

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

108 年第 4 次會議紀錄

時間：108 年 11 月 13 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林 蘭

出席代表：

吳代表麥斯	請假	楊代表孟儒	楊孟儒
宋俊明代表	宋俊明	廖代表秋鐳	廖秋鐳
李代表妮真	李妮真	趙銘圓代表	趙銘圓
李純馥代表	李純馥	蔡代表宗昌	請假
洪代表冠予	請假	鄭集鴻代表	請假
張代表克士	王斯弘代	鄭代表建信	鄭建信
張代表孟源	張孟源	盧國城代表	陳金順代
張代表晏晏	張晏晏	朱代表益宏	朱益宏
梁代表淑政	梁淑政	顏代表大翔	顏大翔
郭咏臻代表	彭桂秋代	羅永達代表	羅永達
曾代表志龍	曾志龍		
黃代表明和	黃明和		
楊代表五常	請假		

列席單位及人員：

衛生福利部
衛生福利部全民健康保險會
衛生福利部食品藥物管理署

白其怡
陳燕鈴、廖尹嫻、陳淑美
黃俐嘉、盧秋燕

衛生福利部國民健康署
衛生福利部醫事司
台灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會
台灣腎臟醫學會
基層透析協會
財團法人器官移植登錄中心
彰濱秀傳醫院
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
本署財務組
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

黃紀諺
劉玉菁、黃敏玲、潘佩淇
林佩菽、黃麗如、顏正婷、
曹祐豪
吳韻婕
林元灝、林慧美、林佳靜
曾庭俞
劉嘉琪
李文欽、賀昊中
蔡翠珍、王本仁、
洪于淇、劉立麗、李健誠、
陳依婕、林其瑩、陳玫蓓、
黃曼青、楊瑜真、鄭智仁、
鄭正義、賴昱廷、楊淑美
高幸蓓、張如薰、詹淑存
陳怡蓓
李冠毅
余侑婕、陳泰諭
楊雅惠
林怡君、陳懿娟
陳祝美、林耿揚
張凱瑛
呂俞樺
黃郁莉
江春桂

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

一、洽悉。

二、另下列事項列入繼續追蹤：

(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-門診透析專業醫療服務品質監測結果。

(三)序號3-「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略初步結果」討論案，有關雲端藥歷系統新增「腎功能不佳」提示功能，提示疾病別ICD_10_CM同意刪除N18.6。

(四)序號4- C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案。

(五)序號5-NSAID用藥異常者篩異指標管理機制：有關NSAID用藥涉及專業，請台灣醫院協會跟腎臟科醫學會討論適用其他專科別之止痛替代方法或管理策略。

(六)序號6-請醫審及藥材組與台灣腎臟醫學會及消化專科醫學會研議減少C型肝炎個案檢驗數據偽陽性之方式。

第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

案由：108年第2季門診透析服務點值結算報告。

決定：

季別	浮動點值	平均點值
108Q2	0.84274257	0.85474197

- 一、確認108年第2季點值如下表，會議確認後辦理點值公布、結算事宜。
- 二、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決定：洽悉。

第五案

案由：109年研商議事會議之會議召開事宜。

決定：洽悉。

第六案

案由：腎功能異常使用NSAID藥量者篩異指標管理機制。

決定：有關腎功能異常NSAID藥量者篩異指標管理機制案，明年配合API提示，請分區業務組加強立意抽審，並將核減率高的院所，回饋院所院長。

第七案

案由：診所無障礙就醫環境合格標準。

決定：本案事涉108年品質保證保留款之核發，請衛福部醫事司與各總額醫事團體再次溝通達成共識，於下次會議再報告。

肆、討論事項

第一案

案由：「現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額」討論案

決議：同意維持現行暫付成數。

第二案

案由：109年「門診透析服務保障項目」討論案。

決議：109保障項目決議維持原108年項目：

- 一、腹膜透析之追蹤處置費(58011C、58017C)採每點1元支付。
- 二、偏遠地區之門診透析服務保障每點1元支付，前述所稱偏遠地區應依本署公告範圍為主。
 - (一) 山地離島地區。
 - (二) 當年「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。
 - (三) 當年「全民健康保險西醫醫療源不足地區改善方案」之所列地區範圍(不含僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定之醫療資源不足之地點)。

第三案

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提升獎勵計畫」修訂案。。

決議：

- 一、考量品質獎勵計畫核發之公平性，同意於計畫新增VPN所上傳資料如「超過規定期程所上傳或更正之資料」，不納入獎勵金核算。
- 二、為降低透析院所登錄BC肝炎轉陽率資料誤植情形，本計畫附表

「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式檔」同意新增「B肝表面抗原變化說明」及「C肝抗體變化說明」2項欄位。

- 三、109年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，本計畫中有關無障礙部分之文字同意予以刪除。

第四案

案由：109年「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：請台灣腎臟醫學會再研議後，於下次會議再議。

第五案

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、於下次會議繼續追蹤辦理情形。
- 二、請企劃組與教育部合作，將全民健保概念納入國小國語課本及習作時，考慮將腎病教育概念融入課程內容。
- 三、請食品藥物管理署針對藥品廣告之審核，研議請廠商須增列警語或風險提示之可行性，另應加強對藥師宣導，於民眾購買OTC(非指示用藥)藥品時，加強衛教，說明相關注意事項及警語。
- 四、本案相關策略係屬中醫師公會全國聯合會權責者，改移至中醫門診總額研商議事會議討論：
 - (一)落實中醫師使用健保醫療資訊雲端查詢系統。
 - (二)109年中醫總額門診醫療給付費用新增計畫「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」。
- 五、為利本署於雲端藥歷系統建置「慢性腎臟病患者，請避免使用

腎毒性藥物」之提示功能，更加完善，請衛福部中醫藥司提供腎毒性中藥藥品名稱。

- 六、請醫務管理組分析 107 年透析病人健保卡註記病人自主權益意願(ACP)，並請分區業務組輔導透析院所，落實病人自主權益。
- 七、請分區業務組確實提醒申報活體腎臟移植獎勵費之院所，將獎勵費用於鼓勵勸募團隊及相關醫事人員。
- 八、為鼓勵活體移植，建議勞動部研議立法保障捐贈者於捐贈手術及休養期間的工作薪資，由政府給予補助，以便讓捐贈者可以安心休養。

第六案

案由：腹膜透析追蹤處置費及 APD 的機器租金費用，回溯追扣案。

決議：下次會議討論。

伍、臨時提案

案由：現行門診透析服務費用應於醫院及西醫基層總額之分配計算設有校正公式案。

決議：下次會議討論。

陸、與會人員發言摘要詳如附件。

柒、散會：下午 5 時 50 分。

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議

108 年第 4 次會議與會發言重點實錄

壹、確認本會前次會議紀錄

主席

大家午安，今天要開門診透析預算研商議事會議今年最後一次會議，因為今天提案，共有報告案有 7 項，討論案有 6 項，現在人數正好過半，開始開會。先請各位代表們看一下上次(108 年第 3 次)的會議紀錄。各位委員對第 3 次的會議紀錄有沒有問題？若沒有問題我們就確認，接下來報告事項第 1 案。

貳、報告事項

報告事項第 1 案：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

主席

追蹤建議是第 1 項、第 2 項、第 3 項及第 6 項繼續列管，其他解除列管，其中第 4 項也是繼續列管，因為 5,784 位透析個案有 C 肝的，只有 566 位接受治療，這些尚未接受治療的病人希望他們能儘快接受治療，特別是明年預算增加，從原本 65 億提高到 81 億，多了 24% 的預算。目前開放 F3 以上的可以用藥，到明年 1 月 1 日起將會全面開放，所此部分繼續列管。以上的追蹤建議，請問大家有沒有意見？請宋教授發言。

宋俊明代表

主席及各位委員，我個人意見是認為第 7 項把他解除列管之後就什麼都沒有，是不是上面寫併到第 3 案。

主席

可以，其實全案都在第 3 案，報 1-2 頁腎臟病患者管理及預防相關策略各單位追蹤辦理情形，會全面再追蹤一次，因為那裡的項目(第 3 案)比這裡(第 7 案)還多，還要更完整，也有各單位目前辦理的情形，可以嗎？好，謝謝宋教授，其他大家有沒有意見？好，請宋教授。

宋俊明代表

署裡面的人都非常的努力，慢性腎臟病患者的數量趕快把他降下來，但有一些在做的時候發現必需趕快去量化，當我們用到 eGFR 的時候，才發現現在所有的數據上傳都是以文字檔上傳，他根本沒有辦法預算，這個是雲端藥歷上面現在 data 上傳是文字，越多的資料到時候越難，這部分請資訊單位能夠加把勁，上傳我們以為以後都可以用這數據傳，文字檔，這方面要全面的。

主席

好，請醫審及藥材組淑存說明。

醫審及藥材組 詹淑存

那個檔案是可以接受文字、數字跟特殊字元，要整理才可以用，以上。

主席

在第 3 項的辦理情形中，會去抓取不管是文字或數字等，將抓取相關診斷 eGFR 的檢驗值來做雲端的提示，這部分我們年底要完成，明年 1 月 1 日要上線，不管文字或

數字我們都會擷取並提示，至於目前其他的文字或數字的部分，這個是我們整個問題，不會只有 eGFR，我們當然希望他是一個數值型的，將來運用是最方便的，才能再計算；目前至少委員有建議 NSAID 或顯影劑這一類的藥物，如果個案是腎功能不佳的人，要進行提醒；全面性的提醒是年底會完成規劃，明年的第 1 季就會上線，這個部分我們應該做最大的努力。好，其他的追蹤建議，大家還有沒有意見？還有第 3 項，好。

宋俊明代表

第 3 項雲端藥歷這邊 N18.6 部分拿掉。

主席

大家同不同意 N18.6 拿掉？如果沒有意見，我們就照宋教授的意見把 N18.6 拿掉。請羅院長，然後請顏醫師(發言)。

羅永達代表

有關序號第 5，目前使用 NSAID 的藥的醫師從 1616 下降 1499 事實上人數還是很多，這是第一；第二，上面所寫的希望醫院協會去輔導，說真的我們真不知道怎麼輔導？因為這些數據醫院協會並沒有專門輔導的機制，你行文給我們都不知道怎麼去輔導我們會員，這是二；第三，這些事情納入報告事項第 6 案，所以就解除列管，待會假設我們在討論的過程當中應該有些東西可以補強有些可以更周延的時候，你現在把他解除列管，待會會再回來變成是繼續列管嗎？

主席

好，我們這 2 案都繼續列管，因為事實上我們也會再持續觀察，雲端開始提示之後，

醫師的人數會不會減少，這個是相互的，我同意你的說法要持續追蹤，腎臟科醫師就給腎臟醫學會去輔導，非腎臟科醫師就請醫院協會跟醫師公會全聯會協助。

宋俊明代表

我覺得這個部分醫院協會如果有困難的話，腎臟醫學會這邊應該是大家都很願意。

羅永達代表

不是腎臟科醫師，譬如骨科醫師看 NASID 的其實很多，這些人要用什麼方法去控管，跟腎臟醫學會沒有什麼關係。

宋俊明代表

我的意思是說可以跟腎臟醫學會去討論出怎麼樣共管的方式，或者是說由腎臟醫學來做繼續教育，腎臟醫學會應該很樂意才對，因為其實裡面也有提到對非腎臟科醫師，腎臟醫學會的腎臟專科醫師賦予去教育，還有整個流程的設計的參與，應該是這樣。

羅永達代表

請問腎臟醫學會，每個學會要做多一點努力，腎臟醫學會有很多人在醫院工作，很清楚知道醫院裡面的生態，他其實就可以來做設計，否則這個案子假設給我們醫院協會，我們真的還不曉得該怎麼辦？

