

# 全民健康保險醫療給付費用門診透析預算

## 109 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄

時間：109 年 12 月 2 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：

朱代表益宏	鄒繼群代	黃代表尚志	黃尚志
吳代表科屏	吳科屏	黃代表明和	黃明和
吳代表麥斯	請假	楊代表五常	請假
宋代表俊明	請假	楊代表孟儒	楊孟儒
李代表妮真	李妮真	廖代表秋鐳	廖秋鐳
洪代表冠予	洪冠予	趙代表銘圓	趙銘圓
張代表克士	王斯弘代	蔡代表宗昌	蔡宗昌
張代表孟源	張孟源	鄭代表建信	鄭建信
張代表晏晏	張晏晏	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	顏代表大翔	顏大翔
郭代表咏臻	孟令妤代	羅代表永達	羅永達
曾代表志龍	請假		

列席單位及人員：

衛生福利部	白其怡、黃泰平
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、陳淑美
台灣醫院協會	林佩菽、曹祐豪、何宛青、 周貝珊、許雅淇、顏正婷
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕

台灣腎臟醫學會	林元灝、張哲銘、林慧美、張靜宜
基層透析協會	曾庭俞
秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	李文欽
社團法人中華民國藥師公會	常宏傳、蘇慧真
全國聯合會	
秀傳醫療社團法人彰濱秀傳醫院	林文欽
本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、蔡翠珍、楊秀文、陳依婕、鄭正義、楊淑美
	詹淑存
本署醫審及藥材組	請假
本署資訊組	
本署企劃組	馬炳義、李碩展
本署違規查處室	陳怡蒨
本署臺北業務組	陳懿娟、洪毓婷
本署北區業務組	張佩萱
本署中區業務組	張凱瑛、戴婷豫
本署南區業務組	程慶惠
本署高屏業務組	葉美伶
本署東區業務組	江春桂

## 壹、主席致詞(略)

## 貳、報告事項

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算及實際收入占率比較。

決定：門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式係依據全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則辦理，若有建議，請提案至衛生福利部全民健康保險會

討論。

## 第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」。

決定：

- 一、本計畫業於 109 年 11 月 18 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 109 年第 4 次研商議事會議修訂通過。
- 二、同意比照醫院、西醫基層、中醫及牙醫部門申復規定，增修計畫第九點規定「...案經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度本計畫預算支應，若次年度無本計畫預算，則自當時結算之當季透析預算支應。」

## 參、討論事項

### 第一案

提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」及「全自動腹膜透析機相關費用」修訂案。

決議：

- 一、通過「腹膜透析追蹤處置費」及「全自動腹膜透析機相關費用」修訂案，修正重點如下：
  - (一)全自動腹膜透析機相關費用(58028C)支付標準修訂為按日支付，支付點數 67 點，並修訂支付規範。
  - (二)修訂腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)之支付規範，並新增「病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報」、「申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉

住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載」之規定。

(三)住院案件(醫事類別 22)申報以醫院總額一般服務支應，門診透析案件(醫事類別 15)申報，以透析預算支應。

二、因本次修訂涉醫院總額一般服務支出，本署將依程序提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，並函請台灣醫院協會表示意見。

## 第二案

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。

決議：

一、同意急性腎臟病(Acute Kidney Disease, AKD)病人納入收案，並新增 AKD 結案照護獎勵費及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)轉診獎勵費，支付標準如下：

診療項目	支付點數(點)	備註
AKD 病人衛教照顧費	600	
AKD 病人結案照顧獎勵費	1,500	依 90 日照顧後腎功能恢復情形區分 4 等級給予不同獎勵。
	1,000	
	500	
	1,500	脫離透析 30 日以上。
末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 轉診獎勵費	200	1. 跨院需填寫轉診單並提供患者腎臟功能相關資料予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。 2. 鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加 Pre-ESRD 計畫同院所的腎臟科互轉。

二、同意藥師參與本計畫之照顧團隊：

- (一) 支付標準比照衛教護理師及營養師，新增支付標準如下：

診療項目	支付點數(點)
新收案藥事照顧費	200
藥事照顧定期追蹤費	200
年度藥事評估費	200

- (二) 參與藥師應領有下列公、學會辦理之任一慢性腎臟病照護相關訓練證明：

1. 由台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、中華民國藥師公會全聯會與台灣腎臟醫學會共同舉辦之「慢性腎臟病整體照護訓練班」。
2. 中華民國藥師公會全聯會與台灣腎臟醫學會合辦之「慢性腎臟病藥事照護訓練班」。

三、同意 Pre-ESRD 個案申報格式(基本資料)增加「收案日期」欄位。

四、本案藥事照護指標及 AKD 衛教內容(含表格及文字內容)請台灣腎臟醫學會參採與會代表意見修訂，於 109 年 12 月底前函送本署，俾下次會議討論。

五、本計畫預定於明(110)年 7 月起實施，請台灣腎臟醫學會轉知會員預作準備。

肆、與會人員發言實錄如附件。

伍、散會：下午 4 時 45 分。

# 全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議 109 年第 1 次臨時會-與會人員發言實錄

## 主席

各位委員人數已經過半，現在會議正式開始，今天是今年第 1 次臨時會議，因為上一次沒有討論完的部分需要再花一點時間，所以今天也沒有之前會議追蹤事項。今天有報告事項 2 案及討論事項 2 案，現在進入報告事項第一案。

## 壹、報告事項

報告事項第一案：門診透析預算及實際收入占率比較。

## 主席

記得這是秋燭最常發問的一題，如果就表 2 來看，過去預算占率在醫院的部門曾經有一度預算占率大於實際收入，所以醫院總額會認為多撥出一些預算，可是現在已經反轉，在 108 年已經報告過，去年醫院便少撥出 0.06%，相當於 2 仟 4 百萬。透析預算在醫院及西醫基層分配方式，是以協商當年第 1 季的占率來做預算分配，今年很特別，今年的上半年占率的誤差率，已經達到 0.58%，相當於 2.35 億，但是又變成預算醫院部門提撥比較多，實際收入比較少，確實有此問題存在。大家都曾多次探討，希望準一些，這幾年的觀察誤差也都不大，今年第 1 季可能不能成為常態，因為受到 COVID-19 的影響，一般透析病人比較不願到醫院去，而轉到診所就醫。透析不會因為 COVID-19 而減少就醫，只會轉換治療的地點，所以大概今年的上半年確實有點失準，這個失準是醫院多付，大家討論的應該是 110 年，110 年要用 109 年的比較失準的比例？還是要用 108 年？理論上我們原來的規則按照協商當年的第 1 季，所以這一題就提請大家討論，好，有沒有什麼問題？

## 廖秋燭代表

我上次問的是占率的問題，都會算，我的意思是說是不是疫情的影

響？病人轉到基層去比較高，因為我不知道是不是因為此因素？事實上疫情從今年 1 月以後已經有這樣子的經驗，現在已經 12 月了，不曉得今年冬天又來了？根本不清楚，要提醒的，既然環境在改變，因為 110 年已經固定就不可能再改變，可能在下一次下一年協商的時候，考慮這些經驗，因為上半年真的移轉很多預算，就跟前幾年比較，差距又拉大，才會特別提出來討論。

**主席**

所以現在提前討論，因為如果規則不變，就是協商當年的第 1 季的占率，做為次年兩邊撥補的預算占率。

**廖秋燭代表**

我知道你的協商是指 91 年、92 年。

**主席**

協商當年的第 1 季就是今年的第 1 季。

**廖秋燭代表**

沒有，你去看預算到結算，一定是去年的 1、2、3、4 季乘上成長率，下一年的預算，總額整年度出來之後再依照 4 季前 3 年的申報點數去做分配，所以我從說明 1 怎麼樣都讀不出來，每 1 季結算報表裡，從預算到結算都不是，你可以去把數字拿出來，我研究好幾年都把它拿出來看。

**主席**

總額科說明一下，現在怎麼算？

**醫務管理組 劉林義專門委員**

假如醫院跟基層的占率照說明一畫底線處，醫院跟西醫基層用協商當年的第 1 季，以今年協商 110 年總額用 109 年的第 1 季，在上面表 1 的最後 1 行，醫院占 53.83%，基層占 46.17%，醫院跟基層照這樣算，剛剛講的是各季的占率，分下來之後再用各季去分。

**主席**

各季歸各季，上一次已經討論過。

**廖秋燭代表**

我知道，但在計算下一年預算時，都是用前一年的預算去乘以成長率，所以等於前一年預算一直累計，有去改變當年度費用點數占率。

**主席**

總預算的協商不管是來自醫院或西醫基層，本來就是總預算的協商，協商完了之後那個總額因為是從醫院跟基層拿出來的，所以要各別拿多少比例？

**廖秋燭代表**

對，我知道，我是說對於那句話「依協商當年第 1 季」，沒關係，不要在這裡討論，我可以會後討論。

**主席**

等一下，現在沒有什麼事後討論，就是依照表 1，110 年預算用 53.83%跟 46.17%，就是明年醫院總額跟基層總額各別拿出來的比例，有沒有問題，好，請羅院長？

**羅永達代表**

因為今年的協商 110 年還沒公告，目前是 3.1%跟 3.7%兩案併陳，我知道當時確定後就按照當時協商結果再依照上述所講的分配，因為先前署裡面提供我們資料有一個趨勢，這個趨勢到 108 年時是準的，但是 109 年時確實有可能會交叉，加上疫情的關係，兩個因素都全部加起來。現在問題是這樣子，這次疫情裡面我們也去了解，事實上有些病人的確跑到基層去就醫，從第 3、4 季裡面的確有回流的情形，在我們看到的局部當中，所以我們以前早期用第 1 季結算是因為比較好計算，7、8 月我們要協商之前，我們得到的數字比較容易結算，跟消費者代表講一個比較確切的數字，可是根據我們的經驗，用 1、2 季比較第 1 季來的比較接近事實，用全年的話情形又不太一樣，這是我們多年來的一個經驗，所以這就很難了，我們始終一開始的時候都是用第 1 季的預算數，事實上醫院覺得我們是吃虧的，但是隨著趨勢裡面這種情形是越來越少，這我們也知道，我們現在希望是這樣，在 110 年的時候，不管後來部長

裁決是 3.1%或 3.7%，我們希望用 108 年的，因為用 108 年 109 年都失準，而且他是兩個不同的因素同時加在一起，所以我覺得應該用 108 年當時的百分比我們再重新算這樣子。

**主席**

現在就是要討論，您的建議就是要用 108 年第 1 季的占率？

**醫務管理組 劉林義專門委員**

110 年應該已經定案了，這是健保會的權責。

**羅永達代表**

今天討論的意思是？

**主席**

等一下，我們看規則是在什麼地方規範？若寫在健保會協商文字內，現在要修改是比較困難。請張醫師。

**張孟源代表**

主席、各位委員午安，聽到醫院 2 位代表的表達，是相當的有趣，我也很尊重，因為本案已經討論很多年，主席也應該都非常清楚。這種的校正，我們也是希望本著預算公平的原則來分配，其實我們可以看到 109 年跟 110 年的，剛剛羅院長講的非常的中肯也很誠實，假如用今年的第 1 季來粗估明年的話，因為今年第 1 季醫院的病人減少，第 2 季病人就回流了，所以第 1 季醫院的占率會比較小，醫院的占率會比較小假如用這個公式在次 1 年的時候，預算又減少了，事實上，截長補短，移撥來移撥去，我也知道用今年第 1 季醫院減少來計算 2 年後，其實對我們是不利，因為疫情今年第 1 季減少，用這個公式將來來計算下一年，對我們是吃虧的，但是我們真的不會去計較這個，說實在基層比較笨拙，事實上我們怎麼增長，占率即便高一點，在國發會提出成長率最低值及最高值間，都是在最低值徘徊，基層的占率多一點，我們這 10 幾年來都抱著希望對醫院好一點，又沒有具體的吃虧，雖然多分配一點也沒有關係。另外，其實腹膜透析都在醫院，腹膜透析的預算，大家都可以看的出來是 1 點 1 元，所以說用點值來計算，跟醫院領到的

