

# 全民健康保險醫療給付費用門診透析預算

## 111 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：111 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(臺北市信義路三段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：賴昱廷

出席代表(依姓氏筆劃排列，\*為線上與會人員)

干代表文男	干文男	郭代表咏臻	郭咏臻
吳代表麥斯	吳麥斯	曾代表國憲	曾國憲
宋代表俊明	宋俊明	黃代表兆杰	黃兆杰
李代表妮真	李妮真	黃代表尚志	黃尚志
林代表元灝	林元灝	楊代表五常	請 假
邱代表琦皓	邱琦皓	楊代表孟儒	楊孟儒
洪代表冠予	請 假	鄒代表繼群	鄒繼群
張代表克士	張克士	蔡代表宗昌	蔡宗昌
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
張代表晏晏	黃雪玲(代)	謝代表輝龍	謝輝龍
張代表鈺民	張鈺民	顏代表大翔	顏大翔
梁代表淑政	梁淑政		

列席單位及人員：

衛生福利部	陳淑華、白其怡
衛生福利部全民健康保險會	吳鴻來、陳淑美
衛生福利部國家消除 C 肝辦公室	吳慧敏
台灣醫院協會	黃麗如、吳昱嫻、何宛青、 顏正婷、林佩荻
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕
台灣腎臟醫學會	張哲銘、林慧美、張靜宜
社團法人台灣基層透析協會	曾庭俞

社團法人中華民國藥師公會	常宏傳、王麗卿
全國聯合會	
中國醫藥大學附設醫院	吳美瑤
本署醫務管理組	游慧真、劉林義、韓佩軒、 洪于淇、陳依婕、宋宛蓁、 劉志鴻、林其瑩、鄭正義、 楊淑美、鄭智仁
本署醫審及藥材組	許明慈、張如薰、何小鳳、 郭容桂、陳惠群、單國浩、 薛俊傑、黃詔威
本署資訊組	吳少庠
本署企劃組	王宗曦、趙偉翔
本署違規查處室	請 假
本署臺北業務組	莊智雯*
本署北區業務組	陳姿伶*、盧珮茹*
本署中區業務組	張黛玲*、謝明珠*
本署南區業務組	林純美*、許寶茹*、梁耀文*、 李怡君*
本署高屏業務組	張曉玲*、黃雅蘭*、張慧娟*、 葉美伶*、蘇文翎*、蘇家驊*
本署東區業務組	王素惠*、江春桂*、陳佳穎*、 黃婷婷*

## 壹、 主席致詞(略)

## 貳、 確認本會前次會議紀錄

決 定：修正 111 年第 2 次會議紀錄討論事項第一案，決議事項第一點之年度追蹤，「請中華民國中醫師公會全國聯合會於『明』年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，報告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照顧計畫」執

行成果。」修正為「請中華民國中醫師公會全國聯合會於『111』年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，報告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照顧計畫」執行成果。」。

## 參、報告事項

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

一、洽悉。

二、序號2、3、5、6、8解除列管，其他持續列管(如下)：

(一) 序號1-「腎功能異常使用NSAIDs藥量者」篩異指標管理机制：持續回饋透析前高風險腎臟病人3個月內累計使用NSAIDs總日數 $\geq 31$ 日個案之監控成效，並續辦腎功能狀態不明者提示事項。

(二) 序號4-「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」藥師照護指標定義及說明案，請台灣腎臟醫學會及藥師公會全聯會於今(111)年第4次會議研擬提出。

(三) 序號7-慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形(含居家血液透析支付標準研議)。

### 第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：

一、洽悉。

二、有關代表建議糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案內糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)之病人診療費調高一節，將俟112年總額協商結果辦理。

### 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111年第1季門診透析服務點值報告。

決定：

一、111年第1季點值確認如下：

年季 \ 項目	浮動點值	平均點值
111年 第1季	0.89904465	0.90603525

二、會議確認後依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

### 第四案

報告單位：中醫師公會全國聯合會

中國醫藥大學附設醫院

案由：「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行成果。

決定：

一、洽悉。

二、因本次報告數據呈現數據有侷限性，請中醫師公會全國聯合會於明(112)年收集更完整資訊再至本會議報告執行之成果。

### 第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110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：

一、洽悉。

二、為鼓勵醫療品質較好之院所，請台灣腎臟醫學會通盤檢討本計畫之指標，研擬符合政策鼓勵及更具鑑別度之指標。

## 肆、討論事項

### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形」，提請討論。

決議：持續追蹤案件如下：

#### 一、年度追蹤：

請中華民國中醫師公會全國聯合會於 112 年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，報告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照顧計畫」執行成果。

#### 二、每季追蹤：

##### (一)台灣腎臟醫學會：

1. 發展腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。
2. 腎臟病人推動預立醫療照護諮詢(ACP)。
3. 提高器官捐贈。
4. 腎臟病人全人照護及在宅照護模式(含居家血液透析支付標準評估)。

(二)社團法人藥師公會全國聯合會：協助研擬慢性腎臟病人多重用藥整合之策略。

(三)中華民國醫師公會全國聯合會：提高初期慢性腎臟病方案照護率。

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：提升「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」西醫基層藥師服務照護情形，提請討論。

決議：請台灣腎臟醫學會與藥師公會全國聯合會積極鼓勵基層診所與社區藥局合作，提供藥師照護服務，並於計畫執行一定時間後，檢討收案流程及上傳資料內容之適當性。

### 第三案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：追蹤透析病人 C 型肝炎之檢驗結果及請透析院所提供後續

診療處置案，提請討論。

決議：本署將持續提供透析、Early-CKD 或 Pre-ESRD 收案病人中罹患 C 肝尚未治療名單，請本署各分區業務組輔導所轄院所，並回饋後續醫療處置情形。

#### 第四案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：提升「透析前高風險腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常」之院所自主管理方式，提請討論。

決議：

- 一、本署將持續回饋開立 NSAIDs 藥量異常之院所醫師名單（含異常處方高於同儕值註記），並函請台灣腎臟科醫學會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會協助輔導會員，並將開立藥量資訊回饋予院所，供其自我管理。
- 二、前開藥量異常之個案如為 Early-CKD 及 Pre-ESRD 之收案對象，請本署醫審及藥材組同時函轉 Early-CKD 及 Pre-ESRD 之負責醫師本於權責，加強衛教與追蹤個案開立具腎毒性藥物(如 NSAIDs)之情形。

#### 伍、臨時動議

臨時提案

提案單位：台灣腎臟醫學會  
本署醫務管理組

案由：「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」加入 C 型肝炎 Anti-HCV 抗體篩檢、HCV 病毒 RNA 定量檢驗及轉介治療之整體機制案，提請討論。

決議：為提高 Pre-ESRD 及 Early CKD 收案個案之 C 型肝炎篩檢率以利後續治療，請台灣腎臟醫學會與衛生福利部國家消除 C 肝辦公室、衛生福利部國民健康署研議執行策略後，再提案討論。

陸、散會：下午 5 時 00 分。

柒、與會人員發言實錄如附件。

# 全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 111 年第 3 次研商議事會議-與會人員發言實錄

主席

黃理事長、各位委員，大家午安，今天我們要開的是門診透析預算今年第三次的總額研商議事會議，現在人數已經過半，會議開始。請各位代表看上次的會議紀錄，上次的會議紀錄是第 2 頁到第 7 頁部分。好，我們今天沒有視訊，本署分區的代表，麥克風是不是有點小聲？好，麻煩調一下。

## 壹、確認本會前次會議紀錄

主席

請各位代表看一下上次的會議紀錄，第 2 頁到第 7 頁的部分，如果沒有特別的意見，會議紀錄就暫時確認，假定結束會議之前，有代表對於會議紀錄有任何的修正都可以再提出來，我們再回頭來看。好，接下來我們就是報告事項的第一案。

## 貳、報告事項

### 報告事項第一案：

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝。除了等一下要列入討論案一、三、四以外，追蹤表的序號 4，藥師公會全聯會的常主任有沒有要補充？

藥師公會全國聯合會 常宏傳主任

是，基本上藥師開始執行是從去年 10 月到現在，其實還未滿一年，初步 data 看起來，目前的指標好像會看到一些 data 的一個呈現，以及整個藥師在照護面上對於臨床的協助性，所以我們是想說是不是再給我們一些時間，最起碼把第一年先把做完，看目前的指標的 data 實際上呈現了什麼結果，然後再依據結果才去做修正。讓我們藥師服務在 Pre-ESRD 計畫真正呈現我們的 value，所以希望大家再給我們一些時間把 data 整理好，然後再做會上的討論，謝謝。

主席

好，因為開始執行是去年 10 月，所以到今年的 9 月應該就滿一年，

給你們一點評估的時間，所以是不是在下一次的會議 11 月 16 日可以提出來？可以嗎？

藥師公會全國聯合會 常宏傳主任

可以。

主席

可以，好，我們就先列管到 12 月，11 月份的會議請藥師公會全聯會提出評估結果跟說明。好，其他的部分大家有沒有意見？請理事長。

黃代表尚志

因為有發現序號 7，都是我們被列管，大家也會覺得說怎麼沒有什麼很大的進度？

主席

序號 7 會在討論事項第一案要討論。

黃代表尚志

序號七有 6 項，都蠻原則性，我們也希望在 11 月 16 號的時候，把這些陳年舊案一次把解決。其中有些是已經在執行的計畫，有些是一個階段的目標，而有些我們也有建議，但是可能我們的提案不一定會得到署裡面的同意，所以是不是在把這些，等我們今天討論完，把這些陳年舊案列出來，我們下一次想辦法處理掉。但是我們在處理這些事情的話，說真的我需要有資料，有些資料當然要跟健保署，不管申請也好，或是跟你們一起做也好，但是總是要有資料分析，我才能夠有一個結果，才能夠做最後的檢討。我們希望拜託說今年會議快結束的時候再來清一下，希望在下一次會議的時候，都清空，該做得決議、該做得改善就要弄好，不要每次大家看到這樣，我們 Miss 林常常打電話來吵我。

主席

好，謝謝。就跟剛剛序號 4 一樣，列管到下一次會議 11 月 16 日。大家還有沒有意見？好，如果沒有就進入報告事項第二案。

## 報告事項-第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。

（業務單位報告）

主席

好，謝謝昱廷的報告，針對這個執行的報告，各位代表有沒有什麼意見？好，請雪玲。

### 黃代表雪玲

各位大家好，我是醫學中心的代表。我想提一下就是剛才這個小結的部分，有關那個 DM 跟 CKD 照護的計畫，我們有看到署裡這邊公告一個 DKD，其實我們大家都覺得應該做這整個計畫對病人是好的，可是署裡公告 QA，在過去，其實 DM 歸 DM，CKD 跟 CKD，那是個別不同的醫師在照顧，那現在要整合在一起，其實這兩個醫師是要做溝通的。那我們看你們的 QA 第 16 題，你們出的 QA 是說，如果兩位醫師共同照顧這個 DKD 的病人，那我們的申報費用僅申報一筆診察費。那像對我們在院所要在推動這個計畫的時候，我們跟這兩位醫師溝通完以後，那你們說只能有一個申報診察費，另外一個你就不能申報診察費，其實這樣就變成沒有誘因。你希望這個 DKD 能夠多推動，那你在院所，那過去我們各做各的，每個人都有一個診察費，現在合在一起，變成只能申報一個診察費，那醫師的意願相對就變得更低，不知這個 QA 在未來是否能再修正？

### 主席

好，請那個顏醫師。

### 顏代表大翔

在基層診所的情況不是這樣，但是基本上，我覺得想法是對的啦，但是說真的在執行的時候，有人跟我反應，我也發現有這個事情就是說 DM 跟 Early CKD 聯合起來變成 DKD 的時候，當他要轉到 Pre-ESRD 的時候，DKD 結案以後，糖尿病也不能收案，要一年以後，那我問說怎麼回事，診所協會陳宏麟理事長說應該不是這樣，有時候實際操作它會結案之後，系統會主動限制你繼續糖尿病收案，要一年以後才能收。我想這是技術性的問題，我想當初的設計應該不是這樣，就想麻煩署方去了解一下。這個我們在 VPN 登錄的時候是不是有這樣的情況？因為這樣等於說糖尿病的病人收 DKD，後來變成它需要照會腎臟科醫師要收 Pre-ESRD 的時候，會出現醫師不願意轉介，變成是種阻礙，謝謝。

### 主席

好，這都是在講 DM 跟 CKD，就是 DKD 的問題，好，還有沒有其他意見？請干代表。

### 干代表文男

剛才聽了這個報告，好像藥師照顧的福利還是不錯，但是我不曉得他的成果減到多少，成果能夠展現什麼，藥師公會能把成果跟效益

做一個詳細的報告，因為我們要知道參與了以後，貢獻是什麼，這個我們不曉得，是減少藥量還是減少進入透析，還是那個藥的效益特別強還是怎麼樣，還只是有藥害減少，這方面可以詳細講一下。