主席

我建議羅院長，醫院協會可以邀請腎臟醫學會一起討論，非腎臟科醫師會有開 NSAID 藥物的有什麼策略可以協助，就是醫院協會主動邀請腎臟醫學會去了解，這些非腎臟科專科醫師也受僱於醫院各科，所以是不是繼續列管，本署利用醫療雲端系統 API

提示，同步醫院協會也思考是否跟腎臟醫學會做討論，對於非腎臟科醫師，不管是教育也好或是其他方法。這個是非常專業的問題，可能要麻煩你們去討論。

羅永達代表

目前醫院協會承辦審查的計畫，審查注意事項或是用其他的方式，審查有另外一個執行的辦公室，如果行文給這個辦公室我們才有辦法找腎臟內科醫學會開這樣的會議。

主席

我們行文應該給醫院協會，協會再分配任務給內部單位。好，這個案子請顏醫師發言。

顏大翔代表

很高興聽說明年就要開始 API 提示，但是我建議不是只有提示一次，最好是連續幾次，如果有這樣 Acute on chronic renal Failure 的情況就代表還有腎臟殘餘功能，有時候雖然稍微恢復再使用 NSAID 的時候腎功能會變壞。不曉得提示是否只有最近一次的 data 還是說會提示幾次，我不是說只提示最近的 data，我是說一年內的 data 如果有的話至少提供 3 次，讓我們知道曾經有不好過，有時候恢復再用又變不好，我不曉得欄位設計有沒有問題？

主席

請淑存回答一下。

醫審及藥材組 詹淑存

主席，代表，目前規劃是在病人摘要區那邊會 hint 的這個病人就是慢性腎臟病病人，

就是避免使用腎毒性藥物，會列出 6 個月內的最後一筆 eGFR，如果要列多一點，就變成是要點視窗換下一頁才能夠一筆一筆的出來。

顏大翔代表

有腎功能可以查就對了，那是最好，

醫審及藥材組 詹淑存

需要 6 個月內的資料都出來嗎？

顏大翔代表

按照做 CKD 照護的經驗，腎臟不好弄恢復以後，如果沒有提醒別的醫師他又用了 NSAID，可能又會變壞，我到後來甚至決定以後 CKD，Pre-ESRD 追蹤的病人 stage 4 或以上的，我現在開始跟他講說你感冒都要來看我，酸痛都來看我，為什麼呢？發現去其他診所看了結果我們又在那邊弄了老半天腎臟功能又變壞，API 裡面可以看到其他診所的用藥情況，打針診所沒申報根本看不到，我覺得那是很大的漏洞，才會建議不是只有一筆，這一筆是代表最近的現況，不代表之前就沒有問題，這是我的建議，技術上能不能克服我是不曉得，但是我很高興明年就可做到。

主席

好，能夠多 show 幾筆這件事情記下來。宋教授。

宋俊明代表

我的意見是這樣子，總不能讓他一直在跑，是不是要 show 一次必需所有資料跑一遍，所有雲端上來的資料也要去抓。

醫審及藥材組 詹淑存

如果把資料抓在一個 talble，都存在同一個 talble 的話，這樣就會比較快。

主席

好，我們就不花時間，那蠻細節的，但最主要提示一定要對醫師有用，如果提示對醫師不夠好用，便白白浪費我們的努力，所以淑存會後找宋教授跟顏醫師再商量一下，看如何 display 的方式，用最好的方法去提示，這樣好不好？因為今天議案真的很多。

宋俊明代表

給我 1 分鐘，step by step，所有的事情總是要有開始，當然剛開始不會是一個非常完整，所以先有一部分先做。

主席

等一下我們設計好請大家看一看，一定是最方便的，而且是主動要提示。

宋俊明代表

我希望是在雲端藥歷的第 1 頁的地方，那邊有個空白。

主席

好，沒關係，宋教授的意見是在第 1 頁，現在先不談這個，第 1 頁或裡面要提到多少訊息是 user 專業的建議，我們都參採，既然要做，就要把他做到讓大家覺得有用，這個需求最後請去確認，2 位專家都應該諮詢一下，麻煩淑存。

顏大翔代表

剛剛有提到醫院認養的問題，西醫基層最簡單的就是去西醫基層總額那邊，我們有 6 區的委員會，像我們在南委會年初就有講過，stage 3b 以下的 NSAID 使用不要超過

一個禮拜，當然沒有強制性，但是這是一個 hint，我們就公告給所有基層醫師知道，是有作用的，也就是說，西醫基層的醫師應該透過西醫基層總額去佈達訊息。

主席

西醫基層以後的問題應該是他們不去點 API，將來我們用這個提示大家一定會去看，我們會持續關注有了新的工具之後，是不是有助於這件事情的改善。追蹤建議大家有沒有其他意見？好，如果沒有意見我們就確認，接續第 2 案。

報告事項第 2 案：門診透析預算執行概況報告。

主席

這個報告案雖然都是例行的報告，但仍要注意現在有 9 萬多人在洗腎，我們壓力蠻大的，而且金額越來越高；新進來的人數扣除死亡的人數每年還在增加，這也是不爭的事實；現在有一些誘因，Early-CKD 跟 Pre-ESRD 的收案率仍不見理想，即使收案，也要認真照護，不讓個案成為 ESRD 才是我們的目的，而非只收案而已；如果真的到 ESRD，我們期待能注重腹膜透析及移植的可能。目前登記等候移植的有 7、8 千人，每年包括活體移植跟屍體移植大概 300 人，雖然對於取得重大傷病卡之前，活體移植有 5 萬的獎勵費，目前人數到今年大概只有 8 例，這些都有待改善的空間；如果我們能夠把現在幾個重要數據有所改變，要靠大家一起努力。這一次的報告大家有沒有意見？來，請賀醫師用簡短的時間跟我們委員們作說明或建議。好，賀醫師，謝謝。

彰濱秀傳 賀吳中醫師

各位好，敝姓賀，我原來是臺中榮總移植外科主任，專長是腎臟移植，現在是移植醫學會的常任理事。先前健保署有行文來移植醫學會，但是移植醫學會沒有派代表來，站在移植醫師的立場，關於活體移植的推動，我們還是宣導一旦有機會的話，越早移植越好，本來是希望還沒洗腎就移植，可是實務上常做移植的台中榮總、台大、成大，一年也很難超過 5 例，希望獎勵可以到洗腎一年後，超過一年就失去推動的意義，所以希望腎臟科醫師及其他醫護人員跟病人講，移植是治療末期腎臟病最好的辦法，而且越早效果越好，所以這次提到五萬點的獎勵，最主要是希望越早越好，最好一年以內移植，才能達到最好的效果。

主席

謝謝賀醫師，目前獎勵的 5 萬點，目前是 Pre-ESRD 到取得重大傷病卡之前，賀醫師的建議是希望如果再往後延 1 年，到正式透析的 1 年內，這個建議我們收錄，而且這個建議就在討論案第 4 案，賀醫師今天也再次提出來，我們就到第 4 案再一起來討論。

黃明和代表

因為賀醫師之前收到這樣洗腎的 case，可能是從診所或其他醫院來的，超過一年血管各方面狀況就不好，所以他今天特地來討論。

主席

我們本來就有安排第 4 案來討論修訂 Pre-ESRD 計畫，到時候再看看這個建議能不能修訂進來，謝謝賀醫師。本案大家還有沒有意見？如果沒有，就進到第 3 案。

報告事項第 3 案：108 年第 2 季門診透析服務點值結算報告。

主席

好，謝謝。今年第 2 季的結算報告，大家有沒有意見？

廖秋燭代表

結算沒有問題，我想問的是，我不清楚自墊核退的部分，有可能是病人在國外洗腎幾次回來退錢，那像我們 HD 每次給付 3,912 點，但事實上浮動點值不到 0.85，那核退的時候有上限嗎？以這個例子，洗腎一次 3,912 點，那會核退多少？在結算時是以 1 點 1 元，雖然金額不大，但會影響結算點值，想要再了解一下。

主席

醫管組請說明。

醫務管理組 李純馥組長

自墊核退不是按照支付標準給的，而是用過去平均門診、急診或住院 1 次多少的方式，所以如果是門診，他不會給到 3 千，大概是 1 千多元，以此為上限核退。

主席

所以境外洗腎我們支付的較少。好，還有沒有意見？如果沒有意見，就進到第 4 案。

報告事項第 4 案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

主席

好，品質指標的部分，大家有沒有意見？

宋俊明代表

請看第 30 頁鈣磷乘積的數值，小於 60 的這個，這是半年指標，一直到 90 幾%，他

是只有抓比如說半年抓 6 月、1 年抓 12 月這樣嗎？

醫審及藥材組 詹淑存

半年是指半年區間，整個半年期間。

宋俊明代表

平均值嗎？我會覺得很奇怪會到 90 幾%，在我看來，這個數值怪怪的，不曉得其他醫師覺得怎麼樣？也就是鈣磷乘積值小於 60 的居然有 90%。而且事實上鈣磷乘積很重要，磷也很重要，應該也要看。

主席

那要怎麼呈現？要分別算嗎？不要乘積？

宋俊明代表

就是一個乘積，一個個別算。

主席

所以這個指標要留著，但要再多算一個磷的指標，有沒有困難？

醫審及藥材組 詹淑存

會議結束後再跟教授討論。

宋俊明代表

另外就是要請教各位專家，我覺得這個鈣磷乘積值實在太高了，跟國外相比實在是超高。

主席

所以要探討原因，宋教授的建議，大家有沒有意見？

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

謝謝主席及宋教授，這是我們學會當初訂定的品質指標，所以請讓我們帶回去學會再討論一下，之後再提供你們建議，要怎麼要訂定指標才會對病人的照護是最好的利益，當時我們只訂定鈣磷指標。

宋俊明代表

但事實上磷這個指標會影響病人的 survival，所以這個數值說不定比鈣磷還要重要，這是標準，但是現在這個指標呈現的數值到底對不對？這樣看起來會感覺我們做得很好，但事實上大家在臨床上應該不是這樣。

主席

這個指標是新指標，是去年新增的，也是腎臟醫學會建議的指標，如果這個指標算出來不是很清楚，就請腎臟醫學會參採宋教授的意見，如果不那麼確實要再如何修正才清楚。好，大家還有沒有意見？如果沒有意見，此報告案就到這邊，接下來是第 5 案。

報告事項第 5 案：109 年研商議事會議之會議召開事宜。

主席

好，第 5 案的時程，大家有沒有意見？如果沒有，就暫確認，如果時程有變化，會儘速通知大家。

報告事項第 6 案：腎功能異常使用 NSAID 藥量者篩異指標管理機制。

主席

本案剛剛已經大致提過，也列入繼續追蹤，也會有提示，因為目前 108Q1、108Q2 改善幅度真的很小，沒有什麼太大的改善。

羅永達代表

請教腎臟醫學會幾個問題，請問腎功能異常是指已經洗腎、還是還沒有洗腎？這是 CKD 還是 Pre-ESRD？如果都有的話，就是像鎮定劑、安眠藥一樣，都要給精神科開，結果開藥的總平均值變得還比較高，我聽過腎臟科醫師說，如果這個病人已經洗腎了，那他們還是會開，就會大膽的開，那不知道腎臟醫學會有沒有甚麼建議？

