括教育部的學校教育、立法院的立法或修法、衛福部內的醫事司、中醫藥司、健保署、國健署、醫師公會、藥師公會、各專科醫學會，如腎臟、心臟、新陳代謝、風濕免疫、骨科…等，這是一個跨部會、跨署司的問題。

二、上次二月份我們的協商議事會我就大膽提出，建議召開類似“國是會議”，題目是“如何去除洗腎島惡名”，彰顯問題的重要性並引起全國民眾注意。結果麻醉科就真的辦麻醉的國是會議，叫做“麻是會議”，訂於五月十九日召開，邀集立法委員、專家學者、健保署長及社會人士…等，我們可以看看麻醉科的國是會議成效如何，也考慮辦腎臟科的“腎是會議”，而且麻醉科的國是會議是由學會發起，不用麻煩官方，我們腎臟醫學會也可仿效。主要是希望藉由全體國人的參與，一方面向大眾說明現況，洗刷目前的污名，另一方面也希望讓民眾瞭解未來的挑戰及自我健康照顧的責任。大家共同參與及面對，才有可能解決問題。

謝代表武吉

宋教授很用心，這份報告深度廣度都有，看完報告後覺得很敬佩，至於要如何推動真的是有很大的困難，宋教授可能認為本案到健保署討論同意比較快，但我們也想幫健保署的人說，其實他們做的也很痛苦，就是做到流汗，被嫌到流涎，但現在有張代表所說的麻醉科大會，我們就等他們開完後再來學習並擴大進行，替洗腎王國除名，剛剛宋教授說 NSAID 對腎臟影響很大，但在健保會有很多委員被那個…??，除了 NSAID 以外，還有類固醇也是，都應該要加以重視。第三案有提到異常處方的

檢討，我們希望也能增加一個類固醇，因為健保署有資料，有申報的是 1，總量是 5，看有多嚴重，這對全國民眾身體健康有重大影響的，宋教授建議的健康醫院，我想不用存以寄望，以前叫無菸醫院，我做計畫主持人很多年了，他們都是看人在處理，據說國健署說醫院只要貼上布條就可以算是健康醫院。我有一個建議，就是有寫到 18 間藥局的部分，TFDA 應與國健署應連在一起，在共擬會議是規定每一批號都要檢查，但結果現在是便宜行事，對老百姓身體健康該如何維護，最後一個建議是老生常談，內科腎臟醫學會及外科腎臟移植醫學會應該緊密開會共同合作推動腎臟移植，可能會更寬廣並有更好的成果。

趙代表銘圓

宋教授剛有提出很多改善方案，我們都贊同，不過這個部分我建議健保署會同醫界共同研擬可行的改善措施及指標，並納入專案計畫，在今年協商時提出需求，只要是對國人洗腎有助益的部分，都應該支持。還有台灣是洗腎王國，到底原因為何，是否透過教育的部分應該可以達到一些效用，但還有一些藥物如 NSAID、類固醇及顯影劑的部分，是否有列入管制藥品，因為我們去醫院檢查，說要打顯影劑，我們能說不打嗎？可否規範在什麼情況下可用，這個部分應該要管控，至於類固醇在藥局及地下電台是否就可以買到，也應該要做管控，這對國家勞動力下降沒有好處，現在都有雲端藥歷，應該可以減少重複用藥，剛剛講到老年化，是否老人就一定會洗腎，這個我們不清楚，如果不是，應該怎麼處理？我想健保署的雲端藥歷應該可以做為一個管控的空間。