錢又不一樣。

**主席**

所以有個實際收入，讓大家參考一下。

**張孟源代表**

對，事實上這個公式也很佩服健保署，這 10 多年來的努力，已經用了一個接近公平的公式，主席的裁示我覺得很贊成，這個已經討論了幾 10 年，不要因為疫情又拿出來反復討論，占用大家的時間。贊成用原來的公式建立制度，才是可長可久的。說真的，只要醫院有真的吃虧，可以再討論，事實上沒有吃虧啊！以上報告，謝謝。

**主席**

本案每年都在討論，過去有段時間是有些微的吃虧，算一算有上億，醫院部門也在意，可是現在反轉，108 年就反轉了，即便反轉也還不到 1 億。但不管怎麼樣分配，現行的方法誤差都小於 1%，當然精益求精，盡量讓大家不吃虧，我現在請健保會說明一下，「依協商當年第 1 季醫院跟基層占率分配」是寫在那裡？

**全民健康保險會 陳燕鈴組長**

110 年度總額是醫界及付費者方案兩案併陳，文字部分都一樣，均用協商當年第 1 季醫院跟西醫基層的費用點數占率去分配，健保會在協商試算成長率時是用健保署提供第 1 季的結果去算的。目前方案已經送到衛福部，只是還沒核定。

**主席**

第 1 季的方案(分配占率)是 53.83%跟 46.17%。

**全民健康保險會 陳燕鈴組長**

對，就是健保署提供的占率。

**主席**

已經報部，除非部核下來因 COVID-19 有所改變，否則還是用 109 年第 1 季的 53.83%跟 46.17%做兩部門的預算分配。今天大家的討論有兩種說法，一是已經建立制度，是不是照原來的制度，另一種如羅院長講的，109 年因 COVID-19 的關係，53.83%跟 46.17%有一點失真，所以可不可以用 108 年的 54.60%跟 45.40%？是嗎？

### **羅永達代表**

因為他們已經報部了，我了解，因為報部以後補件說明，因為到時候部長說還沒有核下來，因為這個東西有這樣的影響請部長多一個考量，部長如果最後裁決還是按照原來的。

### **主席**

可是羅院長你可能要注意一下，如果用 108 年醫院總額，醫院部門需要提撥出來的預算是比較高的。因為過去的討論是因為拿的太多，你要用 108 年的話就表示提撥的預算會更多；另外，因為醫院占率長期觀察有是下降趨勢，若回復 108 年的情形提撥預算會比現行方案更多，理論上，109 年比 108 年的占率有更下降的情形，110 年可能還會再下降。

### **羅永達代表**

說實在本案應該要在之前討論，今天討論的，包括協商裁定的數字、內容跟方式，目前本案已經按照之前的方式計算並已經送至衛福部，我們很清楚是按照之前的方式，以上。

### **主席**

所以不堅持，因為你的堅持會讓醫院提撥更多。請張醫師。

### **張孟源代表**

其實羅院長，用 108 年你們會吃虧，還要用 108 年?回去會吵架，我們也不想占這個便宜。我們希望像主席講的建立制度，不要每年都這樣反復討論，事實上，用 109 年今年第 1 季占率西醫基層是吃虧，說真的我們是沒有關係，只要合理，大家歡喜甘願，醫院跟基層不是要共同共好嗎？希望維持一個大原則，每年在那邊討論來討論去，謝謝。

### **主席**

因為這個表如果沒有真正搞清楚的人會看成相反，有時候是誤會。

### **羅永達代表**

我沒看錯，百分比本來就低提撥的就較少，一開始我就知道。

### **主席**

因為 COVID-19 疫情在第 3 季就慢慢正常，特別透析的病人可能也慢慢回歸，真的有影響的可能在第 1 季及第 2 季，會有些微誤差。

因為目前的數據只有今年上半年，下半年也還沒有完全出來，所以占率目前誤差可能稍微大一點，但是誤差大要看下半年的情況。本案在會議做確認，大家還有沒有不同意見？如果沒有的話，羅院長不堅持的話，還是照原來的方式。

**羅永達代表**

其實我本來的意思我剛剛有提到第 1 季可能接近事實，因為我們去查過。

**主席**

可是因為我們協商的時候可能數字只有第 1 季出來。

**羅永達代表**

對，其實也可以用之前的數字裡面當一個參考，一個參數的概念而已。

**主席**

不是，最主要是希望拿到最即時、最新的資料，而且透析服務比較不受季節的影響，所以這是最接進的數據；誤差在 0.28%、0.36%。

**羅永達代表**

上次的趨勢一直趨向 2 億，因為百分比一改過來的時候，到 2 億 1 千萬時會直接往下掉，這個趨勢之前我們就知道，只是希望有些東西能夠趨於貼近實際的數字，所以我們本來想說能不能用再加上前 1 季(去年第 4 季及今年第一季)，或其他的方式，不過像剛剛主席有講到，實際上真正拿到 frash 的數據，可是 frash 並沒有代表最新的數字就是公平的數字，我只是要表達這件事情。

**主席**

如何算才是公平的？那一季是比較公平？

**羅永達代表**

比較趨向於全年平均，由那一季算起來會是全年平均數，我們都認為越到後面越趨近。

**主席**

如果要全年平均就必需用協商前一年的全年。

**羅永達代表**

我本來的意思是這樣，但目前對本案而言又是另外一個 issue。

## 主席

如果要去討論，請在下一次會議要先討論，不要到協商時才去改變，不要等到協商完都寫入次年的預算案，然後現在要 confirm 後面。如果代表們還是覺得要改變，明年就要提前提出來，好不好？本案是不是按照規則？可以嗎？還有沒有其他不同意見？如果沒有的話，就是按照「協商當年第 1 季」，也就是表 1 的最後 1 行，109 年第 1 季醫院跟西醫基層的占率做為 110 年兩個總額部門各別提撥預算的比例，有沒有問題？沒有問題，本案確定，接下來第二案。

報告事項第二案：修訂「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」。

## 主席

簡單而言，腎臟病照護及病人衛教計畫在 109 年的預算是 4.27 億，其中內含品保款 4,500 萬，本案要提的，若品保款有一些爭議，因為結算之後有些院所認為計算有問題，或者資料有問題，而提請申復，申復後如果確定，核發的誤差需要再補付，補付的預算來源？補付預算來自於 4.27 億去勻支，有多少勻支多少？因為其他總額品保款爭議都由品保款內勻支，所以建議透析總額的品保款比照辦理。有無申復是不一定的，申復後的補付金額也沒有人知道，這些金額就由透析次年的品保款來支應，因為當年已結算，4,500 萬已經撥付，如果有申復需要補付的情況，就用次年的品保款來支應，這是比照其他總額，沒有什麼對與不對，只是規則一致而已，有沒有意見？好，顏醫師。

## 顏大翔代表

這邊修正的最後不是寫品保款，是當季透析預算支應。

## 主席

沒有，第 1 個是從次年的本計畫的預算支應，如果次年沒有本計畫預算才由當年的透析預算支應，所以次年沒有本計畫預算，表示沒有編列 4,500 萬預算，但機率目前應等於 0，但還是列入計畫內容備用？應該 OK 吧！也就是說其他 Early-CKD、Pre-ESRD，有

很多的重要的預算，不要為了小事情去稀釋點值，在品保款申復用品保款的預算，有沒有意見？若無意見就確定通過，下一案。

## 貳、討論事項

討論事項第一案：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」及「全自動腹膜透析機相關費用」修訂案。

### 主席

理論上，門診跟住院不重複申報為原則，如果講清楚問題則比較小，現在最主要的是同院應該比較容易執行，腹膜透析在 A 醫院，住院也在 A 醫院，這兩者日數不重複、兩者費用不重複，這是容易的；現在大概有 7% 的病人腹膜透析在 A 醫院，但住院卻到 B 醫院，此時 A 醫院腹膜透析不知道個案去 B 醫院住院，就容易報錯，或是報的天數不夠精確，所以才會增加討 1-3 的文字；如果腹膜透析的病人有住院，住院的醫院要聯繫原來的腹膜透析的醫院，有 93% 是同院要內部聯繫，另外 7% 是不同醫院，要如何讓兩邊醫院申報比較正確，就是全部都改成按日去拆分，精神是這樣，大家有沒有意見？

### 廖秋燭代表

想請問，因為上一次在查的時候，追蹤處置費跟 APD 的費用成數，我們會去核對，發現成數不同就請醫院說明，照理說署的說法兩個成數應該都是相同，用這樣來做檢核！但是現在改成按日的話，APD 就更簡單了，是每天計，沒有成數的問題，看使用天數，可是追蹤處置費還是維持用成數申報，沒有改成日？我電腦上要檢核反而更困難，因為一種是按月再用成數去算，如何把這個月的處置費換成 APD 是不是就是幾天？這個對我來講是更困難，對署方來講不會更困難嗎？

### 主席

可是，因為有些人有帶機器去住院，有些人沒有，所以成數不會全

部都一樣，有帶機器去住院的，處置費還是會等比例去分，就是一定比例分，但機器費用還是由腹膜透析的門診部門來申報，所以這兩項目不會一樣；所以您剛剛 argue 是，一者是按月拆比例，一個者按日，會不會更多麻煩？但確實有些情會不一樣。

**廖秋燭代表**

因為之前就是兩者成數不同，又要叫我們說明，以後要如何處理。

**主席**

所以要修改。

**廖秋燭代表**

檢核如何才能兩者配在一起？

**主席**

現在修訂後就不要配在一起。

**廖秋燭代表**

不要配在一起沒關係嗎？

**主席**

兩者不會一樣。先前配在一起檢核是假設兩者都 match，但實際的情境誤差很大，這是為何來申復後不予追扣、不予核扣的原因，因為申復理由的合理；但若機器帶去住院，照樣可以申報機器的月租費用，確實是經過核扣說明之後，才發現實際情況有些是不一樣的。請羅院長。

**羅永達代表**

因為總額各有不同，在我們透析的委員會裡決定醫院總額要增加或減少金額，這似乎有點奇怪，因為不能要醫院總額要增加支出，並沒有經過他們同意的；如果要協商，在協商之前就要知道，或者是假設天通過，不知道什麼時候開始實施？假設是馬上實施的話，醫院總額到時候搞不清楚狀況，我覺得這是不合理的！除非協商的時候就把他列出來，醫院要增加多少的費用支出，因為跨總額的部分不應是由本會議決定，我們決定門診透析的總額分配，然後醫院總額要增減多少預算，這不太合理，因此我覺得本案後續在法律