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

謝謝，這個議題我們從頭到尾都有參與，那操作型定義後來有更改，所以應該不會再有透析病人在裡面。

醫審及藥材組 張如薰科長

大家請看報告案第 6-4 頁(第 70 頁)，其實當初腎臟醫學會已建議區分透析前、透析後病人分別統計，所以報告案第 6-4 頁都有分別統計件數與病人數。

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

當初在討論的時候就有特別提醒這件事情，因為透析之後通常這些藥物都會到腎臟科來開立，其他科醫師要開這些藥的機率就相對比較小，所以在附件這邊就有將透析前後分別分析出來，那透析前的部分，上次回饋給我們學會之後，我們有回饋給各別會員，提醒這些醫師們，但還是要尊重醫師們自主的權益。另外，今年在內科醫學會也有給我們一個 section 來討論這件事情，就可以提醒所有內科醫師知道這些事情，以上是我們目前針對這案所做的事情。

羅永達代表

既然有些東西是不可避免的惡，我想當你的數據很大的時候，應該要有一個閾值，比如說全世界任何疾病他會有個統計數字，那些東西對病人是合理的，但也不可能到零，以洗腎的病人，它會有個百分比，不然他不可能會無限制的下降到零，在判讀上面也會比較客觀。

楊孟儒代表

我呼應一下陳秘書長剛剛講的，分析透析前後的件數，腎臟科開藥的其實前後是 1 比 2，其他科像是內科、家醫科、神經科，他們剛好相反，他們在透析前開的比例很高，但這就是未來加速腎衰竭的重要原因，那為什麼腎臟科在透析後的件數會比較多，因為我們知道透析後 NSAID 藥物對於腎功能的影響，除非特別是腹膜透析的病人才需特別注意其使用。所以我認為把透析後也要被列入嚴格控管或是統計分析，就會讓這些數據變得特別高，卻無實質意義，我們管控的目的就是要預防慢性腎臟病惡化，所以應該把焦點擺在這裡，那其實腎臟科醫師都有在注意，因此透析前後件數比也有所不同。

張孟源代表

關於 NSAID 藥物使用情形，全聯會有把腎臟科醫學會的建議，也就是 stage 5 的病例在透析前不應該再使用 NSAID，都已經公告給會員週知，那 stage 4 也要減少、謹慎使用，但我覺得這個管理方案應該要再有些策略，現在做的都是道德勸說，道德勸說當然是告知各個會員對於 CKD 沒有洗腎的病人應該減少使用，但是實際上卻還在用，每次看門診都是莫名其妙病人的腎功能就往下降，但道德勸說之後都沒有任

何規範，我希望健保署是不是能有些具體策略？比方說，羅院長剛剛也說一個閾值，假設說一個病人 CKD stage 5 沒有洗腎，還使用這個藥物，那就來一個不予支付吧？不用放大回推，只要不予支付，那只要 stage 4，也沒有跟病人解釋，又超過某個閾值，也就不予支付？這些 NSAID 藥物不會很貴，但這就是具體的策略，不然我看宋教授大聲呼籲一年多，我們總是要端出一些政策性的方案。

主席

謝謝，大家還有沒有意見？好，朱理事長。

朱益宏代表

我覺得剛剛腎臟醫學會說已經有通知各別醫師，我是建議如果剛剛說的 CKD stage 5 不能使用，或是哪一級要做限制，是不是應該也要把這些資料回饋給醫院的管理單位？我覺得透過院長層級的管理，會比腎臟醫學會通知醫師，個人的管理強度會強一些，所以資訊的回饋讓更多人知道會比較好。第二個是剛剛提到，如果大家真的認為某些情況不適合使用，那就應該在審查注意事項裡面明訂，讓審查醫師看到這種案子會知道要注意，這樣管理的力道會更強，這樣不管是哪科的醫師都會知道，你這樣開藥就會被刪，最後一步才會走到不予支付，這是管理的力道不同，走到不同的步驟，所以我建議如果不要到這麼強烈要去扣錢的話，目前只是道德勸說的話，那像是管制安眠藥就很有成效，剛開始是通知醫師個人，再來就是通知醫院院長，再不行就是怎樣怎樣，我是覺得如果僅只要道德勸說，那還要通知院長層級才會比較有效。

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

學會這邊會收集大家意見，再帶回去研究，就像前面幾位代表所說，因為這個議題到現在還不到一年的時間，其實應該是在收整資料的階段，開始看看醫師對於這個議題自律性有多高，如果情況不是很好，再開始用政策的方式去管理、介入，學會大致上還是會先用學術的方式介入、勸導，讓所有會員了解這個嚴重性。

主席

謝謝，這件事情我們已經反復討論，啟動之前花了很多時間在溝通定義，大約半年時間，謝謝主任協助最後敲定。剛剛張醫師有建議還是要有動作，現在此案是繼續追蹤，明年初開始 API 提示，同步今天這個提案是要加強抽審，就是 API 提示跟立意抽審要同步進行，抽審結果若是不適當用藥，就要予以核刪，再觀察一段時間如果真的不一致，就採納張醫師意見訂定不一致指標。這個過程，從核刪、提升抽審率到列為不予支付指標，我們也會回饋醫院單位，用報表讓醫院的管理者知道哪些醫師有此問題；在抽審跟不予支付指標訂定之前，我們會辦理此作業，特別是抽審之後核刪率高的部分，麻煩醫審及藥材組記下來，到時候以署長名義寫信給院長，讓院長知道我們很重視；因為核刪多，請他們提醒再注意，最後才會走入不予支付指標。大家還有沒有意見？沒有意見的話，第 6 案就先做這樣的決定，接下來第 7 案。

報告事項第 7 案：診所無障礙就醫環境合格標準

醫事司 劉玉菁專門委員

第七案這邊由衛生福利部醫事司作說明，這個案子是為了呼應現在分級醫療政策、人口老化社會的狀況、以及身心障礙者就醫權益的維護，各界都呼籲要改善診所無障礙就醫的環境，因此部長指示以健保的品質保證保留款來鼓勵基層診所改善他們

無障礙就醫的環境，因為以現況來講，醫院已經有營建署無障礙法規規範，依法本來就要作無障礙部分，診所是不在這個規範裡，希望診所在品質保障保留款的鼓勵下能夠作改善，各位先進可以參考今天附的書面資料，我們簡單說明，就是包含我們建議獎勵的對象、條件、申請程序以及合格標準，我們都已經先跟身心障礙者代表、建管專家、西醫、中醫、牙醫的公會代表進行多次討論，獲得這樣共識，所以跟各位說明，我們的程序會盡量簡化，以基層診所自行填寫檢核表為原則，我們會設計 GOOGLE 表單，為了這個案子，也有專門輔導的團隊，如果診所在填寫上或丈量上有困難，都可以跟團隊進行聯繫。在無障礙環境的範圍訂得比較小，主要是通路的部分。因為身心障礙者唯一的訴求就是要進得去診所就醫，所以我們的範圍就是人行道、騎樓部分，然後進到診所診間，就是這個範圍，訂好寬度、高低差，出入口部分就是門寬、門檻、開關方式，就是這麼簡單。所有具體的規範，我們就是都寫在規範、檢核表裡，所以基本上看到檢核表就知道怎麼作，所以目前規劃是這樣來進行這個案子，因為這個標準是很細瑣，但我們都已經詳列在今天的書面資料裡，如果還有進一步問題，大家再提出來作進一步討論。

主席

好，謝謝醫事司劉專門委員，因為我們今年用品質保證保留款來獎勵無障礙就醫環境，之前大家有暫時同意，但是要看到標準是什麼再來決定，所以今天醫事司提出無障礙空間的定義，請問各位委員有沒有意見？請顏醫師。

顏大翔代表

列得很詳細，這個對診所而言一點都不容易，列入品質指標會有多少院所達標？我有

聽到包括各縣市衛生局都有希望能夠做無障礙設施，如果真的要納入品質指標，應該要分階段，不是有或沒有，而是比如要達到什麼等級，譬如斜坡道可以輪椅自己推上去，12:1 長跟高度比達到給多少分，這樣比較好，不然大家可能都會拿 0 分。

主席

其他大家有沒有意見？

醫事司 劉玉菁專門委員

主席，這邊請容許醫事司這邊做補充。剛顏代表所提可以看 7-4 頁，看起來好像密密麻麻，但我們要特別說明，因為知道診所有一些現行的困難，我們的方案都有替代方案，如果你沒有辦法改善到那個程度，但是我們允許你加設服務鈴或把服務專線加上去，有人來協助，這也是可以的。因為我們已經跟各醫界代表溝通，所以才會把這納上去，他不是困難達到的東西。

主席

大家可以翻一下討 3-9 頁，目前品質保證保留款是留了第 9 項，提供無障礙環境就醫者合格者得 5 分。如何定義合格？就醫事司所提的每一項都達到就叫合格，就是滿分，並非達到 1 或 2 項便是部分合格，不是劉專委所提沒有達到，設服務鈴也可以，應該不是這樣吧？

醫事司 劉玉菁專門委員

他是說我們在每一個小項目裡面，譬如你的高低差太高了，我們允許你做有程度上的改善，服務鈴、人的協助，選項一定要勾選，是這樣子。

主席

好，譬如 3.1.4，但 3.1.1 就沒有嗎？

醫事司 劉玉菁專門委員

對，但 3.1.1 就是說你本來就知道你的坡道小於 1/12，坡度不會太陡，還有坡度有點陡、太陡，我們都有可以讓你可以選擇改善的適用情形。舉例 7-8，到時候我們會協助診所將檢核表完成。3.1.1 到 3.1.4，你就看實際情形，在那個項目打勾就可以。

主席

合不合格由誰判定？

醫事司 劉玉菁專門委員

我們現在是請他們直接在 Google 表單填寫，檢核表完成後蓋章掃描上來，我們有委託團隊來協助做初審。

主席

初審結果後，你們會告知本署那些診所是合格。

醫事司 劉玉菁專門委員

按照跟署裡的協議，我們醫事司要提供名單給署方作業。

主席

已經說明很清楚了，各位委員對於程序有沒有意見。請羅院長。

羅永達代表

這個錢是從基層保留款出來嗎？

主席

這是我們透析的品保款。

羅永達代表

但是醫院沒有啊，所以這個百分比是如何算？

主席

這是只有診所。

羅永達代表

對，但對醫院不公平。

主席

醫院本來就有評鑑，醫院都達標。這次的推動就是診所，因為配合分級醫療，身障者覺得他只能去醫院不能去診所，因為診所都進不去，所以為了推動讓診所友善、分級醫療，所以就啟動了診所無障礙環境。

朱益宏代表

但是這樣講也不對，醫院無障礙設施從來也沒有看到健保署、衛福部有給錢啊。

主席

那就是納入評鑑。

朱益宏代表

評鑑就直接評了，如果是要這樣推動無障礙，診所就評鑑就好了，應該不是這樣。

主席

請顏醫師。

顏大翔代表

這個品保款是屬於門診透析品保款，醫院就是滿分直接就達標了。

主席

請醫事司回答，他們建議診所評鑑就好。

醫事司 劉玉菁專門委員

診所如果要評鑑應該是不只無障礙，那個議題是滿大的，應該還有其他的服務品質等。我想在這個部分我們先前已經有溝通交換意見的程序，所擬的方案對基層的可及性或可達度是頗高的，這個部分還是請各位來支持。

主席

這是部裡的政策，在各基層總額 108 年都有先行通過保留一定分數作為無障礙就醫環境的分數，但是不影響總金額，有一些分數的排擠效應，因為已經到了 11 月都還沒看到醫事司有具體的東西出來；如果過了年底，108 年就無法執行，現在 11 月有提出來，如果今天通過，在一定的時間內就要回報自評的結果、上傳，讓專家去確認是否合格，如果合格就可以分配品保款，因為今年品保款還沒有開始結算，所以是來的及，大家有沒有意見。