主席

好，謝謝干代表。還有沒有其他的問題？請理事長。

黃代表尚志

我們現在大概都是一些技術面的問題，像剛剛干代表提的、林代表提的，很多很細的東西說真的我們不是做申報的人，我們不知道，所以我們都會就教於我們的衛教師，有時候他們會溝通，會寫一些問題單出來。然後蒐集完以後，一併再跟署裡面這邊反應，沒關係，一個一個都很小，有時候這個分局有，那個分局沒有，這我們也是很困擾。干委員那個我會建議說，在下一次的話，把干委員的問題一定要回答，在下一次 11 月的總結報告的時候，那個常主任記得要回答這幾個問題。

干代表文男

最好，因為馬上就要進入協商了，這一方面我們也要加強，也要形成大家的共識。在協商前能夠給我們知道，是對透析是有利的，我們會注意，但是如果我們講不出，我們參與以後，對這個會本身是沒有貢獻的，只希望能夠儘快提早讓我們曉得，讓我們對其他的同仁會報告，我們也會講清楚，謝謝。

主席

好，謝謝。好，還有嗎？剛剛干代表提到藥師照護，因為在總額協商也有編列預算，假定是成效好的話，比較容易去說服其它的委員，讓預算保留或調整。所以是不是第四季會太晚？因為總額協商在九月中旬，干代表是這個意思嗎？

干代表文男

是。

主席

是九月中旬，所以如果常主任在第 4 季是到十一月開會的時候才提出，是不是會趕不上總額協商的時候付費者代表想要知道的資訊？

藥師公會全國聯合會 常宏傳主任

其實我們是很希望能夠盡快把資料整理好，要請署方幫忙，因為畢竟目前看到的都是醫學中心跟區域醫院是占主要提供服務的部分。data 假如署方願意跟我們一起分享，我們會希望能夠在九月協商之

前再跟干代表做報告，然後讓他了解整個 outcome。我們初步可以知道說，幾家醫學中心彼此有聯合開會，就目前看到的是針對服藥易順性上面發現到有很大的一個進步，讓病人能夠準時好好的吃藥。另外還有合併用藥的部分，剛剛有講到 DKD，其實很多的病人他有重複用藥或者是整合用藥的問題，我想最後的 data 都假如署方可以跟我們一起合作的話，儘快把 data 整合起來給干代表，能夠幫助在協商的時候有 data 呈現，謝謝。

主席

好，醫管組可以嗎？

醫務管理組劉林義專門委員

就是要看常主任需要什麼樣的資料，然後大概要作成什麼樣子，可以跟我們討論一下。

藥師公會全國聯合會 常宏傳主任

沒問題，謝謝。

主席

好，謝謝，有關剛剛提的是 DKD 的兩個問題。

醫務管理組陳依婕專門委員

謝謝雪玲代表還有顏代表的提問，關於診察費的這題，當時我們在蒐集意見的時候，確實分區已經有轉一些院所提來這個，一次只能收一次診察費的顧慮，那我們當時方案在設計的時候，針對這個 DKD 的病人，其實它的管理照護費是比較高一些的，也是考量到這些病人的病情比較複雜，而且是透過整合門診的方式來做服務的提供。那關於診察費的這一點，我們想一想其實像醫院以病人為中心的這些計畫，也都有針對整合門診這件事情，其實給予比較高的診察費。所以我們也有規劃在今年總額協商明年預算的時候，要來設計一些這樣子的診察費，就是提升診察費的這個機制在裡面。

然後另外的話是關於剛剛顏代表有提到說 DKD 結案以後，是不是不能夠 DM 收案？但是沒有，我們系統上沒有這樣的設計，就是我們設計上只有 DM，純 DM 的病人，他如果結案以後，一年內不可以再重複收案。可是如果是 DKD 的病人，他有可能後續轉到 Pre-ESRD，這樣子的話，他的 DM 還是可以收案的，這個系統上我們應該是沒有擋。如果您執行上有什麼問題，可以會後再跟我們確認，這個我們系統上應該是沒有卡的，以上。

主席

好，謝謝。理事長請看報 2-14 頁，這裡有看到人數的成長率是下降的，尤其在 110 年及 111 年這 2 年有連續有兩次下降，這跟 COVID-19 也有關係。另外，也要就教腎臟醫學會的是有關報 2-20 頁，鼓勵活體腎臟移植的的成效，已給予很好的誘因，但是跟去年同期比較起來顯然還是沒有明顯的提升，當然也可能受 COVID-19 的影響，但有沒有什麼好方法可以再提升？這兩點涉及腎臟醫學的專業，請可以提供想法或意見。

黃代表尚志

COVID-19 對於已經常規透析的病人是不會，即便有 COVID-19 的疫情，他也不得不透析，所以應該沒有什麼受什麼影響。人數的成長率下降，那個也是好事情，表示說可能有更多病人，他待在那個 Pre-ESRD 的時間會長一點，所以他開始透析比較晚一點，這是朝比較好的。再來移植的部分，我們知道 COVID-19 會阻止病人來醫院，偏偏這些要移植的病人，他要頻繁地來，因為他檢查不是只有一次，接受者要評估，捐贈者也要，也要安排不同的檢查時機，所以這樣會受到影響，那講話的時候又要戴口罩。所以我們再看看吧，可能這個下一階段會不會再好一點。宋教授也來了，我們好像也討論過，整個移植的也在下降，這個是不是也受到影響。另外講到 COVID-19，我們也知道透析病人也會感染，感染以後很麻煩，你要透析，要隔離，又要自主管理，這會增加很多的成本。也謝謝政府，不管是 CDC，還是醫事司，都有一些鼓勵措施出來。整體看起來，真是偷偷地講，大概兩成到兩成多一點的病人會感染。我看到我們自己統計的資料，也差不多兩成到兩成多一點的工作人員會感染，所以這個好像都差不多。但是有一點好，我看那個外國的報告，死亡率都很高，但本國的報告還好，很低，也不知道是好還是壞。

主席

是整體低，但是透析病人的死亡率？全國的死亡率？

黃代表尚志

因為我現在沒有全國的資料，我也問過 CDC，他們還沒有在做一個進行的統計，那我們自己調查會到年底才做調查，所以我現在沒有辦法回答你。但是就我們大概能夠找到一千多個病人的話，相當低，我只能這樣講。

主席

好，宋教授。

### 宋代表俊明

目前資料看起來好像比日本低，當然日本的那個疫情它是來的比較早，整個看起來就光透析病人比較來講的話，這是蠻好的。我覺得那個移植那邊應該是黃理事長應該要有一些建議。

### 主席

要加油嗎？還是請吳麥斯代表，移植學會理事長。

### 吳代表麥斯

其實我想大家都非常地努力，真的在疫情期間，影響最多的是我們活體移植，因為它不是，它就是本來都已經配對好了，他也會覺得說那我等過一陣子再進來，所以這幾個月是有明顯在增加，當然可以看到。但是關於大愛捐贈照這邊，當然都持續都有，活體那邊確實是有點 delay，所以我也是贊成說黃理事長講的，我們可能再看一下這裡，因為現在慢慢鬆綁一些措施後，應該是會有比較好的部分。在活體移植的部分，大家還是非常的努力。

### 主席

好，謝謝，其實我們自己的數據看起來，COVID-19 期間，透析病人的死亡數是明顯有增加。但是全人口為分母大，分子小，所以當然就看不太出來。這是透析人數成長率有趨緩的原因之一。另外，活體腎臟移植的部分，剛剛吳理事長有提到，受疫情的影響是比較大的對不對？可是現在疫情也慢慢趨緩，所以拜託吳理事長跟黃理事長，看看有什麼推動方法，可以慢慢再啟動，因為過去都覺得健保沒有給足誘因，但目前也給足了誘因，對不對？誘因的條件一直在放寬，也希望這部分能夠有所成效，這也是被追蹤的。等一下討論案，關於移植的部分，再請兩位理事長要想辦法。因為這個部分，能在 Pre-ESRD 階段的病人，透析前或者是透析的初期能夠盡快做這樣的決策。這些病人可能多數都在區域級以上的醫院，區域跟醫中，所以銜接移植應該是很有機會可以有比較好的發揮。請吳理事長有無好的計畫來推動？

### 吳代表麥斯

我可能私下再跟黃理事長一起來討論一下，不過我想有一部分我現在先提，有一些在觀念上的問題，老齡化社會以後，其實我們在早期的不管在外科醫師還有腎臟科醫師，捐贈者的年齡都被限制，其實我們現在變得更健康。

### 主席

捐贈者的年齡？

吳代表麥斯

不管捐贈還有受贈者的年齡，因為我們現在的開始透析年齡已經是67歲，如果我們小時候受教育是60歲以上，他們就沒有建議，現在移植年齡在放寬，那國外也慢慢地放寬了，所以其實這個是要經過一些教育，不是硬性規定，太老的人，大家就比較。

主席

六十幾歲不會太老吧。

吳代表麥斯

我是說七十，因為六十幾、七十。

主席

其實我們提年齡，如果你這樣子講的話，那真的都不用推動，因為我們開始透析的年齡越來越高。

吳代表麥斯

所以才要改，我們的觀念要一直改，不然你變成說其實你真的去登記的大概也都是差不多透析人口的20幾%而已，就是在等待名單裡面。

主席

若是在等待大愛的，那些本來現在大愛的捐贈就很少，兩百到三百人左右，排隊等待配對也很難等到，大概要等八到十年才可能。

吳代表麥斯

沒有沒有，平均大約六年。

主席

也要六年。

吳代表麥斯

大概是五年到六年這裡。對，如果被換到，不過我剛剛在講的這個是我們要做得事情，就是說你在教育方面，就是不管是在捐贈者跟受贈者，大家對於年齡這一些健康狀況要放得更寬。因為我們現在已經進到老齡化的社會。

主席

我想現有的規則並沒有對這個有什麼硬性的規定，應該是推動的過程，來，黃理事長。

黃代表尚志

因為以前，剛剛吳理事長講到說，我們小的時候受的教育。

主席

小的時候很久。

黃代表尚志

那就代表說真的，我們這個可能剛受訓練的時候，後來有一陣子都是寫 55 歲以下，後來才改到所有的統計都用 60 歲以下。現在已經可能時機成熟了，像人越來越健康，剛剛吳理事長的意思是說，跟我們這樣討論完是不是可以放到 65 或者是 70 歲以下都可以去做這些移植。就好像我常常講「年輕無糖小女子」，現在我都不講了，因為現在都很壯了，你不年輕的也蠻壯的，我們要把觀念改了，改了以後就要到基層、在各個醫院要去推展，意思是這樣的，要重新改變那個觀念重新再推展。

主席

可能真的要，不然沒辦法突破。請吳理事長。

吳代表麥斯

要，因為應該說時代在變了，整個狀況都在變，所以這個是一個教育的問題，所以我們要在整個觀念上要再持續改變。所以剛剛不是在講理，是這是要突破的點。因為我們整個觀念打開的時候，不管在等待，有預備要換腎的，包括捐贈者跟受贈者，才會真的再打開一些。

主席

請宋教授。

宋代表俊明

不過還需要有一些做法，剛剛是一直在講觀念要改，事實上我們就如同主席講的，這根本本來就沒有限制它年齡，只是在透析這一邊，我們去看的話，是以誰看 55 歲以下一定要登記，而且要看你幾 percent，那時候就會讓人家感覺好像是 55 歲以下才是被認可，才被重視。如果真的要有一些做法的話，你乾脆是不是就延長到 65 歲或怎麼樣，那實際上因為大家會把一些透析你的這個品質的那些觀念套進去，那會讓大家感覺到好像本來就有一個限制，其實是沒有。那所以如果說很形上地說，我要去推廣這個，乾脆就把評鑑的標準列到 65 歲，你可以多百分比多少，這樣或許是比較實際的做法，一個小小的建議。

主席

謝謝宋教授。這一項，請黃理事長。

黃代表尚志

我覺得很好，因為看起來大家都同意，年齡可以改變，心態可以改變，現在再來就是我要怎麼樣去推動，剛剛也一直在提到，我們再跟三位再討論一下，其實我有一些想法，我也曾經跟兩位講過，不過可能我不方便在這邊講，可能要對不同的年齡層有不同的推動強度，或者規範的強度，反正在十一月會提出方法，我再溝通看看，看能不能這樣的話，會比較有策略、有目的，也有目標可達成。

#### 主席

好，謝謝。那我們是期待啦，其實期待報 2-14 頁，我們現在的病人數還有 8 萬 7,000 人，如果就盛行率來講，還是全球數一數二的。我們現在看到人數的成長率有下降，其實成長率最好能夠負成長，這樣子才有可能讓盛行率真正下降。使人數負成長，現在如果看死亡率，有一些可能也屬於自然死亡率，也有一些屬於 COVID-19 的影響，我們更希望分流到移植，就是人數的減少是因為移植的提升而分流出去，讓透析人數下降，這樣子的話，可以讓盛行率真的反轉。否則的話，我們現在的盛行率還在正成長，並沒有負成長，所以已經都高高掛在全球透析最高盛行的區域很久了，有沒有機會讓盛行率下降？這可能是腎臟醫學會跟所有的腎臟科醫師，要真的努力。我們現在不管是 DM 的早期的預防，或者是代謝症候群的更早期的介入，都希望病人真的不要惡化進入透析。這個努力的過程很漫長，但是也不能偏廢，從早期的預防開始做起，讓慢性病的負擔可以降低，看能不能也間接減少透析盛行率。我們拜託大家等會兒我們還有機會討論案的第一案時再交換意見。我們是不是努力朝這個目標來邁進？來，請那個干代表。

