

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 110年第2次研商議事會議紀錄

時間：110年8月18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、視訊會議為Microsoft Teams視訊軟體)

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
宋代代表俊明	宋俊明*	黃代表尚志	黃尚志
李代表妮真	李妮真*	楊代表五常	請假
林代表元灝	林元灝	楊代表孟儒	楊孟儒
邱代表琦皓	邱琦皓	鄒代表繼群	鄒繼群
洪代表冠予	洪冠予*	蔡代表宗昌	蔡宗昌*
張代表克士	張克士*	蔡代表明鎮	張鈺民*
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻*
張代表禹斌	張禹斌	顏代表大翔	顏大翔*
張代表晏晏	張晏晏*	羅代表永達	羅永達
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、陳燕鈴*、陳淑美*

衛生福利部醫事司

請假

衛生福利部國家消除C肝辦公室

吳慧敏、蒲若芳、余明隆*、
劉嘉玲*

台灣醫院協會

林佩菽、曹祐豪、何宛青、
黃麗如、顏正婷

中華民國醫師公會全國聯合會
台灣腎臟醫學會
社團法人台灣基層透析協會
中華民國中醫師公會全國聯合會
社團法人中華民國藥師公會
全國聯合會
台灣消化系醫學會
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
張哲銘、林慧美、張靜宜
曾庭俞
林宏任*、歐世宸*
常宏傳、周千滢*、蘇建豪*

劉振驊
吳科屏、游慧真、李雨育、
韓佩軒、劉林義、陳依婕、
洪于淇、宋宛蓁、鄭正義、
楊淑美

高幸蓓、張如薰、許明慈、
林明傑、丁安安、陳昌志、
詹淑存、陳淑儀

吳少庠

王宗曦*、林佩萱

陳怡蓓

陳懿娟*、莊智雯*

蔡秀幸*、陳祝美*、呂淑文*、
張佩萱*

張黛玲*、謝明珠*、戴婷豫*、
張凱瑛*

梁耀文*

楊斐如*、施怡如*、張曉玲*、
黃雅蘭*、王秋娥*、蘇家驊*、
葉美伶*

李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、
劉惠珠*、江春桂*、張家綾*

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

決定：討論事項第二案，AKD 照護獎勵費 P6807C 支付點數誤植為 500 點，請修正為 1,000 點；P6808C 支付點數誤植為 1,000 點，請修正為 500 點，餘洽悉。

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、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」篩異指標管理机制。

(三) 序號3-C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案：C型肝炎追蹤分析建議加入年齡及臥床狀況分析。

(四) 序號5-「腹膜透析追蹤處置費及APD的機器租金費，回溯追扣案」：於本年度向健保會爭取預算後研議。

(五) 序號9-「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」：糖尿病與初期慢性腎臟病整合照護計畫。

(六) 序號10-「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」修訂案。

三、有關已於Early-CKD收案者腎功能惡化須轉介Pre-ESRD院所，但Early-CKD院所不願結案時，維持現行作業，應請Early-CKD院所主動轉診後結案；倘2方案之院所有收案爭議，則轉由本署各分區業務組輔導參與方案院所轉診結案。

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：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年第 1 季門診透析服務點值報告。

決定：

- 一、110 年第 1 季點值確認如下表，會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布及結算事宜：

項目 年季	浮動點值	平均點值
110 年 第 1 季	0.85570953	0.86630159

- 二、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

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、請中醫師公會全國聯合會於 111 年再至本會議報告本計畫之執行成果。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質獎勵提升計畫」結算結果。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：門診透析專業服務品質指標監測結果。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」

附表之三，專業醫療服務品質指標「住院率」、「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率及受檢率」、「C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)轉陽率及受檢率」指標定義。

決議：

- 一、有關住院率指標考量分組方式之穩定性及代表性，維持現行使用特約類別進行分組。
- 二、「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率及受檢率」、「C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)轉陽率及受檢率」定義新增排除條件：排除當年度(統計年)前已死亡以及當年度(統計年)死亡且沒有檢驗值上傳紀錄之個案。

第二案

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」各單位追蹤辦理情形。

決議：

- 一、有關「發展腎病專業品質監測指標」、「研議 AKI 病人照顧計畫」及「推動藥師納入腎臟病患照顧計畫」等 3 項策略，解除列管。

二、持續追蹤案件：

(一)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。

(二)每季追蹤：

1.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。

2.台灣腎臟醫學會：研議腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。

第三案

提案單位：台灣腎臟醫學會

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」修訂案，提請討論。

決議：

- 一、本計畫第肆點一(二)2(2)A 規定同意修正為「收案前須向病人解釋本計畫之目的及須病人配合定期回診等事項，若在其他醫院已接受衛教應予註明。已結案為腎功能恢復之個案，若腎功能再次惡化，符合收案條件時，可再次收案，惟不得申報新收案管理照護費(P3402C)、AKD 新收案管理照護費(P6802C)、AKD 新收案病人藥事照護費(P6814C)。」
- 二、同意台灣腎臟醫學會所提藥師照護 VPN 上傳欄位，另為利獨立上傳，增加醫事服務機構代號、原處方服務機構代號及藥師評估日期等 3 欄位。
- 三、基層院所參與社區藥局合作參與本計畫者，由基層院所申報及上傳藥事照護 VPN 資料。
- 四、有關「藥師照護介入之病人」項下「用藥配合度提升比例」及「指標藥物 NSAIDs 使用減少率」等照護指標之操作型定義，請台灣腎臟醫學會提供。

第四案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關於健保醫療資訊雲端查詢系統增修摘要區腎臟病人宜注意用藥提示文字並擴大提示範圍及新增「高風險腎臟病人用藥提示(API)」邏輯及提示內容案，提請討論。

決議：有關於健保醫療資訊雲端查詢系統增修摘要區腎臟病人宜注意用藥提示文字並擴大提示範圍部分照案通過，另新增高風險腎臟病人用藥主動提示(API)之提示文字內容再函請台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會確認。

第五案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「透析前高風險腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常」個案管理指標定義案，提請討論。

決議：同意修正操作型定義，對「CKD 第 3B 期至第 5 期病人且

於 3 個月內使用 NSAIDs 藥品總日數≥31 日之案件」進行管理。

第六案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」（下稱品保方案）附表之三，專業醫療服務品質指標（附件 1），新增「C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率」、「HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」指標案，提請討論。

決議：

- 一、本案通過，並建議以慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料、檢驗(查)結果(即時)上傳資料與 C 肝全口服用藥收案資料計算「C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率」、「HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」，且比照討論事項一轉陽率等指標排除死亡個案。
- 二、本項指標係配合國家 2025 消除 C 肝政策訂定，未來持續滾動檢討。
- 三、為避免本署分區業務組對 HCV RNA 檢驗之輔導管理方式有不一致之情形，請本署醫審及藥材組進行溝通。

伍、臨時動議

臨時提案

提案單位：鄭集鴻代表

案由：有關「基層透析門診無法參與西醫基層品質保證保留款計畫」案。

決議：納入下次會議討論。

陸、散會：下午 4 時 40 分。

柒、與會人員發言實錄如附件。

110 年第 2 次研商議事會議-與會人員發言實錄

壹、確認本會前次會議紀錄

主席

各位委員大家午安，今天要召開門診透析預算總額研商議事會議今年第 2 次會議，今年因為疫情的關係少開了 1 次會議。今天的會議比較特殊，有現場也有視訊，看起來視訊的代表占多數，視訊的代表應該有 17 位，現場的代表有 7、8 位，顯然視訊是大家優先的選擇，不過我還是很感謝遠道而來的黃理事長、張秘書長、羅院長等，總之還是感謝大家。另外今天付費者代表有 2 位是第 1 次參加門診透析的研商議事會議，干代表文男也到現場，干代表是代表全國總工會，吳代表鴻來是腹膜透析腎友協會的理事長，兩位是我們健保會推派的付費者代表，謝謝大家的參與。現在會議開始，上次會議紀錄 2 月 24 日召開的，請各位代表們過目一下，從第 3 頁到第 10 頁的部分，請問有沒有什麼問題？好，醫務管理組要補充，請。

醫務管理組 劉林義專門委員

上一次的討論事項第二案，有關 Pre-ESRD 的部分，有 2 個支付標準的點數做修正，第 8 頁修正 AKD 的獎勵，P6807C 修正為 1000 點，P6808C 從 1000 點修正為 500 點，以上。

主席

這是行政上的誤植，就自行修正，其他大家還有沒有什麼意見？好，若沒有意見，會議記錄就暫確定，如果會議當中代表們對於上次會議紀錄有修正的意見隨時舉手，我們可以核對修正，會議紀錄暫確定，接下來報告事項第一案。

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。

主席

項目非常多，一共有 10 項，內容也很複雜，各位代表對於追蹤內容有沒有意見？請理事長。

黃尚志代表

對於最後一項，我們是根據院所衛教個案管理師同仁的反映，他們收到一個 Pre-ESRD 的，要收的時候因為前面的未結案而收不了，當然署裡有署裡的考量，我們表示尊重，看起來各分區業務組要負起該結而未結的工作，我們再弄清楚，如果是這樣子的話，我們就跟衛教師說請反映給分區業務組，他們來負責處理該結案而未結的事情，是不是這樣？

醫務管理組 劉林義專門委員

本署是說假如院所有收到已經屬於 Pre-ESRD 的對象，應該先去溝通，比如 Early-CKD 的院所，看他們那邊有沒有要結案？因為根據病人最新的檢驗資料，假如兩邊有一些看法不一致的時候，會請本署分區業務組來處理，以上說明。

主席

請羅院長。

羅永達代表

序號 5，上一次在會議裡面台灣腎臟醫學會希望把腹膜透析追蹤處置費修訂成按日，但沒有成功，因為跨醫院部門的預算，這個公文我們都有收到，一直到前一段時間跟部長、或跟健保署討論 110 年總額的時候，不管是醫院協會或署都沒有編這個預算，接下來也沒有。我是看到議程才發現沒有人提醒醫院協會要把這個預算編進去，好像也沒有人提醒署編進去，接下來還是沒有預算；上次牙醫總額也同樣有這樣的事情，是不是可以建議署裡面要互相提醒雙方，可能台灣腎臟醫學會跟醫院協會直接溝通的管道不是那麼通暢，有些東西是我們要去代為溝通的，應該是行文給醫院協會，或者相關的東西要提醒，否則按照目前看到的進度，不管是醫院協會，或者署好像都沒有提到

這件事情，可能現在補救還來得及，否則到時候又沒有預算，以上。
主席

所以項次 5 跟最後 1 項有不同意見，其他大家有沒有意見？請干代表。

干文男代表

請問一下，1-2 頁核減 62 家占 45%，比例那麼高的原因何在？後面也有說 5 月以後核減的動作就沒有了，這是不是造成也有很多原因？還有 1-4 頁最上面那個接受 C 肝治療，可提供的 3 萬人治療，這個是根據什麼地方來的？我是在追蹤現在目前台灣有多少人 C 肝？這裡有數據出來這個都在那裡？你們應該有資料，給我們知道一下，再來是 1-6 頁的解除追蹤，目前醫院協會建議預算成長率 4%，西醫基層的透析尚未建議，馬上就要進入協商，我記得有 1 次還是 2 次到協商的時候就是拿不出來數據，讓協商也沒有辦法針對這個問題去解決，如果是這樣的話，恐怕會影響總額，一定要提前做好，要不然沒有士氣就等於沒有做，我看少一點好了，大家有建議，這個輿論希望能夠趕快做，不能不做，再來是 1-8 頁的同意院所以社區藥局合作計畫對象，這個是臨時案，我是新加入的，我想 1-8 頁的合作計畫，這些計畫裡面做什麼東西？要讓我們曉得，要不然加入最後還是要成本，如果加入沒有作為而沒有用，不是說加入就好，也要讓我們曉得，我們回去也在健保會裡面也可以報告，以上，謝謝。