張代表孟源

謝謝宋教授的認真報告，剛剛有很多代表提到 NSAID 的管控，是否可以把後面的第 3 案與本案一起討論，這樣問題的距焦會比較清楚。

鄭代表集鴻

我想先回應健保會代表所提為何台灣洗腎的人這麼多，宋教授的報告是一個全面性的防護，醫源性的問題是存在，目前台灣洗腎的原因，還是糖尿病造成的居多，關於糖尿病，宋教授有提到要加強教育，代表也同意加強教育；其實以前肝病是國病，有所謂肝病三部曲，就是肝炎、肝硬化、肝癌，經過多年防治，肝病現在已經不是主要問題，現在洗腎也有三部曲，就是肥胖、糖尿病、洗腎，國健署上個月公布一份國民健康飲食習慣調查報告，顯示從 1993 到 2016 年，台灣的肥胖增加 2.4 倍，糖尿病增加了 3 倍，從這個趨勢可以看出肥胖、糖尿病、洗腎，其中還有一個調查顯示 19-44 歲的成年人，幾乎每天喝一杯含糖飲料，這些都是相關性的行為，與其要醫師對成年人做衛教，來改變他的飲食習慣，是不容易的，應該要從小教育比較有效，我用基層透析協會的經費，搜集小學生健康與體育教科書，共 36 本，其中只有 6 本，寫到飲食與健康的關係，其中更只有 2 本有寫到吃太多含糖飲料會得到糖尿病，就沒了。沒有提到糖尿病有多嚴重或有什麼併發症，甚至會造成洗腎，如果能在小時候就加強教育，也許短期效益不明顯，但長期對洗腎降低應該是有幫助的。孟源代表已搜集教科書要拜託邱泰源立委，張院長也說要推動腎事會議，我願意自動請纓來推動腎事會議，教課書的部分請孟源協助，看能否儘快達成，那其他項目如果健保署能做的，是否主席現場分配，大家各自執行，做不來需要協調的再由腎事會議討論。

鄭代表建信

謝謝宋教授的說明，如果要透過教科書，因為有一定規範及限制，在 108 年課綱已經確定之下，現階段要增訂到教科書基本上不太可能，建議腎臟醫學會可以用自己的宣導手冊，透過健保署與教育部，在國中小的彈性課程推廣實施；第二是宋教授提到藥局張貼用藥須知，我想大部分藥局應該會願意配合，但有些未就醫自行至藥局購買成藥的民眾，那藥局會願意張貼嗎？若有涉及強制的部分與法律有關，可能要注意。最後是要如何整合醫師主動協助轉診，對於要如何獎勵的部分不太理解。

食品藥物管理署藥品組盧秋燕

宋教授有提到藥品廣告要添加與醫師討論後的警語，目前處方藥是不開放對民眾廣告，所以還有必要再加入警語嗎？

醫審及藥材組林寶鳳專門委員

第 13 張投影片有提到用雲端系統做提醒，上次 5/8 會議有請學會提供須提醒的 CKD 病人操作型定義，還有 NSAID 的 ATC Code 是 5 碼還是 6 碼，以及檢查顯影劑影響腎功能指的是那些醫令碼，希望這些都能提供才能研議可行性。

謝代表武吉

現在吸毒的也很多，吸毒也會造成洗腎，是否警政署也應該參與。

主席

謝謝宋教授的整理及報告，所提是廣泛的策略，也許不會立竿見影，若可以多方努力，相信中長期會有改善，內容涉及很多單位，部分已經超越健保署的權責範圍，可能在行政院都還需要再整合。在宋教授報告中所提到的衛福部相關單位，至少是

我們可以努力的，還有醫界團體，也應該一起努力；今天現場有邀請醫事司、國健署、食藥署、疾管署、腎臟醫學會與移植醫學會，是否請今天在場的單位就本報告審視一下，看在業務範圍內可以做什麼，於一個月內回函給本署，至於其他專科醫學會今天不在，不在場的單位，我們也會邀請相關醫學會，請其就報告內容回復其可以做的，一個月後收集各單位意見後再來檢視。我們真正需要的除了意見之外，更需要各單位告訴我們，你可以做什麼事，而且真正去做，這才会有力量跟效果，不知在座代表及各單位是否同意先這樣處理？宋教授您認為這樣好嗎？

