

# 全民健康保險醫療給付費用門診透析預算

## 110 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：110 年 2 月 24 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：

吳代表麥斯	吳麥斯	郭代表咏臻	郭咏臻
宋代表俊明	宋俊明	曾代表國憲	曾國憲
李代表妮真	李妮真	黃代表尚志	黃尚志
林代表元灝	林元灝	楊代表五常	楊五常
邱代表琦皓	邱琦皓	楊代表孟儒	楊孟儒
洪代表冠予	洪冠予	鄒代表繼群	鄒繼群
張代表克士	張克士	蔡代表宗昌	蔡宗昌
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
張代表禹斌	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	白其怡
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、陳淑美
衛生福利部醫事司	請假
衛生福利部食品藥物管理署	洪秀勳、刁婉婷、鄭宇君
衛生福利部國民健康署	黃紀諺
台灣醫院協會	林佩菽、曹祐豪、何宛青、

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  
社團法人中華民國藥師公會  
全國聯合會  
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  
本署財務組  
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

周貝珊、許雅淇、顏正婷  
吳韻婕  
張哲銘、林慧美、張靜宜  
曾庭俞  
黃織芬、常宏傳

吳科屏、游慧真、劉林義、  
洪于淇、陳依婕、劉立麗、  
王智廣、宋宛蓁、鄭正義、  
楊淑美、鄭智仁  
高幸蓓、陳淑儀、馮文嘉  
吳少庾  
馬炳義、林佩萱  
李佩耿  
陳怡蓓  
陳懿娟、洪毓婷  
張佩萱  
張岱玲  
梁耀文  
蘇家驊  
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：確定。

## 參、報告事項

## 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算研商議事會議開會規則。

決定：

一、洽悉。

二、務請代表注意利益迴避及代理人確實代理(含交班)事項。

## 第二案

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」篩異指標管理機制：請台灣腎臟醫學會綜整與會代表意見後，提供本署修改雲端系統摘要區提示文字之建議。

(三) 序號3-C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案。

(四) 序號4-減少C型肝炎抗體檢驗數據偽陽性暨修訂「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式」案。

(五) 序號5-「腹膜透析追蹤處置費及APD機器租金費用，回溯追扣案」。

(六) 序號6-修正門診透析總額專業醫療服務品質指標之同、跨院住院率操作型定義案：有關同跨院住院率同儕比較之分組依據，請台灣腎臟醫學會研議以「規模大小」分組之具體作法函知本署。

(七) 序號7-研議次年門診透析合理成長率：請台灣腎臟醫學會提出研議門診透析成長率協商所需資料，本署將依權責協助提供。

(八) 序號8-門診透析業務執行概況報告：(1)請台灣腎臟

醫學會、社團法人臺灣基層透析協會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會輔導會員對 Early-CKD 及 Pre-ESRD 潛在個案加強收案照顧。(2) 有關「研議非親屬間器官移植」及「邀請宗教團體領袖及社會公正人士協助宣導移植之可行性及效益」等建議，轉請衛生福利部醫事司參處。

**第三案** **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。

**第四案** **報告單位：本署醫務管理組**

**案由：**109 年第 3 季門診透析服務點值報告。

**決定：**

- 一、109 年第 3 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：

年季 \ 項目	浮動點值	平均點值
109 年 第 3 季	0.83905663	0.85130413

- 二、Pre-ESRD 及 Early-CKD 2 項計畫依計畫及支付標準通則規定按季結算，109 年第 3 季結算浮動點值為 0.91487215。

- 三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

**第五案** **報告單位：本署醫務管理組**

**案由：**110 年門診透析預算四季重分配案。

**決定：**洽悉。

## 肆、討論事項

### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位追蹤辦理情形。

### 決議：

一、「提升民眾用藥安全及健康食品之健康認證，落實電子報至院所宣傳（權責單位：食品衛生管理署）」及「持續強化民眾護腎之健康識能，並培養醫院種子教師，對於醫事人員照護整合跨科別照護指引（權責單位：國民健康署）」等 2 項解除列管。

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全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 110 年第 3 次研商議事會議（預定 110 年 8 月 18 日召開）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：

- (1)發展腎病專業品質監測指標(如 NSAIDs 等具腎毒性藥物監測之指引)，以落實專業審查。
- (2)研議腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。

三、請衛生福利部國民健康署及食品藥物管理署本於權責

持續推展腎臟病預防之相關政策。

- 四、有關「糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護計畫」案，於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時，邀請台灣腎臟醫學會列席與會表示意見。

## 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，提請討論。

### 決議：

- 一、維持 109 年 12 月 2 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 109 年第 1 次臨時會議決議，並補充支付代碼，臚列如下：