朱益宏代表

剛剛羅院長的問題沒有回答，其實洗腎總額他的來源是醫院和基層，大家做的好就會有保留款，這是醫院和基層一起努力作來的，才会有這一筆費用，那現在這個品保款使用只有在基層，因為政策上醫事司要去推無障礙，然後用健保來鼓勵，這個就很奇怪，我個人不反對用這個方式推，其實品保款醫院也有努力，如果不認為醫院無障礙設施這邊要鼓勵，那其他項目醫院有作到品質的提升，同樣其他品保款作一個鼓勵。

主席

請醫管組回應。

醫務管理 李純馥組長

如果要清楚如何計算，在資料討 3-9 頁、討 3-10 頁，這是今天要討論的 109 年，今天我們討論是用 109 年非協商去給付，就不會用品保款，所以我們把他刪除，所以作法會和 108 年不一樣。我們還是要回歸討論 108 年的部分，那時在談是合格者給予 5 分，他是加分題，原則上只要達到 70 分(總分 100 分)，就可以進來分品保款，原則上醫院不會進來。

朱益宏代表

既然 108 年是大家都適用加分題，醫院已經有無障礙設施，那要加什麼分?那 109 年更看起來只針對診所。

主席

109 年等一下再討論，現在原條文就是適用 108 年，那朱代表的意見請醫事司回應，就醫院的環境可以都視同通過無障礙環境。

醫事司 劉玉菁專門委員

我想補充說明，在醫院部分，在營建署已經納入法規要求他要做這件事，我們現在是在講外界沒有要求你，可是你卻願意主動來改善這個環境，這當然要酌於獎勵及鼓勵，所以在我們所寫的排除條件，像設置規範有要求的也排除掉，像衛生所也是營建署規定要符合無障礙環境，那公務預算也給予補助，我們都把它排除。

羅永達代表

我想長官可能沒有搞清楚，所有的預算只有門診透析是醫院和基層一起努力的，如果你要用這筆錢，就要面對醫院和基層診所，這是部裡沒有考慮到的，既然部的政策是這樣，預算來自兩邊，你們用公務預算額外編制，否則既然用獎勵方式，這個錢本來就是醫院和診所一起努力的結果，不能去制定一個東西只有診所可以拿，就這麼簡單。

廖秋燭代表

我有個建議是說，爭議點在於現在醫院和診所都要公平，這是排擠效果因為預算不會增加，可以試算假設 100%或 50%診所都拿到分數加進來，他會排擠到多少預算，如果錢不多是沒有甚麼還好，但不知道排擠效果多大。

主席

我們不要去回溯討論已經通過的，3-9 頁已經畫線的部分，就是之前修正今年品保款的文字，第 9 項就是提供無障礙環境者 5 分，備註依衛生福利部研訂的內容辦理，並且經總額研商會議確認後生效。所以今天這件事情的背後是此標準，如果可以接受，今年就使用此標準評，今天就先通過這些；至於現在大家在講 3-9 頁無障礙環境只有給診所，還是醫院也有，這邊衛福部就說明，本來就應該作的就不在這次獎勵範圍，源頭是衛福部的政策，所以 108 年可以照這樣執行。

廖秋燭代表

剛剛醫事司講的是大家都可以很好通過，我們都有聽到。

楊孟儒代表

我覺得有些部分可能很難通過，因為電梯通常是公共的，若要硬性規定電梯要裝兩

組叫人鈴或防夾電動門，因為有些都是舊的沒有辦法改，除非是整組改換新的，為了符合規定強人所難，所以對基層診所是困難重重。

主席

但是基層診所就對身心障礙者不友善。

楊孟儒代表

其實不會，我們的診所坐輪椅者大約佔 10-20%，他們從來沒有反應過不方便的事情，還是有無障礙斜坡、電梯都很寬，但是有一些小細節的東西硬叫人家改，實在是不合理。

主席

剛剛醫事司說都有跟 4 位總額的代表談過，所以這是大家的共識。

醫事司 劉玉菁專門委員

我們是跟西醫、中醫、牙醫公會代表談過。

朱益宏代表

都沒有跟醫院代表。

醫事司 劉玉菁專門委員

因為我們得到的訊息是基層診所。

主席

本來就沒有基層診所，就是鼓勵現在沒作到的人去作。

朱益宏代表

醫事司說跟 4 個總額都談過，醫院是最大部分，卻沒有跟醫院談，又要用醫院的總

額錢去補助基層。

主席

沒有要醫院拿錢，這是其他預算。

朱益宏代表

這是醫院有努力去爭取，如果醫院作不好，怎麼會拿到品質保證保留款。

主席

這是本署幫醫院保留的權益。

朱益宏代表

這是醫院協會和健保署一起努力。

主席

請張院長。

張孟源代表

關於這個無障礙我們全聯會只是接受通知，當時是羅浚暉副秘書長去參加會議，事後我們有行一個公文，我說我們沒有下任何承諾，所以他也沒有獲得完全授權，所以我們是希望有後續進展的話，希望可以給我們全聯會更多的研究，我是如實報告全聯會公文，會議不是我參加，目前的確是沒有承諾，以上。

主席

目前張醫師您的發言是代表醫師公會全聯會嗎？

張孟源代表

沒錯，我是全聯會代表，關於無障礙的那次會議不是我去參加，醫事司的行文羅浚

聶代表的名字寫錯，是台北醫學大學，當時他只是開會去了解狀況，因為任何具體決策都必需經過全聯會理事會決議，我只是代表並沒有辦法決定。

主席

所以醫師公會全聯會有用全聯會名義再發文給醫事司嗎？

張孟源代表

給臺北醫學大學，因為是委託他們。

醫事司 劉玉菁專門委員

因為我們進行這案子實在是有點複雜，所以有部分事務委託台北醫學大學辦理，我們是一個團隊一起推動這件事情，剛剛我說明是有跟中、西、牙公會代表來進行討論，當時的標準就是現在的標準，中、牙醫都覺得社會的趨勢就是這樣，所以必須要去作，對於這個標準大家沒有意見，然後西醫表達比較多的意見，是到時候要怎麼測量，他們希望有影片或照片的協助，羅副祕當時有表達他要再回到會內作內部進一步討論。中醫說他們還可以幫忙事後抽查。大概 3 個代表對標準訂定並沒有說標準不行。

主席

醫師公會全聯會是要回去研議，還沒有完全同意嗎？

張孟源代表

我是透析代表，這是羅副祕去討論，羅副祕已經跟醫事司長官討論過，這件事他已經帶回會內討論。我們是在討論透析。

主席

透析診所也是醫師公會全聯會的會員，如果劉專委沒有邀請透析診所協會，只有邀請醫師公會全聯會，醫師公會全聯會就代表所有的西醫診所，西醫診所包括透析診所。

張孟源代表

我們這邊還有 10 月 31 日公文給健保署，我們全聯會對於透析部分都是尊重腎臟醫學會的建議，含所有的事。只要腎臟醫學會建議，在透析方面我們就尊重。

主席

不過無障礙環境和透析專業無關，其實是硬體設施，和全聯會反而高度相關，請問劉專委，聽起來好像他們還要再討論，請問這已定案嗎？

醫事司 劉玉菁專門委員

我們合格標準就是這樣子，我理解到他只是一個代表，他們會員很多，他並沒有對這個合格標準是不行、或要還是不要，現場沒有這樣的意見。

主席

請教楊理事長的意見，如果是透析診所？

楊孟儒代表

其實有的診所是沒有問題，但是我擔心其他診所，因為按鈕電梯本身都有一定的規格，你訂在 85-90 公分之間，如果電梯沒有辦法改那要怎麼辦？是不是只要提供服務鈴或註明聯絡電話就可以，因為實際去討參與論的人，都不知道電梯或叫人鈴按鈕在幾公分高的地方，就這樣這就訂下去，這很奇怪。

主席

剛剛張醫師、楊理事長及朱理事長的意見，分別是透析診所、全聯會及醫院代表，這 3 人的意見均收錄，再轉給醫事司參考、本案於下次會議再確定，等醫事司研究確定後，於 109 年 2 月 26 日會議決定。請羅院長。

羅永達代表

門診透析的預算是來自醫院及基層總額，希望不要訂出一個需要雙方努力，但最後只有單方面受益的東西，請把本意見帶回部裡。

主席

針對無障礙設施，共有 4 個意見，各總額會陸續開會，由醫事司進行報告，各總額在下一次會議會最後確認，預計明年 3、4 月啟動品保款結算。接下來進行討論事項第 1 案。

討論事項第 1 案：「現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額」

主席

本署有針對楊代表所提意見模擬試算不同暫付成數的影響，試算後顯示調升暫付成數，會造成追扣家數及金額增加；所以本署建議維持不變，且目前點值仍在提升當中，請問大家有沒有意見？

楊孟儒代表

應收款是如何計算來的？

醫務管理組 王本仁專門委員

依據流程，院所申報後，本署先予暫付，經過審查及核減後核定，最後結算及追扣。楊代表所反映的是提高暫付成數，但是當院所核減率較高時，會被追扣，追扣金額就是應收帳款。

楊孟儒代表

請問說通常被追收的是一些特殊的院所。

主席

本署無法百分百暫付是因為不希望後續費用追扣大幅上升，因為院所都認為追扣會造成困難，追扣金額龐大也會容易造成呆帳，因此本署希望先暫付，結算後再予以補付。若要提高 2.5%暫付成數，會有 11%的院所被追扣；若提高 5%成數，會有 68%的院所要被追扣，這會使呆帳可能性大幅增加，影響很大。是否可以請楊代表同意維持現行暫付成數?好，謝謝楊代表，本案就通過，接下來討論事項第 2 案。

討論事項第 2 案：109 年「門診透析服務保障項目」討論案。

主席

大家對明年透析的保障項目有沒有意見?好，沒有意見，本案通過。接下來討論事項第 3 案。

討論事項第 3 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」修訂案。

主席

本案的說明文字略有修正，請大家參看桌上的補充資料。請醫管組補充說明。

醫務管理組 李純馥組長

本案是其他部門的預算在做品質提升獎勵，因為在執行上有一些困難，因此提出修訂討論；為什麼會特別聲明截止後不得再更動，因為一旦有 1 家的金額變更，其餘所有家數的金額都會跟著變動，所以期望修的更細緻些。另外，明年無障礙的方案也會有更動，所以在此先提出予以保留，以上說明。

主席

請大家參看說明一的部分，前 3 名未達標的第 1 名是「建立對新病人透析治療模式的充分告知機制」，血液透析有 76%未達標準，腹膜透析則有 68%，這個指標是最想推廣的，但顯示分數卻是最差的。請腎臟醫學會表示意見。

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

本議題在學會有討論過，本指標當初是宋教授所提出的，教授發現他們醫院沒有達到本指標，所以有提醒是否為操作型定義及擷取資料那裡有不準確，在操作面，剛主席所提到的，是否所有洗腎病人都有被充份告知，我們其實都有在病人慢性透析後，請病人簽署同意書讓病人知悉治療方式有血液、腹膜、移植的方式，文件也有保存，也許有 1、2 個遺漏，但應該百分之百都有達到，但本指標成績不佳是何原因，我們在想初期透析時，什麼時候應該開始界定衛教的時間點，有時病患因為在醫院緊急洗腎，之後被轉至診所固定洗腎後才開始被告知，有可能是中間被漏掉，首次門診透析的定義是什麼，是否住院透析的資料就不會進來了，我認為我的病人百分之百都有被告知，可能是時間早晚不同，讓此資料變的不精準。