宋代表俊明

謝謝主席的明斷及處理，我要補充的是江山代有人才出，你的醫療生涯中要什麼 impact，我想很多委員真的會擔下責任，但如何跨部會並在碰到困難時互相支援這需要的。

主席

有關跨專科的部分，希望下次腎臟醫學會可以出來幫忙協調。大家都認為藥物的影響很重要，應該要設立警語，這些可以做，吃藥病人有責任，開藥的醫療端更有責任，而不是大家互看卻沒有人願意做，當病人在醫生面前時，醫生能做什麼也很重要。

張代表孟源

全聯會很樂意去參加推動，剛剛提到列入教育部課綱比較困難，就醫上我們樂意協助；國健署今天剛好在場，我提供經驗分享：國健署今年推動子宮頸疫苗，我們跟國健署合作一個子宮頸疫苗教材，也跟國健署合作有種子醫師到校園裡去幫國中生上

課推廣，全聯會幫臺北市所有國中都上完課了。當然腎臟醫學會在CKD給醫師衛教方面有很大貢獻，如果對民眾端部分生理或體適能列入課本部分比起老化、生死學能夠更精彩，內容更著墨一點就更好，牙醫圖文並茂走進校園的素材寫得非常棒，即使列入課綱是未來的問題，現在要走進校園全聯會希望跟腎臟醫學會合作草擬教材，只要學校願意全聯會願意派人進去上課宣導。

主席

謝謝，還要補上醫師公會全聯會跟醫院協會加入行動計畫，在範圍內可以實際貢獻並做承諾努力項目，如果大家都能挺身認列，成功的機會就大一點，而不是被動看情勢而定，我們期待下一步，一個月後健保署彙整，再做報告。

宋代表俊明

我有把比較積極、需要更努力才能成事的方案列得比較下面，上面的順位是比較容易達成與相對可行性比較高的，大家可以就這部分請各單位先認領一下？

主席

謝謝宋教授，政府部門要依權責決定認領，回去想想可能有更詳盡的方法，這邊協助單位要加入醫師公會全聯會以及醫院協會，也拜託腎臟醫學會盧理事長擔起更大的責任。藥品安全使用上也要拜託藥師公會，這樣加上移植醫學會、基層透析協會與相關專科醫學會，只要有願意加入我們都歡迎；如果有需要再擴大就麻煩台灣腎臟醫學會再召開腎事會議。接下來討論第二案。

討論第二案：「C肝病人用藥治療與血液透析感染管控」討論案

主席

這次的數據中有 7,651 位門診透析患者 C 肝抗體登錄陽性，其中約 1,300 人(17%)已經接受治療了，其他人需要再吃藥或是再做檢驗，這個問題不能不重視。本案建議包括感染管控，協助病人去測試病毒量、RNA 檢查或治療，甚至透析獨立機台的問題，都是要去嚴肅處理的，如果不改善，同樣的問題會一直出現，洗腎病人每年淨增加 2 千多人，C 肝病人淨增加 3 千多人，請各位表示意見。

楊代表孟儒

各位好，基層透析協會理事長楊孟儒發言。這邊轉陽率數字呈現的應該是盛行率，轉陽率數字不會那麼高，數據有問題。

醫審及藥材組 杜安琇視察

這個數據是統計 106-107 年參加健保相關治療計畫有 C 肝抗體陽性病人。

楊代表孟儒

這只是找到所有洗腎病人中 C 肝是陽性，不是轉陽的病人。

主席

母體是透析病人，我們可以先看下面的策略：在解決治療與預防上，大家有沒有什麼意見？

鄭代表集鴻

洗腎病人的 C 肝盛行率在 20 年前約 30%-50%，我相信這邊呈現的是 C 肝病人總數，實務上好幾年也難得遇到一個 C 肝病人轉陽的，大概是這樣。這些病人是長年累積下來的，現在也有藥物可以治療。

主席

數字部分，醫審與藥材組會補充更詳盡的說明；請先討論如何不讓這些事情不再發生或是如何安排治療。目前提出的策略是各分區業務組提醒透析院所做好機台分流，請台灣腎臟醫學會協助宣導，是否可以配合？