(一)同意急性腎臟病(Acute Kidney Disease,AKD)病人納入收案，並新增 AKD 照護成效獎勵費：

編號	診療項目	支付點數	備註
P6802C	AKD 病人新收案照顧管理費	1,200 點	1.每人以 1 次為限(含同院、跨院)。 2.曾由 Pre-ESRD 收案者不得申報。
P6803C	AKD 病人衛教照顧費	600 點	
P6806C	AKD 照護成效獎勵費	1,500 點	依 90 日照護後腎功能恢復情形區分 4 等級給予不同獎勵。
P6807C		500 點	
P6808C		1,000 點	
P6809C		1,500 點	

(二) 同意藥師參與本計畫之照顧團隊(含 AKD 相關藥事照顧)：

編號	診療項目	支付點數
P3414C	新收案藥事照顧費	200 點
P3415C	藥事照顧定期追蹤費	200 點
P3416C	年度藥事評估費	200 點
P6814C	AKD 新收案病人藥事照顧費	200 點
P6815C	AKD 藥事照顧定期追蹤費	200 點

(三) 同意新增末期腎臟病前期(Pre-ESRD)轉診獎勵費：

編號	診療項目	支付點數
P3417C	末期腎臟病前期(Pre-ESRD)轉診獎勵費	200 點

註：

1. 限個案符合轉診條件，並經轉診至參與健保署 Pre-ESRD 整體照護計畫院所，確認收案於 Pre-ESRD 計畫後方可申報，每人限申報 1 次。
2. 不得與初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費 (P4303C) 重複申報。
3. 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。
4. 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、同意修正保險對象接受親屬間活體腎臟移植者之照顧獎勵費條文：

- (一) 原條文二、(十)第 1 點規定刪除「完成申報結案資料處理費(P3405C)」之文字。
- (二) 原條文二、(十)第 2 點規定修正為「由保險對象接受親屬活體腎臟移植手術之日期往前 1 年內申報透析醫令次數最多之透析院所申報」。

三、同意基層院所與社區藥局合作參與本計畫，重點如下：

(一)社區藥局之藥師提供服務藥事服務相關費用由合作之基層院所申報，並由基層院所將本保險核付金額交付社區藥局。

(二)社區藥局藥師的評估表必須回饋給診所醫師參考。

四、請台灣腎臟醫學會研議已於 Early-CKD 收案個案因病情惡化(如發生蛋白尿超過 1,000 mg/gm、eGFR、UPCR 或 creatinine 已達 Stage 3B)需轉介 Pre-ESRD 情況，但 Early-CKD 院所不願意結案的解決方式。

伍、與會人員發言實錄如附件。

陸、散會：下午 4 時 40 分。



# 全民健康保險醫療給付費用門診透析預算

## 110 年第 1 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

各位代表、醫管組及各分區業務組同仁、列席代表們大家午安，今天我們召開 110 年第 1 次門診透析預算研商議事會議，本次會議正好代表換屆，所以代表們有些許的異動，在會議一開始向大家來介紹異動的代表，讓大家互相認識了解，首先是鄭集鴻醫師，基層透析協會前理事長、代表基層透析診所的代表，這屆變成專家學者，優先介紹鄭醫師，而鄭醫師的位置現在由曾國憲醫師替補，曾醫師是益康診所的負責醫師，謝謝你；原來曾志龍醫師由林元灝醫師替換；原醫院代表的廖秋鐳代表這次由亞東醫院的邱琦皓代表；原來代表地區醫院的朱益宏代表本屆由鄒繼群院長代表，最後本署醫管組組長原來是李純馥換成現任的張禹斌組長，其他就照舊。開始今天的會議討論前，請各位代表們翻開今天的議程，總共有報告事項 5 案及討論事項 2 案，我們優先請各位代表們從第 2 頁到第 9 頁確認上次會議紀錄，不管是新代表或舊代表麻煩過目一下，有沒有什麼問題？好，如果沒有問題，從第 10 頁到第 14 頁是臨時會的紀錄，好，大家有沒有什麼問題？好，如果沒有我們進入今天的議程，優先從報告事項第一案開始。

### 貳、報告事項

報告事項第一案：門診透析研商議事會議開會規則。

#### 主席

今天有幾位新代表，因為兩年一屆，我們例行都會再將研商議事會議的開會規則跟代表們再宣達一次，內容有部分是代表應自己檢視的，例如利益迴避，本署有告知、代表有遵守的義務。剛剛我同仁有提到本署有接到透過檢調反應的相關事項，告訴本署有些委員疑似沒有遵守利益迴避，當然這些有待司法單位去釐清，但本署還是要重申請遵