主席

請醫管組說明新病人定義。

醫務管理組 洪于淇科長

請大家參看討 3-5 頁中間標示星(*)號的部分有說明定義，本署是依據院所上傳 VPN 的資料進行統計，若腎臟醫學會認為定義需要再補充，請提供意見給我們修訂，有部分院所表示協會告知初次是要滿 30 天或 20 次才算，也許有院所認為是如此，所以沒有上傳。

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

所以上次我們才在想如何讓操作型定義更精準。

宋俊明代表

上次醫院提出討論這個是因為單位有問題，但這是統計 VPN 上傳的結果，如果 VPN 有達到就是 20 次，它才會在 VPN 上出現，一般而言應該大家都有，那為什麼沒有上傳，有點奇怪。

主席

這麼高的比例沒有告知，確實有點怪。

宋俊明代表

腎臟醫學會是說 20 次以後，每位病人都要簽署同意書，這是透析評鑑上都有的，但評鑑上的數據沒有這麼高，所以看到這個數據覺得奇怪，是否請腎臟醫學會與署裡再去探討。

顏大翔代表

這是指未達標的比率有 3 成，未達標的院所中有 7 成有此情況。我們剛剛有討論基

層診所是怎麼做，我們是不論你在其他醫療院所有無洗腎紀錄，任何病人在診所初次洗腎就會上傳；醫院可能病人比較多，要檢視看看是否在文書處理上可以改進，這有可能是文書作業的疏漏。

主席

這是 107 年未達標的前 3 名，今年未達標的還沒有統計，本提案是在討論 109 年的方向，各代表看到數據後若認為與事實不符，請檢視看是那裡有問題？請學會與醫管組會後再去了解討論，討 3-5 頁的定義說明若有誤差，也請提供意見給我們協助修訂；第 2 是 109 年修正規定要在限定的時間內上傳，如果逾時，則不予獎勵，請大家要特別注意並遵守規則；第 3 是陽性個案會有偽陽性的情形，所以如果院所輸入轉陽性的個案，VPN 系統會出現提醒，請您再確認；第 4 是討 3-9 無障礙環境獎勵的部分，本項目明年會放在非協商因素，不會放在品保款，因為原本是加分題，所以移到非協商後不致影響品保款。本案大家還有意見嗎？

宋俊明代表

第 2 項是否有保留的空間，就是如果上傳錯誤後 2 天內沒有更正，沒有疑義，但如果是 server 當中 IP 不相容的因素，是否能有個緩衝。

主席

請醫管組回應，有無例外處理之機制。原則就是要按照規定時間，不然永遠無法結算，如果有例外，再依個案處理。大家還有沒有意見？好，本修訂案就通過。下一案。

討論事項第 4 案：109 年「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

請學會表示意見。

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

這幾個議題我有參與，所以比較清楚，有關 AKI 可能不像署裡的分析增加那麼多錢，AKI 目的是希望把腎臟恢復比較不好或腎臟有恢復的這一群人拉進來做管理，所以只收案一次而已，可是如果 AKI 變成 CKD，則按照 CKD 收案就好，爭議就會變少，我們是希望多增加 AKI 恢復的，還是有可能會被收案到 CKD 的觀念，此類病人腎臟破壞比較高如果可以接受管理，被破壞的機率可以變低。謝謝署方給的意見，我們會帶回去請各委員會討論再給回饋，至於腎移植方面，是否請賀醫師做說明。

彰濱秀傳醫院 賀昊中醫師

以現行法規來說 Pre-ESRD 的病人要開始接受洗腎才能登錄接受腎移植，當時 Pre-active 的推動是因為 ESRD 還沒接受洗腎就接受活體移植的話是值的鼓勵，而且效果很好，可是實際推動以後，我們看到病人家屬決定活體移植上還是需要時間，工作及生活還是要時間安排，所以在大型常做的醫學中心看到，真正還沒接受洗腎的比率不到一成，所以獎勵到的比率很低，所以當時才會建議一年，洗腎一年後活體移植愈早愈好。至於獎勵對象，還沒洗的或剛洗的病人對我們來說沒有差別，重點是誰把病人轉給我們移植，獎勵洗腎後一年內移植的醫師沒有太大意義，因為移植醫師是被動的，所以要獎勵的對象應該是轉介病人給我們的醫院，至於是什麼樣的醫院，不是我們可以決定的。

宋俊明代表

移植醫師的被獎勵在署長剛上任的時候，是被大幅度的調整過一次，但是假設要再更推動這方面的話，也不是說不可以發這個部分給移植醫師，因為 refer 來給醫師的這些人也只是為了病人好，也不見得說他一定要拿到這個東西，而是整個的獎勵是大家被獎勵到，而形成一個風氣，或許可以說不用那麼客氣，說移植醫師可以不要拿，那我可以看看實際上要怎麼樣去切。

主席

當時這 5 萬點某程度上是想鼓勵勸募移植的團隊，是一系列的，因為在 Pre-ESRD 的階段，到真正的去移植，有可能多在同一院所，因此，當時的 5 萬點希望能獎勵從勸募、溝通，一直到真正進行移植手術及移植成功的個案，(獎勵)這是一整個團隊，而非只有移植醫師；前面有協調師，或是有其他勸募者，這些溝通是辛苦的，所以有這樣 5 萬點的鼓勵。現在，如果我們要將它延長到透析 1 年內，則跨院所的機率便會提高，有可能個案已經在診所接受洗腎治療，因為診所醫師的努力及勸募，後來個案願意去做活體的捐贈及轉診，若建議延長到透析 1 年內(個案)，我們究竟要將此 5 萬點給誰將成為問題，到底要入何處?那一方要成為這個 5 萬點的接受者再做分配?還是有不同比例的分配?還是有什麼其他的方式?這是本署提出的問題，因為如果大家認為透析 1 年內可以成功做活體移植也該鼓勵的話，我們也樂觀其成，但可能要研究一下，究竟是要分配給誰?這件事情比較重要；另外 AKI 的部分，剛剛主任有提到可能會回去之後再研議。請宋教授發言

宋俊明代表

AKI 的部分，當初我們在提整個計畫的時候已經有稍微的共識，不知道怎麼現在會變成這個樣子，例如說現在收案的條件，已屬於慢性，到最後 1 年之內發生嚴重的 AKI，後腎功能異常超過 90 天，後面已屬於慢性腎衰竭，事實上我們原本不是要收這樣的案子，而是剛剛像陳主委所說的案子，他已經恢復的案子，若現在他們不恢復的話，使用現在的方式收案，而且另外的一點是我們是希望他們掉到一定的(嚴重)程度，譬如說掉到 eGFR 30，譬如說他原本已經 AKI 到了第 4 期，那 90 天也太長了，因為我們只是要把不是真正已恢復的病人拿掉，所以這個東西真的是需要好好研究，因為 90 天我覺得真的太長了。

盧國城代表

所以，主席我們是不是可以暫緩這個修訂案，這其實是 AKI 委員會討論過，那我後來認為再回去跟 AKI 委員會再次討論，在下一季的委員會再正式的報個這個修訂案。

主席

好。請顏醫師發言。

顏大翔代表

不好意思，這應該是腎臟病防治委員會那時有請 AKI 委員會來表達意見，我記得當初的講法是說，洗腎過的病人，有些醫院有住 ICU 有急洗，急洗後腎功能恢復的病人才符合這個條件，不是這樣啦，我記得是當初洗腎過的病人恢復後，便可以直接納入 Prs-ESRD 收案。

主席

但是現在的定義是已經屬於慢性腎衰竭病人，便有制式的 Pre-ESRD 及 CKD 的專案計

畫可以收入，所以各位(代表)所述好像是不同群的人，因此腎臟醫學會是否可再帶回去的同時也將上開所提的疑問一併研議，在下次會議中回復本署。下面請張醫師及羅院長發言。

張孟源代表

主席及各位委員大家好，在說明第 3 的部分，移植相關課程 2 小時含上課證明，那好像目前這個題目去年也討論過，好像今年只有在輔大有上過 1 堂課，而且不一定有 2 小時的學分，可不可以跟秘書長報告一下，是不是我們今年的年會假如說要列進去，是不是要有一個正式的要補充上一個課，並且核發證書，因為他上面這個字是還要領取證書，這一點真的要請教一下腎臟醫學會。

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

孟源兄，這個應該也是要帶回去修，為什麼呢?因為他新增照護團隊的部分，我認為要規定照護團隊到底要多少人上過課，是只要一個，是只要醫師，還是衛教師?還是營養師?後續是還有誰辦的課程?這個部分我們認為應該可以一起提出來給委員會做參考。所以我想說修訂我們下次再一起回給他。

張孟源代表

那年會方面要不要一起(討論)?

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

可能年會的部分要春季會，就 schedule，就下個星期就年會了。

主席

沒關係，這部分的意見一併給腎臟醫學會參考。

張孟源代表

我是說這個部分我們去年就討論過了，但事實上是根本還沒辦法執行，連我們腎臟科專科醫師都還不知道課要在哪邊可以上。

主席

所以學會說要帶回去(研議)，請羅院長發言。

羅永達代表

我這邊跟張代表的意見是一樣的，這2個小時對一個醫師來講很難嗎?那如果沒有很難的話，那為什麼我們要特別寫一定要讓他們去受這個訓?因為第一個剛剛秘書長有提到照護團隊代表的意義跟那些人?比如說是醫師?還是營養師?還是衛教師?是全部都要嗎?還是只有醫師要?那如果醫師要的話，那每年要增加的學分數要這麼多，阿他們兩個小時就可以了，真的需要一個上課證明嗎?把很簡單的事情把他複雜化是我們的目的嗎?所以如果我覺得如果是真的需要的話，要把將這件事情告訴腎臟醫學會，你們以後辦的什麼活動要有這個課，你只要上過一次課也就夠了，那你將這個明訂在這，以後你只要每次需要去申報的時候，你就必須要附這樣的證明，我覺得這個有點化簡為繁，以上。

主席

好，所有委員及代表的意見，都供腎臟醫學會帶回去研議。宋教授再說一章。

宋俊明代表

再追加1章，所有AKI委員會、CKD委員會在腎臟醫學會裡面，我會建議CKD委員會裡面必須要發揮CKD委員會的功能，因為AKI委員會他們大部分是針對重症的醫師，

大部分是在 ICU 裡面，所以他們對後面這段或許沒有真正的感同身受，就是要到洗腎的病人，他們才會再追蹤，或者是想說他們要進 CKD 的病人才會做追蹤，所以這樣的話，不合乎當初我們 CDK 委員會認為 AKI 這個部分的病人後來就是在所有 USRD 看到的約 20% 脫離洗腎的，或者是脫離洗腎的病人，後來有約 20% 的病人還是會洗腎的，所以這類的病人我們想把他們減少，所以這個部分我想 CKD 委員會的人應該還要再主導，並不是完全由 AKI 委員會的人的意見為意見，因為他們大部分在重症，而且病房裡的醫生怎麼判斷，還有很多是在社區？

主席

好，這麼多意見，我追加一點給陳主任研究一下，今天如果我們的收案條件改成曾經發生 AKI 而後來康復的，而非進入慢性腎衰竭的病患，此點為剛剛已經釐清了，這種病人才是我們必須要特別去照顧的；假若收案條件變成那些人的話，請問是否適合放在 Pre-ESRD 的計畫內？