主席

謝謝干代表，接下來宋教授。

宋俊明代表

剛剛干代表也提出來 45% 的 NSAID 核減率，那個部分有沒有提出申復或是爭議的？案子多不多，也可以稍微跟大家報告一下，因為 45% 好像滿高的。另外，我對第九案要解除列管，糖尿病與初期跟慢性腎臟病整合照護計畫，都還沒有出來，所以是不是要解除列管有一點早？還是因為我沒有追蹤到我沒有得到訊息說這方面已經到達一定的雛形，以上報告。

主席

謝謝宋教授，還有沒有代表對追蹤辦理情形有意見？好，沒有。業務單位請醫審及藥材組先來回應第 2 項核檢率 45% 的部分。

醫審及藥材組 林明傑視察

我們現在是剛好請同仁下去把資料倒出來再看一下核減的情形。

主席

等一會再回應，第 3 項的部分，剛剛干代表在講說 3 萬人怎麼算出來？我們編了 65 億 C 肝用藥預算，是可以給 4 萬 1 千多人使用，現在只用了 1 萬 1 千人，所以還有 3 萬人。這項追蹤主要係透析病人中還有 4、5 千人是 C 肝抗體陽性，其用藥是要轉診給消化系醫師評估，這個部分是提醒透析的醫師要去兼顧透析病人 C 肝的治療權益，因為已經編有預算。另外，第 5 項羅代表提到跨總額間的問題，醫院協會在今年建議編列預算。好，請醫務管理組說明。

醫務管理組 劉林義專門委員

有關第五項預算的部分，這項其實我們當初有給醫院協會跟醫師公會全聯會，不過後來提的版本，我們本來以為是你們內部有討論過的；假如沒有的話，因為這個星期五才要跟健保會報初版，是不是這星期五可以留個伏筆，然後最後定稿的版本是九月初才要送，假如有的話，還是可以增加進去。

羅永達代表

因為 2 次協商的會議好像都沒有提到這項，不過我也忘記了這件事情。

主席

請羅院長向醫院協溝通。

羅永達代表

牙醫也有，但都好像沒有看到類似的，剛主席也有提醒類似的項目，今年的預算因為低推估很低，所以我們目前很多東西都不敢再編，因為扣掉新醫療科技，事實上我們的金額很少，所以我們就傾向這些東西，我們就不會急著把它列進去，如果這樣可能會被犧牲掉。

主席

有編列。再來是第七項，干代表要詢問透析的成長率，目前本署收到醫院總額有建議，但西醫基層還沒有建議，這部分就留待協商。

醫務管理組 劉林義專門委員

在本星期五以前看能不能提簡報；因為本署也有看到台灣腎臟醫學會的提案，台灣腎臟醫學會目前有提建議是成長率 3.6%，西醫基層的確目前還沒有看到的建議，所以看台灣腎臟醫學會是不是再去溝通。

主席

好，第九項剛剛宋教授所提 DM 與 Early-CKD 的整合照護計畫，我們目前已開過指標的討論，但全案還沒有完整的呈現，所以同意宋教授建議將第三項繼續列管。

醫務管理組 劉林義專門委員

本案有在討論事項第二案列管。

主席

對，沒關係，這項就繼續列管，但是列管其中第三小項就可以。第 10 項，基層院所跟社區藥局的 Pre-ESRD 的合作，這部分請同仁來說明一下。

醫務管理組 劉林義專門委員

這項其實我們有討論一段時間，這項目前最主要是 Pre-ESRD 是由我們醫界組織團隊來照護，成員有醫師、營養師、衛教師等等，上次我們在會議裡面有決議說是不是也可以加進藥師，因為不適當的用藥，其實對 Pre-ESRD 病人也是蠻重要的；所以我們在上次是有講要把藥師放進來，然後至於怎麼樣評估藥師放進來的成效，留待今天有放在討論案裡面要來討論的。

主席

好，最主要是干代表提問的是為什麼有基層診所跟社區藥局的合作？我來回應一下，因為 Pre-ESRD 計畫把藥師邀請進來提供藥師諮詢服務，但是基層診所因為醫藥分業的關係不一定有自聘藥師，所以必須

跟社區藥局的藥師去合作，才可以一起共同為 Pre-ESRD 的病人去進行用藥評估。基本上，是以病人為中心，診所與社區藥局合作，形成一個 team，二者必須要取得密切的聯絡，在今天討論事項第三案，會有提到藥師做的評估，我們有給費用，但評估資訊須跟醫師分享，待會兒有比較細部的討論，原則上該計畫已經通過準備公告。最後一項就是黃理事長提的，基本上病人到醫院後，如果符合 Pre-ESRD 收案條件，理論上以病人的利益來講，應該趕快納入 Pre-ESRD 方案才是正辦；但是怎樣讓基層參與 Early-CKD 的院所和 Pre-ESRD 院所之間有個協調，一邊能收案而另一邊能結案，做到良好的銜接，也許病人並沒有到基層診所去，所以基層端便無法知道病人的狀態；在這樣的情況下，醫院也不能收案，基層院所又不願意結案，陷病人的利益於不顧；所以我們其實要有統一的處理方式，讓病人能趕快於 Pre-ESRD 計畫內收案照護；而目前因為有 2 個不同的 provider 在不同的機構提供服務，轉銜的過程當中目前是轉診的機制，但是目前是接受端先知道，原來的醫療提供者並不知道，所以要兩邊建立 linkage 來溝通；不知道理事長覺得說醫院端與基層診所端之間的溝通，會不會有困難？

黃尚志代表

過去是有困難，但誠如副署長提到說二邊要有一個正面的溝通，我想這一點是可以採的方案；大家要花一點心思跟對方溝通，現在不是有上下轉的機制嗎？利用這個系統，對醫院也得分，對診所也得分，這樣子也好，好不好？先試行一段時間，看有什麼問題再來。

主席

好，對，我們就先試行看看，如果真的有太多爭執，例如診所不願意結案之類的，就請透過分區業務組行政協調。好，這個部分就到這裡，請問各位代表對於剛剛這個案子修正部分，還有沒有什麼意見？好，請干代表。

干文男代表

我再請問一下，1-11 頁透析院所上傳的資料，有 C 肝登錄資料(陰性、

陽性)，但我最關心的部分是 A 病人不願轉介治療，這個人數占 591 位，這數據有點高，健保署跟 C 肝診所有沒有什麼對策？

主席

這個部分，台灣腎臟醫學會跟診所端有沒有要回應？能不能回應下干委員，請楊理事長。

楊孟儒代表

報告一下，基層透析診所會有碰到 C 型肝炎病人不願意治療的狀況，因為基層診所主要是做透析及一般內科門診業務，而其它的層級醫院科別，包括腸胃肝膽科比較完善，所以在醫院透析的 C 型肝炎病人可以在同醫院做一貫的檢查及治療；而基層透析診所除了現在可以做 C 型肝炎核酸檢測外，進一步的檢查及治療需轉介至醫院；而基層透析診所的 C 肝病人，有些是行動不方便或獨居而無法去醫院治療，亦或者是有認知上面的問題(可能是憂鬱症、自覺來日不多，或不耐在醫院看診久候...)而不願接受治療，即使是我們一直 push，他們還是不願意去接受治療。衛福部的石次長，在 COVID-19 疫情爆發前有召開了一次台灣的 C 肝微消除會議，我們有特別提出基層診所遭遇的狀況，結論是，由各地區的衛生局來介入，協調診所附近的醫院，派員到透析診所做「就地檢查」、「就地治療」，來幫助基層診所 C 肝病人都能接受治療，後來 COVID-19 疫情爆發，所以第二次會議到目前尚未召開，以上報告。

主席

好，謝謝；也謝謝干委員關心有 C 肝的透析病人。剛剛楊理事長有提到，有些病人基本上意識不清，另外一種是行動不便；剛剛理事長也提到有衛生局介入，可是因 COVID-19 疫情，衛生局較忙碌，這段時間可能會有一些延緩轉介衛生局協助的病人，這個部分我們會繼續關心。請問大家還有沒有意見？如果沒有的話，會議紀錄就決定，有嗎？來請宋代表。

宋俊明代表

主席我提一下，其實尤其在醫院裡面，當然因為基層裡面比較困難，

那事實上許多醫學中心跟區域醫院，幾乎都可以到達 100% 治療，很多的醫院會請 GI 的醫師到透析室去，然後慢慢跟病人講，事實上，成效非常好，只有小於 5% 以下，他真的不願意治療說，有病人說我都很老了，不要再吃這些藥或者剛開始吃藥不舒服，其實是做得非常好，倒是要基層這邊有一些困難，透析在腎臟醫學會或腎臟科醫師、透析醫師這邊其實是非常非常努力，以上報告。

主席

好，謝謝宋教授的補充說明；確實有可能基層診所占了大多數，因為醫院大部分都有 GI 醫師，所以院內 refer 就可以；診所端的困難點大部分就是沒有 GI 醫師，必須把病人轉診，可是如果病人不願意去，會有實質上的困難，後續也須衛生局協助，這部分請大家繼續瞭解，也麻煩疫情過後，基層診所如果有病人不願意，麻煩一定協求衛生局的協助。請干代表。

干文男代表

剛才主席講了我有一個看法，如果真正躺在病房，根本就癱瘓，他根本就不想活下去，他又強制性被弄好了，像這樣類似的情形場景，我們也遇到，如果是年青人，我們有強制性，起碼對社會對國家有貢獻的，如果說他已經七老八十，說再做也沒有用，也整天躺在病床上，也不要浪費這個資源，所以數據上能再多分析一下，他是年青人還是老年人，或是癱瘓的情形。

主席

好，謝謝干代表，希望數據的分析分類能呈現再細一點。如果沒有多大效益的個案，治療也不用強求，並考量病人意願；我們試著請業務單位再細分一下，數據呈現的更清楚。好，謝謝；那大家還有沒有別的意見。好，如果沒有，那我們就進到下一案的報告。

報告事項第二案：門診透析預算執行概況報告。

主席

好，謝謝昱廷的報告；透析總額因未受疫情影響，全部正常運作；其

他總額多多少少有受疫情影響。好，業務執行報告部分，大家有沒有意見？請理事長。

黃尚志代表

謝謝健保署的支持，雖然透析運作上，病人的服務上是不受影響，但是事實上大家也知道，我們也是挫著等，每天都提心吊膽，即便只有小部分感染，因為處理上非常麻煩，但是我們也認真的在處理；另外，在 6 月 15 日開始大概 1 週到 2 週內，全國大概 8 萬多的透析病人，大概有 6 萬多人，就是 80.3% 接受了 AZ 第一劑疫苗的注射，血液透析大概高一點 83%，腹膜透析低一點大概 70%，但腹膜透析人數相對少，所以平均大概 80.3% 接受了 AZ 第一劑疫苗的注射，經過了 10 個禮拜，第二劑大概在下個禮拜，不過現在看起來疫苗的量比較少，所以也許會也許可以延到 12 週，我們也從學會的立場，一直在密切注意這個事情；當時我們提出說在那裡洗腎在那裡打，自己的患者自己協助施打疫苗，週一、週二評估，週三、週四打針，週五、週六觀察，這樣一個星期就可以解決，只不過在實行起來，有些縣市相當的支持，就是交給我們；有些就要自己找人打，越慢打的受媒體的影響力越多，施打率就越低，剛好我們也做一些統計，下次有機會再報告；所以這件疫苗的事情可能會再持續，那我們也密切在注意第二劑疫苗的部分，因現正值青黃不接的時候，我們也持續在等待，這件事情也謝謝政府的支持，也願意提供這麼好的服務給透析的病人，因為跟日本比起來，我們真的好太多了。對於透析室的防範，因為在這一波的時候有幾家，處理也都還不錯，所以馬上控制下來了，這是有關於透析。剛剛講到 Early-CKD，各位委員看，Early-CKD 大部分會在基層院所，這是很正常的，我們應該鼓勵基層院對 Early-CKD，尤其是糖尿病的，心臟病的都收案照顧。Pre-ESRD 本來就集中在比較大的醫院，那現在已經到達 70%，這已經相當高了，為什麼呢？因為有些你看得到的，也許不容易收到，也許他時間很短，也許是其它的問題在別的科，這個是我們努力的方向沒有錯，事實上 70% 已經相當不錯，我們會再繼續努力。剛剛干代表也提到 C 肝治療為什麼基層