#### 干代表文男

我早上請教健保署，每年加入的人數跟死亡的人數，差距有兩千多人，一年死掉的有一萬多，那新加入的有一萬兩千多，就差不多兩千多的這個人數。那還沒有進入的這個，我上次你們 6 月 12 日講的糖必鎮，還有這個臺北縣，新北市的醫師他也講得很清楚，這個糖必鎮那幾個藥，能夠服用的話，是不是盛行率不會那麼快加入？如果可以的話，我也曾經打電話跟黃理事長說，健保署這邊也有，但是始終沒有看到成果的發表，健保署如果做了，也會變成說有圖利的嫌疑。你們趕快提出這個實證，有實證以後，再對社會對各界來講，一個洗腎者一年用了六十幾萬，用了糖必鎮這個藥，幾種藥，可以只要一萬左右，能夠延緩幾年，當然正在洗的也有幾年。那算起來，就用很簡

單的算數可以算出來，就像你們也要積極去衝刺這個東西，如果你們不提出來，光我們付費者在喊，你們也不講，我也沒有辦法。希望你們在這一步能夠努力，省幾個人，111 年度就有多加入兩千多人，那死掉的比加入的少，就等於盛行率一直在增加。在增加，你怎麼去做，我想這個前端的防止希望你們再去用藥物來控制或怎麼樣。剛才主席也提到換腎，理事長一直談到說要換，看到這個數據還是少了，活體要捐贈的少數，我們也，臺灣人說死要全屍，現在觀念在改變了，你們看要怎麼推，那也有獎勵辦法。如果說獎勵辦法不好，你們再提怎麼樣，讓社會能夠接受。廣告也可以打，這個對社會是有益處的。以上，謝謝。

主席

好，謝謝，宋教授。

宋代表俊明

跟干代表報告一下，事實上可能我們那個干代表談的應該不是糖必鎮，應該是 SGLT2i。那事實上上一次，前兩次都有人在這邊提出來，那主席也就這一方面有在做規劃，好像是要再討論。

主席

對，因為涉及放寬適應症的部分。

宋代表俊明

我想我們再給主席一些時間，在這邊大家再給一個 positive feedback。

主席

因為我們已經在去年，應該是今年吧，基層也有加一些預算，兩億多，希望能夠開這類的藥，有加進去。當然要逐步地慢慢地去替換現在另外一個還在用的 Metformin 那一類的藥物。這是糖尿病的用藥，因為單價蠻高的，相當於我們的 Metformin 的好幾倍。所以造成藥費的淨增加，所以在預算有限的情況之下也沒有辦法全面來開放。我們還要跟藥廠再來協談，在數量增加的情形下能夠降價。所以我們可能要同步來進行。

宋代表俊明

這是我們的目標跟希望，希望是能夠還在 CKD 就能用，就是說不要有糖尿病就能用這樣的意思。

主席

但 population 會很多。

宋代表俊明

不會啦，其實也還好，其實可以看，如果付費者代表這一邊，保險人代表也覺得這樣可行，或許可以再討論。

#### 主席

這可以列入總額協商。另外，我們剛開始的 DKD 現在收案率並不高，因為有符合收案條件的有 66 萬人，現在有申報的才 3 萬 8,000 人收到照護計畫裡。DKD 現在開放各層級都可以收案，所以麻煩大家也是能夠整體照顧，因為如果只處理腎臟疾病而忽略 DM 的話，是沒有辦法得到均衡的照顧。這點也拜託大家。好，大家有沒有其他的問題？請宋教授。

#### 宋代表俊明

對不起，張代表剛剛提出來的關於那個整合病人的問題，我自己個人有一點小小地個人的意見，我覺得診療費要 double，這個感覺上其他科醫師沒有辦法接受，付費者代表我想也沒辦法接受，當你看一次診，那你要收兩次的診療費，我想是有困難的。現在處理的方式，譬如說個案管理，如果說 1+1，兩個都收案的話，同一個病人收案的話，變成 1.5 的話，或譬如說現在訂 2.5，就是增加在管理費，我想付費者代表整個算起來的話，病人也好，他只要看一次病，看一個醫師，他就能把我照顧好，健保也省一次診察費，但是付給整體照顧費用，就是衛教師等團體的在這方面照顧方面，這個錢差不多，但是整體在看起來的話，品質增加了，病人也不用看兩位醫師。付費者代表也這邊減少一點點 cost，這是三贏。所以可能不要一直專注在診療費，這個是我個人一個小小的意見，不見得是對的。那另外剛剛干代表一直在提的這個藥師，藥師這個部分，我個人會覺得，我在看譬如說像成大好了，他現在在收案的 case，譬如說藥師能夠經手的 case，因為剛剛開始，所以他經手的 case 可能大概一百人左右，這幾個月，那你說你要真正地去影響到整個醫院在用藥方面，他看起來醫院的限制不會太多，變化不會太高，因為你剛開始做。所以我會建議譬如說藥師部分做一些在過程面上面，你到底在這個地方，在做這個衛教的時候，或者在做建議的時候，你到底抓出多少的藥物的不良反應，或者是過程面上面的指標會比較容易呈現。如果光要用健保署目前的 data 的話，我想可能要說服干代表的這一個機率比較小。因為他可能還沒有辦法呈現在所有的總預算裡面，但感覺上這對病人有幫助，這是我個人的感覺，但是要呈現到整個 outcome 這方面，可能還很少。所以是不是你如果馬上要呈現的話，你呈現出過程面，到

底你說做多少建議，是對別人有幫助。那你要影響到整個藥物這一邊的變化，可能要再多一點時間，這是我個人的意見，謝謝。

主席

好，謝謝，其實這一類病人的狀況都非常地複雜，需要多重專業人員的介入，連個案管理師、藥師都參與，最終就是要整合照顧。病人參與這個計畫，需看其他病症還是沒有什麼限制？所以，我們要用「以病人為中心」的觀點整合照護來看本計畫，才是合理的。現在我們已經不斷地投入預算，對這種複雜的病人投入更多，所以大家的意見我們就納為參考。大家還有沒有其他的意見？如果沒有，宋教授，這位是黃小姐，雪玲。

宋代表俊明

對不起，對不起。

主席

她是代理人，臺大醫院的代表黃雪玲。

黃代表雪玲

我可不可以再補充一下，其實這些病人到醫學中心，其實他的疾病就更複雜，不是像基層那樣子，在我們這邊分工更細，所以在專科照護方面，也許在基層可能真的就是一個醫師，但如果我們醫師可以照顧這個病人，我們也會讓他就由一個醫師照顧，但有時候真的是會 DM 跟 CKD 兩位醫師來共同照顧。

主席

本計畫的精神並沒有排除，如主責醫師有困難的時候，也可以會診其他科，但沒有必要每一個都 double。

黃代表雪玲

但是如果他真的是每個共同來的時候，這署裡這裡面白紙黑字就是寫得很明白，就是如果是兩個醫師照顧的時候，你還是只願意給一個診察費，這樣對我們那個照會來的那個醫師的就相對地不公平。那其實剛剛也討論到預算，其實過去他們就分開沒有整合，那其實分別看的時候，分別都可以申報診察費，現在只是把兩個同一天整合在一起，其實對政府的預算其實並沒有增加，就我們醫學中心或者是其他級的區域醫院以上的專科分得比較細的，其實我們過去本來就是 DM 照顧 DM，CKD 照顧 CKD，那你現在把它整合在一起，其實我們並沒有增加署裡的預算，其實它過去其實是兩個醫師在照顧，我們現在把它整合，就是我們 push 這些醫師來進行交流，對這

個病人做全人地照顧。那其實在給付上也相對，也可以看到其實現在，我也是看到醫學中心申報的家數並不高，我們想說其實要 push 這個，你砍掉它本來的誘因，讓它要加入這個的誘因就相對更少。可是每個層級是不太一樣，但是到醫學中心，病人真的是更複雜，所以而且它分工更細，所以是不是署裡這邊可以再考量一下。

主席

好，謝謝臺大醫院的雪玲代表。

宋代表俊明

好像怪怪地，因為基本上像譬如說我現在在看，因為我有去拿糖尿病的那個醫師的資格，像我在看的時候，假設他願意全部整合在我這邊的話，就是整合在我這邊。不然有一些病人還是兩邊跑，但是他的照顧費，因為我這邊我有加入，CKD 有加入，所以它收案的時候照顧費是有增加的，就是 1+1 是大於 2 的。

黃代表雪玲

我知道，照顧費是有增加的。

宋代表俊明

對，但是他如果說他在我這邊看 CKD，另外再看 DM，他沒有說這個醫師就不給啊。

主席

對啊，其實如果病人有需要會診時，就是照一般程序去看，也沒有限制。

宋代表俊明

不過這個可能要查一下。

主席

我想這個計畫本來就是整合照顧，就像我們多重慢性病的整合照顧的觀點也是一樣，因為這些都是比較穩定的慢性病人，如果依然要看那麼多的醫師，就更難整合。我們有另一個計畫叫做多重慢性病整合，就是有很多的這種經驗，所以我們希望還是要有主責醫師。我們並沒有排除病人必要時可以會診其他科。

宋代表俊明

不過如果真的硬性規定。

主席

好，各位的意見就納參，接下來報告案第三案。

## 報告事項-第三案

案由：111 年第 1 季門診透析服務點值結算報告。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，今年的第一季的點值已經是平均 0.9，這應該有記憶以來最高的。剛剛報告事項第 2 案預測今年第二季的點值大概 0.88，說不定最後結算結果也可能也會到 0.9。所以我想雖然一直認為說看能不能做得更好，但是大家也都在關心點值，每次協商的時候都在講點值，但是現在也每年總額均正成長，再加上盛行率成長有一點點趨緩，人數增加有一點減少，所以點值已經 0.9。剛剛有看到我們的供給面是 3%在成長，病床數連基層都有四百多床在增加，所以這個拜託大家還是不能因為供給而產生其他的效應。好，大家有沒有意見？這個點值結算。好，如果沒有，我們就第四案。

## 報告事項-第四案

案由：「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行成果。

(由中國醫藥大學附設醫院吳美瑤醫師報告)

主席

好，謝謝，這是中國附醫中醫部的吳美瑤中醫師，代表中醫師公會全聯會的報告。這部分請問各位代表有沒有什麼意見？請黃理事長。

黃代表尚志

恭喜這個計畫至少在今年度的預算，中醫界的努力都有達成到，收案人數有增加，去年我記得在這邊報的時候，大家說你們收案那麼少，當時我就說先不要要求太多，會慢慢上來。這就像我們現在做 ADK、藥師照護、DKD 都一樣，假以時日，照護人數就會增加。不過剛才提到說 VPN 的上傳會增加，剛剛我稍微算一下，六百多人除以四千多人，只有 15%，所以這邊如果再增加一點 data 的話，你的說服性會更高。相對地，你可能會發生有一些也不是如大家預期地都那麼好，那這樣的話，就會更多地去找出這個差異性。那該改善的改善，沒有辦法改善的話，也可以去找出原因。所以加油，謝謝。

主席

好，其他代表還有沒有意見？首先我們還是要肯定中醫師公會全聯

會，自我評估雖然四千多人只有 683 個有完整的數據做分析，這有一點可惜，因為確實這樣的結果是不是代表全部不知道，但是他們至少把 683 個做了一個分析，現在看起來是 eGFR 有顯著差異，但是其他的還是沒有顯著差異。請吳醫師補充是因為時間比較短？還是結果大概就是這樣？

中國醫藥大學附設醫院 吳美瑤醫師

目前這個我覺得是誠如蔡副所長剛剛提到，其實統計完成就整個數據統計的人數在所有病人內的占比還是偏低，所以這個我們可能真的要再確認，就是要增加樣本數，這樣比較能夠確認說是不是真的能夠代表這群病人的數據。其他像血壓，因為看起來血壓在前後測差異不大，不過因為病人血壓在統計好像本來也就接近在正常值，所以這部分沒有改變可能比較不見得一定是有意義。再來如果數據增加，在可能需要觀察的就是像 UPCR 或 UACR，是不是也可以達到改善。

主席

對，其實沒有錯，包括 HBA1c 的 mean，還是可以接受範圍，也呈現 standard deviation，雖然前後測不顯著。確實最大的問題還是在統計的樣本數，參與本計畫的樣本數應該是四千多人，可是有數據的只有六百多人，大概占 15%，所以還是不足以說可以解釋每位都有達到效果。宋教授要表示意見。