盧代表國城

轉知沒有問題，能不能做到是另一件事；每次我們跟署裡報告結果都會被扭曲真的很沒辦法；事實上腎臟醫學會跟消化醫學會開過很多次會，也希望消化醫學會提供可治療的專科醫師名單，但是消化醫學會覺得這樣會加深專科醫師間的歧異，不方便提供，這是學會對學會的立場。另外地方上像是彰化衛生局有出面輔導，或是台中榮總有快速通道，只要是洗腎病人要做 B 肝治療只要檢驗合格兩次就可以；但是其他醫院又覺得不好。科別間、醫院間已經有差異了，如果基層病人我們也呼籲轉到醫院治療，但是要檢驗兩次、看報告加領藥總共 4 次就診，很多病人的反應是很不方便，希望可以在透析院所可以直接拿藥，需要跑太多次確診就放棄治療，有時候病人願意接受治療與醫師是否有宣導其實是兩回事，這跟器官移植面對的困境有點像；當然腎臟科也希望能把 C 肝滅絕，腎臟科也可以擔起一部分社會責任。

主席

請問理事長對討論第二案管控透析診所機台分流部分有什麼想法？分區的調查結果全國有 28 家院所沒有獨立機台。

盧代表國城

有些國家做法相對不嚴謹，如果沒辦法做到獨立機台，透析機器使用後需要完全消

毒後才能讓第二個病人使用。如果做不到，可能要加上適當的處分，要徹底執行須要請基層多幫忙。

主席

病人之間使用同一透析機台完全消毒，真的能做得到嗎？

顏代表大翔

過年前南區業務組有請我提供意見。要講的是：洗腎機台不會把病毒直接帶給病人，真正的傳播媒介是針，在特殊狀況下也許會有器械污染，一般狀況消毒上都不會有問題。理事長所提診所部分，如果無法分機台加上消毒不完整的狀況才要被歸咎，如果病人臨時需要急洗也沒辦法拒絕，消毒需要時間，需要急洗時都很緊迫了，才會說分離機台在執行上有困難，相信在醫院一定更困難。我覺得可以好好盯一下轉陽率很高這件事，機台本身不是傳染的媒介，是工作人員在傳染防治上執行不夠徹底才會發生。我們也有作業規範，也盡量做了。

主席

如果台灣腎臟醫學會認為已執行也做得很好，那本署就列入紀錄，例如：請台灣腎臟醫學會轉知消化醫學會，但消化醫學會不願意提供治療醫師名單給貴會。

盧代表國城

比較精準的用字是消化醫學會覺得實務上會造成醫師之間的差異，比較歡迎我們把病人轉介過去，如果要落入會議決議的文字是：台灣腎臟醫學會配合健保署積極執行健保署所提建議，包括大力呼籲 C 肝確診透析病人轉介給腸胃科接受 C 肝治療。

宋代表俊明

我明白主席的焦慮，雖然現在沒有絕對證據一定要獨立機台，至少完整消毒是做得到的；在轉陽率前兩年達到一定閾值的狀況下，也許可以輔導沒有獨立機台的院所把病人轉到有獨立機台的院所。接下來的問題是閾值要訂在那裡才合理。另外就是醫護人員如果感控做得不完全，真的會把病毒帶過去；如果院所達到閾值就不准跨區，徹底執行分區管理的部分，假設只幫 C 肝病人作透析，就算只有兩個病人還是需要一個護理人力，不知道可不可以這樣試試。以成大醫院為例，C 肝病人的洗腎區現在空床很多，因為成大 C 肝病人不多，8 床中每個時段大概只有 2-3 床有病人使用，像這樣帶上一點分流與集中治療的概念。