守利益迴避的精神，大家都有簽利益迴避聲明書。另外，外界對於我們總額或是共擬會議內容都很有興趣，我們會議資料要透明化，會議都會有實錄及錄音，希望大家務必在會議裡面能夠做到負責任的發言，研議的過程當中所同意的事情，大家必需遵守；另外，代表盡量親自出席，如果不克出席就由代理人出席，也列有代理人的順序，第一順位跟第二順位都有經過各位代表們的指定，之後如果代理人來代理出席的話務必做到完全的代理，不能有代理人出席但發生爾後代表不知道由代理人出席的會議中決定的事項。上述都是本署事先要向各位代表宣布，希望本會議能夠公開透明，並讓外界理解大家一起努力後的決議，並在決議之後能夠真正的落實，以上補充，大家有沒有意見？有沒有疑問？好，請羅院長。

### **羅永達代表**

利益揭露我已經簽很多年，我始終想說我們不是在討論我們的利益嗎？包括點值及品質保留款的分配等，都涉及層級的利益、個別醫院或診所的利益，像藥品部分很清楚，後面有藥商回扣必須利益迴避，這是很清楚的，但門診透析、中醫裡面，我們來討論的利益定義到底是什麼？

### **主席**

今天所有的代表其實都是從事透析業務為主，包括診所或醫院，有些代表學會，有些代表醫院層級，醫院層級內當然有提供透析服務，這些大家都一樣。但如果就像羅代表剛剛講，如有藥廠、透析材料商或是藥水代理商等的代表，這方面的可能就超越了一般代表們的利益，公平的利益以外又有產品的利益，可能要多多留意。各位還有沒有其他的疑問？好，如果沒有，接下來報告事項第二案。

**報告事項第二案：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。**

### **主席**

謝謝同仁的報告，非常仔細也喚起大家的回憶，這裡要補充序號 2，序號 2 中本署修正雲端查詢系統對於病人腎功能異常使用 NSAIDs 藥物的提醒，要不要 show 給大家看最新的提示畫面？最終的提示文字已

經跟腎臟醫學會做了多次的交流，也用專業的觀點提示，建議本署雲端查詢系統提示文字的修正，現在請醫審藥材組說明結果。

### **醫審及藥材組 馮文嘉專員**

主席、各位代表，本次修正主要的部分是在兩個部分，第一是摘要區顯示的文字，新增第 3 個逗號之後「另建議轉正至腎臟科進行相關評估」這段話，另外是 eGFR 篩選邏輯新增上傳檢驗檢查數據中有提及 MDRD 的數據，我們也會納入 eGFR 值的顯示，以上。

### **主席**

這個病人為例，念一下紅色的提示文字給各位代表確認。

### **醫審及藥材組 高幸蓓專門委員**

「此病患可能為中重度與重度慢性腎臟病患者，請避免使用 NSAIDs、顯影劑等腎毒性藥物，另建議轉診至腎臟科評估腎功能及追蹤治療，最近一筆 eGFR 值為某值」，eGFR 值會從後端資料庫將數值傳送到前端把數據顯現，採檢日期也會讓系統自動顯示當時的採檢日期，謝謝。

### **主席**

這樣子的提示大家有沒有意見？請秘書長。

### **台灣腎臟醫學會張哲銘秘書長**

上次 2 月 8 日的會議是我跟慢性腎臟病防治主委以及張孟源醫師一起代表去參加的，我記得最新的至今還有部分沒有完全修好，避免使用 NSAIDs、顯影劑、具腎毒性抗生素及免疫試劑，可能還沒有完全上去。

### **醫審及藥材組 高幸蓓專門委員**

跟秘書長報告，因為這是另外一個案子，現在報告的部分是 2 月 8 日之前的案子，這部分已經修好，後來再來時我們有討論一些原則，在會議上有請腎臟醫學會還要再補一些藥品的名稱，這個部分蒐集好以後我們會再做線上的及時修正。

### **主席**

其實雲端系統的提示已經越來越具體了，這樣的提示就是要讓第一線的醫師注意，不要讓病人再服用 NSAIDs、顯影劑或其他具腎毒性的藥品，避免病人從 Early-CKD、Pre-ESRD 病人腎功能惡化至 ESRD，想

做預防的動作，資訊提示是工具之一，但重點是第一線人員要去看，之後要能真正去避免使用這類藥物，這是醫師應該要做；我們利用雲端平臺善盡告知，而且我們也提供資料庫裡最近的紀錄顯示，也讓醫師節省在雲端系統裡查詢的時間，本署已經盡可能做到最多，大家還有沒有意見？請羅院長。