宋代表俊明

使用藥物的檢視，這個部分是不是也可以做一些檢討，或者是做一些建議？如果這個藥物是專門針對 CKD 的部分，那在處方這些用藥的合理性上面，因為西醫這邊我們大家比較熟悉，中醫這一方面你們自己認為是不是合宜，這個也是不是一個要可以考量的，做一個譬如說做一個指標。因為剛剛好像報說有一些是補腎的，補腎的藥物用在 CKD 的治療，如果進前十名，甚至前幾名，放在用藥上面讓大家可以有一些概念。

主席

好，請吳醫師。

中國醫藥大學附設醫院 吳美瑤醫師

這個部分請大家先看到投影片第 15 張，先看使用次數前十名複方，大家可以看到像第一名的濟生腎氣丸，然後第七名的龜鹿二仙膠，第八知柏地黃丸，還有第十的六味地黃丸，這都比較偏向在中醫認

知裡面補腎的一個處方。另外像第二名補陽還五湯，第五名血府逐瘀湯，或是像第九名黃耆五物湯，都比較有一些活血化瘀的處方。這應該是大家在中醫的認知裡面，就是過去林口長庚他們也有做過統計，用補腎的處方再加上活血化瘀的處方，還有像在單味藥裡面第一名的黃耆，可以比較顯著改善病人腎臟的情況。所以就中醫師的理解上來說，也會從這個部分去著手。這跟健保資料庫統計出來，用在一些慢性腎病的處方，大致上沒有太大的差異。當然還是會略有差不會完全一模一樣，但是大致上差異不是太大。

主席

好，謝謝，宋教授其實跟在座有類似的疑問，因為我們也絕大多數都不是中醫師，所以對這些也比較陌生。我想宋教授是期許，雖然每位醫師會因為病人狀況不同跟自己的學識而有不同的用藥，但藉由統計的數據，看看有沒有產生更好的配方出來，然後大家使用，是不是宋教授是這個意思？

宋代表俊明

對，就是好像它還是補腎的為主，跟我們醫學上的 CKD 的部分，因為中醫講腎氣去補腎，跟照顧腎臟是不是這一方面是不是有一點點差異？大家可以再討論看看。我們也知道以前中醫醫書裡面沒有所謂的我們西醫裡面現在的腎臟病，所以這方面的醫學經驗有差異，也可以看看說中醫用的這些補腎氣的藥物，是不是真的是可以幫助，或許真的可以幫助，這只是一個問題，不一定有答案。

主席

是應該請教。好，吳醫師有要再進一步回應嗎？

中國醫藥大學附設醫院 吳美瑤醫師

這個部分我們會再討論，目前因為收案照護，所以醫師手上慢性腎病的病人數其實也有上升，在經驗上來說，比較能夠累積到底什麼樣的處方，最後可能會有比較好的療效。

主席

對，藉由這機會去看。好，請黃理事長。

黃代表尚志

我做一點那個，因為對你們這個計畫在開始的時候，我們就很鼓勵你們做，那至少在這兩年看起來，你能夠 include 四千多個個案，表示治療是被一部分的民眾是肯定的。在我們以前分析就知道，一些人我們並沒有禁止用西藥，所以收案人數一多，就會分出來了，那一

些用人有吃西藥加中藥的，那些單獨中藥、那些單獨西藥，就可以去分出來。再加上 push data 能夠上傳更好，我相信你的資料庫越大，你就能夠得到多一點結果，利基點在那裡，這一點是特別要鼓勵你們。另外有一點是注意，我知道龍膽瀉肝湯，現在大概不會含馬兜鈴酸，如果下一次有機會，再說明一下，以前真的龍膽瀉肝湯會含馬兜鈴酸的成分。

主席

應該沒有吧？

黃代表尚志

現在應該不可能，拿石頭砸腳不可能啦。只是還用這個名稱，裡面可能成分有改變，如果有機會再教導我們一下。

主席

好，這個很重要，請吳醫師澄清一下，要不然會以訛傳訛。

中國醫藥大學附設醫院 吳美瑤醫師

目前的話，基本上是沒有馬兜鈴酸的成分。對，不過龍膽瀉肝湯，我們可以去分析這些病人他到底為什麼使用龍膽瀉肝湯，但是以中醫的觀點，應該是這些病人他可能有一些如皮膚症狀，或者是睡眠的問題，才會使用龍膽瀉肝湯。一般中醫師在使用龍膽瀉肝湯，其實使用的時間相對來說會比較不是那麼長，不會當作 long term 的使用處方。所以這部分我們是可以再去研究，如果是像剛剛理事長講的，人數很多的話，其實可以去分析單獨的一個處方對於 outcome 的影響，這樣可能會是比較好的方式。

主席

好，謝謝。今天報告案就暫且。好，還有顏醫師。

顏代表大翔

不好意思，我想請問一下，下次可不可以提供 Stage 4、5 有收案，有多少人進入洗腎的。

中國醫藥大學附設醫院 吳美瑤醫師

好。

顏代表大翔

我想這試辦計畫追蹤為什麼病人只有 683 人為有效樣本，因為 lost follow up，我們在診所也是一樣，病人快洗腎的，他不會接受診所建議他洗腎，通常會到醫院再去 run 一次。所以我是覺得有沒有可能，因為在追蹤上有困難，署方這邊能提供一些資料，中醫這些收案的

病人跟西醫 Pre-ESRD 收案的病人也一樣做一個比較，收案半年、收案一年，滿半年、滿一年有多少人進入洗腎或者死亡，我們現在的研究報告都會注重這件事情，那我想在這方面，如果署方能夠配合，也許在資料上的蒐集會更完整，謝謝。

**主席**

對，確實這個計畫在進行的時候，並沒有去要求病人不可以在西醫那邊得到服務，所以是不是有重複收案的問題？尤其是這些人也有一千多個人也是 Pre-ESRD 有收案的病人，黃理事長或者是宋教授，或者是吳理事長，其實大家可以坐下來稍微研究一下一個研究方法，來相互比較說中西醫 combine care 跟沒有 combine care，在同一個 stage 的病人，究竟它的優缺點是什麼，我覺得這個是值得探討。不過因為這個計畫也剛收案沒多久，照護期間也比較短，所以現在看到的都是初步的成效，而且 sample size 又因為數據的蒐集限縮在只有占 15% 的病人有數據可以蒐集，這些都是限制。所以這個初步的結果應該是僅供參考。未來數據的蒐集不應該限這麼少人，比例這麼低，這樣才能夠有說服力。好，這個計畫我們是不是就先報告到這裡？我們也期待明年還有更好的中醫照顧結果來跟大家報告。好，接下來我們就進入報告事項第五案。

## 報告事項-第五案

**案由：110 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。**

**（業務單位報告）**

**主席**

好，謝謝昱廷。這是品保款的結算報告，以及各項品保款指標達成的情形，達成的情形在報 5-4 跟報 5-5 頁，一個是血液透析，一個是腹膜透析。好，這部分大家有沒有意見？大家可以稍微看一下 5-4 跟 5-5，我們有季指標、半年指標跟年指標，看起來達成率最低的是透析治療模式選擇充分告知機制，達成率 31%，這個就真的要再努力。其他的指標達成率也有 86%、88%，還有腹膜透析也有。因為健保會每年要求本署對於品保款的指標，如果已經達成率很高的指標檢討是不是應該退場，要訂出新的且有鑑別度的指標，才有助於品保款真的獎勵好品質的院所，才有助於整體醫療品質提升。好，這部分請

理事長要參考，因為我們第四次會議又要來修正品保款指標。這時指標要通盤來檢討，數據就今天提前讓各位代表作為參考。好，這個報告案大家有沒有意見？好，理事長。

#### 黃代表尚志

對「建立新病人透析治療模式選擇告知機制」，事實上這個指標制定的很早，但後來我們在 Pre-ESRD 計畫，還有推動 shared decision making 選擇的時候都有，其實說真的，這一項應該要放在還沒有透析時是比較合理。已經進到透析，他都選擇腹膜透析或選擇血液透析了，病人都已經選擇了，再給他告訴的機制實在是沒有道理。但是我們必須要尊重當時的時空背景是有必要的，那現在已經過了那個時空背景，我們應該考量說這個指標是不是應該從這些透析的拿掉，但是拿掉的話，可能還是有落網之魚，我們適不是再跟吳麥斯理事長再思考一下。

#### 主席

可以研究一下。

#### 黃代表尚志

這個指標應該要放在 Pre-ESRD 計畫內，這指標絕對合理，而且要嚴格要求，但是放在這邊反而有點失去合理性，真的。我們再想想比較多選的方法，應該要把它移出去到 Pre-ESRD 的那個院所的告知裡面，應該放在那邊也許會更好一些。

#### 宋代表俊明

或許現在已經是一個好的時機。

#### 主席

對啊，所以我們必須要去檢討，不能讓指標永遠不變，看起來又很難去解釋對錯，但是這些指標是不是我們現在政策上想獎勵的，我覺得都有待商榷，應該還能再 create 新的指標進來，林義您要說一下。

#### 醫務管理組劉林義專門委員

剛剛理事長講到最後一項，就是建立對新病人透析治療模式選擇的充分告知機制，這一塊比較理想當然是在還沒有進入透析之前，所以可能當然在 Pre-ESRD 是很合適的。但因為我們目前 Pre-ESRD 收案率其實大概只有七成，這一塊都是針對新進透析的，大家可以先看到後面的附件，在報 5-11 跟報 5-12 頁，尤其在報 5-12 有末期腎衰竭治療模式衛教表，這個是針對要透析的對象。而 Pre-ESRD 計畫在結案時也有這樣的衛教內容，但沒有被收進 Pre-ESRD 的有三成，

就看要怎麼樣來處理。所以在院所新收個案這裡進行衛教大概會是百分之百都有，只是可能會有重複。以上。

主席

好，張醫師剛剛到，好，請張醫師。

張代表孟源

報告主席，今天早上西醫基層跟健保署開視訊會議，講新冠肺炎，接著中午又開總額協商會議的會前討論，所以才遲到，不好意思。我覺得關於品保款，對於臺灣的洗腎品質做得真的非常地好。但是我還是期待，末期腎病(Pre-ESRD)的充分告知模式，因為黃尚志理事長有文章講的，事先告知、事先準備可以減少洗腎且住院醫療的費用，這個都很清楚。完全贊成專委的說法，就是有些病人根本沒有到 Pre-ESRD，遇到這種病人，我們還是要給他第二次的機會。還是要告知，還是要再問一遍，這樣的話，讓病人有主要的選擇。我很支持血液透析，也相信血液透析的品質，即使再多問幾遍，他還是會選擇血液透析。剛剛大家也有講，他說有些病人7點要來，6點半就起床了，他們都失眠，所以我覺得他們做得很好，應該給他們一個掌聲。但該保留的就應該保留，謝謝。

主席

好，謝謝。對品保款的指標，大家還有沒有意見？其實我覺得這個指標已經用蠻久了，可能也有一些偏廢，偏向於某些部分。我們現在政策上希望能夠做到事情顯然在這些指標沒有被充分展現，所以我拜託黃理事長、吳理事長、宋教授，還有在座所有的專家看能不能在下次會議時，整個 review 一次，汰舊換新，去彰顯真正我們品保款要鼓勵的方向，這樣政策才能推動，才會相輔相成，否則沒有呼應我們現行政策的趨勢，品保款的預算就沒有用到對的地方，這一點再拜託大家。可以嗎？理事長，可以嗎？

黃代表尚志

可以。

主席

下一次會議學會的功課越來越多，就麻煩。好，那如果大家沒有意見的話，這個報告案就到這裡，接下來討論事項第一案。

## 參、討論事項

## 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追蹤辦理情形」，提請討論。

(業務單位報告)

### 主席

好，謝謝。大家有沒有意見？對於這幾項，其實都是蠻大的問題。

### 黃代表尚志

這幾項其實像如說提高初期慢性病的照護方案的照護率，所以我覺得我們在看，有一些現在已經在進行，每次都有報告，有專案再去推動，也有在成長，要如何到達大家滿意的目標。同樣地，器官捐贈也持續在推動，如果目標不好，我們重新再來改變策略，看能不能更好。例如 ACP 或是 shared decision making 加上安寧照護，這是一整套的。我們現在能夠做的是一直在呼籲社會教育，這很難會有成效指標出來。所以這裡有一些比較玄的東西；多重用藥就拜託現在藥師也正在推動，至少把這個 NSAIDs 那些有腎毒性的要把它減少，等於要在用藥方面有推動的策略，還有政策應該怎麼能夠用得更好，避免傷害的藥物。所以我們一開始講說這幾項，事實上很難是有一個實際上的行動去做達到某個目標數，我們現在能夠做得只是在教育訓練上，在各種場合呼籲、去推動社會能夠有這種觀念，要符合這個署裡面的一些比較數字管理的方法，所以我們這邊也要請教署裡面，對於這個的期待到底是什麼，我們會比較有確實的方法去達到這個目標。我相信大家目標都一致地，這個沒問題。