的程序上面要做處理，以上。

### 主席

羅院長的說法，我們參考一下，意即透析總額歸門診透析總額，所以門診發生的透析費用會用門診透析部門預算支應，現在的情形是，病人本來確實是在門診的腹膜透析，現在去住院，在醫院接受醫療服務，也包括腹膜透析，因為病人已經去住院去接受醫療服務，在總額劃分上，住院時不論服務內容，務費用申報都歸在醫院總額內，確實這是 fundamental 的總額架構；而腹膜透析的病人現在去住院的比例，有一定的 base，而且還蠻高的，只是這個 margin 的追蹤處置費，以前不清楚由誰申報，現在弄清楚，但這是非常 margin 的，不是主要的，主要服務還是當次住院的醫療支出由醫院部門支出。

### 羅永達代表

我了解，但因為支付規定的不同應該要先知會，我跟在座的幾位代表都不是醫院總額的代表，而且大部分都不是，當支付規定改變時，不管基於什麼理由，理論上都應該讓醫院總額知道而且同意，否則協商的基本定義，協商好要做的就按照原來的支付規定辦理，但改變支付規定時，有影響到其他總額時，理論上應該要經過一定程序，讓醫院總額知道或是費協會同意，不應該片面因為腎臟醫學會提出某些覺得比較合理的方案，基於申報的方便性跟合理性，就改變現行支付規定，本會議不應該有這樣的權力，以上，謝謝。

### 主席

本會議也有醫院的代表，當然是代表透析。這次是要修改支付規範，支付規範理論上就是支付標準的內容，還是要經過共擬會議同意。

### 羅永達代表

除此之外，應該在總額會議裡要周知代表，未來會修改，或者甚至到更高層次，讓健保會知道說兩者支付規範不一樣的情況下，醫院總額將來會增加這筆預算，這是很基本的，也許在座消費者代表認

為，基於合理性我們願意多出一千多萬給醫院總額，也有可能。

**主席**

很好的，說不定也有可能從透析預算撥一些到醫院總額。

**羅永達代表**

這是另一回事。

**主席**

沒有一成不變的，因為預算是競爭的。

**羅永達代表**

我想表達對醫院總額，在座各位沒有人可以代表醫院總額，我也沒有被授權，在這種情況下，在會議裡面決定醫院部門預算要增加，透析的要減少，這是很不好的。

**主席**

你的建議是？

**羅代表永達**

我建議本案一者要延後，否則應該要提到像醫院總額的委員會，或者行文給醫院協會也可以，至少本案若醫院協會承辦醫院總額(包括審查)，如果醫院協會也同意，我想本案可以繼續，否則可能要延後，或者甚至要報到健保會由更高的層次決定，不應該在本會議裡去決定，這是我的看法。

**主席**

好，謝謝，還有沒有意見？

**台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

主席，腎臟醫學會代表，本案我們只討論 1 次，已經提出至少 2 次，目前 PD 機器的廠商有兩家，但其實其中一家占率一直減少，剩(廠商)百特最多，其實這個案件我們也跟廠商反復討論過幾次，包括兩個星期前的會議完，知道健保署有意要改成按日計費，其實這星期就跟他們公司討論了兩次，健保署所提出的這個理論我們很難駁回，就是按日有服務有付費，這個原則很難駁回，所以雖然醫療服務的人都覺得按月比較簡單、直接，但是我們很難去駁回健

保署提出的按日，有服務、有付費的原則去爭議，我們沒有辦法去反駁，廠商也覺得說如果要這樣改的話，也按照規則去做。當然今天很感謝健保署提出這麼長的分析跟服務，有修改相當多的處置費的支付規範，精隨已經夠完整，我覺得廠商應該是，也不是說多麼高興，因為還增加了有一點麻煩，那我也提醒他們說，以後如果真的按日的話，你要跟各個提供腹膜透析的廠商、醫院去提醒規則有改變，病人住院時申報一定要注意，編碼問題或申報是申報是否正確，來減少後續的麻煩。當然，有關於羅院長剛剛所提的，應該由什麼層級來決定、怎麼裁決，基本上精神，我覺得羅院長說他也贊成，其實我們也覺得這是對的！當然會增加很多事情，但是對的！以上。

### **主席**

件數沒有很多，通常 93%都是同院，其實在門診腹膜透析，病人就在同個醫院住院，申報單位應該很容易在內部取得清楚的資訊，有少部分是跨院的，就是小心跨院的部分，要互相通知。既然透析機器廠商只有百特 1 家，整合配送提供機器，所以廠商應該很清楚，不管病人在醫院或居家進行腹膜透析；所以，確實如秘書長所說的，多協調就比較容易，謝謝支持。羅院長的問題以外，還有沒有其他問題、意見？

### **張孟源代表**

主席、各位委員大家好，關於支付標準的調整，目前有醫院總額的研商會議、西醫基層總額的研商會議，但是個人的淺見，如果透析在其他的總額當中，門診透析預算研商會議算是比較專門針對洗腎、尿毒的相關問題的討論，以西醫基層總額研商會議為例，有很多牽涉到基層的議題也是不可能把所有的基層研商會議的代表都來集中這裡開會，所以全聯會只有派我一人當作代表。我們原則上尊重專家的建議，因為行政程序的話，從研商會議以後，剛剛主席提到的是共擬會議，而共擬會議也是經過第二層的把關！支付標準的調整可能由各方面發動，在我們全聯會發動的也有、基層總額

研商會議發動的也有，甚至也有健保署直接發動的，也沒有跟我們討論就直接發動！但原則上我們還是以事情的大小、預算影響的大小，假如說沒有很重大性，像本案就已經討論過兩次，我是覺得說，明天還要開另一個臨時會，天天來健保署開會真的很累，同一案討論又討論，希望大家能夠在沒有重大的影響下，秉持善意，順利地通過！以上，謝謝。

### **主席**

因為歲末，有很多事項要先準備好，所以比較忙碌一點，真的謝謝大家，也因為大家很積極的提出一些新方案、新構想，都需要重新構想、重新考慮，所以花的比較長時間。本案現在的處理，因為涉及是腹膜透析，當然要在本會議討論，看起來大家是支持的，非常感謝；但在技術上有兩點，一是直接調整支付標準的文字及金額，按月修改為按日，當然要依照程序提到共擬會議，共擬會議是各總額代表都在，當然會把財務的評估說明，醫院總額的代表也會知道，但因為明年的總額也談完，支付標準的改變未來是會影響多少要有實證的數據！可以蒐集一年，如果將來要提到下次協商討論，就可以有實際具體的數據，而且我們共擬會議最近也都陸續的召開，也都是臨時會；另外，羅院長的意見，今天通過後要不要先行文給醫院協會，再提到共擬會議，這可以雙管齊下，其實我們提到共擬會議上，醫院協會也會知道，但如果本署特別行文給醫院協會本案可能涉醫院總額的部分，若有意見便可以在共擬會議上面提出，是不是這樣也比較周延一點？來，請。

### **羅永達代表**

明天就要召開臨時會。

### **主席**

下禮拜還有一次，明天是特別召開的。

### **羅永達代表**

因為醫院協會內還有一個健保委員會，是我們醫院協會自己的，有關議程，我原本想說如果明天現在提出來，我們連討論的機會都沒

有，如果是 12 月 11 日的話，醫院協會也要召開一個緊急會議，需要給我們一點時間在內部要形成共識，因為說實話，這些問題，有層級的問題，又有其他的問題，對我們來講是比較複雜的，當然這個事關以病人為中心，我個人並不反對，但是還是要依照程序，所以我們還是建議如剛剛主席裁定的兩件事情，署裡面的行政流程繼續走，同時行文給我們醫院協會，我們會緊急召開一個會議，對這件事情做出決定，我想如果明天不提出來，下個禮拜提出來的時候，至少到時候會有一些相對的措施，我想這樣比較周延。

### 主席

好，謝謝羅院長。今天會議結束後，先行文給醫院協會，不用等會議紀錄確定，因為要讓他們有時間討論！然後本署按照程序提下次共擬會議，在 12 月中旬的共擬會議，還有沒有其他的意見？如果沒有，我們這個案子就通過了，接下來第二案。

討論事項第二案：「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

第二案宣讀之前，本案是台灣腎臟醫學會提出的，重點 1 是把 AKI 放到 Pre-ESRD，重點 2 希望在 Pre-ESRD program 增加藥師的服務，這兩大主軸，在宣讀會議議程前，理事長想要跟大家說明一下，就先請理事長。

### 黃尚志代表

主席、各位委員大家午安，Pre-ESRD 的計畫是從 2006 年 11 月 14 號公告，開始實施到現在有 12、13 年，從過去的結果，經過 Pre-ESRD 的照護計畫，不管在過去各單家醫院或是全部的健保資料庫發表的結果，甚至目前在腎病年報裡都有比較，有參加 Pre-ESRD 的計畫都表現比較好的照護品質及 outcome，但這麼多年來，我們一直想再提高收案，上一次會議有提到，希望盡可能把透析前的病人都收進去 Pre-ESRD 照護，但照護率大概在 60%~70%，總還有

一個 gap，就是還有一群沒有被照護過就進到透析的病人。最近我們學會裡面有一群年輕醫師，他們對於急性腎衰竭、急性腎傷害非常的積極參與，他們也發現有一群真的是由於系統性的疾病、感染的疾病、用藥因素等等而造成急性腎傷害，後來進到透析，也有些死亡；透析前或是進到透析後，照護上希望能夠在腎臟科照護，所以用 Pre-ESRD 做為一個完全的平臺，包括照護的流程、照護的標準、病人的轉介，最後還有給付等等，希望在能夠把這群曾經發生過的急性腎傷害的病人納進來，因為急性腎傷害診斷的定義，自發生 7 天內稱為急性腎傷害 AKI (Acute Kidney Injury)，那 7 天到 90 天叫 AKD (Acute Kidney Disease)，如果超過 3 個月稱為 CKD；在 AKI 時，有三種不同的診斷標準(AKIN、RIFLE、K-DIGO)，而 AKD 還在討論，但是我們在執行本計畫時，總要有一個疾病名詞！所以年初寫計畫時用 AKI-0、1、2、3 作為分期代表，但前天在內科醫學學會聽一聽 AKI 的 symposium，越覺得不太對，等一下在中間討論的時候，我會提出看要不要修正名詞，不過目的，第一是讓這些病人能夠被 identify，第二他進去照顧以後，只有一個期待，就是會變好，從 eGFR<45 變成大於 45、大於 60，或是從 20 提高，有在洗腎的病人能夠脫離洗腎，這是我們以前在講的脫離率，只有腎功能變好的，我們才會給予獎勵；如果往下走或是持平，因為已經是 CKD 的病人，就繼續照護，至少照護品質會好一點。所以，我的精神只有兩個，一不管先前的狀況，掉下來 eGFR<45 的這群病人，第二，經過照護後 90 天內決勝點，他有沒有腎功能變好，有的話就給予獎勵，沒有變好就繼續照護，大概整個的想法是這樣。至於名詞如果有不太符合的話，我們就再修正，那只是一個我們實際操作上必要用的名詞，不是學術上的專有名詞，不要混為一談，不要覺得說為什麼要用一個全世界都沒有的名詞。

另外，藥師加入照護也是一項創舉，我們過去在設計 Pre-ESRD 時就希望藥師加入，但十幾年前，藥師沒有這麼多的人有辦法加入，但現在已經時機成熟，藥師本來就有他實際的專業，尤其在照護