比較少，除了剛剛有些他實在不願意打，他實在狀況太差了不願打以外，基層院所其實有不方便的地方，高醫有個計畫，組一群人，也有我們肝膽科主任，成員也不少，也有藥師，到診所去，也花很多時間與精神。但是效果很好，剛剛理事長也說，縣市政府衛生局會幫忙，不過這個方法，等疫情過後，我們大家可以再研議，因為一個城市如果醫院若有一家二家願意的話，他們有自己的醫療網絡；願意治療的我們儘快轉介，不願意治療的，我們就造冊，那願意打的就打，不願意打的，反正有些開始洗腎之後也很快死亡，那這樣的話，是不要求治療，也沒必要造成浪費，謝謝。

主席

好，謝謝理事長，剛剛我們有聽到 AZ 疫苗施打率有 8 成，而 2 成沒有打的，怎麼去預防？

黃尚志代表

這二成沒有施打，其實只是我們在統計的時候他沒有施打，也許他在等莫德納，也許那時他不太舒服的，也許心理因素還沒有克服的，所以我們最近在發給院所的資料，請他們在打第二劑的時候，也許會多問一下後來再補打第一劑的情況，等到二劑都打完時，我們再做一些相關調查統計。因為有 700 多家，統合起來很累。

主席

非常感謝理事長、透析的團隊，確實對病人的照顧很周延；特別是疫苗施打這部分，病人打了疫苗之後，院所也相當放心，這部分真的很感謝。好，那大家有沒有別的意見？C 肝辦公室有沒有要跟大家提醒什麼？好，沒有，謝謝您們。接下來報告事項第三案。

報告事項第三案：110 年第 1 季門診透析服務點值結算報告。

主席

好，謝謝，點值的結算報告大家有沒有意見？我們其實點值也越來越好越好，0.86，本來我們曾經 0.82，曾經最低 0.78，現在已經 0.85 維持好久了，大家再加油。好，接下來第四案

報告事項第四案：「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

主席

好，非常謝謝，今天我們邀請的是中醫師公會全聯會的代表，歐世辰醫師跟林宏任醫師要來報告本案，請問那一位開始？好，請歐醫師開始，謝謝。

(中國醫-歐世宸醫師報告略)

主席

非常謝謝歐醫師的報告，原來我們表訂是要報告中醫慢性腎臟病的門診加強照護計畫，但是他又補分享另外一個肝移植病人的中西醫聯合照護的結果，非常感謝歐醫師的分享，好，這個部分大家有沒有什麼意見要回饋？請宋教授。

宋俊明代表

事實上，肝移植的部分跟 CKD 的照護，兩個是差的非常多，所以我也肯定中醫大在肝移植這方面中西醫合璧治療的這個成果跟努力，但是在這個地方我們還是要以科學的方式，還是是不是請中醫大這邊在 pure 的 CKD 的這個部分還是要做一些比較先導的研究，可以讓我們比較 comfortable 去中西醫的聯合治療，在 CKD 的部分是不是真正有效，因為這個不是可以來橋接的，這兩個是完全不一樣的病，所以可能還是要請中醫大多費心在 CKD 的部分，以上報告。

主席

好，謝謝宋教授，還有沒有代表要發言？好，請干代表。

干文男代表

剛才宋教授報告的，我非常認同，不過我這裡有一個小小的建議，我本身是也有糖分過高，這個時間很長將近 30 年，在這個當中，以前如果說要洗腎，都要賣房子，才可以去洗腎，我那個時間點就有人提出來說你先照顧好腎臟，所以我在那個當時，顧腎要怎麼顧？我就吃一個六味地黃丸，這樣一直渡過 30 年，後來有改善，但是我看到這個小結裡面說 3 至 6 個月，事實上 3 個月不顯著，六個月會顯著，因為中醫本來就慢，你不是說像西藥吃了以後馬上就顯示出來，所以它是慢，我們贊同你後測的時間要 6 個月以後，3 個月可以參考，但

是應該要有成果比較顯著是要 6 個月以後，6 個月還是 9 個月還是 1 年，這樣來的話他的腎臟的功能會改善的很多，以上我是對這個報告的意見，但是我就小小建議，謝謝。

主席

好，謝謝干代表，其他？來羅院長。

羅永達代表

主席、各位先進，其實我對這個計畫寄予很高的厚望，從一開始的兩邊包括中醫總額跟門診透析總額，兩方面我都有參與，我都很鼓勵，他們一直在過程的當中我參加過很多次，就像剛剛宋教授所提到的，因為 CKD 本身是一個中西醫裡面都很重視的一個部分，我一直很期待去確定一個就是他們的成本跟他們的效能，1 加 1 有沒有大於 2，因為它是投注了很多的成本，我們也很擔心說它有些時間，比如說你去看中醫的時候會 delay 到西醫的治療，去給西醫看的時候對中醫不相信等等，會不會 1 加 1 小於 1 啊？不是小於 2 是小於 1，所以我其實一直很希望這次的報告當中裡面有很多的機轉，能夠得到腎臟醫學會他們裡面的肯定，比如說他們願意加入，不是只有嘉義長庚醫院跟中國醫藥學院兩個，收案都是這兩個醫院在收案，希望更多人能夠參與，在這個參與裡面希望在這個場合裡面，希望腎臟醫學會能夠多參與或者給予指教，在甚麼樣的情況下，你們願意把病人增加一個中醫門診的收案？然後甚麼樣的情況下，你們能夠彼此能夠增加溝通？所以剛剛宋教授所講的，症狀的改善在中醫裡面一直持久以來大家都肯定，所以你的症狀主述性調查通常改善率都很高，可是要放到 CKD 它的數據上面去看的時候，我們看不到那個結果，我們本來一直很期待說因為這個地方很多都是中西醫的博士，很多的學者專家參與，我們一直很希望可以看到一些數字，可是剛剛在看到的這個數字裡面，它有很多的前後測都沒有顯著的差異，已經 6 個月了，從去年四月到現在為止，我們很期待不管是在 macro 或是 micro 的部分裡面，將來能夠提出更能夠讓人家信服的，也很期待腎臟醫學會能夠加入，希望藉由這樣的專案裡面能夠讓中西醫，都能夠利用這樣的計畫多溝通、多協調，這樣子才有進一步的可能，不要西醫認為說「這是中醫要做的」，中醫認為說「這是西醫要做的」，這樣子就可惜了，沒辦法做到將來能夠給我們醫學界不管是中醫或是西醫，能夠 1 加

1 大於 2 這樣的一條路，這是我們很期待的，也希望腎臟內科醫學會能夠給大家一個指導跟參與，以上。

主席

好，謝謝，接下來，我看理事長你要最後回應。張醫師，他現在才進來？

張孟源代表

我剛剛視訊參加。

主席

好，張醫師講完再請理事長。

張孟源代表

主席、各位代表大家好，跟理事長報告一下，笨鳥先飛所以我先講一下，其實我對中醫也是深深期待，因為我弟弟、妹妹都是中醫，我也是希望說能夠中西醫合作，然後能夠真的把腎臟病能夠照顧好，這是大家的期待，但是我們知道說西醫的治療方式跟中醫的是有差異，我相信中醫有它的理論體系，我們西醫的治療方式大概就是這樣子，我們會遵守所謂的實證醫學，根據所有人所做的研究，我們會說它的證據等級跟推薦，到底是怎麼的建議，那現在我相信現在中醫可能不一定是跟西方的醫學，它有一套的一些系統，但是我們這樣要求中醫可能會比較難以要求人家做的到，就變成阻斷人家來加入這條路，但是我們還是期待，因為我看到的就是說，剛剛的報告人提到說連 UACR 都沒辦法驗，那我就覺得這個真的是在行政方面可以調整，因為糖尿病的腎病變真的要驗 UACR，希望說也能夠開放，但是我們也期待中醫能夠在明年度提出更多的證據，讓我們能夠瞭解我們一起來合作照顧這個病人，能夠讓病人的品質能更好，以上，謝謝。

主席

好，謝謝張醫師，接下來黃理事長。

黃尚志代表

從腎臟醫學會的立場，我們也是很支持一個病人能夠接受中西醫的療法，只要不傷害他本人的話，我們也樂觀其成，尤其是在幾年前有一篇文章，我們健保的資料過去分析有很多罹患腎臟病的病人，其實他都有服用中藥，甚至高達接近一半，我們後來分析起來的話，其實中藥也沒有造成他的危害，有一些類別的中藥反而像和解製劑等

等，反而是對他們有利的，這篇文章好像後來中醫界也有重視到，所以當他這個計畫要實施的時候，我在去年疫情之前曾經到中國醫藥大學去演講兩次，也被高雄醫師中醫師公會也有邀請，我一直抱著比較樂觀其成的方式，也跟他們交換一下意見，其實中醫說真的他們也有苦說不出來，因為不是每一個醫院，坦白說，跟西醫的腎臟科合作都很好，像我們醫院就，我個人就跟某些中醫師合作得很好，因為他是我督導的單位，所以不好也不行，我們也 refer 病人給他，只要病人願意的話我就 refer 過去，所以這樣看起來如果我們不反對中西醫合併醫療的話，我倒是有個建議，因為從這個計畫在中醫的收案，他會碰到很辛苦的是他的評估工作，一開始收案的條件評估的工作、追蹤的工作還有你要教育的工作的話，你都沒有衛教師，你不像西醫還有衛教師，你也沒有營養師，所以為什麼不當時的話就考慮在 Pre-ESRD、Early CKD 裡面，如果有一些人要做中藥的話加入的話就從這邊過去加入，那他評估的工作、追蹤的工作把它加在西醫的這兩個計畫裡面本來就有一個 lab data 會追蹤，這樣健保也省錢他們就不用再做一次了，就用這個共通的通用的檢驗數據就好了，從醫院裡面找也好，從雲端藥歷裡面也可以，這樣的話，我不敢說可能在藥物方面，中藥藥物這是他們的專業，但是至少在追蹤以及未來的評估看他有沒有效果，比較客觀的都可以比較獲得一些資料，那麼中醫那邊應該要注意的一個是說，剛剛也提到說每一個人體質的不一樣、包括他感受不一樣，這些問卷、量表也可以跟熟悉問卷量表的人去看看他的生活品質有沒有改善，他的某一些有沒有改善，但是至於比較可觀的那些檢驗數據的話，我們就不用再花健保的錢，其實很多的地方也可以拿到這些數據，只要你把那個 Protocol 都寫好，這些是必要的，收案前、以後的三個月或是六個月一定要收，至少六個月要收資料，我們也不要對他們太嚴格，追蹤還沒到一年就要求他有成效，沒那麼簡單，那可能這樣子追下去，有效就是有效，那沒效至少也在生活的品質上或是他的一些症狀上如果有改善，其實對病人也有幫忙，所以我本身是很支持、樂觀其成，可是我們在運作上、在整個跟西醫的合作上，可以做得更漂亮一點，就像糖尿病也是，糖尿病很多西醫的計畫他們也會過去，那在 share common 共同的資源上如果做得更好的話，我相信這個計畫會做得更好，謝謝。