### **羅永達代表**

我想這些立意很好，因為之前討論時有很多的爭議，我們屬於建議跟提醒，還是建議「請避免使用」修改為「盡量避免使用」，因為醫院協會的立場很簡單，怕成為法務上的 document，因此很希望能夠尊重第一線醫師在使用時，讓他知道病人的狀態而做某種選擇，所以我們善盡提醒，處於不是處罰的狀態，所以我建議「避免使用」改為「盡量避免使用」，我們已經提醒他了，將來假設大家共識了以後，要使用絕對字眼的時候再使用。

### **主席**

這些羅院長的建議就請腎臟醫學會再綜整考慮，包括倫理、法律及臨床，健保署非常尊重專業團體的意見，盡量能夠做好各方面周延的考慮，然後在公共平臺上來對所有的醫師做提醒，腎臟醫學會有沒有意見？

### **台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長**

當然會參考。

### **主席**

就是會參採，這是在追蹤事項給大家做比較清楚的補充，對於所有的追蹤事項辦理情形還有沒有意見？來，請秘書長。

### **台灣腎臟醫學會張哲銘秘書長**

這裡有幾件事情跟大家補充一下，包括第三項所謂 C 型肝炎治療，雖然去年上年度總共抗體陽性有 8,900 人左右，但是從過往的經驗 C 型肝炎抗原陽性的人大概有百分之二十五體內是沒有病毒的，所以 8,900 人中裡面大概有 2,200-2,300 人根本沒有病毒，所以不會接受治療，所以下一頁中已有 4,482 人接受治療，字眼看來大概有一半還沒有治療

其實只剩四分之一，應該還有剩下 2 千多人還沒有治療。還有剛才提到說住院率不要以層級來計算，我們有請貴署提供資料，我們也請統計及公衛的專家裡面的醫師、博士真的去算過看過，看起來結論的確是如果改規模大小來計算，不要醫院層級來的話，住院跟死亡率的相關性就會更好，以上。

**主席**

第 6 項就麻煩把意見回饋給本署；在補充第 3 項(透析診所 C 肝的病人)還是有 25%的人約 2 千多人還沒有接受 C 肝治療，而去年因為有 COVID-19 的關係，轉介治療的人數其實不多，今年希望代表們就加緊宣傳，特別宣導診所或醫院透析的部門，如果透析病人有 C 肝抗體陽性，而且體內有病毒的，麻煩趕快轉介接受 C 肝治療，再麻煩各位代表。請楊理事長。

**楊孟儒代表**

前年健保署好像有一個 data，有關 C 肝抗體陽性但去接受治療時，其實大概有將近三分之一是體內沒有病毒的。

**主席**

是不是整體是三分之一？但是透析的病人是四分之一？

**楊孟儒代表**

應不是整體，而是 C 肝抗體陽性的透析病人，所以我在想未治療者應該不到 1,500 人，越來越少了。

**主席**

不管剩下多少？麻煩利用今年預算比較充裕的時候趕快轉介治療，因為 C 肝的預算只會年年越來越少，因為病人也越來越少，特別透析病人萬一 C 肝帶原比較有風險是傳染給其他透析病人，所以有較高的優先順序，病人有機會去接受 C 肝的治療就不要遲疑。其他還有沒有要補充的？好，如果沒有，是不是辦理情形就通過？好不好，好，接下來第三項。

**報告事項第三案：門診透析預算執行概況報告。**

**主席**

好，謝謝同仁說明，這裡應該有幾個補充，第 4 張投影片協訂事項第一項，持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照顧，目前進度請醫管組去了解一下進度；另外，請各位代表還是要持續留意第 23 張及 24 張投影片，併用呼吸器及住院透析 90 天以上，甚至超過 1 年的病人，其實還有，而且耗用的醫療資源超過 5 百萬或 250 萬以上，也有 30-40 人，其實也都會耗用醫院總額的資源，不只門診透析預算，其實時間蠻長，麻煩大家去留意如何給予最適當的醫療；最後在第 35 張投影片，相關頁數在討 2-5 頁，請醫管組跟大家說明。