AKI 的病人，部分人是因為藥物所引起的，我相信有他們的角色，對 CKD 的病人用藥也有他的角色，但是我們不會在很短時間要求把全部的藥師都納進來，而是逐步的，也許對醫院來說比較容易，而對基層比較困難一點，基層可能會有一些意見，等一下再來討論，但逐步把藥師這個角色在 Pre-ESRD、在 AKI 能夠發揮他的角色，藥師公會方面也希望他們能夠參與，但是不是一下子就要把全國藥師都拉進來，全部病人都去做藥物的諮詢，還是要循序漸進。

**主席**

好，謝謝理事長。藥師公會全聯會有沒有要補充的？

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

其實很感謝台灣腎臟醫學會開啟醫療團隊的另外一個大門，醫院裡，本來在 ICU 照護裡面本來就有配給 ICU 的照護藥師，實際上，在各大醫學中心因為醫院評鑑或是自發性都已經成立了藥師門診，不論在醫學中心或是區域醫院都往這個方向。藥師的專業在近幾年的發展，可以和藥師養成的六年制的改制，已經慢慢突顯。藥師這次的參與，希望基於病人的用藥安全，因為不論是在 ICU 或是藥師照護門診，我們都發現到腎功能的衰退是三高病人，如果沒有及時增加病人的 adherence，或者病人知道要吃藥卻吃錯藥，這種最基本的問題，而耽誤了病人的病情；健保費用的藥費不斷的增加，病人卻沒有獲得同等的 outcome，我們看到這麼多醫療團隊的辛苦，如果藥師能夠補足這一塊，醫院很多病人對於白袍是恐懼的，但對短袍的藥師似乎比較親近，我們常常會聽到病人的心聲，希望能把我們得到的訊息包含 OTC drug、herbal drug，甚至中草藥的部分，然後一起建立在 Pre-ESRD 的平臺上，讓 AKI 或是 Pre-ESRD 病人能獲得醫療團隊完整的醫療照護，以上，謝謝。

**主席**

好，謝謝，這次提案比較相關的兩個說明，在宣讀議程之前，有一個觀點還是要先報告，如果沒有今天的提案，並不是 AKI 的病人都沒有進到 Pre-ESRD 照顧，其實是有的，沒有今天的提案之前本

來就有，只不過是否該收案進來的都有收案，我們不知道。所以，本來類病人，如果腎功能符合 Pre-ESRD 收案範圍的也有被收案。現在，確實又把他們 identify 出來，所以才想去修改 Pre-ESRD 的方案，這是背景。好，如果可以的話，開始來宣讀提案。

### **(業務單位宣讀議程內容)**

#### **主席**

好，有點複雜，本案包括需要修改計畫內容，還有相關的 P 碼的設計及支付點數，所以等會兒用對照表也要一併幫忙 review，特別是專家學者，今天有洪教授也在這裡，也麻煩協助，就專業的部分把關。好，先請張醫師。

#### **張孟源代表**

主席，各位委員大家好，其實剛剛理事長講到 AKI，對於 AKI 加入計畫，當然我們樂觀其成，但是我唯一不太懂得是，剛剛理事長也提到的所謂的 AKI 跟 AKD，而 AKI 根據定義是 7 天內肌酸酐的變化，當然也要考慮到尿量的減少，現在最主要的問題是，我們怎麼有辦法在 7 天內測兩次肌酸酐？這樣不是健保又要對我們加強抽審了嗎？假如超過 7 天，也不稱作 AKI，應該是 AKD！要如何定義？我是覺得定義蠻重要的。剛剛理事長說 AKI0、1、2、3，我不知道說為什麼要分得這麼細，因為有些 AKI 的，也不一定會 eGFR 值會小於 45？因為假如按照國際的定義也不一樣，這一點我是有點疑惑，就是我不知道我們基層診所將來要怎麼樣去執行、怎麼樣去符合他的 criteria，這不太了解，希望理事長以他的專業跟高度，來告訴我們該要怎麼辦會比較好，謝謝。

#### **主席**

好，其實已經談到計畫內容跟定義。黃理事長要先說明？

#### **黃尚志代表**

我們知道當發生腎功能突然不好，是所謂的急性腎傷害，以前叫急性腎衰竭(Acute Renal Failure)，現在稱急性腎傷害，定義是發生之內的 7 天，但想一想 7 天內會在什麼地方照護？在醫院、ICU 或

住院中，不管是腎臟科門診、腎臟基層都不會遇到這樣的病例，所以現在的 criteria 用肌酸酐算，現在都不要管，整個設計時如果揍人他進到透析不可回復的不管，死亡也不管，從個案出院後到門診來追蹤，我們要追蹤這群病人，副署長有曾經問我怎麼讓這群人來腎臟科，這是我們應該要努力的地方，如果這些病人已經進到腎臟科門診的話，你抽的肌酸酐就可以換算成 eGFR，有些學者認為這時候的 eGFR 是不穩定的，不應該採用 eGFR，要採用肌酸酐，但是如果不用 eGFR 會更麻煩，換言之採用肌酸酐會很麻煩，所以我們故意找了一個不是這麼正確的，但至少可以代表現在的狀況來做治療，所以，出院後到門診，基層也會收到這樣的病人、醫院也可以，檢驗肌酸酐以後還是用相同的公式，轉換成 eGFR 值，用 CKD 的標準套進去，雖然不是很正確，但也相去不遠；然後再來照護完後 90 天再測一次，如果有改善，看改善的程度，如果沒有改善，就當作 Pre-ESRD 來照護，萬一繼續惡化，就把他當 ESRD 去處理。至於有些病人沒有住院的，或發生吃藥造成惡化，我們不管，還本來就在 Pre-ESRD 的病人但腎功能惡化的也不新收案，為什麼？那是 Pre-ESRD 沒有照顧好，怎麼會讓病人因為吃藥造成腎功能惡化。我們要 focus 這群表面上好好的腎功能不差，但突然惡化的病人，他曾經有 AKI (N17.xx)，我們要想在門診收案這群病人，照顧完後看他們的 outcome，把事情單純化，不會包山包海，每一個肌酸酐變化都要符合的話，我們也很難判定要不要收案。剛剛主席有提到說本來就有一些人在照護，本來有 AKI 就有到門診來，有這樣的狀況但比較少，我們現在希望透過新增制度，讓腎臟科跟他的同僚能夠在醫院內宣傳，把更多符合者納進 Pre-ESRD 平臺來照護，希望能恢復為主，不是往腎功能惡化的方向，是能夠恢復腎功能，這是我們最大的期待。所以，對於能夠恢復的給比較高的獎勵，而不是把他繼續照顧得更壞，整體目標是希望病人腎功能要能更好。

**主席**

好，謝謝，等一下會逐條去討論。張醫師。

### 張孟源代表

謝謝理事長，現在已經完全了解，乾脆不要寫 AKI，寫 AKD，這樣會比較好，不然真的很難執行。

### 主席

沒有，現在要逐條一一檢討。其實要看病人有沒有 N17.xx，就要看雲端藥歷，有沒有急性腎損傷，他到門診的時候，病人如果沒有告訴你，診所就要看他的病史。請鄭醫師。

### 鄭集鴻代表

主席，要逐條討論之前，我還想先釐清藥師參與 Pre-ESRD 照護資格，是不是一定要專屬內聘在院所內？我個人覺得不是很認同，第一，醫藥分業是我們國家的政策，台灣已經推動 20 年，現在大部分的基層院所，尤其是洗腎、腎臟科醫師的診所，大部分都沒有聘請藥師，上次我們會議也有討論為何基層院所的 CKD 照護率一直都不高，其實很大的原因就是制度的設計，可能卡在營養師，因為量的關係，覺得聘用不起，就沒有辦法執行；現在如果又要再卡藥師，對於基層院所照護 CKD 的病人困難度真的會增加很多。第二，如果制度真的這樣設計，對於在基層診所就醫的 CKD 病患真的很不公平，感覺他們變成次等公民，得不到同樣在醫院的待遇，這樣真的不是很理想，所以希望這點是不是有其他辦法能做一點補救。

### 主席

所以需要趕快進入逐條討論，大家都來一起改。有背景要跟大家說明，今年協商明年 110 年時特別有協商 AKI 要放到 Pre-ESRD 方案裡，增加預算有 2,300 萬，所以原方案 5,000 多萬當然就是要減少，否則的話會稀釋排擠其他 Pre-ESRD 相關的服務預算，所以刪減是必要的。要逐條審視，因為蠻複雜的，也有專業部分，我們要麻煩洪教授跟李醫師協助，今天宋教授請假。就從討 2-8 頁開始，有修正的部分麻煩宣讀。

(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

-修正對照表-三、預算來源)

**主席**

這個部分有沒有意見？沒有，通過，接下來。

(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  
-修正對照表-肆、一、慢性腎臟病個案照護)

**主席**

剛剛鄭醫師提問是藥師的參加資格，內容沒有一定要鎖定是醫院的專任藥師？只要符合訓練資格的都可以，請理事長補充。

**黃尚志代表**

這裡是規範三種專業人員，包括衛教師、營養師、藥師的受訓，在衛教師、營養師裡面會加上中華民國藥師公會全聯會，是因為明年開始 4 個單位會合辦，原本是 3 個單位在合辦的，但是各單位合辦是明年才有的，希望未來審核的時候不要他沒有參加過藥師公會合辦的，有些挑剔。總之，衛教護理師、營養師、藥師要參加訓練班，因為營養師跟藥師已經有各自一套系統在訓練，所以我們也表示尊重，我們也是認定他們的資格。剛剛鄭醫師提的，可能大家比較不了解，因為這個計畫在醫院執行比較簡單，因為每種都有，但在診所，像鄭醫師跟顏醫師，他們昨天才去領獎基層的典範獎，他們兩家診所真的是最好的，可是他們在申報時就面對一個很痛苦的，他們要去找營養師來兼任，現在又面對請藥師兼任，但藥師因醫藥分業又不好找，這是另外一個 issue，但大家可以先集思廣義，若像鄭醫師也許跟某一位藥師是合作的，幾位藥師可以一起合作，就可以完全都符合條件，就解決這個問題，問題在這裡。

**主席**

其實計畫有規範經過受訓的藥師才可以，非所有藥師都可以。當然你們要有藥師，當然兼任藥師也可以。

**黃尚志代表**

申報到診所時是在合作關係。

**主席**

沒有一定說要在同一處執業的概念。

**鄭集鴻代表**

主席，我要說明一下，報備支援其實是很困難的。

**主席**

營養師現在也一樣。

**鄭集鴻代表**

營養師都很困難，藥師會更困難，而且藥師報備支援規定非常的嚴格：原來的藥師因為意外事件不能上班，才能對外申請報備支援，現在的規定是如此，無法說常態性的要求報備支援。制度訂定下來將沒有辦法實施，真的也是沒有幫助。

**主席**

參加 Pre-ESRD 診所應該很少？Pre-ESRD 大多都在醫院。

**黃尚志代表**

但像他們兩家診所都做得很好。

**主席**

藥師公會全聯會，請說。

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

我們承認藥師真的不好請，在醫院本來藥師就是比較難請的職位，主要的原因並不是藥師不好請，而是目前學制正在改制，四年制變六年制會有一個稍微的空窗期。實際上，藥師在執業時支援申請確實有難度，我非常認同，因為連我執業醫院的藥師要出去報備支援，都要經過衛生局發許可函還蠻難的。我要告訴各位一個解套的方式，其實有很多藥師領有執照但沒有執業的比例，在藥師公會的統計比例相當高，很多藥師不願意執業是不想做 full time，像剛剛主席講的，他想要做 part-time，其實假如這個制度建立起來，讓藥師回歸到其專業性質時，閒置藥師執業牌照的藥師應該要出來執業，其實我們很想要讓我們的藥師趕快離開家裡，大家都學有專長，讓他正式的參與醫療團隊，不要只做調劑，要回歸到醫療專業面，藥師要讓他們回來，讓市場的人力是夠的，因為藥師現在最大