鄭代表集鴻

還是想先釐清這個數字不是轉陽率。我們監控轉陽率好幾年了，幾乎有十多年的歷史，可以 review 一下。

醫審及藥材組 賴秋伶視察

本項資料是篩選透析病人在門診透析服務品質收案檔檢驗 anti-HCV 為陽性個案進行分析，資料結果為盛行率概念，因透析照護品質佳，個案人數會逐年累積增加。

主席

資料上呈現這些透析病人是 C 肝帶原者，是這樣的概念嗎？表格上呈現轉陽登錄個案數，其實有誤差，呈現的是陽性個案，是這樣嗎？健保署有轉陽率指標在監測，可以參考第 30 頁資料，轉陽人數在資料第 44 頁。

主席

第 4 季小計 200 多人，B 肝 177 人，全年資料呢？

盧代表國城

轉陽率每年驗一次，可能沒辦法直接乘以 4 計算。

醫審及藥材組 詹淑存

第 44 張投影片，轉陽率是年指標，這個值是全年數據，血液透析 C 肝轉陽率人數轉陽人數 249 人。

主席

轉陽人數 249 人，剛剛看到的 7 千多人是盛行率概念，透析病人中有 7 千多人為 C 肝帶原，這些人持續洗腎，如果沒辦法做機台分離跟感染管控，還是會讓其他透析病人受影響，這樣說對嗎？

鄭代表集鴻

先釐清數字不是轉陽率後，接下來想呼應宋教授所提學術研究並未支持洗腎機台會對肝炎傳染有影響，這應該不是主要問題，加上這幾年洗腎室的 C 肝率一直下降；但是我個人贊成主席強調這 7 千人一定要接受治療，如果都完治後機台分離也不再是問題了。理事長很客氣，我比較僭越，也許可以更積極要求每個洗腎室都強烈建議病人要去做 C 肝治療，如果病人真的不願意，那就簽一下 SDM 回報給健保署，醫師真的盡力了。

盧代表國城

非常同意鄭代表的觀點，謝謝。

台灣腎臟醫學會陳金順秘書長

秘書這邊會配合署裡跟理事長的指導把事情做好。想再提供一下數字：轉陽率的概念

比較像發生率，署裡跟醫學會的數據都是 0.42%左右，全人口 C 肝發生率大概是 0.3%左右，這是肝炎協會的數字，腎臟醫學會真的蠻努力的，希望署裡繼續給我們支持。這邊呈現的轉陽 250 人就剛剛數據呈現的，全人口 C 肝發生率也有 0.3%，可能經由其他行為感染。

主席

第 44 頁資料這邊的轉陽人數 200 多人，跟洗腎關係為何？

台灣腎臟醫學會陳金順秘書長

不一定有關係，洗腎這邊我們會繼續努力。

主席

我同意您的說法，當然希望能在每個環節上設阻斷機制，避免事情累積下去越來越惡化。

張代表孟源

大家對 C 肝都很關心，其實目前國家政策有改變，藥品給付規定也有放寬，驗一次抗體跟 RNA 病毒就可以治療，不用等 6 個月；當然這邊秘書長有提到今年 3 月健保會到雲林參訪，雲林地區有些鄉鎮盛行率在 7%左右，洗腎病人盛行率在 10%，我們可以理解副署長的焦慮，希望不要繼續傳播下去，也符合衛福部政策。

可是很多時候病人不一定願意治療，希望可以體諒腎臟科醫師一下，相信腎臟科醫師也願意勸醫院治療，現在就醫條件放寬了，只要病人願意就行。

主席

也要多幫忙病人轉診。

張代表孟源

剛才提到是否有快速通道幫病人轉診，有時候名額有限，今年有 26 億預算，也不知道 7000 多人過去是否會把全部的名額用光。

曾代表志龍

我自己在雲林的經驗，去年以前我們所有的治療幾乎都是我們主動跟病人講，以前要自己出錢，除非病人是符合纖維化條件，幾乎很少病人願意做切片來確認作 C 肝治療，從今年開始慢慢 Case 多了，因為健保給付、資格放寬，而且我們主動去肝膽腸胃科醫師連繫，他們非常積極。我診所所有 17 位患者，有 3 個治療完畢，7 個還在治療，另外一些就是年紀太大和拒絕，拒絕是家屬拒絕，這種觀念不是一時之間就可以改變，失敗率還是很高。當然因為政策改變，衛福部想要推動這件事，我相信沒有地方比彰化跟雲林更積極。C 肝醫師直接到我診所會診，連通道都不用，而是以支援的方式幫我病人做篩選，病人不需要跑兩趟，直接在我診所抽血就好，病人還是不願意。其實不是我們想像的，我為你好，他們就願意接受。