宋俊明代表

對不起，我插隊一下，我個人是認為放在那邊最方便。

主席

放在那邊最方便，但是否適合？

宋俊明代表

因為他照顧的方式。

主席

可是不是適合？他現在可能就是好的，但可能曾經有急洗過，但後來就好的，那後來

康復的這些人是否適合放在 Pre-ESRD 的計畫裡。

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

他如果是好的，他會放在 Early-CKD 的計畫內。

主席

是的，到底是 Early-CKD 還是 Pre-ESRD，還是都不是？

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

聽起來是應該是讓 Pre-ESRD 來收案就可以了。

主席

是的，但 Early-CKD 我們也有 program，這些人若在他的當下都健康的，我們究竟是放在 Early-CKD 還是 Pre-ESRD 恰當？

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

應該是放在 Early-CKD 內收案，但因為有這樣的個案，所以鼓勵其他醫師有這樣的情況可以進入到腎臟科 program，讓這些病人可以受到腎臟科的照顧，將來腎臟再壞掉的機率會變低，我們的目標是這樣的。

主席

所以這題我們就一併給你(腎臟醫學會)研究，因為你們現在提出來是要修改 Pre-ESRD 的計畫，但究竟要放在哪裡？Pre-ESRD 的病患算是腎臟科醫師收案，而 Early-CKD 的個案則各科都有，這個是不太一樣的。

宋俊明代表

對不起打斷主席發言；所以當初為什麼放在 Pre-ESRD，當然如果當初你放在 Pre-ESRD，

你感覺起來好像有 risk，他後來變到洗腎的 risk 可能不會比 Pre-ESRD 的還低，他跟 Early-CKD 根本是不可能的，就是譬如說我們進入 Pre-ESRD，就像我們以蛋白尿超過 1000 進到 Pre-ESRD，他也不是完全，因為有些他的 eGFR 是 90 以上，蛋白尿是 2000，還是用 Pre-ESRD 去收他(個案)，為什麼?因為他的 risk 很高，所以我同意主席說發回去，但是是不是就按照所講的，還沒有到 Pre-ESRD，就把他放到 Early-CKD，那這個可能還要再考量。

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

後續可能在 AKI 委員會上借用一下 EBM 的精神，把他家進去，可能最後我們就可以說服自己人跟署的人。

主席

好。

李文欽醫師

主席，我們這邊是不是可以提一下我們的自己意見，因為如果我們說這個病人發生嚴重的 AKI，事實上他的 eGFR 應該在 45 分以下，若我們以那個時間當作 Pre-ESRD 的收案的條件，其實是可以符合剛剛宋教授所提的，他可以納到 Pre-ESRD 去。

主席

若他的 eGFR 未到 45 分以下?

李文欽醫師

那如果他的 eGFR 沒有到 45 分以下就不是很嚴重。

主席

還要不要收案呢？

李文欽醫師

對阿。那個就是另外一個議題。

主席

所以(重點)還是在 definition，如果個案已經進到 Pre-ESRD 收案則沒有爭議，但若沒有落在範圍內也要收進來，因為是腎臟科醫師照顧，此時則要去想我們計畫的標題是 Pre-ESRD，或者是連標題都要修改？我們的計畫名稱皆需要酌修標題，含 AKI 及 Pre-ESRD 病人等的相關的文字，總之，必須要符合，否則要將這類定義與本計畫標題並不相符的病人收案，則也是另一個問題，因不能將所有的個案都收進本計畫中，所以如陳主任所說，請腎臟醫學會，包括本計畫的名稱、是否符合(收案條件)等等均須一併研議，如此會較為周延，否則我們可能把不符合計畫名稱的個案也納入計畫中。

宋俊明代表

當初我個人的建議是比較 severe 的 case(納入)，因為他可能會恢復，譬如說他可能是 2 個月前或 1 個月前發生這樣的事情，那他現在看門診，你要用那時候的 data 去收案，那時候可能會有些引起大家關心的，所以當初是以既然有 proteinuria 蛋白尿有超過 1000，都可以收在 Pre-ESRD 的計畫上面的話，那 AKI 不能收在那個上面，它的 risk 不會比較低，所以要改這個 Pre-ESRD 的名稱也可以，但我個人是覺得不改也沒有關係，因為它收的是一個可能會進到洗腎的一個 early-type risk 的病人，就像你用蛋白尿 1000 以上，是時上它也不是 Pre-ESRD，但它的 risk 也是非常的高，

李文欽醫師

所以我覺得解套的方法是在裡面加一個收案條件就好了，它的標題可以不用改，但就是收案條件再改就好了。

醫務管理組 李純馥組長

我覺得我們可能要釐清現在的 P4P(機制)，坦白說(目前)是以門診照護為主，但看起來這些 candidate case 可能會在住院時發生，所以若我們猜測無誤，這些個案會在住院時就要被關照，但此時個案皆非腎臟科的病人，他們可能是外科或是感染科的病人，因此這裡醫學會是否仍需思考「以病人為中心」的概念出發，這些病人要如何提早被看到?當然這裡我們並不反對腎臟科醫師在之後的門診才進行收案，但是難度會比較高；我們知道有些醫院內部會有提示系統，去提示這個個案有狀況；這裡我們介入，能透過本署對各個醫院進行(提示)的一個 model，他不一定要收案進來，我們重視的是病人受到好的關注，而不是前面先被關注有 AKI 的狀況，而不會產生 2 個月後更多的狀況出現，因此，我們是否能跳脫一定要收案的概念，而是預先提前關注有可能的個案，讓這些個案被照顧到，而可能在我們住院的會診費等等那邊去做解套，而不是癥結在名稱上，因為民眾可能也無法接受一次手術後發生 Pre-ESRD 的狀況，這個好像怪怪的。以上。

宋俊明代表

組長講的是有道理的，但是當初我們設計這套收案的系統時，解決 2 個問題，第一，收案是後端的問題，因為大部分這些如果沒有提供他可能被收案的機會，這樣的 case 就會在各科無人關心他們的後續，那前面這段的話我們準備用全人照顧，跟 CV、糖

尿病，跟整個的共同照顧，還有整個住院的當中照護系統在一起，當各科已有急性腎衰竭的，你怎麼樣把病人能讓內部整個 team 能夠看的到，而且在照顧上訂出一個準則，而不是前面我們提到的整個住院共同照顧的系統，來解決組長前面所講的，但後面的那個部分，比如說常常在骨科產生，他後續也都在骨科看，沒有再給腎臟科醫師看，這個問題比較大，所以我們才會說讓他去做手術完之後的這個動作，那或許可以到之後 1 年、2 年內就沒有變化的就可以移除，這個事實上是大家可以考量的，但是讓他們讓腎臟科醫師看一下，我覺得是一個比較好的方式。

主席

好的，請結案條件也一併設計。請張醫師。

張孟源代表

主席、各位委員大家好，我是覺得這個完善的方案帶回去討論一下，因為 AKI 的定義，還是要用 AKI 國際的定義，他有 stage 1、2、3，肌酸肝在 7 天內上升多少，腎功能下降多少、Urine output 減少多少，確實這種情形在 7 天內的變化確實事在醫院內，誠如組長講的，但其實在門診有的時候也可以看的到，就發現他可能本來腎功能是很好的，突然之間吃個中藥或是什麼的，腎功能一下變化，在很短的時間變壞，那我相信慢性腎臟病委員會當時一定是帶著某個初衷，應該是針對這類，因為 AKI 的病人將來暫時恢復到某個程度，將來再持續進入 CKD 的機會還是很大的，他的風險還是很高，甚至說在當下，假如說在急性住院當下有 AKI，或是 AMI 再加上 AKI 情形，則死亡率增加 40%，所以我覺得今天的這些資料真的是沒有完全定義清楚，那我們自己也看的不清楚，我們自己腎臟科(專科醫師)也不知道怎麼操作，剛剛大翔

還說要對洗腎以後的 AKI，這又是一個新的國內健保定義，我覺得很有趣，但我覺得任何事情都可以開放，但也請大家一起討論清楚再來決定，會比較好一點。

主席

好，本案便討論到這裡，請腎臟醫學會將所有的意見帶回去研議，因腎臟醫學會確實也來函本署 2 次提供建議，也十分具體，但今天的討論各位代表仍存在很多的疑義，所以本案暫保留。接下來第 5 案。

討論事項第 5 案：五、「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

是否可以先看本項各別的辦理情形，各相關單位皆有在場，從 5-3 頁開始，請同仁宣讀題目、具體執行方案及追蹤辦理情形，再請相關單位自行解釋。

討 5-1 策略一、(一)-1-1

國民健康署 黃紀諺

主席及各位代表好，此部分國健署有初步和臺灣腎臟醫學會交換意見，大概在 11 月中旬左右會依照會議的決議請李文欽副院長及宋俊明教授一起在腎臟醫學會召開會議，進行海報製作的初步討論，以上說明。

主席

所以目前尚未完成，還需要討論才可完成?而這項近期完成將入案辦理。下面請食藥署代表說明。

食品藥物管理署 黃俐嘉

食藥署報告，針對民眾的正確用藥宣導，本署多年來以持續針對「正確用藥 5 大核心」及「用藥 5 不」等觀念製作海報、單張、廣播、漫畫影片等，並透過社群媒體、youtube 等多元管道進行宣導，提醒民眾勿自行購買來路不明的藥品，以上報告。

主席

這個部分我們是說國健署及食藥署要製作海報，並張貼於各藥局，但食藥署的說明並非要張貼於藥局，或國健署的海報尚未設計完成，以上正確嗎？

食品藥物管理署 黃俐嘉

其實(本署)每年皆有「用藥宣導」的部分，就會有用藥安全的宣導海報單張及張貼海報在醫療院所、藥局。

主席

委員方面是否有什麼意見？

宋俊明代表

我覺得食藥署這個部分，當然只有被動的去張貼海報都覺得做不到，然後更不用談要再更積極的去看看現在的廣告，怎麼樣的再更積極的去執行，那比如說最近在申請商標的部分又在講說有消炎的作用，那止痛就很有效，類似這樣很多的藥物(廣告)管控，並沒有讓社會民眾有知的權利，在廣告上做一個好的檢核，所以大家才可以隨處都可以買到這個東西，食藥署只是被動的侷限一個範圍，目前我們的 CKD 的病人或是 uremia 的病人及各種疾病的病人也是多很多，但是我們卻又不管控，這是我們的食藥署不管控，因為他沒有超過一定的比例，就是把它放的太寬了，當然這也

不是我們在這邊講就可以解決的，但是不是真正的大家有這樣的決心，就是要將 uremia 的 case 數量降下來，若有的話，這些廣告是不是開始比較好的去管控，並不是說它沒有超過一定的比例範圍，反正它不犯法，我就不管控，但是民眾只知道一半。

主席

食藥署的代表是否還要再回應？

食品藥物管理署 黃俐嘉

我不太了解委員的意思，但我們藥品廣告都是有在上市前都需要經過審核，它不可能超過仿單的範圍，這其實比國外還來的嚴謹的。

主席

宋代表思是我們都能在電視上看到一大堆的廣告，請問是誰要去管理？...