主席

好，謝謝理事長，宋教授發言後，請歐醫師一起回應。

宋俊明代表

既然理事長都已經提到，因為我有一些話理事長已經講出來了，事實上中西醫的合作，是不是在 initial 的試辦過程不要把他切成兩塊，因為它是中西合璧的，雖然他也是一個醫師，中醫師是不是能夠類似，現在最好的方式的話，剛剛理事長講了就是有沒有可能仿照藥師的這種形式，先慢慢加進來然後再慢慢地做，不要就切成兩塊、兩邊收案，這樣的話或許是一個方式，這是我一個小小的淺見。

主席

好，謝謝宋教授，接下來我們就請歐醫師回應大家的意見。

林宏任醫師

對不起，我林宏任醫師，謝謝主席。

主席

好，林醫師麻煩。

林宏任醫師

我是想講一些感言，在這裡真的很謝謝各位代表的支持，也很謝謝羅永達代表、干代表，更謝謝黃理事長，他在我們健保剛開始成立慢性腎臟病收案的過程當中，他給我們非常多的指導也大力的支持，也來我們醫院做一些演講，讓我們知道西醫在如何看待腎臟病的過程當中如何治療或是營養衛教，這個我在這裡一併謝謝，我也期待未來我們在這一塊能做的更好，能夠有一些貢獻出來，謝謝。

主席

好，謝謝，這是一個報告案，本案收了 1,264 位病人，有完整前後測的只有 296 位病人的 data，所以現在看到的就是 296 位病人完整前後測結果的分析，時間大概也因為從去年 5 月、6 月才開始收案，follow-up 的時間有限，初步的 follow-up 的結果跟大家分享。剛剛大家也有提到中醫有不同的診察跟治療方式，但和西醫一樣，最後還是用科學的方式來檢視 outcome，這點非常重要，也就是說中西醫雖然用的方法不一樣，但是最後用科學的方法來驗證對病人的結果，所以要予以肯定。但因有 80% 病人的結果未納入，所以應該給中醫這個計畫再多一點時間，等到滿一年的時候，再邀請他們來跟我們再做分

享。另外，黃理事長提到中醫跟西醫的照護，是分別兩個計畫，分別收案不能共用營養師跟衛教師，這個觀點非常的好，但是目前總額就是切開的，各自有各自不同的預算，未來朝這個方向來努力。UACR的問題，中醫師是否可以開立？因不鼓勵重複檢查，所以拜託中醫師參與本計畫，請上雲端系統查閱病人已經做過的檢查結果來參酌運用。好，本案在此謝謝歐醫師跟林醫師今天的分享，我們這個報告案就到這裡。

干文男代表

我再補充一句，中醫的介入，在第四期與第五期敢講可能性就很困難，最好在第3期介入效果是最棒，這有靠中、西醫的合作，所以說這個可以做，如果這樣做的話，可以節省很多腎有問題的病人。以上

主席

好，謝謝干委員，其實他的分析本來就有分期，如果這樣做下去，會對第2期、第3期會比較有效，自然在第2期、第3期會有顯著差異，這都在他們成效評估的範圍內，所以是不衝突的，非常感謝。接下來第五案。

報告事項第五案：109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

因為疫情影響，認定都從寬，大家還有沒有其他意見，如果沒有意見，接下來第六案。

報告事項第六案：門診透析專業服務品質指標監測結果

主席

109年第4季品質指標，沒受到疫情影響，看起來就只有腹膜透析的死亡率、住院率有略高於range，但腹膜透析的人數也因越來越少，原本腹膜透析的人數占率希望到10%以上，現在是7~8%，所以死亡率及住院率就相當敏感，這部分大家還有沒有意見，請張醫師。

張孟源代表

主席、各位代表大家好，剛剛主席講到一個重點，這個報告是到109

年第 4 季，不受疫情影響，其實我最關心的是疫情對一般民眾的死亡率是有提高，尤其是今年第 2 季，當然很多的檢驗沒辦法確認是否與新冠肺炎有關或相關，所以有沒有可能造成直接或間接的死亡率，因為這個資料真的有點舊，現在已經到 8 月，所以有沒有可能我們下次開會能夠把今年上半年的死亡率，尤其是第二季，我們現在推動施打疫苗，到底對於這些病人的保護是不是特別好，這是我與非常多代表很

關心的問題，謝謝。

主席

非常好，再來請宋教授。

宋俊明代表

我有一個問題，因為我今天才知道在這個疫情當中，署裡面有這麼一個方便替病人著想的措施，腹膜透析的病人 6 到 9 月可以不抽血，不上傳這個資料，因為我完全都沒有訊息，很多醫院也沒有訊息，這個公告在什麼地方？這個訊息為什麼會漏掉？這個到底是什麼會議上決定，在什麼地方發文，因為以前腎臟醫學會做的很好的地方，就是有一些公告他會在 HALLOW KITTY 上面提醒，但是這個具體都沒有提醒，所以我只是要請教這個是怎麼樣？因為 PD 病人他們很怕回診，但是我們確實一直打電話，push 他們回診，我不曉得原來健保署或是我們的政府有這樣的政策。

主席

謝謝宋教授，對於這個報告其他代表有沒有意見，請干代表。

干文男代表

第 23 頁脫離率(II)，這個腎臟移植半年的指標，109 年上半年一下子降到 0.40，下半年突然又上升，這個原因何在？還有 C 肝、B 肝跟腎臟有沒有什麼關聯性，我請教一下。

主席

謝謝，等會再請理事長回應，接下來還有沒有那一位代表要表示意見的，暫時沒有，有關專業的部分，是不是請黃理事長回應？

黃尚志代表

先講 C 肝，我們希望它越低越好，所以他往下降代表他沒有受到新的感染，舊的感染已經在治療，B 肝、C 肝的整個趨勢都是朝好的方向走，所以那個有下降，這應該是很好的代表。我們看這個腎移植，對腎移植一直是鼓勵，各位看這兩條線上面這條線是腹膜透析，腹膜透析的病人有很多的機會，他去接受這個腎臟移植，因為腹膜透析的那個人數少，所以它的變動幅度就蠻大，你看血液透析，因為人數多，大概有 6、7 萬人，所以浮動性不會太大，所以整個來講，我記得前面的一個報告，那個不管是活體移植或是屍腎移植的話，如果有機會我們會 push 這些病人去接受移植的，就是移植整個來說是有在推展，但是大家也知道說移植大家來要看機緣、機會，但是往正面走這個是大家一致的公認，應該是移植是最好的，他的生活品質也是最好的。

主席

謝謝。另外有關我們疫情期間的權宜措施，我們有對腹膜透析有權宜，請醫管組佩軒專委說明。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

跟各位先進報告，在 COVID-19 期間，我們健保署陸陸續續有做一些政策的修正，我們都會定期的在 VPN 上面做公告，就是在醫療機構版因應 COVID-19 的作為-醫療機構版，我們都會定期放在上面，讓所有的醫療院所參閱，所以請宋教授從醫院看 VPN，我們現在應該是第 10 版，以上。

主席

宋教授可能疫情期間太忙了，忽略我們送出去新的消息，這些因應作為確實是不斷更新，宋教授你還有要表達嗎？

宋俊明代表

所以可能是在健保的 VPN，我們去查一下。

主席

麻煩您去查一下，現在已經更新到第 10 版了。張醫師提議我覺得非常的好，說到底這群 9 萬多的透析病人有沒有受到疫情影響？特別是

死亡，死亡有可能是確診死亡，也有可能是打疫苗副作用死亡等，這些資訊因為健保署沒有，所以原始的資料都在 CDC，張醫師的意見錄案，我們再協調向 CDC 介接資訊，來了解這些病人受到的影響。另剛剛理事長有講了 8 成打疫苗的，好，所以我相信打了疫苗之後的結果也會不一樣，所以必須有時間序，這部分就麻煩業務單位錄案，會後跟 CDC 協調。黃理事長這邊還有說明。

黃尚志代表

謝謝副署長還有健保署這個提議，因為我們也想知道，早上經過透過管道問了，他說他們也還沒有資料，不是沒有資料，他們還沒有去整理這資料，這相當費事費時，光我們施打率就要花很多時間，等這個未來 CDC 這個資料完整了，如果健保署這邊的資料也完整的話，那兩邊的架接的話就可以知道說那些人是透析的，他有沒有打疫苗，還有 NIIS 系統，就可以知道台灣的代表性，因為每個國家都有它到最後他的，因為他們去年就在感染，我們去年是 0，或是只有一個 PD 的病人，所以沒有什麼資料，我們也提不出來，不過現在有小規模的，至少我要有台灣的代表性的資料，所以我們也期待這個資料能夠串接以後做一個比較詳細的分析，我個人手上要問的還有個別院所傳上來的，其實洋洋灑灑就有不少的，如果這些更好的資料，我想可以跟國際發聲，謝謝。

主席

我想至少我們有血液透析與腹膜透析的病人的 ID，最起碼可以跟 NIIS 做參照比較，再加上時間序列，可以分析透析病人受到的影響是如何。另約略看出人數的成長有趨緩，但是現在的數據可能要到下一季才更清楚，透析的病人減少是因為受到疫情的影響減少呢？還是真正的減少？這個都要用實證的數據來證明。本案大家有沒有別的意見？如果沒有就進到討論事項。

參、討論事項

討論事項第一案：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確

保方案」附表之三，專業醫療服務品質指標「住院率」、「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率及受檢率」、「C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)轉陽率及受檢率」指標定義。

主席

學會有建議住院率跟轉陽率分組的情形，特別住院率的部分原來是層級別，建議要用床數的規模，現在看起來剛剛報告的討 1-24、1-25 頁，有現行指標跟修正後指標比較，看起來就算是修正後的指標有多數落在小於 19 床，就是診所最多，看起來也沒有太大的趨勢上的影響，所以建議住院率的部分還是維持層級別。轉陽率的部分，有一些死亡個案排除，就是統一，特別是當年度統計前已經死亡，跟當年度死亡沒有檢驗值上傳的個案，將上述兩者排除。大家有沒有意見？請羅院長。

羅永達代表

這個之前我們討論的時候，是因為地區醫院裡面因為 variation 很大，所以每次在講的時候我都不曉得歸到那邊，或者住院率，每次在講的時候，地區醫院這個層級，我們沒辦法去管控或者是告訴我們，所以我們那時候才建議可以用其他的方式，比如說那個床數，據我們所知道，比如說醫學中心、區域醫院，他們大概都是在 50 床以上的洗腎，在區域醫院裏面我們所知道大概 40-60 床最多了，對我們地區醫院來講大概在 30 床比較多，其他是診所。可是我們地區醫院現在最近的情況完全都不一樣，我們現有很大型的地區醫院，所以講到我們地區醫院的時候，我們實在是不曉得如何去回應？我們也不知道怎麼感覺改善，所以我們當時才會提出這樣一個建議，當然這些或許在整個大母數來講可能幾百家的洗腎機構裡，可是對地區醫院的管理工作或是對我們整個的確是有很大的差別，所以我不曉得像腎臟醫學會他們自己所建議的，按照這樣的方式，是不是真的很窒礙難行，否則的話我們還是建議按照床數，相對的會比較明確的指出落在什麼樣的區間是比較比較明確的。

主席

最主要是住院率到底是跟什麼有關，是不是規模大的住院率會低嗎？有這個實證嗎？跟規模別有沒有什麼相關的？但是住院率這件事情是與病人的照顧品質有關的，現在看起來腹膜透析是有住院率上升，死亡率上升，可是腹膜透析對很多醫院來講人數也都非常的少，所以真正貢獻在住院率的多為血液透析；住院率也要跟病人的年齡及共病情形有關，這跟醫院的規模有沒有關係，這件事情是不知道的，但可以完全同意您說地區醫院內 variation 很大，有些很大型跟醫學中心一樣大，有些跟診所一樣小，所以我們現在會去講這些品保指標，就是那些指標才有層級別。