### 主席

好，謝謝，這六項應該在討 1-3，因為第七項併到第六項，我認為這六項中，第一項、第二項、第五項、第六項台灣腎臟醫學會責無旁貸要提出策略指引，找出方向，然後在座各位看能不能有個共識去推動。第三項請藥師公會全聯會常主任這邊提供用藥整合的策略。第四點就請醫師公會全聯會，Early CKD 本來就以基層為主要大宗，所以再稍微分工一下，並不是所有都是腎臟醫學會；我們第三點分給藥師公會全聯會，第四點請醫師公會全聯會，我也希望各位能夠提出一些更好的策略，然後讓大家可以據以持續推動。第一、二跟五、六就一定是腎臟醫學會，這樣可以嗎？請張醫師。

### 張代表孟源

主席、各位代表大家午安，醫師公會很高興願意承擔 Early-CKD 的照護。應該給我們一個掌聲，你看看我們今天的資料在報 2-14 頁，110 年度洗腎病人增加已經明顯減少，在我們黃尚志理事長領導之下，從 109 年、110 每年都減少對不對？成績卓著，今天的報 3-1 的話顯示點值也上升。醫學會有很多教授、專家，能不能分析一下，為什麼成績那麼好，為什麼洗腎人數會減少，是因為新冠造成有些慢性腎病的死亡增加，還是進入洗腎的減少？因為我在這個資料裡面看不到這個數據，雖然我一則以喜，一則以憂，但是因為我翻來翻去都沒看到說，死亡的病人什麼樣的相關資料，以上。謝謝。

主席

好，進入一直維持兩千人的淨增加，然後人數的成長率下降，其實死亡人數有比較多。但是呢，其實大家都努力在初期的 Early CKD、Pre-ESRD 或者是藥師照顧都希望延緩進入透析，這些也都要努力，但是包括我們 DM 跟 CKD 的整合照護(DKD)，這些都已經是上路在進行的方案，都希望最後看到透析人數下降，因為張醫師你比較晚來，其實題目已經討論過了，而且我們討論蠻久，所以你可能要聽錄音一下好不好？好，這個部分我們是不是就按上面所說的分工？理事長，來，宋教授。

宋代表俊明

這個部分，我對第二個我自己有一點點疑問，現在的法案 ACP 裡面並沒有把慢性腎病放進去，所以現在要去推動

主席

ACP 現在是每個人都可以。

宋代表俊明

ACP 現在是限定在 22 項疾病，所以不叫 ACP，我們可以說預立病人的希望，但是現在對 ACP 沒有，在法案上面沒有敘明，所以當然可以每一個人都可以預立一些，甚至他可以找一個醫師或者是找一個律師寫一個什麼都可以，但是這個尤其是現在法案，所以我想就教大家，這樣子可行嗎？還是我的觀念。

主席

我們現在查一下您講的有限定疾病，那個是有安寧，其實 ACP 是都可以，他沒有限制。

謝代表輝龍

那是安寧，安寧才有二十二項疾病，ACP 沒有。

主席

ACP 本來就是 general 所有人都可以的，但是有一些是公費補助是經濟弱勢可以申請。

宋代表俊明

那個不叫 ACP? ACP 是他可以預立到怎麼樣的一個狀態。

主席

沒有，法律上是 open，都可以，印象有一點誤差。不曉得理事長，剛剛的分工狀況，腎臟醫學會協助研議的四項都是責無旁貸。

黃代表尚志

好，主席說責無旁貸，我們就責無旁貸。但我們也謝謝基層這邊，真的如火如荼，每天都在點燈，點點點，點到一場大火。

主席

對，都在點燈。

黃代表尚志

每天都在點燈，這邊也點燈，那邊也點燈，但是我覺得很好，所以大家希望我們配合什麼的話，我們也責無旁貸，也很樂意做。看起來一片欣欣向榮，但是接下來推廣完以後，我們就開始要開始收成績，一步一步來，同樣地，不管是 ACP 還是 shared decision making 還是到安寧的話，還有全人照護，這是我們要做的，但是如何 organize 把他們們環環相扣，也不是一個單一的 guideline 出去就可以，guideline 制定好，要發布下去，讓院所遵循，可能還需要一些教育訓練，我要做這一個補充。

主席

好，就麻煩腎臟醫學會、藥師公會全聯會及醫師公會全聯會在下次會議跟大家提出具體的策略，因為我們已經把腎臟醫學會的任務減輕兩項。

黃代表尚志

我們 Miss 林又要打電話給我了。

主席

好，我們進入討論事項第二案。

## 討論事項-第二案

## 案由：提升「末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」西醫基層藥師服務照護情形。

（業務單位報告）

主席

現在 Pre-ESRD 計畫藥師照顧參與度，是醫學中心有比較好的成效，基層最少，但基層 Pre-ESRD 的病人也少。基層會做 Pre-ESRD 的診所其實都是比較特別、團隊比較堅強的診所，才有辦法收 Pre-ESRD 的病人，但只有少數幾家收了整體基層收案人數 80% 的病人。所以做得好的診所(起步比較早的診所)，應該經驗分享一下，所以今天請安慎診所鄭前理事長來分享一下你們是怎麼做到的？請。

鄭代表集鴻

主席還有各位代表，主席叫我報告，應該是對我的成績不太滿意。

主席

應該相反。

鄭代表集鴻

但是我還是很認同跟支持這項計畫，我們對 CKD 病人的照護在藥師加入之後，應該是全世界對慢性腎病照護最完整的醫療團隊，我認為方向一定是這樣沒錯。但也很感謝主席在去年討論方案的時候，第一時間就讓基層可以加入，讓在基層的病患可以得到完整的照護。我先回應一下剛剛干代表的問題，就是說這項照護計畫到底成效如何？其實長期來看，能不能降低洗腎的盛行率應該才是我們最想要的，不過看到成果，可能就像我們當初開始做 Pre-ESRD 的計畫案一樣，大概要五年、十年以後，然後來討論說有加入方案跟沒有加入方案來比較，才看得出來。所以如果委員現在對於對費協會有就是急迫的交代壓力，可能還是要像剛剛常主任提的，就是我們可能要先統計一下藥師發現重複用藥或者是對於醫師不當的處方，能夠提出來的紀錄，可能只能先提供這些數字。整個成果可能要數年以後才會看得出來，但是從我們醫療職業的直覺觀點來看，這個計畫應該還是非常有幫助。

第二點就是主席要我報告，我跟社區藥局的合作的經驗，我們可以翻過來看這一頁署方提供的資料，目前有做 Pre-ESRD 的基層診所，前面幾家，前面幾名大概有四家是有合作的藥局，我分析一下就是像做得最多的就是第二名跟第六名。這是李洮俊醫師相關的兩家診所，我跟李洮俊醫師有熟識，應該也是李醫師很贊同這個制度，而且

他應該是比較有魄力跟強勢，所以他們做得案例最多。我這邊安慎診所雖然病人比較多，但是執行的人數比較少是有原因。我可以跟主席報告一下，就是我們診所其實不是只針對院內的病患，其實是一個真正的社區藥局，所以對外也有承接很多的任務。像疫情來的時候要承擔賣口罩、發口罩，這個業務量其實是很大，後來就是賣快篩，後來又要確診個案的照護跟給藥，所以我們的藥師其實是是很忙的，再加上這個方案執行起來確實需要有一些經驗，我怕我執行面說不清楚，所以今天我也請我們配合的藥師，王藥師他有來到現場，請他可以說明一下，執行上的困難點。剛剛常主任也很熱心，他就說有困難他都可以指導，所以應該也給我們王藥師已經有很多的指導了。所以說我相信我們藥局在了解以後會更進步，案例數請主席再給我一些時間，應該可以突飛猛進，案例數應該會持續增加。反而是前幾名，像大翔診所也收很多，可是一個都沒有，這個也要請大翔也說明一下。

主席

還有張孟源診所。

鄭代表集鴻

對，孟源也來到這裡。

主席

對，現場就有三位。

鄭代表集鴻

對，就是兩家掛零的也要說明一下。

張代表孟源

說明一下，我們也很認同這個計畫，所以就請藥師去報名參加腎臟學會的課程，也認真地上課。其實關於用藥方面，很謝謝健保署，在雲端上加註 NSAIDs 提示，使得現行 NSAIDs 用藥跟 CKD 結合，即會跳出警示。其他的用藥方面的話，藥師也會盡量去協助，但是在基層的生態，有些病人的時間真的很趕，請病人留下來，安排營養師、護理師、藥師上課，我們很慎重。但是表格真的是太多，這麼多表格要填完困難度太高，不可比較 friendly，不要那麼多表格。

主席

那那個張醫師好像在講說這個計畫的障礙，所以沒有收案。

張代表孟源

不是不是，我們有做，我們有做。

主席

鄭醫師分享是因為他的 Pre-ESRD 病人這麼多，現在收 13 位病人？所以是有給付。顏醫師也有兩百人，有合作藥局，但也還沒收案。

顏代表大翔

我報告一下，其實我記得當初基層的藥局，診所藥局執行藥師慢性腎病照護是我爭取的。

藥師公會全國聯合會 常宏傳主任

顏醫師、張醫師跟鄭醫師，你們 3 位。

主席

你們 3 位。

顏代表大翔

主要是這樣，你看我寫的那個家嘉藥局是社區藥局，我診所裡面也有藥師，但是診所藥師覺得忙不過來，所以還沒辦法說服診所藥師，他有去受訓，但一直抱怨說六十分鐘要考一百題，差點昏倒，他是有考過啦，沒錯啦，所以其實我們要做，但是藥師一直沒有空。那家嘉藥局其實是以前認識的朋友，距離我診所有一段距離，所以病人其實不容易轉介，所以才掛零。不過這個成績我回去會跟我們藥師警告一下，這個已經被點名，應該要認真一點，以上報告。其實我們很認真啦，不過我有一個問題想請問，社區藥局配合是不是一定只有一家還是很多家都可以配合執行？

醫務管理組 洪于淇專門委員

可以。

顏代表大翔

OK，好，那我再去想辦法多找比較近的藥局，看有沒有配合意願。因為事實上不是很容易。謝謝，不好意思。

主席

好，謝謝。這個報告案其實在講一件事情，我們邀請藥師加入照護團隊，也編足了預算。希望雙管齊下，第一點是希望擴大藥師的影響力，特別是病人用藥的部分。第二點也很希望藥師公會全聯會快一點提出來藥師介入之後的價值，CP 值到底是怎麼樣？我們才更有說服力要求所有 Pre-ESRD 的病人都應該要有藥師的 combined care，這些是雙管同步進行的。但現在看起來，醫院可能因為藥師人力比較充裕，合作比較容易，基層診所跟社區藥局其實是兩個機構，所以合作上當然會比院內稍微困難一點，但是要有所突破。所以希望藉

本會議大家分享，集思廣益。理事長這邊有沒有什麼指導？

黃代表尚志

跟你講，我當初叫你們不要那麼複雜，就說沒有問題配合去做。沒有錯啦，醫學中心的有辦法，基層真的沒辦法。所以現在我們從實際的例子來看，知道說我們還是有機會去簡化這些東西，因為執行一年以後，醫學中心收的資料還是可以檢討。因為常藥師非常地熱心，當初我們在設計的時候，可能會有差異，從過去的經驗，他說他們做做看。現在已經有這樣子的差異的話，再把一些不必要地弄掉，包括考試有多了四十題，一般一分鐘一題，會比較好一點。同樣的事情我也要跟這邊跟主席報告，我們現在在這裡 early CKD 跟 DM 也是有這樣的落差，我們學會通常都講得比較簡單，能夠上路最好，那跟其它的學會有時候講得一定要純理論之類的，可能會有一點執行上的落差。當然尊重到各個學會的專業都有專門的技術，但是經過困難以後就要磨合，那這樣的話，事情會更好。所以也許到時候回去討論一下，有一些是可以從執行面上可以拿掉的，不是說只在醫學中心做，基層就不用了，因為大家性質也不太一樣，簡單度還有複雜度都不太一樣，這個可以給藥師們再參考一下，謝謝。

主席

好，謝謝。請鄭醫師。

鄭代表集鴻

主席要不要讓我們藥師，第一線的藥師講一下他執行上的狀況？

主席

好，歡迎。

康健藥局 王麗卿藥師

各位前輩大家好，我是康健藥局麗卿藥師。我非常感謝各位醫師的鼓勵與肯定，讓我們藥師可以加入這個計畫。我想要跟大家表示的，考試是必要的，因為如果沒有一定的知識能力，你沒有辦法承接這個工作，所以我認同這一百題的考試，而且我們都很認真地準備。我覺得考試是必要的，不然你那來的知識去跟病人或給醫生提供建議？第二個，這些複雜的表單也是必要的，因為是真的，就是為什麼我們藥局做得那麼少，因為真的前陣子都是賣口罩或賣快篩試劑很忙，要等到有空才能去執行這項任務，我也很害怕承接這個任務，因為真的要花很久的時間。評估一個病人，像雲端藥歷，我要幫他的藥歷整理成 excel 檔，然後看他的用藥遵囑性，就是按月去看他有沒有領