### **醫務管理組 劉林義專門委員**

有關鼓勵移植的部分，平板第 92 頁、書面資料在討 2-5 頁，為了鼓勵移植，我們有規定 3 種獎勵方式，第一是尚未取得重大傷病卡之前鼓勵病人去移植，每案 6 萬點獎勵；第二是取得重大傷病卡 6 個月內，給 3 萬點，假如超過六個月才移植，給 1 萬點，在剛剛簡報中目前統計在透析前移植前個案有 16 例、6 個月內的有 8 例、超過 6 個月以上的是 14 例，所以取得重大傷病卡後才移植的，大概有 22 個案例，我們在討 2-5 針對這 22 個案例申報情形去分析，發覺有部分醫院有報錯的情形，假如大家還記得的話，當初我們之所以設計這樣的獎勵方式，其實我們鼓勵的不是實施手術的醫院，而是要鼓勵提供透析服務的院所，經由透析院所的努力，讓這個病人去接受移植；剛剛看到討 2-5 或者是平板的第 92 頁，在 22 個案例中有 mark 的，總共有 6 例個案做透析及做移植手術在不同院所，其它都是同院透析及移植，同院部分由這家醫院申報沒有問題，但現在看 mark 的部分去查說病人在那裡透析，如 patient 7，移植在 B 醫院，透析在甲院所；patient 8 在乙院所透析達到 54 次，然後在 C 醫院移植，但 C 醫院只有 4 次透析紀錄，可是獎勵費卻由 C 醫院申報，這可能就有點不合理；patient 9 的部分也是一樣，在丙院所接受透析 44 次，在 C 醫院透析 4 次，結果獎勵費也由 C 醫院申報；所以我們今天有提案討論，有關比例占比的這部分，如果明顯的報錯，但像 patient 7 透析次數不會差很多的，我們怎麼處理，要如何界定？到底該由誰來申報獎勵費較合理？這個部分提到待會的討論案討論；可是 patient 8、9 明顯為醫院報錯，所以這部分要請輔導注意一下。以上說明。

**主席**

好，我們鼓勵親屬間活體腎臟移植，其實是在鼓勵的不是移植手術的醫院，是鼓勵規勸病人去做移植的透析院所，而我們發現有些是做手術的醫院來申報，而其實病人卻在另 1 家診所或醫院做透析，所以鼓勵錯了，這個部分有必要去更正，讓真正盡力的院所可以拿到獎勵。以上報告，有沒有意見？

### **(鄭集鴻表口頭報告 CKD 照護成果經驗分享，內容略)**

#### **主席**

謝謝鄭醫師分享他自己成功的經驗，他做得很好，也希望其它診所跟他學習，有一些建議，好，大家有沒有什麼回應？來，理事長。

#### **黃尚志代表**

非常謝謝鄭醫師在從一開始到現在，一路走來始終如一，很努力推展，不管是早期的 Pre-ESRD，現在的在 Early CKD，整個都相當投入，所以每一年都會得到台灣腎臟醫學會的評比，甚至在診所群整體的評比都是名列前茅，甚至以前沒有分的時候，他有一次超過某家醫院還上報紙，這是他的成就，那這些的話也我們一直在推展 Pre-ESRD 照護、Early-CKD 的照護，我們也常常跟我們基層醫師講，希望我們明年就是從 2 樓走到 1 樓來，不要一直都在 2 樓，希望在 1 樓能夠看門診，照顧這些三高的病人也好、腎臟病病人也好，才能把整個網擴大，各位看到的成績，是很 outstanding 的，總還有一些 100%，然後降到 80% 幾甚至 70%，那個在高醫的話，有這案子的經驗，有一些病人真的很難去說服他，在醫院裡還有各科轉過來，轉過來時已經來不及的，也有這種經驗，所以也就永遠都沒辦法達到 100%。不過鄭醫師的團隊已經做的非常非常好，也希望下次有機會邀請到能夠到學會演講，因為基層醫療院所也可以做得到。剛剛有提到的阻礙，現在最大的問題一個是醫院的醫師；第二個是營養師的問題，我想營養師的問題應該也知道要如何去協助會更順利，倒是衛教師會比較簡單，因為從透析室，到人家轉這個方向比較簡單，而未來的藥師，也不是絕對的，但是相信藥師也發揮最大的幫忙；我們一定要把這個收案照顧的過程修得比較 smooth 一點；至於獎勵，剛剛有提到，我們本來 Early-CKD 及 DM 是一樣，因為我們學他的，不想 DM 偷跑在前面，我們沒有跟上，

所以未來再修的時候，要修在一起；目前署方有在修計畫，總之剛剛有提到 Early-CKD、Pre-ESRD 還有努力的空間，我們也承認，以現在來說比以前好，當然還可以更好，請各位看看剛剛移植的，還有安寧的，趨勢有往上的情形，所以我是覺得比較樂觀，尤其是安寧的，現在大家也都比較能夠接受，現在反而是在醫院裡面推 Early-CKD，更早一點有 AKD 的做法，也是未來可以拿來 monitor 的項目，現在可能還不行，但未來可以 monitor。我們給鄭醫師肯定，也希望給未來自我的期許，謝謝。

**主席**

好，謝謝理事長，其它還有沒有意見？請宋代表。

**宋俊明代表**

想請教一下，業務執行報告第 4 張，目前搞不太清楚。

**主席**

專款，屬於其它部門的專款，預算有 4.5 億元。

**宋俊明代表**

所以這 4.5 億元，有包括門診透析的品質保留款嗎？所以現在品質保留款的部分就相當少，對吧？Early-CKD 為 1.46 億，Pre-ESRD 有 2.46 億，這相加就已經接近 4 億了；請問是不是當初我們要做 Early-CKD 的時候，似乎是申請 4 億，就是 for Early-CKD 申請 4 億，而且是專款？那這筆好像是切過來的，門診透析切出來的，現在是把這 2 個預算混在一起？