羅永達代表

如果說假設我們只是要看一個大概，我想都無所謂，如果是同儕比較的時候它就會有影響，不是層級比較的時候他當然就會有影響，我們每次都在解讀他的時候，如果不是要解讀他的時候，這無所謂，因為就是一個平均值的一個概念，就是全國的平均值，每次在講這些事情的時候，他就是層級的概念，然後就是有比較的一個概念，同儕比較當中，這根本不是同一個級數的該怎麼比較？不同的層級在我們的地區醫院跟區域醫院、醫學中心比跟我們的這個數字又不準確，這個品保方案相關的數字在比較的時候，到底應該用什麼來解讀？以上。

主席

你可以觀察討 1-24 頁。

羅永達代表

品保方案內如果有任何的比較，其實不是只有住院率，我們當時提出來的時候，如果說假設有所謂的同儕比較或者是同層級或不同層級的比較的時候，我們都會出來喊冤這樣子，每次都是如此。

主席

謝謝羅院長，非常關心地區醫院的 credit，但基本上住院率、死亡率跟病人本身的關聯更大，危險因子像是高齡、共病等等，但是因為我們其他透析的品質，其實大家的水準都沒有差異很大，所以顯然本來的建議是針對住院率，我們建議是不是還是維持層級別？至於轉陽

率內容的修正，把一些死亡的個案排掉，都是同意。這樣子的修正大家都還有沒有別的意見？如果沒有的話，我們就就確定。接下來討論事項第二案。

討論事項第二案：「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

有關討 2-5 頁，腎臟醫學會有「發展腎病專業品質監測指標」，等一下討論案第五案會討論，另外，緩和透析跟安寧療護的指引，不曉得理事長這邊要不要補充？

黃尚志代表

在過去台大他們有一個類似這樣的指標，他們有一個 guideline，我們也拜託他們去做修正，因為寫的太厚，所以一直沒有拿出來，現在我們腎臟醫學會對 CKD 的 guideline 要重新再翻修，我們想辦法讓先研擬一份簡略版，像上次一樣，我們請秘書同仁要記起來，我們要追蹤。

主席

所以下一次務必在開會之前，能夠提出緩和透析跟安寧療護的專業指引。

黃尚志代表

已經有了，只是把它精簡，因為原內容太多。

主席

因為有指引，也希望會員能夠照指引去執行，這個繼續列管或解除列管的部分，大家有沒有意見？請張醫師。

張孟源代表

關於討 2-5，NSAIDs 的追蹤列管，我們覺得謝謝健保署還有腎臟醫學會這 2-3 年的努力，但是其實會造成腎毒性的，除了 NSAIDs 以外，還有會造成 AKI，我覺得有一個很重要的就是顯影劑，我先報告一個具體的案例，就是我一個親人這個月，因為他本身是慢性腎病，結果他跑去吃楊桃，楊桃本身有一些腎毒性、神經毒性，吃完以後結果在家裡就昏倒了，昏倒就被送到中部的某一家醫院，他說你心肌梗塞，他已經是 stage4、stage5，就給他做一次心導管，做一次還不打緊，還做第二次，還放支架，結果後來發覺他沒有心肌梗塞，但是因為做 2 次心導管，顯影劑弄下去以後就變成洗腎了，現在還在洗腎

當中，所以我是覺得說，除了 NSAID 以外，顯影劑我們如何跟心臟醫學會溝通，因為我們也知道，心臟醫學會他也面臨一個問題，就是病人送到急診室，都昏迷了，然後他就想說一定是心臟病，所以說一定要給他做心導管下去，這種情形、這種僵局，我相信以我們理事長他這麼聰明，那麼多臨床經驗，可不可以告訴我們，如何跟心臟醫學會合作，我是覺得這種情形應該是可以避免，以上，謝謝。

主席

好，謝謝張醫師，等會請理事長再一起回應，接下來請宋教授。

宋俊明代表

NASID 的品質監測，我想指標都已經訂出來，看看大家對這樣的審查標準有沒有異議，就是對剛剛報告案中 45% 的核減率，是不是有一些說明？是不是要試行 3、4 個月或半年以後，再來解除列管。還有其他腎毒性藥物，是不是也要監測？

主席

謝謝宋教授，有關 45% 的部分，我們等一下請科長來跟大家說明一下，其他跟 NSAIDs 有關的是討論案第 4 案跟第 5 案，我們等會再一起看，請問大家還有沒有不同的意見要提？沒有的話，請理事長統一說明。

黃尚志代表

其實顯影劑這個問題，是幾十年前就開始有注意，漸漸放射科如果你要做顯影劑，都會去要求要有腎功能的檢驗，就是要測肌酸酐，而且有些醫院比較嚴格的，可能就規定一定期限內要有，沒有檢驗報告的話要重抽。剛剛張醫師提的事情可能是發生在急診，說實在危急的話，可能是考驗他生命的狀況，可能沒有辦法用在病房或門診那種周全的做法，我也有腎移植的病人有發生類似的狀況，懷疑主動脈剝離請我去解釋，這真的是要拚了，不然個案可能就死亡了，結果手術完成後，也是無法產生尿液，也就近到透析，要等他慢慢恢復，所以這也是無奈，其實他們也多少是有這樣的觀念，極少數沒有。我知道心臟醫學會他對這個也很注意，不要說做了一些心導管的 procedure 以後，變成要透析，所以評估後也非每位病患都會進行類似的手術，所以他們自己也在推心臟、腎臟跟糖尿病的聯合整合照護，我對這個是蠻有信心的，可能在急診是沒辦法到滴水不漏，如果還有這種情形，我們再跟他溝通，當然可以把這個問題，在我們相互的研討會中再提出來做意見交換。

主席

好，謝謝理事長，我們雲端藥歷也都有提示顯影劑這件事情，但是病人的 condition 必須施打顯影劑，不做可能有另外一種不預期的結果，在很難兩全的時才會發生的狀況，我們尊重醫療當下的判斷決定。

張孟源代表

謝謝主席，我也知道是拚了，但是拚到最後竟然是因為吃了一顆楊桃，會不會覺得很冤枉？

主席

楊桃不是醫師吃的，是病人吃的，所以要去廣為衛教楊桃這件事？好，非常感謝大家，如果這個案子沒有特別的意見，我們就同意照這個解除、繼續列管的建議。接下來第 3 案。

討論事項第三案：「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」修訂案。

主席

Pre-ESRD 的修正，其中 VPN 上傳的部分，有些文字的修正，還有一些收案 P 碼的修正，大家有沒有意見？好，請張醫師。

張孟源代表

主席、各位代表大家好，有關 pre-ESRD 的計畫，藥師的部分我們已經討論很久，當時我們想說還要受訓，還要上課認證，所以說打算下年度開始加入認證，但是人算不如天算，疫情一來的時候，結果我們腎臟醫學會辦了一個上課，上課要考試的那一天就 3 級警戒了，所以也沒辦法考試，現在認證方面，我不知道腎臟醫學會有沒有考慮因為疫情可以從寬，只要上完課就發予證書，不然我們還要繼續等，不知道那時候才能正式認證？

主席

還有沒有人有意見？秘書長要說明嗎？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

下個月 5 號要考試，已經訂好場地跟期程。

主席

好，已經有排定 9 月 5 日考試。另外，有關基層診所和社區藥局合作計畫，要由基層診所進行 VPN 上傳，有沒有問題？基層診所來上傳可以嗎？

楊孟儒代表

可以。

主席

好，確定可以。請問大家還有沒有什麼意見？總之大家各自獨立上傳，請干委員。

干文男代表

不好意思，剛剛沒有聽到，加入照護團隊增加藥師新事務，支付標準是怎麼算？

主席

有關支付標準嗎？做蠻多事情的，支付點數是 200 點。

黃尚志代表

物超所值，他做蠻多事，我說你不要提了那麼多指標，就是一定要這樣做才能完整，藥師也是相當的犧牲投入，也不計他們的 reward，而且他們希望說在這整個照護裡面，應該有藥師角色的參與，重於最後的 reward，所以我們應該給他們一個正面的肯定，這個團隊裡面有藥師的加入，相信他的照顧會更好，因為事實上在 2007 年在寫計畫之初，還是更早的時候，當時藥師沒有那麼多人力，沒有辦法請他們加入，現在藥師的人力已經比較多了，他們也有熱忱，上過課，自己也做過很多很透徹的討論，加進來的話，站在藥師的立場，很多藥物的使用他應該也知道，大家朝一個同樣的目標。

主席

好，本案大家可以看到有一張表，討 3-4 這就是所有藥師要做的事情，張醫師剛講的顯影劑也包括在裡面，藥師公會的常代表，有沒有要補充？

社團法人中華民國藥師公會 常宏傳委員

很感謝署方及台灣腎臟醫學會這次的協助，讓藥師第一次因為疾病而加入的藥師照護，今年下半年，9 月 5 日希望能如期考完試，接下來我們其實都已經 Ready 好了，我還是要請問各家醫院最想問的一件事情是說，9 月 5 日我們就已經考完試了，假如署方都已經準備好一些上傳欄位的時候，各家醫院就可以直接開始執行，假如是肯定的話，這邊各大醫療院所包含自己的資訊系統，是不是一併開始作業。

主席

請業務單位，VPN 準備的情形。

醫務管理組 劉林義專門委員

因為目前這個方案還是要報部，報部核定之後就可以執行。

社團法人中華民國藥師公會 常宏傳委員

所以署方到時候會給各大醫療院所一個正式的公告。

醫務管理組 劉林義專門委員

對。

社團法人中華民國藥師公會 常宏傳委員

好的，謝謝。

主席

VPN 的準備，也同時可以準備好嗎？

社團法人中華民國藥師公會 常宏傳委員

對，我現在問的是 VPN，因為原則上上一次開會應該是從 7 月 1 號開始，因為疫情已經打亂，各大院所現在最想問的就是說，也許有些醫院的資訊室準備很快了，那我們這個案子，他們可以上傳申請給付，我們要從什麼時候做一個切點，他們方便可以做上傳的動作。還是會後再來告訴我們也可以。

醫務管理組 劉林義專門委員

我們會再發函通知，因為現在要報部，部核定之後，就算最快也是次月生效，可能要到 10 月去了。詳細時間我們會再通知大家。

主席

好，因為 VPN 也不是馬上要傳的，所以準備好就通知大家，好不好。

本案大家還有沒有其他意見？請甘代表。

干文男代表

我想要了解藥師加入以後，從事這個工作，他是針對一個人？是一個療程？還是急性透析？

主席

病人在透析前，藥師可以給他衛教，衛教的內容就是剛剛那討 3-4 頁的內容，我們有支付費用 200 點，病人還沒有透析。

干文男代表

就是用在透析前，這個沒有問題，我是說醫院跟診所所有沒有重複用這些錢？

主席

這個討論過了，不會。

干文男代表

不要讓這些錢一直加上去。

主席

沒有，這個計畫本身原來是沒有藥師參與，沒有藥師參與的情況下，這些用藥當然醫師也有責任，現在把藥師加進來，就能分工合作，因為醫師比較忙，有些做得不足的部分，藥師可以彌補。另外，藥師的介入也會有成效評估，如果成效評估良好，才會繼續的支付，所以將