藥，有沒有那些藥漏領、不領。他的服藥醫囑性差，是因為對藥品的害怕或是哪些原因不想吃藥，所以我們是要很按部就班，所以我完成一個個案大概要兩個小時到三個小時。所以我從事前的整理藥歷，然後評估他的肝腎功能，或者是說他目前有那些指標達標，把這些資訊提供給醫師做參考。問完病人之後，我要把這些藥歷檔鍵入安慎診所的一個 CRM 系統，才能夠跟衛教師或其他的護理師或醫師做分享。這些資料是很重要的資訊。所以我覺得藥師把這些東西都整合起來提供給其他醫護人員做參考是很重要的，我們社區藥局是民眾的好朋友，我也把這些民眾當作是自己的父母來照顧，就是希望能夠延緩他們腎功能的惡化。所以雖然我們起步比較晚，可是我覺得慢慢來，應該是慢慢地大家有一個想法，然後慢慢 run 會 run 得起來。也希望能夠達到就是好好照顧病人，延緩病人腎疾病惡化的目標。對，那我覺得很大的困難就是我們社區藥局有時候會碰到，就像基層診所的醫師，NSAIDs 這種東西就是很多的 ENT 的診所可能就是會亂開，從小朋友開始就傷害到他們的腎臟，我覺得這是基層診所醫師要檢討的事項。確實是這樣，因為我自己帶過小孩子看病，真的是，就是 NSAIDs 都是隨意亂開。現在我們也是根據醫生看診前的病人，就是看他的 eGFR，就是貼上 CKD 慎用 NSAIDs 提醒醫生要小心使用。

主席

請宋教授。

宋代表俊明

我倒是覺得我這樣聽下來，因為我有去鄭院長那邊稍微參觀一下，你要把雲端藥歷你自己在 excel 再整理一遍，鄭院長那裡就有了啊，他們的電腦系統就有。

康健藥局 王麗卿藥師

我要印出來給病人，整理用藥清單給民眾。

宋代表俊明

我覺得說有一些東西是或許可以再討論一下如何簡化的，其實有一些或許在中間的過程當中有一些可以簡化。

藥師公會全國聯合會 常宏傳主任

剛剛麗卿藥師有比較早來，我也去把醫院跟社區執行面狀況進行交流，最大的問題就是資訊面落差化。在醫院裡非常地快速，臨床藥師很容易取得整個 drug profile，他不用自己人工 key，醫院可以瞬間產

生 excel 表，data 只要按一下就可以 review 整年整個曲線圖，這些都大大節省了人工。第二方面是藥師，在醫院裡面的藥師跟醫師是非常 close，所以我們有什麼樣的問題，一通電話就解決，社區藥局其實可能在不同的兩個體系。綜觀上面的差異性，我覺得藥師全國聯合會必須要趕快做一件事，把有經驗的社區藥局藥師集合在一起，把他們的經驗分享出去。另外全國聯合會必須要趕快問問看他們有什麼突破點是我們應該可以幫忙的，然後再來因為他們跟醫院的資源其實是落差性蠻大的，如何把這些的落差把它補強起來才是能夠解決問題，因為與其等待診所來改善，還不如由我們全國聯合會看看，聽聽看社區藥局目前這些藥師的聲音，以及有熱情的藥師想要參與的困難點。我想可以帶回去請求黃金舜理事長，我們大家再來進一步地討論，有沒有比較具體，兩邊的差異去做補強。以上，謝謝。

#### 宋代表俊明

我覺得今天這樣講非常棒，非常棒，而且我要真的有心幫你們鼓掌。我們健保署剛剛才出的 Digital Health 這本書，事實上你也是 Digital Health 內的一環，上帝真的是會安排在適合的時間點出來做。

#### 主席

好，請張醫師。

#### 張代表孟源

其實大家都是為了要照顧病人，像很多關於 NSAIDs 的部分，我覺得全聯會跟健保署已經努力很多年，而且是在所有的雲端在開藥之前，都會自動提示。當時我的目標還不只是 NSAIDs，還有抗生素或者是免疫制劑，都希望能夠做提示系統。我們也了解資訊的落差，現在全國 COVID-19 幾乎是 80%、90% 都是基層在照顧。每一個醫師都會 review 藥歷，因為要開 Paxlovid，它有藥品的交互作用，所以這個我們都是會做。對於所有的專業我們都很尊重，都有做，而且我們都會看。希望大家互相了解。我的目標是希望建立在整合健保的雲端系統裡面，其實很早以前提過把 NSAIDs 的用量，幾年內或三個月 total 都可以統計出來，這樣的話，我們就用一套電腦系統就可以了。比方說資訊上傳的部分，健保署也要求資訊上傳的比例要提高，很多診所就投資去花錢，請 HIS 廠商新增一個批次轉檔上傳，把比例提高。後來健保署有提供一個新的系統，也是研發的，不過晚了幾個月，可以免費提供給診所，那我是覺得說這個資訊的提升，李署長就任以來的話，就一直致力在雲端資訊系統提升，在新冠的疫

情果然表現出很大的知識，都是資訊的力量，所以希望所有參加健保的醫師的診所、他的雲端就可以看到已整理的一個藥歷，或者是基本的簡歷，藥師、醫師也可以節省時間。表格真的是還是需要減少一點以上，謝謝。

主席

好，謝謝，有些東西是需要知識的，我想會要有藥師進來，他不純粹只是電腦系統的呈現，其實要有知識的介入判斷後再給醫師參考，這才是藥師的價值，否則就不需要藥師了，對不對？

張代表孟源

我補充說明，我們的藥師不是在社區藥局，其實診所裡面也有藥局，整天都在一起，我喊一聲就可以聽得到，連打電話都不必了，所以其實跟藥師的關係都很好。

主席

我想藥師參加照護團隊是要他的知識來判斷，這才是他的價值，假定只有資訊的整理，會耗費很多時間當然要簡化，或想辦法自動化。但藥師的介入的價值在於能夠協助做些判斷之後給醫師當參考，畢竟開處方的是醫師，由醫師跟藥師一起合作對於病人的照顧才會更有機會做得更好。這個案子其實要彰顯，既然大家覺得這些都很重要、很有價值的服務，我們就應該要擴大辦理，讓大家能夠互相學習彼此的經驗，我們也聽到常藥師講的，也寄予很大的期待在後面，希望你下一次報告的時候，能夠更加地具體，然後能夠有執行的可能性，而且是全國性地執行。藥師公會看能不能真的展現你們的能力，把這部分做好。本案大家還有沒有其他的意見？好，接下來討論事項第三案。

### 討論事項-第三案

案由：加強輔導透析病人C型肝炎接受診療處置案。

（業務單位報告）

主席

好，謝謝。這裡待治療的扣掉拒絕治療的還有64人可以治療，然後RNA陽性的病人大概有3%，這些都是需要再去追蹤，評估是不是需要做DAA的治療。這個資訊本署其實一直都有回饋給院所，另外從這裡看得出來，Pre-ESRD的病人也有153人，而EarlyCKD也有

559 人。這些我們要請教各位，怎麼讓這些病人不管是要評估 DAA 或者是要給予 DAA 的治療，到底我們要怎麼樣做才真的可以 reach 到他們？因為這一群人是有已經透析病人，他們最需要趕快做 C 肝治療。也可以讓他病程不會加速惡化，然後也可以落實我們消除 C 肝的政策。我們已經陸續都在討論，不斷不斷地聚焦，再聽聽大家的意見。

#### 黃代表尚志

我記得我上一次說腎臟醫學會可以幫你追，幫健保署追，但是後來因為這牽涉到個人問題，有個人資訊保護的疑問，所以不方便由腎臟醫學會去追。但是我們建議把這些，尤其是透析的 64 位，各分區業務組一定有資料，請各分區收集整理調查他們到底是為什麼不治療，也請院所直接跟病人講，如果真的不治療，就簽那個東西交回來，我相信要治療就快轉介，或者在院所自己治療，這 64 位應該就比較 OK。再來 Pre-ESRD 跟 Early CKD 比較難知道他在什麼地方就診，如果能夠知道就診的地方，用同樣的方法，我相信 CKD 的衛教師會去追蹤，追出結果後以後，一樣轉介，應該這個會比較快一點。所以對已經知道對象的，已經知道他應該治療的而未治療的，我相信用這樣子的機制，由各分區業務組的同仁去處理，收案的院所也配合改快去處理，應該很快會達到目的，不曉得這樣子好不好？

#### 主席

謝謝，透析病人常常會到醫院診所，本來就容易鎖定，那些已經追很久的，都不要再 lost follow up。可 Pre-ESRD 跟 Early CKD 收案病人也是都有個管師，所以那些院所依然有責任要去追蹤後面有沒有去治療。

#### 黃代表尚志

是，所以同樣個案是從那邊申報，個管師所屬的院所就要有責任，各分區業務組給他關切一下，他們也很害怕被關切，就會開始去行動的。如果這些病人有不治療的理由，一定要簽署說你為什麼不治療，那如果真的是 hopeless 的，我們就不要再去追蹤這些人。把那些應該治療的拿出來。

#### 主席

Pre-ESRD 都是腎臟科醫師在追對不對？本來就應該是在個管，本來就是腎臟科醫師，而且腎臟科醫師也可以提供治療，但要釐清他不是可以用藥。

黃代表尚志

只要那個分局給他一個 inform list，給這家院所，院所自己就會找那個腎臟科主任來了，這個應該很快地解決，這個很希望我們下次開會就會是 0 個案。

主席

好，那其它大家有沒有意見？如果沒有的話，我們就是直接把這個名單就是要 pass 到主責的醫院診所。

黃代表尚志

他當然要回報說他的處理方式，你如果有一個框給他們填的話，他說已經轉介了，那已經怎麼樣了，已經治療了，他這個拒絕治療，原因是什麼，那簽名，那個院所跟病人都要簽名，這樣的話就可以知道他的原因了。

主席

好，醫審這邊有沒有回應？

醫審及藥材組 張如薰專門委員

這部分基本上我們在上一波，在五月的時候就把這個名單都提供給那個執行 RNA 檢驗的這個原院所了。

主席

現在可不可以交給 Pre-ESRD 跟 Early CKD 的院所？

黃代表尚志

對啊，因為他之前 RNA 不知道在那裡檢驗我們也不知道，之前 RNA 的人，病人不在他手上，他就不會關心。但是之前 Pre-ESRD 的他知道，這個也都會回來，就算他轉走，也可以追蹤到病人到那邊去了，所以這樣的話

主席

好，Pre-ESRD 跟 Early CKD 收案的院所，把這些名單交給他們，請他們要回復處理結果，或者是病人是拒絕的，也要給我們一些回應，可能要有一些表單讓他們去勾選，然後才了解說到底是置病人於不顧呢？還是他真的有特別的原因而沒有進一步治療。一個一個去釐清，醫審組這邊可以嗎？

醫審及藥材組 張如薰專門委員

可以。

主席

好，本案就討論到這裡，接下來討論事項第 4 案。

## 討論事項-第四案

案由 提升「透析前高風險腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常」之院所自主管理方式。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝。NSAIDs 藥量異常的病人還有 8,500 位，這些人在誰的手上還繼續開 NSAIDs，其中也有 1,072 位是 Early CKD 的病人，他們的收案醫師不一定是腎臟科醫師，然後 1,259 位有收案在 Pre-ESRD 計畫，他們是在腎臟科醫師的手上，但是還繼續在開 NSAIDs 的藥。這些開藥異常的醫師有微幅在增加，病人一直維持在八千多人。現在一年進入透析淨增加兩千人，如果 NSAIDs 繼續給，而病人還在 Pre-ESRD 或 Early CKD，其實會加速病人腎功能惡化。所以怎麼樣去停止這件事情，顯然現在警示的效果已經停了，篩異人數已經沒有怎麼再下降，所以提出來看看大家有沒有什麼方法，因為我們資訊回饋與輔導，雲端藥歷提示已經努力做到，也因為腎臟醫學會對指標定義的修改或建議，不斷地做資訊的回饋。已經於雲端藥歷每次開藥時都能看到提示的情況下，現在已經有點疲乏。就是都還繼續開，每一季都還有八千多人在腎功能已經不好的情況之下繼續長期吃 NSAIDs 藥。這部分要就教在座，有沒有什麼進一步的好方法？請顏醫師。

顏代表大翔

前幾天被學長罵，學長說因為指標害他被抽審，都是腎臟醫學會害的。不過我想請問就是說，1,259 位 Pre-ESRD 收案的病人，止痛藥都是腎臟科醫師開的嗎？這個統計是不是可以做得詳細？

主席

Pre-ESRD 不是腎臟科醫師嗎？

顏代表大翔

我們收案的，但可能骨科骨關節痠痛，也可能是耳鼻喉科開的。

主席

你是說藥是誰開的？

顏代表大翔

對，是不是能夠區分是不是該腎臟科醫師開的。

主席

可是我覺得真的不要再這樣子了，因為這個病人 Pre-ESRD 在你收案，你應該要留意這個病人他現在的雲端藥歷，你不要再把責任再往外推，永遠都推給別人，事實上沒有，我知道顏醫師的意思。