**醫務管理組 劉林義專門委員**

在健保會議協商預算的時候，在其它部門那邊，有編列一筆 4.04 億，那就是包含三個部分，有 Early-CKD、Pre-ESRD 及品保款；而品保款的部分，的確都固定在 4,500 萬。

**宋俊明代表**

所以是混在一起，因為我記得當初我們在談的時候是當初 Early-CKD 要進行的時候，我記得是現在南區的純美組長說有 4 億，當時是專款切出來的，所以後來是混在一起的，我只是要把它提出來，我没有反對意見。再來的話，就是 31 跟 32 頁，那個部分，以往都是會列在一頁上面，這次好像只列 stage4、5，所以看起來像…。

**黃尚志代表**



因為 stage 3 很難定義。

### 宋俊明代表

所以你可以看到這張表，好像比以前增加了；那 3B 這部分，的確有時候會在那這邊動，包括鄭醫師那邊會有權數，3B 到 stage 4，這些個案是 3B 跑回去 3A，而 3B 到 stage 4 這種情形是比較 critical 的，而這個時期衛教師跟營養師的角色就變的更重要，所以我會覺得說，是不是在 3B 這塊，有些數字可以稍為呈現，或許會給大家一些概念，因為 3B 這塊是可以努力的方向；再來，剛剛提的醫師的部分，南區有碰到一件事，申報的方式很多院所不太熟悉，就是 even 去問，也不太確定是那一個，是由怎麼樣的管道去申報，所以在這方面，是不是署裡面可以稍為可以有個 SOP 讓我們熟悉如何去申報，因各個分署，他們也不知道。

### 主席

因為活體腎臟移植獎勵我們要獎勵到對的人，現在當然有申報錯誤的，我們等一下討論，討論之後會明確 SOP，然後請分區業務組要去轉給醫院，那就會一致。現在確實有一些問題，窗口的答案也不太一樣，也造成大家困擾。不過我們中心的概念就是鼓勵真正要做到說服病人去做移植的那位醫師，這樣才會有更多醫師願意說服病人去做移植，這件事情是沒有疑義的；另外就是宋教授提的 3B 可以努力，3B 在這裡我們的數據中是分不出來的，是不是？

### 醫務管理組 劉林義專門委員

ICD-10 碼只有 stage 3 而已。

### 主席

所以確實我們分不出來，不過在臨床上是可以。在 3B 的時候就要保握機會，就是 3A 到 3B，就是剛剛鄭醫師在分享病人從 3A 到 3B 有比較久的時間，這就是真正有投入；重要的是要避免病人到 stage 4，萬一惡化到 stage 4 要恢復就比較困難，在可逆之前，一定要儘量努力讓病人腎功能不再惡化，才有可能讓透析的發生率下降，否則儘管發生率維持，但一年以 2,100 人的速度增加，扣除死亡個案，淨增加還有 1,100 人，我們的盛行率還是會不斷上升，所以請大家務必努力。長期透析的人數一直增加是我們國家重要的事情，而且對健保的財務負擔如此沈重，所以請大家真正用專業來面對這個問題。好，大家對鄭醫師還

有這個報告還有沒有意見？

**林元灝代表**

主席，我也是第一次參加到這個行列，現在終於可以名正言順的發言，可見我委曲很久，大家都知道，剛剛我們理事長有講說，希望我們可以從2樓走到1樓，可是我發現說我們光光從2樓走到1樓，我要看一般門診，我的意思是說，我們腎臟科醫師看了一般門診之後，我們的品質保證款是被刪掉的，不是腎臟透析部分，而是門診的品質保證款是被刪掉的，因為我是腎臟科，我就被刪掉，這點我們要強烈的抗議。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

品保款理論上是每一家醫療院所只能領取一種，所以假設以基層為重的，那就是參加西醫基層的品保款；那假如是以透析為重的，那當然就參加透析的品保款。

**主席**

可是何謂為重呢？

**林元灝代表**

這個沒道理，因為我做2件事，2件事都是有貢獻的，我若有一般門診，如果我是聯合門診的話，我又有一般門診，我又有透析室，那這個可能做的人是不一樣的，一般門診是幾個醫師聯合起來就跟醫院一樣，那我問你，那醫院的品保款，它的門診有刪掉嗎？沒有嘛，對不對？你這樣是變雙頭馬車，2個標準，這是不可以的。