來的成效評估也會提到會議上來報告。

干文男代表

我想這個工作好像很多都是重複的在做，通通錢一直加上去，我不曉得現在新的計畫中以後會怎樣，我不曉得，目前是有看到這個現象。

主席

藥師的加入是第一次，沒有重複，對這個計畫來講他是新的，而且這個計畫已經討論通過，準備要公告。

干文男代表

我很難理解，謝謝。

主席

業務單位是不是會後再跟干委員詳細說明。其他大家有沒有意見？宋教授有意見嗎？

宋俊明代表

干代表是第一次參加，因為在 CKD 的病人尤其是 Pre-ESRD 的病人，他多重共病，常常在用藥的時候，他會跨很多科，真的是需要藥師來做多重用藥的評估或者是用藥上的比較，所以藥師加進來的話，跟干代表報告一下，就是有他的必要性，只是說在藥師這邊做的事情包山包海，反而是聽到一些藥師 complain，所以是不是可以考量一下所有東西不要全部一次要上，有一些先後順序，這是第一點建議。第二點建議，就我們醫院，是藥師跟醫師之間的溝通，會跟病人講些什麼或者是衛教的內容，怎麼樣能讓醫師知道，這一點是不是在藥師的規劃參與上，再多加一點用心，因為有時候藥師講了些什麼，醫師不知道，這方面好像沒有規劃？

主席

謝謝宋教授，宋教授第一個部分是回應干代表，說這個期間的病人是透析前的病人，共病非常的多，用藥要非常的小心，所以藥師的加入，對醫師來講他是有更大的幫忙，對病人來講應該有很大的幫忙。第二個部分，他是提到藥師上傳的內容，非常的多，包山包海，一共有 22 項，事實上，我們一開始有發現這樣的狀況，但是藥師公會非常地熱情，也想多做一點，我們才會同意先試試看，當然我完全同意宋教授講的，就是這個階段過後，應該去檢討上傳內容的必要性，是不是要保留真正必要的，這件事情我們也希望列入紀錄。另外藥師跟病人互動當中的資料應該分享給醫師，這件事情我們在設計 VPN 的時候，會特別留意，我們也希望醫師在診察這些病人時一定也要上 VPN 看藥師上傳的內容，對你診治病人不管是用藥、檢查各方面會有助益，

所以醫師跟藥師之間的溝通，就藉由 VPN 分享，這件事情也需要做到。好，大家還有沒有其他意見，請曾代表。

曾國憲代表

我提供一點我個人的經驗，上次討論之後，我就問我周邊合作的藥局，其實基層有很大的比例，大概有 10-15% 的病人，他是不到診所去看病，然後一樣到藥局去拿藥，甚至還要求藥師給藥，或私底下賣，這個在台灣還是存在，這一塊我們醫師完全碰不到，所以我就想說，干代表這一點可以去思考，台灣的人分很多種，願不願意衛教，或是願不願意到診所看病去解決問題，我想藥師願意來幫忙，我想應該可以補足腎臟醫學會和我們腎臟專科醫師想做的事情，謝謝。

主席

請干代表看一下討 3-4，這個包羅萬象裡面，有包括剛大家關心到的顯影劑，也有剛剛曾醫師講的他有沒有吃成藥、有沒有吃保健食品、有沒有服中草藥，這裡講的中草藥，當然就是有別於合格中醫師開的中藥，而是一般坊間自購的中草藥，是大家現在關心的，這些都在裡面，但是這些資訊應提供給醫師參考。好，其他大家有沒有意見。請干代表。

干文男代表

現況來講，幾位藥師有把醫師開的藥，有哪些問題說出來，好像在我認知裡面，沒有。而且所有的雲端藥歷，健保署這裡是拼命的做，而這個雲端藥歷，我曾經見過總統 3 次才完成，但是雲端藥歷真正在看病的時候，醫師看雲端藥歷的很少，現在藥師有時間看那個，如果真正做到剛這位代表講的，有事實，真的是人民之福，第一線就擋掉，以後就不會去再腎，醫師開的藥，藥師沒有照單全收，不管藥跟藥之間有衝突，如果有這樣的精神存在，那真的是全民之福，健保費也可以省很多錢出來，我要表達的是由我現在看的現況，把特別有印象的提出來，如果將來能夠做到這樣的那些人，我是不反對，能夠真正把守第一關。藥那麼多，有沒有衝突，醫師開的藥，藥師照單全收，有沒有衝突也不知道，最後就洗腎了，病人也倒楣，健保會付不了，對社會也是一種負擔，我是趁這個時間我也講了一些話，謝謝。

主席

請張醫師。

張孟源代表

根據宋教授剛剛所提有關回饋給醫師與藥師之間的溝通，我覺得這樣的溝通是非常重要的，但是是否是主席剛剛所提到一定要由 VPN 的管道等文書，我認為假如醫師藥師的合作，是否要有一個欄位，如果有打個電話去溝通的，這樣就好，讓文書量不要太多，也間接回應干代表如果有需要，可以打電話去給診所的醫師，或者與醫院的醫師打個電話，有個地方可以打勾表示已經有所溝通，這樣反而更可以表示醫藥可以更多的合作，我們感情的聯絡不一定要透過 VPN，除了書面以外還有語言可以使用。另外，我們跟中醫也要溝通，我剛剛一直再看今天的資料裡面，慢性腎衰竭與腎虛，而我一直在查「腎虛」是什麼意思？我也確實看不太懂，如果中醫也能與我們溝通，我覺得也可以合作，而不僅止於檢驗報告的溝通，也可以合作。我總是希望透過溝通來促進大家共同照顧病人，這很重要，謝謝。

主席

謝謝張代表，常代表有要回應嗎？

社團法人藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

干代表好，我覺得如果藥師給您這樣的感受實在覺得很抱歉，就一些大型醫院來說，藥師的工作是非常忙碌的，因此雲端藥歷有下載型的，先把病人之前的病歷下載下來，而背後比對的工作就是我們藥師的職責，第一為了要避免第一線醫師的看診，所以您看不到我們並非代表我們沒有努力去進行一些阻攔的工作，我們常常在醫師的決策系統之下，非當面，而是在背後默默地執行這些工作；而通常醫師如果有開出有問題的處方的時候，藥師不會去干擾醫師，而是我們會私底下打電話，最重要的工作是我們要让病人能夠信賴整體的醫療團隊，私下的溝通我們不會讓病人知道我們溝通了那些事情，我們是透過微調整的過程，所以這些部分，我想將來能讓干代表知道我們執行了那些工作。另外，醫療院所也都有藥物諮詢檯，也提供 24 小時藥物諮詢服務，這是基本的工作，至於社區藥局也盡量努力在服務社區民

眾，代表的意見我想我會帶回全聯會，未來能夠呈現藥師更積極正向的面象給全台灣的人民，能夠看到我們的付出，謝謝。

主席

謝謝，其實沒有錯，本署雲端藥歷的資料非常多，原本雲端藥歷是被動被醫師與藥師使用，而現在多了很多主動提示的功能，特別是藥品交互作用的部分，也主動提示的訊息，我們請科長幫大家說明一下。

醫審及藥材組許明慈科長

我們在去年開始，開發了西藥之間交互作用的提示功能，這功能是醫師在診間可以系統內將相關的處方傳進本署的系統內，本署會用系統內病人的用藥做比對，比對如果出現交互作用反應的話會及時反映到 HIS 系統，這個功能其實藥師也可以使用，今年更擴充到中西藥的交互作用；目前統計使用的院所大概 1,000 多家，本署也希望相關的學會、協會可以協助多加宣導，讓上開開發的功能能夠更廣泛被使用；另外再更早之前，本署也有重複用藥 API 提示，也歡迎大家多多使用，謝謝大家。

主席

對，這也是回應干代表的，用藥的部分是多管道的努力，本署 VPN 系統從過去被動查詢，到現在有主動提示，而且目前是西藥之間及中西藥之間都有提示，現在都陸續上線，目前正在推廣醫療院所能來使用，請在座的理事長也要幫忙向會員宣導，特別是透析的病人有這麼多共病的情形，特別要小心他們的用藥狀況；另外剛剛常代表也向干代表回應，藥師在幕後做了很多大家沒有看到的工作，他們也攔截了很多事情，當然如果我們從病人的角度，可能還沒有感受很深，因此大家都還有努力的空間。本案就先討論到這裡，請問還有沒有意見？請宋教授。

宋俊明代表

剛剛藥師公會的代表陳述，我比較想回應剛剛張醫師的意見，用電話溝通的方式對於與藥師溝通是影響相當大的，現在我們做的並非只是一個系統的指示或藥物交互作用，或是藥物 Lost 的問題，還要了

解目前跟病人有那些的互動，對病人狀況的了解，所以我比較不希望用電話，因為健保有 VPN，是紙上式的，要花時間去看，所以不管是在醫院或是診所，就是要有一個資訊傳遞的工作，我希望醫院可以把這些記錄下來，而非僅透過打電話，而是透過些資訊傳遞的方式，可以用 VPN 上面一些警示的作用，有一些提示，才不會加重藥師的負擔。

主席

謝謝，下面請顏醫師。

顏大翔代表

主席、干代表、大家好，我在台南開業，代表基層院所，也代表腎臟醫學會出席本會議，其實我參加這個會議已經很多年。說真的健保署非常的認真，但是我們透析的點值是很辛苦在做，所以在這個會裡面，除了為我們的總額捍衛外，其實署也花很多時間在減少洗腎的病人。像今天中醫的計畫，看起來做的也蠻順利的，藥師加入是去年提出來的，大家共同來做這件事是否有可能讓腎臟衰竭病人的盛行率可以降低？例如，如何從教育著手？所以如果干代表接下來會跟大家一起參加會議，會發現大家很認真在做，包括藥師也是被我們邀請進來，支付 200 點有點太少，大家都是一樣給付的額度，希望能夠做的更好，也期待的確能夠看到成效。另外以 VPN 即時查詢系統來講，以南區為例，我們重複用藥的比例越來越低，也是因為系統的提示，我是非常看好大家這麼努力，慢慢能有更好的成效，以上報告，謝謝。

主席

謝謝，付費者代表在本會議上扮演病人的角色，所以大家要多溝通。剛剛宋教授與張醫師都有提到口頭的溝通，常代表要不要稍微會應一下？

社團法人藥師公會全國聯合會常宏傳委員

剛剛有提到電話的溝通與資訊系統的溝通，這在各大醫療院所通常是併行的，端看危急性。如 ICU patient care 來講，我們可能會現場就衝到 ICU 去跟醫師當面溝通；但如果是一般的狀況可能就會選

擇電話溝通，門診的病人因為時間固定，多半利用下次病人回診之前，可以從醫師看診的電腦畫面去進行一些資訊上的溝通，所以是很多元的方式，依照病人目前用藥的危急性來選擇溝通的方式。至於兩位提醒，我們會再傳達下去，如果院所沒有這樣多元的溝通模式，盡量能夠開發出來，以達到醫療團隊與藥師之間互動能夠更加密切。在此也再向干代表說明，以加護病房的照顧來說，藥師的加入是病人與病人家屬絕對不會看到我們，我們是跟著整個照護團隊在巡病房以及後續的建議，也避免我們加護病房藥師與病人家屬直接接觸，除非有非要執行的用藥衛教，原則上我們是尊重醫師作為整個醫療團隊的代表，以上說明，謝謝。

主席

謝謝，剛剛常代表說的溝通有多元的方式，也麻煩告訴參與的藥師，基層團隊的溝通方式也要能多元進行，因為剛剛您舉例的是以醫院為例，說明團隊間與醫師的溝通，現在社區藥局與診所溝通的這個部分也可能要加強。感謝大家的建議，現在進入討論事項第四案。

討論事項第四案：有關於健保醫療資訊雲端查詢系統增修摘要區腎臟病人宜注意用藥提示文字並擴大提示範圍及新增「高風險腎臟病人用藥提示(API)」邏輯及提示內容案，提請討論。