顏代表大翔

其實去年可做以 C 肝治療時後，台灣腎臟醫學會是有發函給我們關於 C 肝治療及透析室的 C 肝感染防治原則。在台南的經驗，秀傳副總裁配合衛生局做外展服務，開著醫療車去做家庭訪視抽血，之後開立的藥物儘然有人就是不吃。以基層診所的心聲，我們很願意配合去治療 C 肝，機台消毒時間很長，病人等待機台消毒完成對我們來說也是困擾。全聯會也推了一個案子，基層診所執行 C 肝治療申報所得稅時費用比較優惠，孟源比較清楚。

張代表孟源

96%的成本。

顏代表大翔

根除 C 肝是世界衛生組織的宣言，台灣也有宣言。大家都願意做，我想我們也很在意，第三點(二)24 週驗兩次，目前跨表壯大基層，C 肝可以做 PCR，我在想透析診所能不能直接幫病人檢驗，因為病人不想要去醫院，我們可不可以申報？

有時候病人不願意去，還有另一種情況是，他去治療了，C 肝藥我們也拿不到、副作用也無法承擔，還是需要肝膽科醫師幫忙。報告資料顯示 36%沒有病毒，我們可以自己驗，萬一有查核的時候，我們就提出證明，這個病人沒有 C 肝我們當作一般病人治療。

劉代表碧珠

有關病毒檢測其實可以開放給基層，我們很多 C 肝病人醫院都會主動找診所醫師來談，的確病人端蠻多抗拒。署過去多年來曾經對於高就診次不願意配合輔導，署會有名單，發放給就醫最多次的診所，輔導或是限制就醫場所。同樣道理，署也可以這樣子做，不要層層還要誰來處理，通知病人。建議可以用高就診次就醫輔導的方式處理。

趙代表銘圓

有洗腎後來過程中後來感染 C 型肝炎？

主席

有一些是，有一些不是。

趙代表銘圓

那我們應該注重本來沒有肝炎，因洗腎後來過程中後來感染 C 型肝炎，這是不應該的，健保署是否有罰則。健保會當然有撥預算，也是國家政策，我們當然希望拿掉 C 肝，沒有辦法杜絕的話，健保署是否要制定罰則，謝謝。

楊代表孟儒

我的洗腎室有 200 多個病人，早期(20 年前)接手 C 肝有 75%盛行率，2 年前還沒有 C 肝治療健保給付政策推行前已降至 20%，到目前剩下不到 2%，我的 40 幾個 C 肝病人，剩下 2 個病人沒有治療，我們是非常積極的，斷絕所有可能的根源，但是，C 型肝炎只要是侵入性治療(拔牙、輸血)都有可能，不能都說他是洗腎病人得 C 型肝炎，就是在洗腎時發生(目前透析病人 C 肝轉陽率只比一般族群高一點)。轉陽很多都是因為輸血或是侵入性治療引起，這樣對我們來說不大合理。

主席

疾病管制署是否補充說明？

疾病管制署徐士敏

有關透析病人感染管制措施，感謝台灣腎臟醫學會在 106 年參與協助本署共同訂定醫療機構血液透析感染管控措施的指引有關於血液透析的感染管制措施指引，包含有對工作人員的管理、儀器設備消毒、環境清潔、及使用拋棄式手套及配戴個人防護裝備部分等。在 B、C 型肝炎透析病人的建議也有說明。目前除本署的指引外，在台灣腎臟醫學會的『台灣透析臨床診療指引』與『血液透析及腹膜透析評量作業』中，都對 B 肝病人建議應使用獨立機台進行透析作業；但是對於 C 型肝炎透析病人是不