的問題就是，執照數夠，但市場人力數不夠，而市場人力數為什麼不夠？主因是藥師不願意出來執業。Pre-ESRD 照護計畫是我們希望藥師專業能夠回歸，在座兩位做得這麼好的基層醫師代表，我想您只要慢慢地會跟你們協助，然後甚至於是台南市的藥師公會是要提供協助，我都可以私底下再談。我覺得限制是沒有的，希望能夠幫到各位。

**主席**

請鄭醫師。

**鄭集鴻代表**

主席，我覺得我們設計一個制度真的是普遍性、長遠性很重要，今天不要針對我跟大翔的院所特別幫助。如果我們希望基層能夠多多參與 CKD 的照護，而且其實 Pre-ESRD 並不是急症也不是重症，大部分的病人都很穩定，其實真的不需要說一定要集中在大醫院，如果是照這樣思考，真的是否不要讓基層有這麼多障礙？沒有辦法執行這項照護計畫，我跟大翔真的是比較幸運，或者說我們比較早開始做，所以我們有各自的營養師、衛教師，所以我們目前的案例是比較多的，所以可以做這個計畫，我們的 Pre-ESRD 案例也比較多，但是如果又要套上藥師的限制，變成說我跟大翔都不能做，基層幾乎都不能照護，這應該也不是醫藥分業要的結果？

**主席**

這與醫藥分業好像沒有太大的關係。

**鄭集鴻代表**

不是，我指分級醫療。

**主席**

那你的建議呢？

**鄭集鴻代表**

我們在院所將處方箋釋出，既然我們相信藥師的專業，現在我們相信全國的藥師都可以處方，他們也都能幫病人處方，只要健保藥局

都可以幫人做處方；如果病人到藥局去領藥，藥師有經過藥師 CKD 的訓練，他可以做本計畫，也可申報費用。

**主席**

藥局的藥師來申報嗎？

**鄭集鴻代表**

是的。

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

其實這個計畫案在申請的時候，理事長講過，其實藥師並沒有硬要包裹在一起，我記得是新收案是 1400 點，然後藥師是額外加上去的，也就是藥師加入並沒有影響原來執行業務的所有醫療診所，而是有藥師就額外再用藥師費用的 P 碼作申報，原來的執行業務就我的理解，可能要麻煩理事長再補充，是沒有任何的影響，只是如果有多提供這項的服務，就有額外的費用申請，所以定義上並沒有影響到所有的基層醫療院所原來的執行。

**鄭集鴻代表**

我是這麼構想，就是我一開始講的，病人在基層就醫是很不公平的，在基層診所就醫得不到藥師的照護，但到醫院就有，這是差別待遇。

**黃尚志代表**

不是這樣子的，如果處方箋釋出，那個藥師有提供服務，則診所可以申報！但診所必須有跟藥師有 connection；如果個案任意領藥，健保署也不知道要費用給誰，因為費用是整筆給院所的，所以如果院所跟藥師是長期合作，如果藥師在院所計畫裡面，沒有到院所執業或是院所裡來做衛教，都可以，這樣行政上是有辦法處理的，否則就不知道由誰服務該由誰申報。

**鄭集鴻代表**

我贊成理事長的建議，只要讓基層的病人能夠到藥局領藥也能夠得到這樣的照護，我們基層是可以接受的。

**張孟源代表**

主席，各位委員大家好，關於教育訓練部分的問題，這個計畫有公告若明年實施，我們所有的藥師都要去上課，是不是要有一個緩衝期？只要他有藥師的資格就可以？不要一定要要在幾月幾號以前上完課，我也不知道說藥師公會可以提供這麼多的課程，讓所有的藥師同時上嗎？甚至是說兩年內把上課證補齊就可以了，因為我相信剛剛藥師公會的代表有提到說，現在藥師改制六年而且他有獨當一面的門診能力了，我也相信他們對於藥物的腎毒性應該是了解的，但是還是要上課，但是不要這麼急著公告後馬上就要實施，我們就沒辦法做。以上，謝謝。

### **社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

其實，在來這裡報告前，已私底下已經做了 23 家醫院的問卷，其中有 13 家醫學中心，其他還包含地區、區域、診所都回復，我可以告訴各位，也包含為什麼會估計 200 點，等一下我會提出解釋，因為藥師能夠提供服務的量能超乎想像的低，為什麼會超乎想像的低，其實並不是因為考試或上課的限制，應該回歸現在大型醫院、醫學中心藥師執行的業務，種類非常繁多，單獨出來要照護的這些病人，藥師能夠 handle 的病人數量，在目前所有回復資料中，只有一家醫學中心說可以一年服務 300 位，實際上平均起來，按照 Pre-ESRD 所有收案人數，藥師只能夠服務 6% 而已，假設基層醫療院所也同時要做這樣的話，我覺得藥師為什麼要設限，是因為我們的年齡層也很大，Variation 也很大，六年制是近兩年的事情，會再慢慢地改變，可是過去還有藥劑生的時代，藥師也有四年制、五年制，既然要組成照護這麼好品質的團隊照顧病人，我覺得藥師基本的一個水準，是不是就比照其他的職類，不要有不同，等到我們都站穩了腳步，大家也都認同我們了，我們每一步跨出去都讓各位團隊能夠認同再說。我們也很希望快點開放，但藥師人數會很多，都可以尊重大家的意見，有沒有要讓藥師跟別的職類不同？對我來講，其實盡量不要不同，因為我們的訊息是要共同分享共有的，所以我們應該要站在同一個平臺上面，用的術語應該都是一樣

的，所以盡量是跟其他職類一樣的想法，就是要看大家的意見是怎麼樣，藥師公會都會盡量配合辦理，以上。

### **顏大翔代表**

主席，剛剛主席有提到診所給營養師做的量很少，營養師提供門診量不多，沒有做糖尿病，事實上就不用請一個專職營養師，就實際執行上來看，專職營養師才有辦法做這些衛教，所以設計上，我覺得藥師公會全聯會代表應該不會否認，每位藥師都是夠資格來做這件事的，就像 Pre-ESRD、early-CKD 的護士也要去受訓，糖尿病共照也要去受訓、考試一樣，經過考試，取得認證，如果要做的話，就要報到健保署核定後才能做，這個遊戲規則是蠻硬的，所以我認為說，既然藥師能夠提供的量很少，就應該要普及，讓願意跟診所合作的藥師一起進來，不要去設限，這個都要上課，我們也都有上課，我的意思是說其實藥師要報在那裡，這個應該要寬一點，就比如說各別的藥局，因為藥師要包藥，又要談到衛教病人，其實不容易，如果他有去上課，取得資格，報到健保署核定後可以做腎臟病的藥師照護的諮詢，就你們看要讓他怎麼去申報這個費用，報在診所或是報在藥局，應該是最可以達到這個目的的，因為我們要的是品質，但是怎麼申報要依照署的規定，只是我覺得尊重藥師的專業，他也受過訓，也做的很好，通常這種情況，都是跟診所非常配合，因為我們不會叫病人去一個地方去諮詢藥師的意見，那個藥師根本不能有資格做，事實上是配合的很好的藥師，但是事實上藥師支援到診所，真的不容易，我想這個藥師公會全聯會應該很清楚，真的很不容易，所以理論上就是說，今天我有個類似轉介的動作，去藥局做個諮詢，藥師諮詢費報在診所或報到藥局，應該是都可以，這樣才能達到藥師能執業又能執行這項業務，又能真的對病人有幫忙，我是希望真的能對病人有幫忙，這是比較重要的，謝謝。

### **主席**

這一題也談很久了，請李醫師。

**秀傳醫院 李文欽醫師(黃明和代表代理人)**

因為我剛有翻到後面的附表 6-1，現在大家都在討論藥事的人員，我剛好看到這個是一個重點，藥師他必須要做什麼事情，在這裡我想理事長設計的表格已經寫得很清楚，無論藥師是在診所或是在醫院，或者在醫院外面或診所外，必須要很清楚他的角色，這就把他框住，也就是說需要去訓練，必須要具備什麼樣的基本智能，讓民眾接受衛教後獲得東西，這些才是重點，所以如果藥師能夠針對裡面所框列的項目實質的衛教，也瞭解病人實際醫療上的行為，他吃藥的行為，那他可以真正獲得這個衛教後的成果，那應該我們的目的就真的達到了。

### **主席**

後面附表中，對藥師衛教要填的表格也蠻多的，工作也不少，現在看起來好像還沒有準備好的概念，突然之間提出，基層診所覺得藥師納入照顧團隊有困難。

### **張孟源代表**

不好意思，我想請問這個課程是排在那裡？我們想上也不知道要去那裡上？

### **主席**

人、受訓跟申報這 3 個環節，對嗎？首先，現在計畫中有營養師、衛教護理師都需要受訓，未來藥師當然也是要受訓，一般藥師不用受訓都能填這些表格嗎？這是理想化的方案，當然是要做到完美，所以「人」的部分非任何一位藥師都可以，所以受訓是必要的，若關心受訓是否來得及，方案可以延後到明年 7 月 1 日再生效，有半年時間讓大家去準備及受訓，準備好之後再執行，不要醫院及基層各有一套方案，要做就要做到好。現在有多編列預算，請藥師進入團隊幫忙，讓病人的腎功能可以減緩惡化甚至有進步，投入資源就要有意義，多一位藥師進來但對病人沒有幫助，就無意義了。其次，「訓練」的部分，如果方案通過，學會就要趕快辦理，行政上本署可以配合延後半年執行，如若生效日是明年 7 月 1 日，時間是否充裕？這些都可以考量。最後在「申報」的部分，計畫是給付

給診所或是醫院?本署很難給付給藥局，因為就藥局而言，給付項目只有「藥事服務費」及「藥費」，不包含此項，所以也不要考慮請病人去藥局後由藥局申報，與診所無關，這樣沒有 coordinate，本計畫以醫師為主題。