#### 黃代表尚志

不是不是，不是我們開的，是別人開的，他已經開了吃，然後來我這邊我看到了。

#### 主席

但是我覺得這個時候你就應該跟病人講了，因為你是他的腎臟的主要醫師，衛教要加強，然後他可能也要讓他知道，然後試著也要跟那位開藥的醫師溝通。

#### 顏代表大翔

我同意腎臟科醫師在後面應該承擔更重的責任，像我的做法就是跟病人講，你以後感冒也不要給別人看，因為沒辦法，因為耳鼻喉科就開 NSAIDs，你骨頭酸痛你也來給我看好了，但是我們的責任變得有點太大，萬一他是需要開刀的病人，其實我們的責任會變大，有時候攬了太多的責任，我這樣的意思是說，如果你能區分說這個藥是腎臟科醫師開的，會不會讓我們真的是腎臟科醫師開，我們腎臟醫學會有更多的責任去做。其他科當然就要跟其它科做溝通，我不是推諉責任。

#### 主席

我們很多 P4P 方案都是有一位主責醫師，他應該扮演更大的角色，當然這些病人也是自由就醫，難免是在別的地方可能吃到不合適的藥物，但身為一位負責個案管理的醫師，來本就有責任跟義務，不管是對病人衛教或者是對其他 combine care 的醫師的溝通，要不然有什麼差別。來，張醫師。

#### 張代表孟源

主席、各位代表大家好，其實台灣腎臟醫學會承擔很多，也是確實有在做，尤其 Pre-ESRD 的話就是腎臟專科醫師照護，CKD 的話可能就是有完成 CKD 訓練的醫師照護。這一方面從醫師的訓練、主責、當責的概念應該都有。當我們看到病人有 CKD 或者是有 Pre-ESRD 的時候，有些可能是糖尿病、高血壓造成的，有些可能是 NSAIDs 造成的，過去可能三年、五年、十年，吃了太多 NSAIDs，所以腎臟功能一直往下降，最後終於到造成 CKD 或者是 Pre-ESRD 的狀況。像這種情形是一個全人照顧，我們也知道，因為我們每天都在教病人

說，有些藥不要吃，也請藥師跟他講，病人不是不知道，他也知道。假如以全人照護的概念，真的是一個社會、家庭、結構全面的問題，不是單一科別能夠解決的問題，以上。

主席

好，其他大家有沒有意見？來，我們先請楊理事長，下面雪玲。

楊代表孟儒

主席，有關這一點，因為有一千多位病人在 Pre-ESRD 使用這個 NSAIDs，除了剛才大翔醫師講的這種情況之外，我覺得還有一個情況就是有一些醫師可能認為他開了 NSAIDs 是屬於新一代的(COX 2 inhibitor)，對腎功能較沒有什麼影響，所以為了病情需要他就開立，因此是不是在收集 data 的時候，可以把這個分出來。有必要讓醫師都能了解，其實新一代的 NSAIDs 並沒有比較不會傷腎，以前的觀念是新一代的對腎臟功能影響比較少，也許是可以把這個使用不同世代的 NSAID 數據稍微分出來。當然還是要讓醫師都能了解，新一代 COX2 inhibitor NSAID 不當使用，仍然對腎臟是有傷害的，這是我個人的看法。

主席

我們請問藥師這邊，有那種不傷腎的 NSAIDs 嗎？

藥師公會全國聯合會 常宏傳主任

我先講一下，他們在健保署的資料，因為我們每次到我們醫院的時候，我們都會看。其實剛剛講的應該講的是 COX-2 inhibitor 這一類，實際上已排除，你們是分析 ATC code，而你們帶分析的時候，主要是 NSAIDs 傳統的，所以 celebrex 也好，或者是這個部分如果是看所有的 data，其實對於腎功能的傷害在仿單上面有寫說沒有那麼大，所以基本上來講，應該是 data 是有被排除的。在早期分析這個 data 中，比較讓人家有 argue 的就是有些病人雖然抓到是 Pre-ESRD，可是病人已經洗腎了。有時候會誤抓到，所以我們有很多在回頭會跟健保署講說，一些 data 裡面有很多都已經洗腎的病人了，你也把我算進去還在用 NSAIDs，那個 data 要排除掉。

然後我也回應一下剛剛講的骨科這一件事，其實在很多醫院都是很痛的一件事，就是病人今天骨折進來，他就很痛，然後 pain control 又叫我們要從階梯式的開始使用，那一下子又跳到的鴉片類止痛藥，然後病人又發生頭暈、嘔吐的副作用，所以這時候其實醫師很為難，

藥師也很為難。那要用 celebrax 類的針劑的時候，一支要八百多塊的自費。所以其實在臨床上面，難免會有這樣子的一個問題，我也呼應一下，就是 742 位醫師，有申請 Pre-ESRD，在我們分析要健保署回饋給我們醫院，然後我們再看我們醫院的 data，去看這個實際的真實的 data 的時候，我們是發現都是很多不同科別開的，倒不是腎臟科，因為我也有看到我們醫院的 data，我看到都是很多科開的，自己腎臟科醫師連痛風發作都不會給 NSAIDs，都只是 cortisone，然後馬上就跳到 perdnisolone，或者是類固醇。我們看到的情況就是這樣。所以可能如果這是腎臟科醫師，當然是全人照護是我們該做的，那不過我想這個部分也是我們藥師要介入的一個價值點。那我們在初步分析也有發現到，藥師在介入這一段時間裡面，大概也有將近 16%~17% 有抓到有使用 NSAID，跟這個 data 其實蠻吻合的。可是非腎臟科醫師開的，是其它科開的。所以這個時候又要對應到，這些病人拿到藥吃不吃又是另外一件事情，這是我們目前看到的臨床現況，謝謝。

主席

那怎麼辦呢？

黃代表尚志

這個是這樣子，其實你看，你想想看有 740 多個 Pre-ESRD 裡面的醫師，假如這些腎臟科醫師的話，代表兩位腎臟專科醫師裡面有一位會開，所以這個值我是覺得稍微 over 了。你如果病人然後都把他歸到腎臟專科，當然就是七百多，如果你注意看的話，可能都是其他科。也許誤解了或者是怎麼樣。我們這樣講好了，我們在看 Pre-ESRD 的病人，健保卡都會貼上那個標誌，他是腎功能不是很好，不要用 NSAIDs，醫院有治理的方法。但很不幸，有時候在插健保卡的時候，不是醫師插卡的，是護理人員插卡的，我們再想辦法去改善。病人我們看到了，我們一旦看到就跟他講，也看到 eGFR 在下降了跟他講，事後諸葛沒有用。所以我們現在要把這個反轉到事前看怎麼辦。當我們看到病人腎功能變壞了，我們問他，他說我都沒吃，這個是病人端的問題。所以這裡也還蠻複雜的，這樣子好不好？因為抓的資料要反應事實，我們跟宏傳那邊，還有幾位醫師想一想，怎麼抓可能會比較貼近事實。如果是必要一定會開的，比方說這個人有風濕性關節炎，他吃這個 NSAIDs 目的是讓他不要關節變形，這個時候可能他也是說寧可犧牲腎臟，也不能說我整個都不能走，不能工作。同樣

地，我們先把那個條件再設得好一點的話，更貼近於事實以後，再來看說到底是那一些情形，再根據這個情形去做教育、訓練及宣導，因為我們現在很多機會可以做宣導，比較能夠貼近於事實，不要每次都拿這個，讓我們每次都有一些爭議。我的建議是這樣子，好。

主席

還有嗎？

黃代表雪玲

其實我剛才就是要呼應，其實我們接到這些名單，我們就送給各科醫師。其實我們家大宗、三分之一的都是剛剛講的風濕免疫，他們真的覺得很困難，那每次他都覺得我就是得開，所以剛才理事長這邊講得很好，就是我們就是希望這幾樣就是再修正一下，就把一些可能他還是得用的人能夠排除，要不然我每次一直送報表，一直送報表，醫師都抓狂。因為每個月都來，我們每個月還是得送，然後其實很多個案一直重複。

主席

請張醫師。

張代表孟源

其實延用理事長講的話，像有些電腦系統，比方說現在新冠，一點進去馬上一個紅色畫面就出來了對不對？大家就很清楚，這是新冠的病人，假如大家那麼重視的話，NSAIDs 超過 31 天或是 Pre-ESRD 的病人，是不是也可以弄一個紅色的畫面給他，一點進去就有紅色的畫面 Pre-ESRD，我覺得這一定效果。很多時候還要特別去查，假如說真的很重視，簡單一個動作，畫面讓人家一看就知道，或者說你選別的顏色顯示也可以，紅橙黃綠藍靛紫。

主席

那個醫審藥材組可以回應一下，我們已經做了多少事情，你剛才提示已經提說，你要多大？

張代表孟源

就跟新冠那個一樣大。

主席

現在都已經跳出來給你看了，請小鳳科長說明一下。

醫審及藥材組 何小鳳科長

是，這邊簡單報告一下，基本上我們雲端目前其實是在摘要區已經中重度腎臟病病人有一個初步的提示，在藥歷的部分，如果說病人

他有使用 NSAIDs 的藥我們也都會放在一起，都可以呈現。那至於代表剛剛所提到的，是不是針對使用 NSAIDs 的藥量大於幾天，然後就去貼一個標籤說，這個病人是這個樣子，我們對於這個部分有一點 concern，因為這樣子好像是對病人貼標籤。另外一件事情，如果腎臟科覺得說 NSAIDs 要貼一個標籤，心臟科是不是覺得他什麼藥要貼一個標籤，另一科又覺得什麼藥要貼一個標籤，到最後雲端就是貼滿標籤，不知道到底誰該看。所以說這個部分，我覺得說還要再研議一下，以上。

#### 張代表孟源

所以這只是拋磚引玉。

#### 主席

好，請宋教授。

#### 宋代表俊明

其實大家都很客氣，NSAIDs 這個問題，我不知道是只有我個人的經驗還是怎麼樣，我覺得因為我看病人是蠻嚴格的，我大概覺得九成以上都可以，一直在講說它減不下來。但是如果我們真正病人信任你，然後那個兩位醫師的溝通的管道是流暢的，可能九成都下來。我會覺得啦，剛剛因為主席在覺得說，譬如說醫院 Pre-ESRD 專責的醫師應該負很大的責任，我想這一點是毋庸置疑。我們也應該會好好地繼續做，就剛剛跟大翔院長講的一樣，都會去做，那腎臟醫學會這邊也會繼續推動，但是有一件事情可能是可以幫助，要再思考一下，是不是真的就直接這個病人，這個醫師開的醫師就直接給他，就直接給他一個，就直接健保直接指定。那這樣子的話，給這個 Pre-ESRD 專責的醫師，他會比較有一點點可以去，這個是政策也是這樣，所以我來跟你做溝通，這樣有些東西會比較更好解決。因為有一些 Pre-ESRD 的專責醫師他很客氣，或者是有一些是同事，有一些還是學長，那有一些學弟，你也不能夠講說他怎麼樣。那他還有很多的事情還是要做溝通，這個溝通事實上還是要有所本，就是光是學術上或者是什麼，有些時候醫師跟病人有些都是跟你講說，我就是痛啊，不然你要我怎麼辦，事實上都可以怎麼辦，真正坐下來溝通，他都可以怎麼辦，even 是病人就叫他再忍耐一點點，事實上都還可以。也沒有說真正，只是說那個強度，假設說一句，這樣的例子就是健保署這邊，如果可以給我們一點點推力的話，或者鼓勵的話，我們會比較好做。這是我個人的意見，謝謝。

主席

謝謝，推力或者鼓勵，我覺得我們已經是能做得都已經很努力在做。資訊也分享，唯一剛剛差別是給醫院，再由醫院再轉知醫師？現在是說直接給醫師，這樣對象就太多，其實我們給醫院就是希望醫院透過內部溝通系統就轉給醫師，也等於是給醫生。我們還是要這樣講，為什麼有 Pre-ESRD？大家想一想，Pre-ESRD 的目的是什麼？就是為什麼要個管？就是這個病人已經不好了？必須要關心他，讓他不要再繼續往透析的方向，怎麼樣關心他，就是以他為中心，現在對他不利的幫他排除，所以有個案管理師，有衛教師，有營養師，這些不就都是希望能夠變成是以個案為中心，然後主責醫師來關心病人，是要以病人最大的利益為利益，對不對？否則我們 Pre-ESRD 做這麼久，不是只是喊一下說這是個管而已。現在已經知道病人有一個對他病程不利的因素，也不是病人自己造成的，可能是其他的醫師不那麼了解病人的病程，但是我們 Pre-ESRD 的醫師更知道，不是嗎？所以應該要發揮你們的責任跟影響力，或者要去協調。醫師有個管師可以幫忙，所以其實好像不能再往外推，是不是？