食品藥物管理署 黃俐嘉

其實藥品本來便可以去作廣告，但必須在張貼或刊登前均需來這邊(本署)審核。

主席

因此代表貴署已經先審核通過。

食品藥物管理署 黃俐嘉

而且(本署)審核比國際還嚴謹，我們是無法超過仿單所列的醫療效能。

宋俊明代表

你們的要求並沒有比國際嚴謹，因為現的很多的廣告，譬如說國外的或國際的，甚至這個(藥物)還有什麼併發症，需要請跟你的醫師去討論，你們連這個都沒有做到，

你知道讓它去止痛，它要消炎才有效，一些政治上考量，你就讓它過了，那這樣我不知道是不是比國外還嚴格。

食品藥物管理署 黃俐嘉

其實您說的那些警語事項都是在仿單裡面刊載，那它的廣告通常也不會很長一篇，也不會說影響到它的廣告效果，它是在仿單外盒已經作了口語化的標示，其實我們也有宣導民眾要為自己的健康把關，他要了解大概要怎麼樣去使用藥品，他要去了解這些資訊。

宋俊明代表

他就是沒有去看仿單，就不是食藥署的事。

食品藥物管理署 黃俐嘉

我們有去宣導說他們(民眾)應該怎麼作。

宋俊明代表

但是就是沒有積極作為。就像肚子餓您沒有來吃飯，您要買便當來吃，或是要怎麼樣，我不可能主動要求您。

食品藥物管理署 黃俐嘉

所以委員是希望在廣告裡面有比較多的警語或注意事項。

主席

因食藥署表示均有審查過仿單，但現在民眾皆在電視看到廣告，覺得廣告也十分誘導民眾去使用，並無其他的警語或提醒，但食藥署卻表示上述的廣告都有審查通過，表示這些並未發揮提醒病人的目的，這部分是否食藥署還有要補充，或需要回去再

行研議的部分，或修正貴署的做法?因為此部分食藥署的回應是皆已完成。

宋俊明代表

其實現在應該是錢比以前還差，現在你買任何的基金，它都會跟你講說上面有 risk，你們都要標示上面有 risk，但是人健康的把關卻是不用這個警語的，尤其是現在我們一直在強調 uremia 這麼高，一直降不下來，那如果你不好好的去作管控，被動消極的去做該做的事情，那永遠這個東西不會好。

主席

好，請問其他代表還有沒有意見?還是食藥署要再補充?

食品藥物管理署 黃俐嘉

食藥署補充說明，其實這些 otc 的藥品，即使去藥局購買也要經過藥師詢問及衛教，所以相關的注意事項跟警語，該怎麼去看仿單的資料，在購買的同時，他就會同時收到這樣的資訊，

宋俊明代表

那這個更扯了，只要我去買這個藥，誰會跟你做衛教警語?很多在藥局的不是藥師，你們有真的去查嗎?

主席

顯然食藥署認為目前已有在執行，但是沒有效果，那我們就把宋教授的這段摘錄，請食藥署再做研議，顯然大家認為這一項尚未完成，沒有達到提醒一般民眾的功能，事情一直在發生，而且真的很多人都在 OTC 做廣告。

宋俊明代表

非藥師賣藥可能百分比多少我不敢講，這樣就會把藥局都抹黑。

主席

就是廣告部分的審核是否能多加一些警語或風險提示，不要全部都是正向的廣告詞，例如：消炎又止痛。另一點，民眾購買 OTC 藥品，藥師也要加強衛教。這兩項我們錄案再回復給食藥署，請食藥署回應。

討 5-3 策略一、(一)-1-2

主席

藥師公會認為已經完成，各位代表如果沒有意見，這項就完成。

討 5-3 策略一、(一)-1-3

主席

種子師資 38 位夠嗎？因為中藥司沒有來，那個項目些不要列入已完成，先確認目標培訓數為幾位，如果沒有達到的話就繼續列管。

討 5-3 策略一、(一)-1-4

朱益宏代表

才 1 千多人，一場 30 人參加。

主席

大家覺得這要持續還不算完成？請顏醫師。

顏大翔代表

我建議中醫司要列出有文獻上的證據有腎毒性的中藥給中醫師參考，提醒他們要使用這些腎毒性中藥要 API 看腎功能。就像西醫 NSAID、顯影劑的管理。

主席

顏醫師的建議收錄，那這項宣導算已完成，再增加對中醫藥司建議列出腎毒性中藥給中醫師參考，請中醫藥司回饋他們的作法。

討 5-5 策略一、(一)-2

國民健康署 黃紀諺

這個部份我們請糖尿病衛教學會跟台灣腎臟醫學會提供條文，目前已經整併好，預備列入健康醫院認證。但是部長在上次會議有交代我們，對於健康醫院條文要整體調整，所以對於是否能夠納入，要等下次會議才能夠確認。

陳金順代表(盧國城代理人)

台灣腎臟醫學會跟國健署配合修訂。

主席

這個部分繼續追蹤。

討 5-5 策略一、(一)-3-1

國民健康署 黃紀諺

腎臟醫學會已經有腎臟識能推動小組，下次會議會一起合作討論。

張孟源代表

健康識能的部分，希望國健署推動的時候，能夠跟民眾說很多高血壓跟糖尿病的藥沒有腎毒性，這點我希望能夠強調，很多糖尿病的藥物，會因為腎功能不佳而減量，但並不是這個藥物本身有腎毒性。第二點，是否能讓內科醫學會參加，因為內科醫師 1 萬個，「腎臟健康識能推動小組」參加的專家團體也把他們納進去。

主席

那就把內科醫學會加入，請國健署把張醫師意見也納入。

國民健康署 黃紀諺

其實張醫師的意見，我們也一直有在宣導糖尿病、高血壓藥品有疑問要找腎臟科醫師調整，那我們也會納入腎臟健康識能推動小組。

宋俊明代表

健康醫院包括對病人、病人家屬、自己員工與醫院周圍，那現在健康醫院是不是只有評醫院，評鑑的條文可否真正落實，不要像謝武吉說的都是假的，事實上，可否讓健康醫院把健康識能的觀念做得更落實。現在的條文沒有提到健康醫院對病人家屬跟他的醫院周遭做了什麼，要怎麼在條文上呈現追蹤。

主席

教授的意思是，很多條文都要納入健康醫院。

國民健康署 黃紀諺

這個部分健康醫院的條例大修時我們會在條件上做比較詳細的定義。

討 5-6 策略一、(一)-3-2

陳金順代表(盧國城代理人)

配合國健署的規劃，我們會在 CKD 委員會成立健康識能推動小組，下次開會的時候去研議。

主席

這部分持續追蹤，因為還沒提出具體建議。

討 5-6 策略一、(一)-4-1

國民健康署 黃紀諺

研議在明年的計畫請相關學會研議開發相關 APP，加強民眾便利下載部分，後來我們瞭解糖尿病衛教學會、腎臟醫學會甚至醫院，他們都已經有自行開發 APP，我們在蒐集現況資料是否還要發明，假如不需要的話，下次會在報告。

主席

本來建議公部門開發，既然民間已經有開發，那公部門就不用重複，只是要確認有沒有做好上架。請國健署蒐集後做報告。

國民健康署 黃紀諺

報告指的是寫在辦理情形。

主席

如果最後是本署要開發的話，那就要有進度。這項持續追蹤。

張孟源代表

執行目標教科文中宣導那一段沒有在裡面？

楊孟儒代表

這段等一下會討論。

討 5-6 策略一、(一)-4-2

主席

藥局販售處方藥，這已經是違法了。

食品藥物管理署 黃俐嘉

我們已經列在每年的藥政考評重點。廣告監控部分，每年也都有例行計畫來監控。

主席

這裡有兩個題目，一個是藥局販售處方藥，主管機關食藥署，執行單位衛生局；另外是地下電台跟網路，也是食藥署跟衛生局。剛才策略一也有提到，現在仍有看到廣告誘導大家使用，沒有警語。食藥署回應說已經有法規而且這些是違法的，有列地方衛生局藥政考評。地下電台跟網路部分，食藥署要不要再補充說明？大家都認為這很嚴重，三不管地帶，在鄉下地方這些都是資訊來源，但都是錯誤訊息，久而久之就變正確的。請食藥署說明。

食品藥物管理署 黃俐嘉

地下電台的主管機關是 NCC，如果電台有涉及到食藥署的管轄部分，由我們做後續的稽查跟裁處。

主席

但是這裡講的就是地下電台跟網路販售藥品，應該跟食藥署有關？

食品藥物管理署 黃俐嘉

地下電台的查核是 NCC，他們會去監控這些電台，如果他們販賣的產品是食藥署管轄的部分，才是由我們做後續的裁處。網路廣告的部分我們每年都有做監控。

朱益宏代表

不好意思，政府不是一體嗎，每次坐計程車都會聽到地下電台賣藥的廣告，不知道是 NCC 長官聽不到還是食藥署長官聽不到。我們大家都聽到，這個確實是很氾濫，尤其你在中南部坐計程車，常常聽到這些，這確實很嚴重，但政府就是抓不到，剛

聽不下去，就是因為藥品販售的主管機關推這是 NCC 的權責，NCC 要先抓到這個廣播電台，我們再看他有沒有賣藥，如果有再去處理他。問題是大家都有在計程車聽到地下電台在賣藥的事情啊！食藥署怎麼能說應該先找 NCC 抓到地下電台，聽到了就應該動去跟 NCC 聯繫說，這個有問題啊！如果是合法電台還是賣非法藥呢！我聽不下去是因為覺得這是推卸責任，我們是腎臟病發生最高的國家，大家都知道病因在哪裡，但都沒有對症下藥。在講到藥局開處方藥，我好幾個朋友都跟我講到他哪裡不舒服就可以到隔壁的藥局買抗生素吃，大家都有碰到，藥局很多其實都有賣處方藥，沒有處方就給處方藥，你們藥政稽查每年 1 萬次都處理了嗎？顯然你的機制是有問題的。就是我們討論的第一項雖然有做，但機制無效，食藥署要有其他方式去完成，不是說現在有做，照樣寫已完成，還是無效，洗腎的人還是增加。食藥署拜託啦！真的要負點責任。

食品藥物管理署 盧秋燕

不好意思，我想澄清一下，第一點地下電台原本主責機關就是 NCC，只有 NCC 才有設備去監測非法電台說，另外代表所提在計程車上面聽到的電台，都是合法的電台，他在裡面賣藥跟宣稱的那些療效，有些不見得是藥品，有些是食品，那宣稱食品有療效，是另一件事情，食藥署每年都有一個監控計畫，主要在跟對這些非法宣稱醫療效果的廣告(包含食品、藥品、一般藥品)進行監控，如果有查獲就會移送衛生局進行查處，另外，藥局有在賣處方藥，每年都列入考評重點，也請衛生局做稽查，我們也一直在做宣導民眾不要去買來路不明的藥，或自行用藥，如果真的有問題，用藥找藥師、看病找醫師。

朱益宏代表

這是標準答案，這是制式的答案，每次問到這個問題，都是這套回應，無效。

主席

這一項意見收錄，並且轉給食藥署，這一項繼續追蹤。

討 5-7 策略一、(一)-4-3

陳金順代表(盧國城代理人)

研議中，公告不適當用藥茲事體大，這又是另一個議題。

主席

這項持續追蹤。

討 5-7 策略一、(一)-4-4

張孟源代表

全聯會已經有回文，提出的部分原則上 NSAID 管理、策略、衛教還有該注意的都有跟會員宣導，另外像羅院長跟朱院長提到，希望這個文行文給醫院，讓醫院也知道，其他我們有最重要的第四點，我們絕對是尊重台灣腎臟醫學會的建議跟活動，腎臟醫學會有公文來要我們做，我們一定會全力配合，請幫我們把這段話補進去。

主席

請醫院協會。

台灣醫院協會 林佩菽

9 月份已經有來文也公告在網站，目前全國腎病防治也有發出問卷 198 家，有些院所沒有腎臟科，所以沒有回復，回復率超過 50%，有 97%院所有用藥諮詢、87%有衛教

單張。

討 5-7 策略一、(一)-5

主席

這個剛才有講過，有諮詢窗口要鼓勵民眾使用。

討 5-9 策略一、(一)-6

楊孟儒代表

台灣基層透析協會與台灣腎臟醫學會，結合康健雜誌、天下雜誌教育基金會及台灣費森尤斯公司，共同製作全台第一本護腎童書「腎臟超人與小腎豆冒險記」108年10月16日召開記者會正式發行巡迴台灣偏鄉校園。

第二個部分是納入小學課綱，鄭集鴻代表有去請教康軒文教總編，明年納入已來不及了，討論結果可以用搭便車的方式，有關腎病防治的部分，先在介紹全民健保的專章帶入一段腎防治的內容，之後再正式研議怎麼納入。