是要分區使用獨立機台這件事，台灣腎臟醫學會也給予很多專業建議，同時查閱國際間的文獻後，對於 C 型肝炎透析病人其實不特別建議需要特別分區且使用獨立機台，但考量台灣屬於 C 型肝炎高盛行率的國家，所以建議病人應該集中照護進行透析。

另外，因應 C 型肝炎病人治療且治癒後的透析安置措施，也邀集本部肝癌及肝炎防治會的委員、台灣消化系醫學會及台灣腎臟醫學會的代表們，共同進行討論，也謝謝消化系醫學會與台灣腎臟醫學會給予建議。會議決議後的建議如同議程討 2-1 所示內容：C 型肝炎透析病人於抗 C 型肝炎病毒藥物治療結束 24 週後，無

C 型肝炎病毒檢出(檢驗試劑檢測下限須 ≤ 50 IU/ml)，由肝膽腸胃科醫師開具診斷證明書，連同相關檢驗資料，一併提供給透析單位。透析單位對於此類病人可比照一般病人，不需採以集中照護進行透析治療。另外，有些病人是屬於 C 型肝炎病毒抗體陽性，但沒有經過抗病毒藥物治療的透析病人，若連續兩次檢測且相隔 24 週以上，均無 C 型肝炎病毒檢出(檢驗試劑檢測下限須 ≤ 50 IU/ml)，由醫師開具診斷證明書，連同相關檢驗資料，一併提供給透析單位參考，可以比照一般病人，不需採以集中照護進行透析治療。

主席

謝謝，那這個案子是否先到此?有關透析病人為 C 肝帶原者尚未服藥這群人，理論上還會接受透析，請透析診所腎臟科醫師，按照指引為病人做轉介。我們會將目前透析診所有 C 肝病人未治療的名單給疾病管制署，請疾病管制署協助做輔導。

另外，透析院所無獨立機台提供 B、C 肝患者進行透析者 28 家院所名單，將名單提

供給疾病管制署，並請疾病管制署依執掌進行輔導管制，請疾病管制署協助處理。

疾病管制署徐士敏

這個部分我會跟長官報告，在醫院這一塊我們在感染管制查核的時候，有把條文放在我們感染管制查核作業，診所的部分，因診所管理歸屬在醫事司，所以對於診所督導部分，還要再向長官做報告。

主席

好，我們再把名單移給疾病管制署。另外第三有提到透析病人C肝帶原者，診所所有建議去治療，若是當事人或家屬拒絕，請提供切結書給本署。接下討論事項第三案。

討論事項第3案：「腎功能異常使用NSAID藥量者」篩異指標管理機制，

提請討論。

主席

是否有意見？醫師公會全聯會也有基層醫師，目前這些醫生有1,616位需要提醒，這樣的狀況我們要如何輔導，大家認為如何？

張代表孟源

最早當時統計是腎臟科醫師，所以那些數據我們都有看到，係在這次涵蓋所有科別，才能看出使用情況，內科跟家醫科23%的意思是？

主席

總計1,616位醫師開立異常處方，其中內科376位。

張代表孟源

那我們內科專科醫師接近 9000 位，比率很低。

主席

現在先不要談比率低，這些人不應該開立。

張代表孟源

當時我建議要全面性的調查，不是要針對那個科，只要有開立的，我相信健保署都會做個案說明。健保署有全國資料，就請健保署寄個函去輔導，我們訂一個條件 CKD 或洗腎前病人不要再使用 NSAID>30 天。