主席

好，這是本署竭盡所能在雲端系統去做提示，特別針對高風險的慢性腎臟病病人，從 Stage 3A 到 5 的病人，這部分大家有沒有什麼意見？我們先請羅院長，下一位是張醫師。

羅永達代表

我想我們為了這一項已經努力很久，我們都期待提示訊息能夠趕快上線，但實施的過程我們希望能夠謹慎，腎臟醫學會當時為了文字的內容也是花了很多功夫，包括現在的文字「儘量避免使用...」，但現在 API 的提示內容就不是這個意思，有很多內容都是「應」注意等內容，我不曉得這還是屬於提示或提醒嗎？還是未來可能變成刪減或

是審查的依據，這可能要說清楚，因為剛剛也沒有詳細報告，我們前面的核檢率達到 45%，不清楚兩者之間是否有關？因為現在由腎臟內科看所有的疾病，跟由其他科別進行審查 NSAID 的用藥情形，事實上我所得到的，例如骨科、風濕免疫科，這些專科對 NSAID 的看法可能就與腎臟內科不同，目前審查的部分是由醫院協會，我也有在醫院協會進行審查的工作，每次看到相關的敘述，兩者之間有很多看法是不一致的，所以目前這還屬於提示方式嗎？還是會變成一種審查方式？有強迫性，如若這樣的話，要更嚴謹，需要經過醫院協會的同意之後，或者是經過其他科別的討論同意，否則不宜貿然用刪除的方式，作為審查的標準。另外，剛剛張醫師有提到顯影劑的部分，有很多東西也希望說清楚，例如軟膏、貼布、針劑等，未來規範施打幾天，這些算不算在這個規範之內，因為我們在文字敘述內也有提到這些，但好像沒有看到明確的規範，而 API 裡面的敘述要呈現 3 個月 Creatinine，在臨床如果出現在急診室或是病房，我開 5 天給他，假設是不連續性的，另外一位醫師也開藥 5 天給他，前後這 10 天沒有連續性，好像我們沒有更明確的規範，如果是的話，是否都要來我這邊做檢查，如果現在沒有開 Creatinine 的話，下面可以不可以開？這些很細節的東西中，我還是回到原來，如果當初是提醒，這些都不是問題；如果變成審查的時候，實際的運用就要變得很小心，我只是提出讓台灣腎臟醫學會去參考，希望能夠回應。

主席

謝謝，請張醫師。

張孟源代表

在討 4-5 頁有關提示方面，蠻佩服健保署的行政效率，當時我們確實在開會的時候將所有的敘述「儘量避免使用 NSAIDs 以及具腎毒性之顯影劑、抗生素、免疫抑制劑及抗腫瘤藥物等」，當時說因為文字太長希望簡化，後來我們經過一年的努力，終於把所有的敘述如討 4-5 頁全數納入，感謝健保署的努力。再來討 4-7 頁，討 4-5 與討 4-7 的提示其實是一樣的，就是剛剛羅代表所述卡在肌酸酐的檢查，其實

我們就是正面的提示，確知他有腎臟病儘量就不要使用這些有腎毒性的藥物，記得上次在開會時，我們除了正面的確定外，每位病人都要去驗肌酸酐也是個很大的困擾或在急診室，這會是個很大的困擾，當時我是提一個逆向回歸的概念，除了確定他是腎臟病不適合外，反過來說，如果個案不知道或是長期使用 NSAID 的病人，例如一年內使用超過 90 天，那會不會很奇怪，不管是貼布、藥膏或是口服，或是甲醫師開一個月，乙醫師開半個月，丙醫師開 15 天，這樣是否加起來也可做為逆向的回歸；我對未來是充滿信心跟期待，我希望健保署的系統可以做逆向回歸，不是每個病人都要測量肌酸酐，既然這個東西不好，如我們知道抽菸不好，儘量不要抽菸，而不是因為他會造成肺癌，所以不要抽菸，所以我們才希望假如 NSAID，我們還不知道肌酸酐值，但我們回歸去看他過去一年曾使用 NSAID 有 90 天，或是累計使用超過半年，我想理事長可能可以回答，我們是否可以回答一位正常人一年內，或是一位老人家一年內有半年在吃止痛藥，連續吃了好幾年，這樣腎臟會不會壞掉？所以說這件事情，健保署有這麼強的電腦系統，希望能夠做，這是當時我們提出的，但人微言輕，我是希望未來可不可能往這個方向，謝謝。

主席

謝謝，理事長這邊要先回應，後面請醫審與藥材組回應。

黃尚志代表

這如同剛剛羅院長提的，這是個提示就沒什麼問題，怕的是未來變成審查、阻擋、核刪、處罰或是比較的依據，問題才會出來，很麻煩。本來 NSAID 的開立不是僅止於腎臟科，很多專科的，尤其是我提的免疫風濕科，一位風濕性關節炎的病人控制關節的變形，必須要降低發炎的程度的話，可能要服用長期的 NSAID，像是這樣 RA 的病人久而久之因為藥物的作用，腎功能惡化，但是為了保存它的功能比維持腎功能要重要，所以這時候有個阻擋的機制，除非有轉圜開放的方法，否則治療是沒有什麼希望。因此，很多的狀況沒有絕對，但我們以提醒來說，有他自己的判斷。以我的看法，若以提醒來說可以試

行一段時間，再來看看實施會有些什麼正面的結果、負面有那些結果，什麼部分可以再 modify，如此會更加周全。謝謝。

主席

謝謝理事長，請醫審及藥材組說明。

醫審及藥材組許明慈科長

有關這次雲端 API 提示，如同命名一樣，其主要功能是提示，並非要來做刪減或是阻擋醫師開藥，這部分本署仍尊重醫師於診間開藥的醫療所需，另外補充這個提示，目前只有針對口服的 NSAIDs 用藥做資料的擷取，這部分有寫在討 4-9 頁，備註的第 2 點，請大家參閱，另外整個資料擷取的邏輯是以病人為中心，所以是跨院來擷取資料，至於剛剛張代表提到改以 NSAIDs 超過一定天數來做提示，您的建議我們有聽到，我們有記載在會議紀錄內，這會是下個階段努力的方向，不過當初在討論的過程中，針對累計一定天數這個條件還需要醫界給我們一些意見，在大家有共識之後，只有有明確的定義，我們都可以一起來努力。

張孟源代表

我補充一下，當時就是肌酸酐的條件不是只有同一個院所，是跨院所，甚至國健署的資料，也可以納入，這樣才能減少病人不斷的抽血，希望同一個人同一份資料，我也期待能有下一步，要能夠知道累計一個人一年吃了 180 天或是吃了 9 個月的 NSAIDs，我實在很不忍心，但這樣的資料一定有，這種資料如何找？如何去運用？反過來才是真的預防醫學的精神，不要等到腎臟功能都壞掉，才來提示說不要吃太多，那是不是都已經太晚了，謝謝。

主席

如薰科長。

醫審及藥材組張如薰科長

這邊跟大家報告一下討論第四案是 API 的提示，我們其實在下一案中會針對指標的部分做說明，剛剛有提到說這會不會列為後續審查的機制，其實我們目前主要是用回饋的方式，當然前面做用藥的提示

後，如果累計用藥超過 31 天以上，這是先前有與學會討論的範圍，超過 31 天以上這樣的資訊回饋給院所，由醫師去做一些改善的作為。也順便說明前面核減率 45% 的部分，也用這樣的指標進行篩異，一季中大概有 3,000 多件，因為後面我們進行精準審查，所以我們在 3,000 多件中我們只有抽查 292 件，其中經過核減的是 130 件，核減理由是專業醫師認為病人已經不適合長期使用 NSAIDs 用藥，所以有核減用量的部分，這是針對剛剛 45% 核減率的說明。

主席

請羅院長。

羅永達代表

主席，可能我對討論的文字比較敏感，在討 4-8 頁，審查意見是不是都這樣寫：「若需開立超過 14 天，請於病歷載明原因」，這就已經不是提示，這已經構成了審查要件，假設您告訴我使用 NSAIDs 應以短期使用(5 天)為原則，寫到這裡我會認為是提醒，但加上如果超過多少天要記錄在病歷上面，我就會認為這不是提示，而是未來審查的要件。因為你告訴我這個病人要小心，提示我最多不要超過 5 天，但如果寫說要記在病歷裡面，記在病歷內給誰看？我就會覺得後面是要給審查看，因此我認為這樣的文字敘述，希望能夠送醫院協會，讓我們在訓練審查醫師時，他們的意見是什麼？否則就單方面去想可能不是這個樣子，如果我是審查醫師，我就會覺得這是審查的標準，是否能做修正？

主席

文字要修正嗎？

醫審及藥材組許明慈科長

我們在今年 5 月 11 日會議邀請的學會除了台灣腎臟醫學會以外，還有醫院協會、醫師及藥師等公會，當時其實已經有就這個部分有討論過，但如果針對提示內容要調整的話，只要大家有共識，我們都可以配合修正。

主席

羅院長的意見是超過 7 天病歷要載明原因，還要有 3 到 6 個月的數值，於是醫師就得記載部分才能使用，但記載後做什麼用？若以後沒有記載會不會有核刪的問題？現在非文字本身的問題，而是後續行政作為、審查作為的部分。

羅永達代表

我還是建議因為審查仍是由醫院協會進行，是否行文給醫院協會，詢問有沒有意見？因為有時候代表沒有注意到這件事情，

主席

好，我們請科長先回應。

醫審及藥材組張如薰科長

有關代表提到這個部分，本案通過後，我們會行文給醫院協會與醫師公會作為後續的討論，作為訂定審查標準，也讓大家能夠依循。

主席

請宋教授。

宋俊明代表

我覆議羅院長，這些都應該寫「建議」，當初討論出來，中間應該有兩三個月的討論，我覺得羅院長講得非常好，應該要改。

主席

要修改文字嗎？

宋俊明代表

把敘述改成「建議」，如「建議用 5 天、建議要測 Creatinine 數值」等等。

主席

意即修正如討 4-3 頁，NSAIDs 以短期(5 天)使用為原則，超過 7 天建議載明原因等等，這樣的敘述方式，宋教授您希望的表達方式是否是如此？

宋俊明代表

對，等於是都用比照這樣的方式修改。

主席

要修改的話文字要如何斟酌?現在會議中討論可能會花很多時間。

羅永達代表

我建議，因為文字上，我認為「應以短期(5天)使用為原則，如果開立超過14天，建議載明原因」，就用這樣的敘述，後面應該要呈現多少?這些量化的數據，這些事實上都已經是量化的資料，我講他是什麼原因，後續就不會變成審查的標準。

主席

但目前的狀況是，我們有進行會前會的討論，各方的代表也都有參加，醫院協會、醫師公會也都有派代表參加。

羅永達代表

我們非否定我們醫院協會參與代表的努力，可能是因為文件很多，可能沒有注意到這點，因為我們反復參加很多類似的會議，我們很清楚理事長怎麼交代大家的注意事項，我們理事長一直請我們務必要表達這件事情。

主席

醫院協會也有謝院長參加，醫師公會也有現場的張孟源代表參加，而且還有藥師公会的代表參與。但可以知道大家對於目前文字呈現的內容還有意見，這個部分我們暫保留，會後我們再行文給醫師公會及醫院協會再做文字上的確認，再提到本會議討論通過後才實施。目前的狀況，會議上要決定文字如何修正是有困難達成共識的。

張孟源代表

完全同意主席的裁示，我說明一下，文字的部分是當時謝院長他們主要提出來的，還跑到白板上去陳述了很多原因與意見，所以請羅院長與謝院長先一起討論一下，我們醫師公會對於這一點並沒有多餘的著墨，我們當時討論的重點是一個個案累積超過180天使用或累積超過300天，要能夠給予提示，當時討論的重點是累積劑量，並沒有討論到要審查的部分，全聯會不會有這樣的意見。