**鄭集鴻代表**

醫藥分業已經推行多年，現在大部分診所已經都沒有藥師執登，要診所把藥師再聘回來嗎？

**主席**

不是，醫藥分業與本方案無關。

**鄭集鴻代表**

是有關的，醫藥分業是讓藥師獨自執業，現在基層院所不曉得比例是多少?大部份的基層院所都是處方箋釋出。

**主席**

本方案是「以病人為中心」，病人應該要在那裡得到營養師、衛教護理師的服務？

**鄭集鴻代表**

藥師跟營養師是不同的屬性的，在街上看到大型的藥局，卻沒有專門營養師開的院所。

**主席**

但確實短時間內無法對藥局針對此項目給付，必須要轉一個彎，也就是診所必須跟藥局內合格的藥師合約，這項服務委由他負責，本署給付給診所後，診所再付給藥師。

**黃尚志代表**

這只是我們的想法。

**主席**

請顏醫師。

**顏大翔代表**

想請問這個方式藥師公會同意嗎？就是診所內沒有藥師，處方箋釋出給附近的藥局，藥師也願意作，當病人去拿藥的時候，藥師也

一併做衛教，然後由診所端申報？

### **社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

我說明實際狀況，事實上，當看到給付此費用，社區藥局應該不太會提供這項服務。第二，就醫藥分業來說，這應該是另外一件事不應該混為一談，我要說明的是這是初期的模版，能不能明年實施，縱然計畫不是那麼完善，但我們很想把藥師納入社區的基層醫療院所，我們都感到非常的開心，是不是要先讓醫學中心、區域醫院及地區醫院先熟悉此模版，包含填寫這些表格，大家也知道藥師對自我要求也很嚴格，所以請大家仔細看表格，其實是填寫並不簡單，所以上課是必須的，是以維持病人安全、病人的照顧品質為優先，藥師都希望自己的品質能夠提升，所以做了這件事，所以我想上課也好，就承如剛剛主席所說的，延後至 7 月 1 日再開始，我們是很贊同的，讓我們有時間去訓練更多的藥師。至於社區藥局的部分是不是能執行，今天這個會議是不是可以暫時不用討論，因為藥師公會全國聯合會在執行這個計畫的時候，已經先假定為先由醫院進行第一波的實施，待穩定後，再逐步推進，因為填寫表格確實有難處，希望讓藥師可以一步一步前進，服務品質也才能配合醫療團隊的水準，以上說明。

### **主席**

好，本案就暫且討論到此，所有的問題都知道了，至於答案目前還沒辦法完全解答，但有幾個可行性，就是原來修正條文受訓的部分，這是必要的條件。接著大家認為要有準備時間，可以考慮到 7 月 1 日正式實施，但是方案可以先公告，讓大家有時間準備，至於社區藥局申報的部分，先暫保留，因涉及到法規面及實際執行面。所以有關條文受訓的部分，各位代表應該沒有疑義了。

### **張孟源代表**

就要寫清楚。

### **主席**

會寫清楚這一項沒有通過，因為還需要一些配套措施，等到決定之

後，再來修正條文，但是幾個重要問題是有答案可以解決的，這一案就先過。請鄭醫師。

**鄭集鴻代表**

主席，這案您說「先過」，請問是表示「通過」的意思嗎？

**主席**

不是，條文的內容沒有通過，但是 1.「需要受訓」、2.「時間準備」這兩部分是肯定的，至於文字該如何補進去，將再進行後續修訂，今天本案要完整通過確實有困難，待會其他部分也可能會保留，但是第一輪討論要全部走過 1 遍，才會知道還有那些問題。本案沒有打算在明年元月 1 日立刻實施，大家會措手不及，本案後面還要再討論定義，至少先 run 過一遍，接著往下走。

**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-修正對照表-肆、(二)、A.、1、定義**

**主席**

這項是 A.第 1 點，請問各位代表對這項有沒有意見？那麻煩李醫師及洪教授如果有意見就提出來，請協助我們一起確認。接著下一個條文。

**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-修正對照表-肆、(二)、B.、1、定義**

**主席**

這項文字真的寫得很不好，有很多頓號及逗號，內容還是請理事長說明一下集思廣益。

**黃尚志代表**

文字可能要修正一下，「因急性腎損傷(Acute Kidney Injury, AKI)後成為」，插入 Acute Kidney Disease(AKD)。

**主席**

同步修正，請用不同顏色標記，也請理事長先思考一下，是否要條列式表示，這實在是複雜且冗長的敘述。

**洪冠予代表**

這裡我的建議也要跟理事長再確認一下，這裡一旦寫 stage-0、-1、-2、-3、-4，就會變成好像是一個 sign，但理事長剛剛有講這只是 1 個 code，可能要用另外一種呈現方式，不然看起來就會是 1 個 sign，這是第一件我覺得比較有問題的，因為本案最後將變成一個計畫，如若之後別人看到計畫內容，也會認為寫得怪怪的，至於剛剛說寫 AKD，會比現在直接寫 CKD 定義會更清楚。接著請看右邊，我覺得比較大的問題是：台灣腎臟醫學會建議的 stage-2、stage-3，或者是左邊，署裡面的建議(劃黃底)stage-0、stage-1，看是不是要用 K-DIGO 的名稱，會容易混淆。

**主席**

請張醫師

**張孟源代表**

各位委員大家好，簡單拋磚引玉，因為從第1句話的文字邏輯就不通，急性腎臟損傷AKI後成為CKD，在時間上邏輯有爭議及矛盾的，到底是AKI 7天內還是AKD 7天到90天，或是CKD 在90天以後，這就沒有交集。我想理事長的意思想要加入病房住院的病人，有發現急性腎損傷，所以要不要直接在第1行直接寫「因照護AKD的病人」，就很清楚的知道是90天以下的這類的病人，這也不是Stage-0、-1、-2，因為Stage-0、-1、-2分期是根據肌酸酐上升幅度來界定，文字內容是否已經達腎損傷eGFR小於45ml/min/1.73m<sup>2</sup>以下，其實是不含大於eGFR大於45ml/min/1.73m<sup>2</sup>的損傷，這樣的話，用eGFR及AKD就可以把這個概念寫得很清楚了，也比較容易了解，以上說明，謝謝。

**主席**

請直接上去打，其實本項要跟頁次討2-10的「6、急性腎臟損傷病人收案條件」要一起修改，這2項是要穩合的。

**黃尚志代表**

請各位看到原來的 CKD 不進行修改，「B」是新加進去的 K-DIGO 定義，比較完整的是「B.因急性腎臟損傷(Acute Kidney Injury, AKI)

後成為 AKD (Acute Kidney Disease)/CKD 之病人」，加入「AKD (Acute Kidney Disease)」，所謂 AKD 是 7 天到 90 天，AKI 是發生以後到 7 天以內，這是學術定義，不必寫在這裡。

### 張孟源代表

要寫上去，這樣才有邏輯。

### 黃尚志代表

要寫在 CKD 前面，待會再將全名附上去，後面的第 1 點 stage-1~3 整個刪掉，第 2 點就變成第 1 點。

### 主席

第 1 點全部刪掉。

### 黃尚志代表

對，第 1 點全部刪掉，急性腎臟損傷之後的 AKD 跟 CKD 病人，這樣比較簡單，那定義是「原未收案於 Pre-ESRD 之病人」，原本後方的括弧是在解釋原未收案於 Pre-ESRD 之病人，那就表示是 eGFR 大於 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup> 者，大家覺得多此一舉的話就刪除，接者「發生急性腎臟損傷住院」，要加入「住院」是因為如果不寫無法抓到代碼，若是用「門診」是無法抓到這個代碼的，那接著「經治療出院 1 個月內」，1 個月是經過與劉專委他們討論，還是要有一個時間，接著「再次門診就診時主次診斷為 ICD-10-CM/PCS 急性腎損傷相關之診斷碼(ICD-10-CM/PCS 前 3 碼為 N17)。」就代表他有被診斷過急性腎臟損傷，剛剛主席有提到要不要再細分條列式，包含下面 1、2、3、4 這幾種病人，可以分段避免一直連接下去，我們要收案的對象是 eGFR 小於 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup>，小於 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup> 這區間不一樣的人，有些是 30-45，有些是 15-30，有些是小於 15 但還沒有洗腎，有些是還為脫離洗腎的。為什麼要創一個新的名詞?如 AK-0、1、2、3，目的是知道腎臟受損到什麼程度，為什麼程度很重要呢?因為腎臟恢復程度的高低，會影響到後面照顧 90 日後的獎勵，必須把腎功能損壞程度界定，再給一個名詞，如果不適當再更換新的名詞，如 stage 0 約略等於 CKD-3B，

因為不能直接寫 CKD-3B，因為 CKD 要超過 90 天才能符合定義，所以寫計畫時到處會遇到定義上的限制，所以才會創造新名詞，這段呼應前面，不曉得大家是否瞭解？

### **張孟源代表**

其實我們對理事長寄與厚望，誠如理事長所提的，是否可以在第 1 句話因急性腎臟損傷(Acute Kidney Injury, AKI)後成為 AKD(Acute Kidney Disease)/CKD 之病人且 eGFR 小於 45，理事長的意思應該是 eGFR 小於 45，在這裡寫清楚。在後面寫 AKD-0 到 AKD-4，就沒有意見，但又怕 AKD-0 到 AKD-4，或怕被誤解而寫成 AKD-A 到 AKD-D，這或許將來會成為台灣的健保經驗，而演變成世界的健保經驗也不一定，希望將他定義清楚就可以。

### **黃尚志代表**

原寫計畫時，一方面怕看不太懂，所以會多做一些解釋，如果把解釋刪掉會更清楚。

### **秀傳醫院 李文欽醫師 (黃明和代表代理人)**

理事長，如果您認為很重要的，是不是就在下面標示\*(星號)，用附註的方式說明，大家也清楚。

### **黃尚志代表**

定義不是不清楚，只是寫得太多，或是把內容移到附註也可以，真的要請教洪教授跟李醫師的就是改成 AKD，或許比 AKI 好，但是這是台灣獨特的，我翻來翻去還沒有人用 AKD-0、1、2、3 的，但如果用 stage-0、1、2、3 的話，保證大家都會看不懂，肌酸酐上升 1.5~1.99 倍，定義困難或複雜，方法也不太好。

### **主席**

簡化 B 的內容，剛剛內容包含 3 種(AKD-0、AKD-1、AKD-2)，還有病人曾經因 AKI 接受短暫連續性腎臟替代療法(CRRT)及一般血液透析尚在透析但短期內可望脫離透析之病人，無透析者其目前腎功能符合 Pre-ESRD 收案條件者。包含這幾項就可以了嗎？還是仍其他的，文字內容冗長，也是要再整理嗎？

## 黃尚志代表

其實這些文字內容是在說明，就是到下面收案條件的內容敘明好了。

## 主席

收案定義為現在沒有在 pre-ESRD 收案者發生了急性腎損傷，經治療出院 1 個月內門診就診時，主次診斷有 N17 者且 eGFR 小於 45 者，是否要加上「且 eGFR 小於 45 者」，因為主次診斷有 N17 且 eGFR 小於 45 者，不是用括弧說明對嗎？就是說病人來門診時，eGFR 的數值符合 pre-ESRD 收案的條件，是嗎？病人有 N17 的病史但目前還沒有被收案，是否表達是如此？所以內容應該要寫「且 eGFR 小於 45」，意思是說符合 pre-ESRD 的收案條件，原來這一節是 A 現在是 B，因為 A 是 CKD 的 Stage 3B、4、5 期的定義，現在多 B 項，而 AKI 新的定義也修正為因急性腎臟損傷後成為 AKD/CKD 之病人，AKD 第一次請寫英文全名(AKD: Acute Kidney Disease)，定義簡化後就比較好理解。接下去看頁次討 2-10。請林義專委說明一下。

## 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-修正對照表-肆、(三)收案條件

## 主席

收案條件也有修改，是不是也說明一下？b 小寫變成 B 大寫。

## 黃尚志代表

因為名詞統一，把 b 小寫都改為大寫。

## 主席

統一大寫不再多說明，另外病患統一改成病人。第 6 小點是重點，請說明一下。

## 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-修正對照表-肆、(三)收案條件-6、急性腎臟損傷病人收案條件

## 黃尚志代表

我們用 0、1、2、3 來代表他嚴重的程度。

**主席**

對。

**黃尚志代表**

剛剛說 AKD-0、1、2、3 是我們自己新創的，但剛剛說的嚴重程度就像剛剛所講的，AKD-0 大概就等於 CKD-3B，AKD-1 大概等於 CKD-4，這樣設計會和後面的給付規定有關，代表腎臟受損的程度，其實有類似是用 CKD3B、4、5 來代表相互對應，可是也不能直接寫 3B，如果不用這個名詞，用 eGFR 約等於多少檢驗值之間也可以。