**主席**

鄭醫師，您領的是什麼。

**鄭集鴻代表**

這點我要附議元灝，我的也是被刪很多，完全沒有領到基層的。

**主席**

你是領西醫基層的，還是透析的。

**鄭集鴻代表**

我是領透析的。

**主席**

那不是你有門診嗎？

**鄭集鴻代表**

有，我門診也很多。

**主席**

所以林義專委，那這2個是怎麼取捨？現在的規則。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

因為在西醫基層的研商議事會議，在討論品保款的時候，就是有這樣一個共識。

**主席**

怎麼樣一個共識？

**林元灝代表**

有共識欺負我們腎臟科就對了。

**主席**

先說一下規則。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

規則就是只能領一種品保款。

**主席**

如何取捨？

**醫務管理組 劉林義專門委員**

看要參加那一種？

**主席**

診所自己決定嗎？

**醫務管理組 劉林義專門委員**

因為透析起碼你可以領到7、8萬，基層領到的相對較少。

**主席**

好，顏醫師。

**顏大翔代表**

因為全聯會我記得是代表西醫基層，共識決不利於我們基層診所，這個決議很奇怪，就是如果我有領到基層品保款時候，就主動排除，那這東西對我們不太公平是說，第一醫院有這樣嗎？醫院的品保款不會用到洗腎的地方就被排除，西醫基層我們診所就有這個問題，這樣其實很奇怪，2個部門我們付出的成本不一樣，覺得我們洗腎的品保款部分很高，這也是一個謬誤，當然劉專委也講過，4,500萬的洗腎品保款已經n年沒有調過，從一開始到現在，所以我們領的錢是每年都在

降低，因為洗腎跟病人的成長有相關，因為是每個人平均嘛，我想署應該都有資料，所以對我們來講，我們品保越來越低，他說我們好幾萬，沒有錯，但因為我們成本很高；不能用這種方式來比較，而西醫基層的品保款也沒有那麼少，大概 2、3 萬元，有時候他們 present 好的時候，還會有加成，我覺得門診的品質跟洗腎的品質應是 2 件事，用這個來排除我們，其實對我們透析認真在看門診的人，像集鴻他病人那麼多，他大概損失不少；其實是一種反作用，這種做法變成洗腎洗得好的，領不到門診品保款，洗腎做得好的診所應是品質不錯，像集鴻門診做得那麼好，他領不到獎勵金。

### 主席

我們來看張醫師怎麼說。

### 張孟源代表

主席、各位委員大家好，很重要的一件事，每次關於洗腎品保款跟基層品保款，因為我本身也是腎臟科醫師，也是在基層，但是我本身只有在領基層的品保款，雖然透析品保款比較多，大概 7-9 萬，但是基層大概 1 萬多，大概金額是這樣而已，今年可能會更低，因為報得好，好像不是特別好，金額沒有很高，但是我本身是處於兩邊，希望大家能夠瞭解一件事，因為很多東西，當然大家都希望說我有做各種服務，當然我希望可領各種品保款，但是我們要了解基層，大部分 1 萬多家診所，他們期待的是一個公平，假如說已經在洗腎，領了洗腎品保款，當然但他有付出比較多，因為透析成本比較高，但是你若領基層的品保款，對於一些基層的開業醫師，尤其基層開業醫師，診所他們平均申報的量，像集鴻的診所申報的金額，本身大概 5,000 萬以上，對不對；那基層診所 1 年大概只有平均不到 200 萬或 300 萬的很多，1 個 5,000 萬的在那邊喊窮，實在有點說不太過去，雖然我是腎臟科，集鴻您的診所的 1 年大概有申請好幾億吧！應該有吧！所以說你對一個基層 1 年申報不到幾百萬的品保款，你也要去爭，我是覺得說，我是腎臟科醫師，我也支持腎臟科，但是我們覺得說，假如要爭貢獻度那麼大，其實我是一直給你按很多讚，我也覺得您們做的很好，但是我覺得如果要爭的話，一定要一個原則，剛林義也講得很清楚了，一家診所你只能領一個品保款，但是從那個法律觀點來看，其實根據衛福部聯合診所的管理辦法，它就說得很清楚，就是聯合診所是吃 2 家診所可以

置於同一場所，假如說有些透析診所，經營規模好幾千萬好幾億，那你可以設 2 家診所，1 家診所負責門診，1 家診所負責洗腎，沒有問題，對不對？你再去設 1 家診所不就結了，那第 2 家診所負責門診的不申報透析，就來請基層的品保款，這樣我也回去比較好交待，對不對？學長，你那診所也很大，你都去做設計家，我也很歡迎啊。