主席

謝謝基層透析協會製作「腎臟超人與小腎豆冒險記」要給偏鄉孩童，另外課綱要放入健保專章，我們還是希望可以凸顯，最好還是有一個地方講腎臟病，這項持續追蹤。

張孟源代表

健保署可不可以行為給教育部，請他們在修改課綱的時候，也參考一下。

主席

那也一起列入，健保列入課綱也是今年的工作重點。

討 5-10 策略一、(二)-1-1

主席

好，本署就繼續完成，下一題。

討 5-11 策略一、(二)-1-2

主席

腎臟醫學會有需要說明嗎？

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

還是會跟國健署的計畫合併在一起，這方面的事情腎臟醫學會一直有在做，CKD 委員會一直有在合作，所以這個計畫有在做的話，就會繼續做下去，一定會把全民的腎臟保護好。

主席

謝謝，我們的主責單位再加一個國健署。

討 5-11 策略一、(二)-1-3

主席

這個要持續進行，現在有進度嗎？

陳金順秘書長(盧國城代表代理人)

目前就如上面寫的，在確認中。

主席

這是我們主責如果沒有 catch 到，現在就要把它接下來喔，下一題。

討 5-12 策略二、(一)-1

主席

這個剛剛已經討論過，就退回去了，麻煩腎臟醫學會下次提出具體建議。

討 5-12 策略二、(一)-2-1

主席

這個也討論過，會在年底完成，但是相關定義及呈現還要跟宋教授及顏醫師談談，要讓醫院及基層醫師都覺得受用的格式，這樣比較好，這要年底完成，所以繼續列管。

討 5-14 策略二、(一)-2-2

主席

醫審請說明。

醫審及藥材組 詹淑存

目前沒有收納自費飲片及相關製劑的資料，所以沒辦法建置在雲端藥歷。

主席

麻煩追蹤中醫師公會全聯會，再來第 3 題。

討 5-14 策略二、(一)-2-3

主席

請食藥署說明。

食品藥物署管理署 黃俐嘉

中藥部分，主責單位應該是中醫藥司，103 年起我們已經整合中西藥品不良反應通報資訊系統，現階段由中醫藥司負責中藥通報流程及其案件評估等相關業務。

主席

這個部分下次主責改為中醫藥司。

討 5-14 策略二、(一)-2-4

主席

中醫師全聯會沒有回復，那健保署這邊中醫使用的狀態？

醫審及藥材組 詹淑存

目前有提供近 3 個月內中醫用藥資料，另外雲端藥歷提示建置，不管哪一科都看得到。

主席

腎功能不佳的提示上線之後，請醫審及藥材組在中醫總額研商會議報告，提醒中醫師們藥上雲端查詢。等中醫藥司能夠提供有腎毒性的中藥以後，對於腎功能不好的病人，提醒中醫師不要再給予有腎毒性的中藥，這個提示就移到跟中醫師的會議討論。

討 5-14 策略二、(一)-3-1&3-2

陳金順代表(盧國城代理人)

我們回答的第 2 點是長期在做的事情，腎病健康促進機構標竿學習。要先建立 model 如果做得不錯的科或個人，我們再做獎勵，目前都是醫院再做，所以獎勵都是醫院，到科或個人比較少。

主席

如果是國健署的計畫，就應該是國健署獎勵。

國民健康署 黃紀諺

目前這個計畫獎勵都是以院所為獎勵單位，若改為個人，我們沒有意見，因為先驅計畫有兩個分項，像糖尿病的照護就有特別撥一部分獎勵人員。腎臟醫學會可以考慮如何分配經費，因為經費是固定的，如果分給人員那醫院就會領得比較少。

主席

這項還是要繼續追蹤國健署跟台灣腎臟醫學會，請將主責單位健保署改為國健署。

討 5-15 策略二、(一)-3-3

主席

這項持續追蹤申報狀況。

宋俊明代表

雖然健保署是主責，醫院協會應該是想要看到 K-DOQI 去照顧病人，之所以說三個月做營養衛教，目前是一年兩次是計畫上面有寫的，例如說使用 ACI 或 ARB 的比例為何?過程面也要控管，像血壓多少、HB 多少，這才是真正的完整，而不是有照顧有回來就好。可以改像 ACI 有%做為加分項目。

主席

那就要再修改 Pre-ESRD 計畫，要更精準一點，請台灣腎臟醫學會納入研議。

張孟源代表

我是覺得 Pre-ESRD 有沒有依照 K-DOQI 指引在治療這根本無庸置疑，不然怎麼稱做專科醫師，一個專科醫師連 ACI 跟 ARB 都沒有用，那一定是病人不能用，就像血壓已經很低在用病人就休克了，所以很多是專業的範疇，我認為不要把試辦計畫搞這

麼多，腎臟移植還要 2 個小時還要證書，參加的人都不踴躍了，專業的歸專業，健保歸健保，絕對不是因為這些細節的問題，不要在增加腎臟科的負擔，我們就規定健保的事情，這只是個人意見。

主席

那就多方參考，麻煩腎臟醫學會一併參考，第四的部分也是 Pre-ESRD 就不宣讀。第五的部分。

討 5-16 策略二、(一)-3-5

主席

沒有意見就下一項。

討 5-16 策略二、(一)-3-6

主席

中醫師加入領域在中醫計畫討論。

討 5-16 策略二、(一)-4

主席

將來有藥師的計畫就一併放進去，持續追蹤。

討 5-16 策略二、(二)-1-1

張孟源代表

現在實務上我們可能不能期待，非腎臟科轉腎臟科，但有時候腎臟科看到病人 Egfr<45 想要收案，但是 VPN 系統 Early-CKD 跟 Pre-ESRD 是不可以重複收案，不知道電腦系統有什麼改變的方法，前一家機構要結案，後面的機構才能新收案。

主席

請醫管組說明，如果是這樣，就由健保署將歸責釐清，跟院所說明。

討 5-16 策略二、(二)-1-2

陳金順代表(盧國城代理人)

這個跟第 2 項會請 CKD 委員會研議。

討 5-17 策略二、(二)-3

主席

這項要持續推動，列入追蹤。

討 5-17 策略二、(二)-4-1

主席

透析前沒有 Pre-ESRD 就不發重大傷病卡，茲事體大。

宋代表俊明

當初我們提示採用延緩發放重大傷病卡，還是讓他繳一個部份負擔。希望每個病人都能夠進入 Pre-ESRD。

主席

但是病人有沒有經過 Pre-ESRD 他自己不會知道，也有些醫院沒有興趣做這個，這樣是懲罰病人，會有點爭議。

宋代表俊明

所以要有配套，例如：他曾經有抽過 Cr. 知道他是 CKD 的病人，但是前一年都沒有在看腎臟科，我們很多民眾都不會為他的健康負責。

主席

這涉及很多政策層面，本項收錄追蹤。

討 5-19 策略三、(一)-1

國民健康署 黃紀諺

我們已經有請醫院發展兩種 SDM 教材，也請腎臟醫學會 196 家健促機構參照 SDM 流程去做，另外 11 月 20 日將與醫事司合辦 SDM 優化成果發表會。

宋俊明代表

因為病人自主權益法已經過了，尤其是 ACP 第五項也許是第一項或第二項 Conscious disturbance 超過 3 個月，就可以預立 ACP 直接不要透析，或許會更直接。

主席

要讓病人停止洗腎要有共識。如果病人已經簽了 ACP，什麼時候要停止透析？

宋俊明代表

Conscious disturbance 3 個月。

主席

我們健保署可不可以統計一下 ACP 的名單，比對一下 9 萬透析病人，有哪些人簽署 ACP，加在追蹤辦理情形。研究一下法規，如果這些病人走入安寧，不再透析是有法源依據的話，那我們就討論如何推動。

醫務管理組 李純馥組長

現在比較難的部分是我們不知道他否已失去意識，且 GCS 無法從申報資料得知，雖然，我們可以知道病人是否有簽 ACP，我們理解宋教授希望可以推廣，但狀況可能沒

辦法這麼即時掌握。

宋俊明代表

他簽完 ACP 我們就知道他現在的 Conscious，他只要發生超過 3 個月且經過 2 位醫師判斷。

主席

目前透析的醫師不會知道病人有沒有簽署 ACP，如果將來有要做的話，要有 regulation 這件事情是一件新的事情，這個當一個提案，第一要比對目前這樣的人有多少？在哪裡透析？並且納入個案管理。Regulation 是什麼？如果發生了，SOP 是什麼？這要在病人還有意識的時候，就告知病人，善盡 SDM 將來才有辦法去落實。如果 ACP 持續推廣，很多人都會在狀況很好的時候簽署，這將會變成重要的一環。

醫務管理組 李純馥組長

健保卡註記做安寧，可是死前有沒有做安寧大概 4 成（臨床上沒有申報安寧費用），這個變動可能因為臨床上病人失去意識，但是家屬不放心，所以要推廣並不容易。

主席

我們一步一步往那個方向走，現在沒有資訊，也不知道多少病人，病人的狀態也資訊不足，SOP 也沒有建立，腎臟科醫師也不知道如何做，中間可能要有 SDM 的過程，最後雙方才能同意。

討 5-20 策略三、(二)-1-1

主席

這點已經提案。

討 5-20 策略三、(二)-1-2

主席

請分區業務組提醒今年申報活體腎臟移植獎勵費 8 家醫院，將獎勵費用用於鼓勵團隊照護人員，列入會議記錄。

討 5-20 策略三、(二)-1-3

主席

跨兩個醫院要如何拆分獎勵費，請腎臟醫學會一併討論。

討 5-20 策略三、(二)-2-1

主席

這項朋友關係的捐贈，要拜託醫事司。

討 5-21 策略三、(二)-2-2&3

陳金順代表(盧國城代理人)

放寬捐腎條件，不管事活腎還是屍腎，腎臟的來源，剛醫事司有提到需要論壇。

主席

那把討 5-21 第 2 項跟第 3 項主責單位都加入醫事司，因為醫事司要召開論壇，這些(議題)都要一起討論。

討 5-22 策略三、(二)-4-1

主席

台灣腎臟醫學會寄送有問題嗎？

陳金順代表(盧國城代表)

寄送有郵資問題。

財團法人器捐中心 劉嘉琪

不一定要寄送，如果可以開會的時候一起發也可以。

主席

這項主責單位加上腎臟醫學會，用不用郵費的方式讓透析院所拿到，年會如果很多人出現，讓他們帶回去張貼。

討 5-22 策略三、(二)-5-1

主席

這還是跟原來提案差距很大，李副院長跟黃總裁希望長期免部分負擔或保費，都涉及修法，副院長有還要補充嗎？

彰濱秀傳醫院 李文欽副院長

我們總裁對這個議題很重視，這個回復只有單次免部分負擔，我們回去跟總裁研議，以修法的方向去做。

主席

剛才黃總裁有講，只要是秀傳體系的活體捐贈，所有部分負擔總裁要付，這涉及到比較多層次，要朝修法的途徑。

朱益宏代表

這一條要注意提供的優惠減免的大小，太長期會有道德危害，器官捐贈本來是希望自願，10年我覺得有點長，利益是好的，確實要透過修法，草案提出來這一部分，要去慎重考慮。

主席

這也要經得起社會共識，因為這也是辯論的議題，總裁有說要透過立法院厚生會去提案，我們就長期研議。

討 5-22 策略三、(二)-5-2

主席

這項轉請勞動部。那這案結束了，因為時間的關係，所以討論事項第六案跟臨時提案就下次一併討論。

散會：下午 5 時 50 分。