**主席**

專家們的建議呢？這項目很專業，覺得如何表達比較好？

**洪冠予代表**

這不專業，只要大家看得懂就好，僅只是一種 communication，若沒有更好的話。

**主席**

大家看得懂？各位醫師們看一看，現在用 AKD-0。

**黃尚志代表**

我們先把它保留，這個以後不要到時候再拿掉，至少現在大家看知道表達內容，如果覺得這個 term 不合適我們再修改。

**主席**

所以現在只有將 AKI 改成 AKD。

**黃尚志代表**

對。

**主席**

然後分期為 0、1、2、3，請張醫師。

**張孟源代表**

我完全支持你用 AKD-0，但是為了避免誤會，這是台灣獨創的，剛剛理事長說這是台灣獨創，全世界沒有的，會不會有什麼東西比

較好，就是 AKD- $\alpha$ 、 $\beta$ 、 $\gamma$  也可以，不容易誤會。

**黃尚志代表**

我們最後再來決定，現在至少讓我也比較好解釋。要讓大家知道 eGFR range，因為這有傷害程度的不同。

**主席**

請問 AKD-3，會不會和 AKD-0、AKD-1 及 AKD-2 重疊？

**黃尚志代表**

還不會，他還在透析，但是還沒有持有永久的重大傷病卡。

**主席**

可是他還在透析，eGFR 也是有一個 range。

**黃尚志代表**

透析的時候 eGFR 是不準的，因為他每天都在變動，不能採用。

**主席**

所以如果還在透析的話，就一律是 AKD-3。

**黃尚志代表**

我們用 3。

**主席**

我看 AKD-0、1、2、3 不太好。

**黃尚志代表**

那我們再想想看，要改就全部都改。

**主席**

現在暫且這樣，就教各位專家們。

**蔡宗昌代表**

我有一個意見，為了避免再翻譯一次，AKD-0 就改成 AKD-3B，AKD-1 就改成 AKD-4，AKD-2 改為 AKD-5，AKD-3 改為 AKD-Dialysis。

**主席**

CKD 等於 AKD 嗎？不一樣所以不能相互參照，可是現在新創 AKD-0、1、2、3 也是很討厭的。

**張孟源代表**

理事長，提個個人淺見，剛剛這個意見真的很好，你前面加個 Tw，就不會引起別人誤會了。

**主席**

暫保留一下。

**張孟源代表**

加個 Tw，要寫什麼就都可以。

**主席**

我知道，但 CKD 在也要加 Tw 嗎？

**張孟源代表**

CKD 符合國際的規範。

**主席**

現在 AKI 沒有符合國際規範嗎？

**秀傳醫院 李文欽醫師**

現在討論的分類和國際訂定的不同。

**主席**

我們先往下討論。

**黃尚志代表**

對於 eGFR 的公式，當時草創計畫時只有常數 186 的公式，但現在有很多 modification，只是說明更詳細，因為每家院所的檢驗技術進步很多，測定肌酸肝的方法在近 10 年也都已經進步了，所以要有新公式；以前是不管有沒有新的檢驗技術一律都要用舊公式，這樣做出來不太好，這讓這計畫內容更符合於現在的發展，比如說 IDMS，在學界已經討論很久也有共識，院所用何種檢驗方法，計算 eGFR 就用對應的公式。

**主席**

大家有沒有意見，OK。往下，Upcr 也有修正。

**黃尚志代表**

說明讓計畫內容更清楚。

**主席**

好，再往下討論第 6 點，文字敘述不是很通順，AKI 收案病人或 CKD 病人，這是在說明什麼。

**黃尚志代表**

針對結案條件。

**主席**

結案條件中，收案病人如果腎功能有恢復改善，其 eGFR 大於 45 者，應進行本計畫結案，轉為 Early-CKD 照護。精神如此但文字可以再調整。

**黃尚志代表**

寫 AKD 病人。

**主席**

為什麼要敘明。

**黃尚志代表**

有發現在 Pre-ESRD 收案但腎功能改善的，現在 Pre-ESRD 跟 Early-CKD 有要檢討的地方，有些不結案。

**主席**

如果前面也有不結案的情況也要一併敘明？

**黃尚志代表**

不是，這是執行面另外一個要稽核的地方，耗著不結案，後面院所也不能收案。

**主席**

但是現在針對 AKI 病人？

**黃尚志代表**

這跟 AKI 沒有關。

**張孟源代表**

法律條文務求簡單扼要，第 6 點中 AKI 或 CKD 收案病人，簡化為 AKD 病人就好了。

**黃尚志代表**

改成 AKD 病人，因腎功能恢復或改善，應進行結案。

**主席**

對，AKD 病人因腎功能恢復或改善，其 eGFR 大於 45 者，應進行照護結案，這點也不用了，轉為 Early-CKD 照護計畫，對不對？

**黃尚志代表**

應該結案有兩個 outcomes。

**主席**

「應結案」就好，這章節就是結案條件，僅文字修改，還可以精益求精，大家有沒有意見？

**張孟源代表**

理事長，不知道可不可以把修改的地方再念給大家聽 1 遍。

**主席**

「AKD 病人因腎功能恢復或改善，其 eGFR 大於 45 者，應結案」。

**張孟源代表**

主席，AKD 本來超過 90 天就是要自行結案，就已經不稱 AKD，但是 AKD 本來超過 90 天，腎功能 eGFR 還是小於 45 者，就當作 CKD 繼續照顧。

**黃尚志代表**

對，我的意思是這樣，如果我們把它改成收案病人就好了。

**張孟源代表**

如果照顧超過 90 天但 eGFR 在 45-60 之間就是 Early-CKD 收案照顧，應該這樣才完整。

**黃尚志代表**

outcome 應該是 Early-CKD 照顧恢復比較好的，持續在 Pre-ESRD 照顧是小於 45，也有已經進到透析去，還有一種是死亡的。

**秀傳醫院 李文欽醫師**

用收案病人就可概括住。

**主席**

結案條件部分，前面可以再簡化，AKD 病人因腎功能恢復或改善，其 eGFR 大於 45 者。

### 洪冠予代表

還有一點想請問理事長，結案病人有兩個條件，第一點腎損傷的程度恢復，第二是時間到 90 天就是要結案，因為您原始的意思沒有提這一點。

### 黃尚志代表

就 AKD 來講，90 天應該要結案。

### 洪冠予代表

如果是這樣，你的結案條件會有兩個狀況，好像是說時間先到或數值先到，收案病人(1)腎功能恢復改善其 eGFR 大於 45 者，(2)發生之後過了 90 天，然後接著就是要結案，不管 90 天在那種程度就是要結案，不曉得理事長的意思是這樣嗎？多一個時間要素。

### 黃尚志代表

好，接下來的文字都是照護面，還是把 AKI 都改成 AKD 病人，第 4 項，其他都是照護面可以參考的，比如手冊，加進去現在政府在推的 SDM 概念，其他的是要注意那幾個面向，這些屬於照護面較沒有問題。

### 主席

請洪教授。

### 洪冠予代表

我所有的意見都只在這一條，我們常常在討論做了什麼事情，計畫內像 CKD，個案管理師做了很多項目，我們先稍微跳開看後面的附件，討 2-42 頁及討 2-45 頁，要感謝黃理事長當年在腎臟醫學會研擬本案時規畫了很多。我要說的是，CKD 的護理人員他們要教這麼多的衛教項目，在討 2-42 頁及 2-45 頁，要教飲食、要認識疾病、要教相關的健康行為，但我們看藥師部分在討 2-56 頁及討 2-58 頁，他也要衛教很多項目，但在相對 AKI 護理人員的 do 是寫在討 2-51 頁跟討 2-59 頁，這部分看起來有點像登記資料，我這樣

講沒有別的意思，就是說我們要請什麼樣的人來做這件事情。我剛剛講的在討 2-42 頁、討 2-45 頁，在 CKD 的衛教護理人員部份寫得非常好，這份工作還真的只有護理人員能做，還不能只請一位大學畢業生來做。但討 2-56 及討 2-58，藥師的工作還真的只有藥師能做，可如果現在對照平板上的會議資料，現在照護標準(4)，AKI 病人的部分與討 2-55 頁的表格來看，一位大學生就可以來做，他並不是一個護理師做的，我們應該把工作項目寫出來後，接者是如何讓 qualified 的人來做，對整個計畫及後面要談的，我其實都很贊同，其實我只是比較期望學會比較清楚 AKI 護理人員，我們支付照顧費用希望他做了什麼工作。而藥師和其他人的部分，如果只是電解質的數據登錄，這些醫師在臨床就做已經完了，還凸顯不出來衛教護理師的職責，我覺得理事長心中一定有想法，是不是可以寫的比較清楚，我們會覺得真的有做了什麼很多項目，do 的部分，要不然是 registration(登記)的感覺，仿照 CKD 的作法，以上。

#### **黃尚志代表**

當時是站在比較 registration AKI 的立場做，做完後會跳回到 CKD 教，如果要 Specify 的話，就是把 guideline 也寫進內容，謝謝。

#### **主席**

這是要再重新修正補充，好，這部分就先跳過。接下來就到討 2-13 頁，藥事照護，剛剛這部分是否也一併講完了？

#### **洪冠予代表**

藥師新增的部分，搭配討 2-56 頁~討 2-58 頁，就會感覺他 do 了一些東西，而且也做了一些 register，也做了一些 records，這些也都做到了，不管內容多與少，component 分得很清楚，所以這部分沒有特別意見。

#### **主席**

所以現在是照洪教授的意見，AKD 病人護理跟營養的部分比較不清楚。

#### **洪冠予代表**

討 2-12 頁(5)，照護標準第 1 點(4)應該要把他寫得更清楚一點，像剛剛理事長就講得很清楚是教 CKD 的部分，怎麼把內容整合並將表格再做修改，讓計畫前後一致，衛教護理師不只是 registration 或 record，我還有 do 什麼，do 是需要相當 qualified 的人員才能 provide 這些 service。

**主席**

好，特別是討 2-12 頁(五)、1、(4)，然後翻過來討 2-13 頁(五)的部分，往下是藥事照護，剛剛洪教授是說藥事照顧後面表格也很 OK。再來討 2-14 頁，照護指標的部分就更嚴肅一點，就是目標，請大家看一下 4 跟 5，藥事照護介入之病人，目標是用藥的配合度跟完成藥事指導，這樣夠嗎？

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

實際上在用藥配合度提升之前，藥師要進行用藥整合。

**主席**

計畫內容部分也應該要納入。

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

是，藥師要還完成 profile，包括病人現在 underline disease，他的 serum creatinine 等，要想看的 data 跟所有的醫師是一樣的，然後藉由病人用藥配合度的提升，然後要知道這個病人不能好好吃藥配合的問題在那，然後據以解決用藥配合度低的原因，或者是吃藥時挑藥的原因，這具有連貫性，其實在很多藥事照護的文獻都已經告訴我們，這樣子的提升，第一個是藥品的費用絕對是 cost down，這是可以預期的，另外一件事情，當藥品減少的時候反而就是 ADR 減少的時候，這就呼應理事長一直要做 AKI 的部分，看起來很簡單，但平均一位藥師要執行整個流程需要 100 分鐘，這是我們的調查，以上說明。