主席

其他有沒有意見？直接進入抽審嗎？還事先經過輔導？

楊代表孟儒

指標中有透析後來使用 NSAID，血液透析之後才用，我覺得跟保護腎功能沒有關係，應該把透析後剔除掉。

主席

我們有詢問過腎臟科醫師，認為透析建議不要用。

楊代表孟儒

請問是否有根據？

宋代表俊明

透析後病人儘量不要用。

楊代表孟儒

那是 PD 病人。

宋代表俊明

血液透析也是。透析後，除非你用 COX2 對心臟會影響，這部分我認為監測透析前比較有意義。有些人真的需要，不然沒有辦法止痛，就如代表說的，監測胃部或心臟的影響。

主席

全部抽審就會有費用的問題，若給予輔導期診所由醫師公會全聯會，腎臟科醫師由台灣腎臟醫學會，非腎臟科醫師於醫院服務由醫院協會，把名單分成3塊(透析前與透析後)給各位，透過專業輔導溝通。看這件事情能否做改善，無法改善再列入抽審。病人資料我們也會給大家，這麼多件若是使用費用抽審，大家也會不舒服，有個輔導期會比較好。

羅代表永達

我們每一位醫師，每一季都會接受到健保署給我們相關資料，我們就會把資料給醫師，輔導部分，其實只要給醫院他們就會拿給醫師，一段時間之後再抽審。星期五要開審查會議，是否請署方把這案提供給醫院協會討論。

主席

我們把資料分為三部分，腎臟科醫師給台灣腎臟醫學會，基層醫師給醫師公會全聯會、非屬上述者給醫院協會，提供包含醫師名單、病人名單及用藥狀態。請各位先追蹤輔導，下一季再出現的話，就直接抽審。

羅代表永達

這案子有 Cr、eGFR 等檢驗值有資料嗎?不然怎麼知道腎功能不佳，透析前跟透析後

1000 多個案子。

主席

這不是 1000 多件，是 5000 將近 6000 件，是 1,616 位醫師。

張代表孟源

延續羅代表的話 Cr 到底是多少？

主席

雲端藥歷有數據。

張代表孟源

我們要制定一個腎功能衰退到那種程度，eGFR 要小於 60 還是 45，開立不能超過 31 天還是 15 天，一定要寫清楚，我們才能輔導。下一個動作要抽審，就可以提醒需斟酌使用並適當減少，否則健保署會做為立意抽審。

羅代表永達

我們在外科、骨科病人長期疼痛，你以後開 30 天就必須每半年追蹤 Cr、eGFR，讓其他科醫師有這樣的概念，這樣的情況會減少。有些基本定義，腎臟科希望其他科怎麼配合、應該有那些警示、檢查點，要先告訴所有人。我們醫院協會會在審查注意事項，事先告訴大家。我想等數量減少以後，再來做抽審，數量就不會這麼大。

主席

那誰訂標準？好，宋教授跟台灣腎臟醫學會。

宋代表俊明

如果要訂的比較寬鬆有人說是 $eGFR \leq 60$ ，我個人認為 $eGFR \leq 45$ 比較合理。所以剛提

出雲端藥歷是否給我們提醒， $eGFR \leq 45$ 基本上提示不要用到 30 天或 40 天。

羅代表永達

可否提供我們 evidence?讓我們有機會告訴大家。

主席

請宋教授跟腎臟醫學會一起制定標準。

宋代表俊明

學會畢竟還是學術單位，假設是健保署要各學會去做輔導工作，如果健保署能夠提供函或 Note 或許比較有所本。

主席

我們分兩階段，第一階段台灣腎臟醫學會 1 週內給我們標準；第二階段發函把名單給三會並把規則寫在公文上，讓台灣腎臟醫學會、醫師公會全聯會與醫院協會在輔導會員的時候有一致的標準。經過一季之後，下一季還會再追蹤資料，是否有重復的醫師，就列入立意抽審。

曾代表志龍

這邊提到腎功能異常使用 NSAID 腎功能異常的標準?

主席

指標定義資料詳附件 3-4 頁。

曾代表志龍

用健保碼勾稽的資料，有時候會有很大的誤差。

主席

所以現在把專業的數據，讓各位去溝通。如果大家沒有意見，今天討論到這裡。

散會：下午 5 時 25 分。