主席

兩者考慮的方向不同，顯然羅院長想的更深入一些，他擔心後續有一些審查的動作，所以認為文字部分需要再多審酌一番。好，就照剛剛所講暫保留。

醫審及藥材組許明慈科長

主席請問一下，剛剛討論的有兩部分，有說明二是針對現行摘要區的部分，已經討論過的 2 次。

主席

討 4-2 頁「盡量避免使用 NSAIDs」是大家同意的，這裡先通過；後面討 4-5 頁有關高風險病人提示的部分，我們要審慎的請醫院協會及醫師公會全聯會提供意見，所以暫保留。接下來第五案。

討論事項第五案：有關修訂「透析前高風險腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常」個案管理指標定義案，提請討論。

醫審及藥材組張如薰科長

總結一下，本案與討論事項第四案是相關的，包括定義也是一樣的，差異在於前案是用藥前提醒，本案是累積到了一定天數時，本署才會提供回饋資訊，我們提到第五案是為了後續指標回饋管理上做定義的確認，以上。

主席

對於回饋後會進行立意抽審及後續的管控作業，也是剛剛很多代表表示意見的部分，但前一案與本案確有不同的概念，前面是開立一段時間要有後續處理，本案是 3 個月內累計 31 天開立 NSAIDs 藥物，本署將會資訊回饋，看院所有沒有改善，否則會透過立意抽審的方式進行管控，大家有沒有意見？請張醫師。

張孟源代表

我完全支持，是不是可以是 3 個月內累積超過幾天，可以再統計一項一個月內顯影劑累積使用幾次，是否也可以加入？

主席

可以具體陳述嗎？

張孟源代表

我是簡單提議，因為除了 NSAIDs 要管控，顯影劑不需要嗎？一個月內使用超過兩次或是一週內使用 3 次。

主席

這必須要具體一些。

張孟源代表

但現場有很多專家，我想提出一個建議讓大家來討論，一段文字要確認很需要大家一起集思廣益。我的意思是 NSAIDs 的總量要管制外，顯影劑是否也需要管制一下？因為這也很重要。

主席

我們請理事長。

黃尚志代表

我們希望所有的管制措施要以機率大的為主，否則太多的管制會沒完沒了，請問全國一個月內連續打 2 次顯影劑的機會大嗎？除了個案的生命受到威脅，我希望這裡不要偏離原來的重點，我想孟源如果一個月打兩次 Amphotericin，多點兩次眼藥水的都要列入管理，這樣管不完。要依據機率的大數法則來做，比較好一些。

主席

謝謝，主要本案是要提示高風險病人，若他有 3 個月內開立 NSAIDs 超過 31 天的情形，後面的抽審就是要確認這樣開要的狀況是必要的，各位代表還有沒有意見？林醫師請。

林元灝代表

我補充一點，醫療以兩害取其輕，醫師會為病人做最好的考量，所以建議不要限制幾次，醫師敢開該做就做，他一定會以病人的利益為最大的考量，後面有沒有後遺症，如果用規則來管理，反而限制醫療內的彈性與可用的工具，這樣很可惜。

主席

我們基本上尊重病人與醫師當下、還有危急時甚至複雜情況下的決定，這也不能用行政有太多的干預，張醫師還有建議？

張孟源代表

我剛剛的語言可能有點錯誤，我的意思是要提示，而非管制。但說真的，理事長跟您報告，我的朋友說為何要去那間醫院做兩次心導管？應該要來我們台中榮總做，我們的技術很好，可以一次解決。所以有時候也不方便說什麼，只是自己的親人現在正在洗腎，心理面滿肚子委屈，我的意思並非要管制，只是提示。

主席

好，張醫師是將心比心，只是今天心情不同，我們體諒一下。回歸本案最主要還是針對短期內 NSAIDs 用量多的個案，會列入回饋、立意抽審等監測方式，請問大家還有沒有其他建議？沒有，我們通過本案，下面討論事項第六案。

羅永達代表

這邊特別請問一下，外科常常使用的軟膏是否列入剛剛 NSAIDs 開立監控的範圍？

主席

現在沒有含藥膏，只有算口服藥，其他藥膏、貼布、軟膏、貼劑等等都沒有列入計算，請業務單位報告。

討論事項第六案：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」(下稱品保方案)附表之三，專業醫療服務品質指標(附件 1)，新增「C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率」、「HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」指標案，提請討論。

主席

請問 C 肝辦公室有要補充嗎？

衛生福利部國家消除 C 肝辦公室 吳慧敏

這邊補充 HCV RNA 應該不需要年年做檢查，也是透過這次指標的建立，諮詢多位專家針對檢查頻率的建議，專家認為配合醫院評鑑每 4 年做一次，所以 HCV RNA 也可以比照每 4 年做一次即可，所以公式有看到前 3 年，就是以今年算的前 3 年，未來也是朝向品保款上

傳資料為主，過渡期會涵蓋比較多的資料庫，所以公式會比較複雜，以上。

主席

腎臟醫學會與 C 肝辦公室有稍稍不同的意見，但目前審酌後先採用 C 肝辦公室的資料，這裡 RNA 的部分建議是 4 年做 1 次檢查，所以檢查率就是當年加上前三年。秘書長有要補充。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

主席、各位代表大家好，有關品保款我們剛剛建立不久的 HCV RNA 的資料還有登錄，在建立初期受到很多院所的質疑，檢查的頻率、檢查的次數跟申報的方式難以配合等種種困難，但要設計一個完美的系統符合每位使用者的需求也很難，因此我們就是先蒐集資料，如果有需求，我們能在本會議中討論，可以來檢討與修正，C 肝辦公室反而手上有比較多的資料，因此腎臟醫學會也同意先採用 C 肝辦公室的操作型定義來實施，一方面我們收集 HCV 品保資料到一定的程度後，一邊也檢討是否需要修正，以上。

主席

謝謝秘書長，本案我們有邀請台灣消化系醫學會劉振驊醫師到場，蠻麻煩給我們一些建議。

台灣消化系醫學會 劉振驊醫師

謝謝，因為我們的資料已經有 C 肝感染的患者測定，就不需要一直測。像我們現在最大的問題是血液透析病人再感染率的問題，因為現在有個好處，因為洗腎透析中心每個月都有抽血檢查，所以要能夠篩檢出急性早期的 C 型肝炎是很容易的事情，因為患者會突然肝指數飆高，所以臨床上可以在急性期監控到。但如果是在很穩定的病人，剛剛 C 肝辦公室蒲若芳教授他們用模組去推估，大概 4 年檢測 1 次，我們臺大醫院自己有統計資料，我們有前瞻性追蹤 16 年 374 位個案，定期每半年測 1 次 RNA 去監控再感染率，目前血液透析患者的感染率約為 0.23%，未透析的一般族群感染率是 0.16%，表示台灣腎臟科醫師照顧的非常好，統計結果非常振奮，表示腎臟科醫師非常努力，

將整個品管做的很好，我們也有去調查再感染的病人他們的傳染途徑，大部分也非來自洗腎室，是在外面發生的，所以這可能在後面仍有一些政策的討論，不在本次討論範圍內，以上這是我們臺大醫院聯合7家醫學中心調查的結果，目前還沒有發表，但已經在投稿中。所以如果以4年來說，以累計發生算起來大概1%，這樣可能的發生率大概合理，而治療成功後不要造成不必要的浪費，4-5年檢查一次是非常合理的方式，以上。

主席

很謝謝劉教授，上面的陳述對腎臟醫學會來講應該很中聽，因為洗腎室是否是一個感染的來源，但劉醫師研究團隊的結果顯示感染來源是在洗腎室外，後面還請劉醫師將結果發表。這個指標，剛剛劉教授也補充說明，4年做一次RNA檢查是合理。還有要補充嗎？

衛生福利部國家消除C肝辦公室 吳慧敏

因為我們有請高醫的余副校長他在線上。

高雄醫學大學 余明隆副校長

我想剛剛劉教授有提過，非常贊成4年做1次RNA檢測就足夠，這樣的指標我們實行一段時間後，可能到達無C洗腎時，未來這些指標便可以拿掉。

主席

好，剛剛余副校長所講的這段也請記下來，作為後來指標檢討時所用，不要讓指標數目不斷增加，一段時間我們需要監測，也要有退場的機制。本案經過專家的解釋，大家還有沒有意見？剛剛好像顏醫師有意見？

顏大翔代表

我想詢問一個實際的問題，4年做一次檢測，是以什麼作為標準？四年的起點是什麼時候？我們如果幫病人驗，可以申報健保嗎？謝謝。

主席

RNA的檢查可以申報健保。

顏大翔代表

因為我們每年都會幫洗腎病人做 C 肝抗體的檢測，篩檢病人是否有得到，如果有病人 C 肝抗體陽性，我們就會幫病人測 RNA，另外就是有治療過的，以治療過後最後一次 RNA 的時間當起點，我在問實際執行面的問題，因為每位病人的始點可能不同，因為這是一個蠻高的成本，各分區西醫基層 6 區的政策有不一定一樣，像我們南區同意洗腎室幫病人驗 RNA 他們同不同意?執行上必須要比較確定，免得到時候申報上有問題，執行上也產生困難，謝謝。

主席

各分區要有一致的作法，這請署本部業務單位再跟分區業務組做溝通。先謝謝顏醫師。另外剛剛提到起點的問題，請問 C 肝辦公室有沒有什麼建議?

衛生福利部國家消除 C 肝辦公室吳慧敏

因為目前已經可以在雲端藥歷 BC 肝專區上做查詢，大家可以透過上面的資料查詢這位個案最近一次 BC 肝檢驗檢查的結果，包括 RNA 檢查時間與結果，假設現在我們要算去年度的指標時，是否在 4 年區間有驗過，如果沒有的話，要再補驗即可。

主席

顏醫師就麻煩看我們的雲端藥歷，剛剛提案報 2-19 頁，有顯示目前雲端藥歷提示的內容。

醫審及藥材組詹淑存

我補充討 6-19 頁開始有 3 月 31 日起建置 BC 肝專區的內容，如果有跳出顯示表示要檢驗過 BC 肝，點進去可以查訊最近一次檢查紀錄、用藥紀錄等，也可以看到上次的檢驗時間。

主席

謝謝，麻煩顏代表再研究一下雲端藥歷的提示內容，其他大家還有沒有意見?沒有的話，本案先按照 C 肝辦的建議方式作統計，一段時間後再看看狀況，檢討指標是否需要繼續存在。到這裡今天所有的討論案就討論完畢，非常感謝大家，請問有沒有臨時動議?

(張孟源代表反映停車問題，業務單位已協助解決)

臨時提案：有關「基層透析門診無法參與西醫基層品質保證保留款計畫」案。

鄭集鴻代表

前次半年前會議有討論到品質保留款的問題，上次好像有爭議但沒有結論，我現在不是站在基層立場，我是認為這個問題需要明確的處理，但目前全聯會那邊會議決議不給基層門診有做的院所參與品質保證保留款，我個人認為這是比較不符合公平正義，而且好像也沒有任何法規規定這樣是可以的，這樣似乎變相懲罰願意做 CKD 照護的院所就給他一個懲罰，這樣我覺得也不太好，我建議署方是否有明確的法規拿出來討論，該怎麼做就怎麼做。

主席

好，謝謝。我們錄案下來，好像全聯會這邊仍有些意見，所以我們下次就當討論案辦理？

鄭集鴻代表

我是希望依法辦理。

主席

謝謝，今天會議到此，感謝各位代表參加，也感謝視訊的代表全程參與。

散會：下午 5 時 30 分。