**主席**

如果真的很認真做的話，是不是每位都有這麼認真，特別剛剛有提到藥局拿藥的時候順便做，也可以做到 100 分鐘，我也很期待，那

應該是可以多一點，可是我覺得真實世界很難，這部分 1、2 指標夠嗎？

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

其實這部分我覺得滿多的，做這個兩點要花相當多時間，而且還要做前面的整合，對藥師來講，從雲端藥歷先撈資料後還要詢問病人，一問一答。

**主席**

藥事照護介入的病人，因為這為照護指標？我們如何知道藥師有完成？

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

因為後面會有介入，也會利用 Pre-ESRD 的平臺登錄。

**主席**

就登錄完成，然後配合度有提升，這樣子嗎？

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

對，到時候會看他的配合度，我們會去做前後測評量，配合度的提升。

**主席**

請教洪教授。

**洪冠予代表**

如果是做指標這一塊，或許我們今天討論不了，或許請各位先進回去再想一下，麻煩看一下 2-58 頁，所謂的指標是說最後 fail 或無效，造成這種結果最主要的 factor 是什麼？這才要當做指標，像我們常常在看指標追蹤，例如某醫院開刀手術好不好，所謂設指標，你可以設所有的指標都可以，可能所有的指標都做完可能還是不好。因此我們設指標，常常要去看過程中最 critical 的地方在那裡，要設指標去監控，所以我會講這個表格，您覺得藥師在幫助 AKI 病人在復原的過程中，您覺得那個項目一旦做不好，一定不會恢復，例如：正確使用止痛藥，這一點沒做好絕對不會好的。若是這點，指標應該設計為藥師指導有去指導止痛藥的正確性，要達到

90%以上，假設是這樣。另外，剛剛副署長問的問題，署方如何知道，就是院所申報端要自己提出來，衛教多少人，要不然指標就像剛剛所講的訂了一大堆，但是可能沒有抓到最重要的，以我們現在看到理事長寫的指標，其實滿好的，這是 outcome 面的指標。但是裡面有一些指標也是不能 do 的，都很認真教病人，可是會不會好我不知道，所以現在是看恢復比率的人有多少？這些稱二次統計，就是把某些數字在再整理一遍，其實跟你 do 什麼沒有關係。所以我覺得，如果要 do，就是要訂那些項目對藥師執行計畫來講最重要，護理裡面那些項目最重要，把這些指標訂出來才是 signs，這樣才可以確定一件事情，我只要這幾個指標現在做到了，後面 outcome 就出來了，這是 OKR 的管理觀念，我建議指標朝這方向修訂，但今天不太好提，或許請各個醫事單位回去，把自己覺得，也就是我最大 contribution 在這裡，把這個指標提出來。目前整個計畫的 format 看起來是還蠻好的，至少先照著去做，其實二次指標沒有辦法辨別認真還是不認真去做，病人會不會腎功能好轉這是另外一個數字的乘除。以上是我對指標的看法，謝謝。

### 主席

其實這個指標也要看出藥師 contribution，因為配合度提升又怎樣，藥師指導也都指導了，結果也不好，指標這樣設計有點 general，是不是這一項也保留，請藥師公會全聯會帶回去再研究。下一項數字 5 的部分(AKD 的照護指標)？。

### 黃尚志代表

剛開始也不要提比較 outcome 面，建議剛開始在過程面要先收集，成熟後可慢慢往 outcome 面，做法上較實際。所以 5(AKD 的照護指標)有整體收案病人數，為什麼？因為有人詢問我這個數據，但到底有多少 AKI 病人真的不清楚，不過可以從申報碼至少確認一部分，至少知道分母是多少。故意設一個申報碼給他，有申報的話，就能知道有多少病人曾經被照護過，這有助未來計算指標作為分母。第二，有追蹤人數等，有報持續照顧的跟上面的分母一比就知

道，根據持續照護的除以分母，就能得知被完整照護完的比例有多少。同樣的，恢復比例的評估上，也可以按照定義恢復人數除以整體，那些有恢復，那些沒有恢復，那些恢復到什麼時期的有幾位，這些都有利於健保署未來計算。

**主席**

好，文字內容看如何調整較為精簡，但有申報 P 碼，後續指標通通可以計算，即便沒寫在這裡也都算的出來，因為已經為 AKI 已經設計不同的 P 碼。

**黃尚志代表**

就是指標跟 P 碼結合就能進行後面的計算。

**主席**

好，這也過了。請張醫師。

**張孟源代表**

其實大家意見我都支持，就是在文字方面，討 2-56 頁部分，他有一個藥事整合性照護慢性腎病的確切評估，還有藥事衛教指導紀錄，可不可以把這些整合起來，藥事介入完成在(2)的部分，增加「完成慢性病藥品評估及衛教介入」，這樣大家才知道藥事指導在講些什麼。

**主席**

這個已經保留。

**張孟源代表**

這是建議。

**主席**

原項目寫得太 general，謝謝。再往下討 2-18 頁，相關費用，後面談的都是錢。我們 reconfirm 討 2-25 頁，AKD 的費用推估，試算 P 碼單價我們是有減半，我們就一一看一下，第一是 AKD 收案獎勵費，這個 Pre-ESRD 就有，就不再增加 OK 嗎？

**黃尚志代表**

我先講這個，基本上我們有沒有這個錢的資料。

**主席**

沒有關係，我們先看單價就好了。

**黃尚志代表**

尊重，但是上次討論有特別請託，讓藥師、護理師及營養師要一致。

**主席**

現在就是一致。

**黃尚志代表**

我沒有什麼意見。

**主席**

因為預算也才 2,000 多萬，也不能拉高 5,000 多萬。

**黃尚志代表**

好。

**主席**

那就是討 2-25 頁 OK，大家有沒有意見，藥師公會有意見嗎？

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

先接受，因為第一個收案的時間花的太長了，初次收案本來有一個版本，我先來講，大家聽過就好，我們沒有要堅持，就是原來各家醫院做出來的一個統計以後，我們曾經提出希望新收案費用是 300 點，其他與其他職類相同都是 200 點，主要是初次收案的部分，光藥品整合部分就花我們藥師非常多時間，包含我自己下去 care 病人時候，也要花將近 100 分鐘，這是實際的情況。所以我們想能在第一次收案提高，大家也看到評估表格內容非常多，深入度又很夠，不知道有沒有希望，第一次收案調整為 300 點，其他都維持類似一樣，這是小小的期待。

**黃尚志代表**

這是牽涉到 3 職類的問題，一開始我也有一起溝通。因為如果其他也一併調整的話，預算會增加很多

**主席**

因為藥師提高為 300 點，則衛教護理師及營養師也要一起調高。

**黃尚志代表**

當然我也贊成我們的專業不只 200 點，但可能未來整體檢討時再討論。

**主席**

我們藥師公會全國聯合會代表，您是常藥師嗎？麻煩會去的時候一定要跟理事長報告，理事長有再三請託。

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

我了解。

**主席**

我們各種職類的都要公平。

**黃尚志代表**

所以明年度如果能夠再多爭取，我們的給付會好一點。

**主席**

要有成效。請看討 2-26 頁，藥師費用估計增加 1,100 多萬，可以嗎？

**社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

先接受。

**主席**

下面是調高「新收案管理費」及「年度評估費」兩項都暫不調整？可以嗎？

**黃尚志代表**

可以。

**主席**

轉診獎勵費是 200 點。

**黃尚志代表**

這是給基層轉診轉介到 Pre-ESRD 收案的。

**主席**

如果這部分也通過，後面就是計畫內容文字的整理，還有申報 P 碼整理，請醫管組協助。最後，還有沒有需要討論的部分？收案流程

的部分也是可以的嗎?如果有要討論的或提出的，請業務單位直接說明。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

會前補充資料第 3 頁，有關申報格式部分新增收案日期，因為原本僅在收案資料端有就醫日期，業務單位建議新增收案日期。

**主席**

有沒有意見?

**黃尚志代表**

沒有。

**主席**

還有沒有漏掉需要討論的部分?

**主席**

今天在會議上已經將整個計畫初步的討論一遍，但還有一些地方是比較模糊的，但經過大家討論、集思廣益後，變得比較清楚，但文字內容上還是幾個部分是待整理或保留的，特別藥師的部分，這些也非今天可以決議通過的。現在徵詢大家意見，臨時會今天就開到這裡，首先，是否大家同意明年 7 月 1 日才開始實施新的方案? 讓大家都有充分的時間。

**黃尚志代表**

應該是藥師及 AKI 的部分。CDK 的部分可以照 run。

**主席**

原來的計畫還是持續在執行，但是 AKD 及藥師照護的部分也許要趕快整合進來執行，所以大家同意將目標訂明年 7 月 1 日開始執行?

**黃尚志代表**

可以。

**主席**

如果可以的話，請台灣腎臟醫學會及藥師公會辦理的教育訓練課程就要趕快進行，不要等計畫公告，可以嗎?

## **社團法人中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳**

藥師公會這邊會全力配合，剛剛的建議也是，但這邊也徵求各位意見，既然是培訓課程，公會部分就會針對全國的藥師公開的宣傳此訊息，原則上，藥師加入 Pre-ESRD 計畫應該是可以執行的，只是想要再次確認。

### **主席**

因為在總額協商時已經有預算的編列，且健保會也有確實的文字內容是 AKI，所以本署一定要讓計畫能夠執行。其實今天的討論後，計畫內容文字的部分並未完全確定，所以是否 1 個月內請相關學會、協會針對草案的意見請提送本署，雖然目前目標是明年 7 月 1 日，但也請醫管組趕快召開確定的會議，看明年研商議事會議第一次是什麼時間?是否需要提早召開?

### **醫務管理組 劉林義專門委員**

第一次會議在 110 年 2 月 24 日，農曆新年連假後第一個星期三。

### **主席**

好，至少在 2 月 24 日本案一定要確定，計畫生效日訂在 7 月 1 日，也讓大家同步展開教育訓練的準備及相關單位的溝通協調。還有沒有其他意見?請鄭醫師。

### **鄭集鴻代表**

針對基層藥師參與計畫的問題?是由診所申報再轉給藥局?

### **主席**

這是目前想到的解決方式，但若後續研議有更好可行的方法都可以在 2 月 24 日一併討論，這段時間請各位集思廣義，藥師公會請特別仔細審視跟規劃，如何幫助藥師能協助在基層就醫的 Pre-ESRD 個案，也要站在病人方便就醫的角度，讓他們真的有接受藥師的服務，而非僅只為了申報費用。上述這些有關人與事的可行性，地點的可近性，均非常重要；請病人在院所接受衛教護理師及營養師的服務，要去其他地方接受藥師服務，這樣的安排可能需要

再多思考。請所以各單位所有回復的意見能在 12 月底前行文給本署。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

也請包括上面藥師參與基層診所的意見。

**主席**

好，本署會再彙整後，在下次會議做最後的確認，確認後就往下階段去執行，最晚開會的時間是 2 月 24 日，若有必要提前本署會再安排。本案還有無其他問題？若沒有本案就討論至此。請問還有沒有臨時動議？也沒有，今天會議就進行到此，感謝各位代表。

**散會：下午 4 時 45 分。**