宋代表俊明

如果主席覺得還可以的話，我會覺得說我可能要問下一件事情，我們給醫院的公文是直接給醫師室還是給院長？

主席

醫審組這邊是怎麼處理？

醫審及藥材組 許明慈專門委員

我們應該是直接給醫院。

主席

受文者是給醫院嗎？

醫審及藥材組 許明慈專門委員

對，是給醫院，因為我們不會發給特定的單位。

主席

對，因為受文者還是機構。

醫審及藥材組 許明慈專門委員

不好意思，主席，我想要補充一下數據，剛剛常主任這邊謝謝幫我們補充，之前在我們第一版的定義，確實當時沒有把已經透析的病人排掉，會造成說有一些透析的病人可能之前有接收過 Pre-ESRD 的計畫，然後被我們把名單拋過去請醫院做輔導，可是這個部分請大家

看到討 4-3 頁的圖的部分。這張圖有我們的修訂的歷程，其實在 109 年的 7 月的時候，我們就已經先排除透析過的病人，所以現在給的名單應該不會出現這樣的人。另外就是剛剛那個不管是張醫師或者是理事長這邊，有提到說那 742 位的醫師，申請 Pre-ESRD 跟 early CKD 的醫師這一部分的話，我這邊做一點數據的補充。因為我們這邊在分析的時候，是從篩異案件向下去做分析。所以這邊抓到的已經是確定用藥有異常的情況，這 742 位的醫師裡面，有 111 位是腎臟科的醫師。這 111 位腎臟科的科醫師裡面，他開給自己收案的病人的部分是 43 位，就是他可能有開給其他的不是他收案的病人，但是他自己的病人他是有開超過 31 天的藥 43 位的 case，對。這個部分我做一個補充。

#### 主席

就是說還是不是百分之百都是別人開的，也有少部分自己開的。無論是誰開的，自己開的也好，或者是別人開的也好，病人已經是個管的病人，收案醫師要最了解他腎臟現在受傷的程度，究竟是自己開的自己去調整，別人開的要去協調，我想這是 P4P 的精神。否則跟沒有 P4P 有什麼差別對不對？而且我們有支付個管費，個管師可以協助。所以我是拜託，我們原來的程序還是會繼續分享，在座回到醫院的時候，是不是也麻煩雪玲在這邊，還有各位醫院的代表，拜託如果醫院有轉給腎臟科醫師的時候，腎臟科醫師應該強化責任，診所端也是一樣，因為也有診所的代表，張醫師這邊，或者是大翔這邊，或者我們的楊理事長這邊。我們先請張醫師，然後再請干代表。

#### 張代表孟源

我想我們對 NSAIDs 的控制還會繼續努力下去，因為已經努力好幾年了。除了對於腎臟慢性病控制，剛剛在討論的時候，覺得說是不是應該要補充，要給干代表一個掌聲，因為他，我們一直在防弊，也要興利，干代表這半年來一直在推動 SGLT2，我是覺得說都可以用於心臟衰竭、糖尿病治療，腎臟病的話，卻變成要自費。已經有證據可延緩五到七年洗腎，現在的話，我們是不是也要統計說在 Pre-ESRD 的病人裡面有多少比例使用 SGLT2，是不是要鼓勵有機會使用？那這樣的話，腎臟的 eGFR 下降的程度會改善，而不是一直在抓 NSAIDs 到底是誰有開，誰沒開，到底是那一科等等，我覺得這個我們會繼續做，但是有些可以已經有效的藥，希望健保能夠早日納入健保，讓他給付。這樣的話，真的可以延緩很多的慢性腎病進入洗腎的階段，以

上。

主席

好，謝謝，請千代表。

千代表文男

也很感謝在座的各位，也要特別感謝我們健保署把這個列得很清楚，電腦也弄得很清楚，我們在健保會協商的時候，我們幾個知會其他代表大家有實際在用，也特別我們會提醒說，這些譬如說我們動的資源有這些方面使用的，不是說淋漓盡致，最起碼把它應該做得功能都做出來，謝謝在座的各位關心。但是至於這個問題，我另外一個層面，我站在付費者的立場表示不能接受，為什麼不能接受？你以前都不曉得的話，我們可以講說我都不曉得。至於已經在治療，已經進入預期了，那你還在開止痛藥，還在使用這個，讓這個還沒有進入的趕快進入，我站在教育者的立場，你們話也都很客氣啦，主席也很客氣啦，我站在消費者的立場有反面，有鼓勵就有懲罰，相對地如果再有這樣，第一個藥不給錢，第二個就是在怎麼樣的懲罰，這樣來徹底解決這個問題。我們一直從旁邊一直繞，繞了很多，正面的給了，譬如這些事情都很清楚，健保署都很努力在做，在座也很努力在推，但是大家不聽，其實要推到整個一個面，整個臺灣的這個面應該是醫師公會也要有這個功能，張院長你也是醫師公會的成員，應該要表達一下這樣的話，每一個醫師都知道，你們用會員的，有進到這樣，你就不能再開了，你剛才提一點我很同意，你在健保卡裡面的注記，這應該也可以做得到吧。看能不能研究怎麼樣能夠做得到，這樣就能夠減少很多很多，方法很多，但是這個很認真地去告訴這個不能再用，用了會怎麼樣。但是你們都是都是同行的，大家不敢說得太多；我是站在不是說對立面，站在同一個目標，走的方法不一樣，我的看法是這樣。謝謝。

主席

好，大家還有沒有其他意見？好，我們其實還是尊重醫師的專業，還有對病人的照顧，但還是重申 Pre-ESRD 的醫師有比較大的責任應該要對自己個管的病人多給予照顧、多給予關心。不管你是當協調者，或者是自行能夠改變處方，都應該，好不好？來，宋教授。

宋代表俊明

我們是不是可以退而求其次，當你發給醫院的時候，可不可以，因為有一些東西很難查，一個雲端藥歷或者是什麼，它都只說某藥局，搞

半天還要去查，我們才知道，那有一些是外面的處方，就是其他醫院的處方，但我們自己醫院裡面看不到。

主席

雲端藥歷可以查得到這個病人的領藥的狀況，知道藥是什麼。

宋代表俊明

現在，不過我自己看的雲端藥歷上面是寫是那一間藥局開的，是不是可以有那位醫師開的？

主席

應該是可以看得到，可以啊。

宋代表俊明

誰開立的可以看得到嗎？

張代表孟源

那個非常清楚，就是處方在那裡很清楚。

宋代表俊明

那我們很多都是在某一個藥局出來，而不是那一個醫師。

主席

請小鳳科長可以說明一下。

醫審及藥材組 何小鳳科長

目前雲端藥歷上面看到的藥品資料，我們可以是看到的是開立的院所資料，但是沒有 detail 到那位醫師。

宋代表俊明

even 是院所，好像有一些它是某一個藥局，那個可能是醫院的連結。

主席

我想主責的醫師你們應該讓病人去看你的時候，應該進到雲端藥歷，在病人面前一起看一下他的雲端藥歷，你就理解病人目前的用藥的狀態，你要多關心，也要知道他用藥品的來源。至於剛剛有人領了沒有吃，就有點浪費，對不對？所以也不一定要開，如果開藥卻沒有吃，還需要開藥嗎？

宋代表俊明

很多的病人會講說這個醫院的，譬如說復健科醫師，他必須要開，不然的話他就怪怪的，其實有，有一些是開了以後他不申報。

主席

就是有一點備備用的，但是備用藥物開那麼長時間？

宋代表俊明

他叫你不要吃沒關係，但是我還是要開給你。

主席

這都是問題。好，這一項我們就是持續要求，我們會在公文內要求 Pre-ESRD 及 Early CKD 的主責的醫師要盡責任，在說明裡面再去陳述，再持續觀察後續發展。接下來我們有臨時動議案。

### 臨時提案

**案由：「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫加入 C 型肝炎 Anti-HCV 抗體篩檢、HCV 病毒 RNA 定量檢驗及轉介治療之整體機制案。**

（業務單位報告）

主席

好，請黃理事長。

黃代表尚志

提出這個，其實是因為我們不只在健保署這邊有執行計畫，其實在國民健康署那邊的篩檢也有 C 肝、B 肝的篩檢，各院所也都有被要求說要篩檢。另外 C 肝辦公室也很熱誠，要將臺灣在要在 2025 年變成無 C 肝的國家。所以有三個單位在要求這個跟腎臟相關的病人去接受 C 肝的篩檢治療，然後變成這個所謂的 Micro-elimination，就是無 C 肝的這個，臺灣變成無 C 肝的國家。在這個族群裡面，透析的病人是最早被界定的。事實上經過過去兩年、三年以來，透析的病人幾乎就已經剛剛講了剩下 64 個人。這透析病人都有被篩過，所以有時候真的健保署也花了不少錢篩過了，RNA 也做了，也治療了，剩下 64 人，我們剛剛講說剩下 64 位要怎麼辦？需要解決掉。我很高興看到說健保對於 early CKD、Pre-ESRD 內有多少人數，也有多少是治療的，有好幾個，五百多位、一百多位是應該被抓出來的，但這九萬多人是不是全數都被篩過了，我們這邊上面我們那個討 3-2 有一個頁數說，Early CKD 有 91 萬多，Pre-ESRD 有 21 萬 7 有篩檢過。是全部都篩呢？還是有些有篩，有些沒有篩。所以如果站在我們要無 C 肝的話，第一個就是說這些收到 Pre-ESRD，收到 Early CKD，甚至糖尿病方案，是不是有機會去篩檢？但是篩檢一定是一筆錢，可是我們又不想增加健保的負擔。最好的是說，國民健康署是不是 45 歲以上的才可以是怎麼做嗎？但如果你去問一下有參與的那個大

家都是 XXX，因為流程跟健保署完全是兩個平行軌道，一個病人不可能這邊讓你開一次，那邊讓你開一次，所以 C 肝辦公室今天不知道有沒有來，他都知道這個問題在那裡。聽說我們陳(前)副總統都有一點不高興，說怎麼會弄得這麼複雜。所以健保署提本來就在治療，不是做預防，這點我完全同意。所以這個案子那一些沒有被篩到的，我們如何讓沒有篩檢到的要怎麼篩？從你們的觀點應該是說，不是你們的事，應該是健康署的事，我們就去 C 肝辦公室好好把這個事情界定好。好好利用健康署本來的任務，本來要出的錢去篩這些病人，結果當然要放到這個健保署這邊的結果來。後續在做 RNA 大概又健保署要做什麼，要治療，這個健保署要做。總之我覺得已經看到討 3-2 這樣子的一個結果，我們現在未來的 3 月，先把這 559 個跟 153 個把它解決了，代表說我們這個系統是很有效率的，然後再來去考慮，這邊再跟 C 肝辦公室這邊的討論完，跟國健署討論完，怎麼對於沒有篩過的都是新進來的，不知道有沒有去篩檢，這樣的話，我想會達到臺灣變成一個無 C 肝的國家的話，至少在腎臟界的這塊，我們都盡到我們的責任了，這樣好不好？

主席

好，這個就是結論，自己提案自己結論。

黃代表尚志

因為我同意你們這樣的做法，但是這也不是你們的工作，我們就到那邊去協商，有個結論的話再告訴各位。健保署這邊就是去追篩檢到的這幾個，代表說我抓到病人，我也有辦法幫你治療好，非常有效率，這邊篩檢的話，有篩檢的考量，下一次 11 月的時候，我們再拿出來看能不能做到未來的這個目標。至少我們透析的都已經做到了，現在就往 Pre-ESRD、Early CKD，未來也會面對糖尿病，也會來跟你講同樣的事。

主席

好，謝謝理事長幫我們做的結論，我們趕在五點前結束會議。真的謝謝，剛剛的結論就是這樣，我們討論三已經也討論了蠻多時間，我們就各自處理，該國健署的就請國健署，該是本署處理的就我好好處理的。好，個臨時提案就這樣結論，請問各位還有沒有其他的意見？

黃代表尚志

我沒有提案，但是我有一個，因為本來我以為今天要討論 Home HD，可能我們的作業可能漏了，公文沒有到健保署，我回去馬上會提給

健保署，你們先也想好，我們怎麼再溝通一下，我覺得在腎臟醫學會的結論是：我們應該讓病人多一個選擇。當然造成的財務的衝擊，我們想辦法降到最低，甚至不要增加負擔，我們再把案子用公文送給健保署，如果需要再討論，我們再討論，這樣好吧？我以為今天會拿出來。

醫務管理組劉林義專門委員

這會跟明年的總額有關係嗎？

黃代表尚志

沒關係，我送給你看看，那你說我們應該要注意什麼，這個我們再來弄。那不會馬上執行啦，我希望說黃錦秋教授他們也可以來了解。

主席

會不會有預算衝擊？？因為現在正在協商中。

黃代表尚志

應該不會呢，因為費用有降，所以這邊升那邊降。

主席

好，那如果沒有的話，今天會議就到這裡，非常謝謝大家這一次實體開會，謝謝大家遠道而來，謝謝大家。