**鄭集鴻代表**

其實不是所有透析診所都可以開好幾家。

**張孟源代表**

就是說假如啦，你要從 2 樓到 1 樓，那你就多設幾家。

**林元灝代表**

主席，我想是這樣子的，這樣應很明顯可以看出來，西醫基層這邊他們沒有理由的，這是在硬凹，因為完全不公平。

**張孟源代表**

我想這理由很充分。我在這邊一個人要對抗一屋子人。要不要林醫師來我們西醫基層來挑戰一下。

**林元灝代表**

那請您下次來腎臟醫學會的理監事會議來討論。

**主席**

好，謝謝張醫師跟林醫師；現行規定確實有這樣的規則，已經確定，那這個問題，我們就把它收錄下來，突然之間冒出這樣的一個問題，那因為今天沒有要討論這題。顏醫師，請簡短一點。

**顏大翔代表**

我在補充一點，其實因為這樣的規定很奇怪，所以南區又發生一件事，有 1 家透析診所，它洗腎病人其實不多，它的門診相對保留品保款比較多，結果發生一件事，他們每期上傳到健保署的品質資料，它都故意慢交，慢交分數就不好，那它主動就會領到洗腎的品保款，但它本身也門診，這意思就是說，洗腎診所看病人人數，其實診所間變異性很大，這樣的規定其實是不太合理。

**主席**

好，那張醫師因為他沒有做透析，所以他自己沒有問題；集鴻代表這邊他 2 者都做，他領了比較多的那個，對不對；那顏醫師這邊呢，也是一樣；林醫師那邊，沒有做門診，所以他就只領一邊而已。

## 林元灝代表

不是錢的問題，全然是公平制度上的問題。

## 張孟源代表

我還是強調一下，我剛剛提的那個診所聯合辦法是同一地址可以設 2 家診所。

## 主席

這個題目我們今天只能談到這裡，問題已經瞭解，就是您也已經建議了，本題就先討論到此；因為我們後面議程還有很多，本題我們以後找個時間專門來討論，容我們想一想再來討論，現在就是 discussing 而已，不會有結論，好不好，本案大家還有沒有其它要提的問題？請鄭醫師。

## 鄭集鴻代表

主席剛剛我做的報告，我再強調一下，就是我並不是希望大家稱讚我，我還是希望說我們基層有 780 幾位醫師，能夠投入我們 CKD 的照護，那我還是希望我們署方能夠用扶植的態度，扶植就是說，看如何幫助他們，我覺得如果他能夠有 300 位 CKD 的病人固定給他看，他應該就有能力請得起專任的營養師，長期來看，照護上就可能做得起來，這是我想要說得建議，以上謝謝。

## 主席

好，謝謝鄭醫師，因為剛剛鄭醫師有提到游能俊醫師照顧糖尿病患者的成功案例，其實游能俊醫師也到很多地方去做標竿學習，很多學會像診所協會或者基層醫師公會全聯會，幫他辦到各地去告訴其他診所，如何做，而且能將醫療品質做得很好，其實是多贏的局面，後來陸續有蠻多診所就學習他也做得很好，所以現在基層有蠻多類似專門做的 DM 診所，我倒是覺得你們可以走這一條路徑，就是透過腎臟醫學會也好或者透過基層透析學會也好，把類似大翔、集鴻的診所這樣成功的經驗去推廣，讓其他診所理解如何做後，就會開始有更多人加入照顧的行列，透過專業團體去做還是比較好的。我們糖尿病診所他們的 diffusion 也是這樣的路徑，當然不是每家診所都願意這樣做，很多診所也是什麼病都看，不會只照顧糖尿病，這是個人的選擇。好，我們謝謝鄭集鴻代表，他第一次當專家學者做報告，下次不曉得要再報告什麼題目。請宋教授。

## 宋俊明代表

的確糖尿病在這邊做得很好，但是現在是一個很好的契機，我要呼應糖尿病跟 CKD 合起來照顧，應該要快。

## 主席

是，我們科長已經在現場了，請補充糖尿病跟 CKD 的整合照護計畫的進度。

## 宋俊明代表

其實是說腎臟科醫師，事實上一起參與糖尿病照顧的醫師不少。但是糖尿病醫師，我們先不講是在那裡，有接到幾個 cases 是，譬如說 SGLT-2 但是他不開，他認為會被刪除，所以目前他是一個很好的例證，它就漸漸出來了；我們在這方面整合，再加以輔導，再加以獎勵，說不定現在是很好的契機。

## 主席

現在要 prevent 病人進到 stage 4，所以 2 個途徑要同時並進，一個是在 3B、3A 時要處理，另外一個是在 DM 又有 Early-CKD 時，不管病人在 stage 1 或 stage 2，都應該要趕快處理。現在請依婕科長跟大家報告一下進度。

## 醫務管理組 陳依婕科長

是。各位委員大家好，跟大家報告目前我們 DM 跟 CKD 的整合照護方案進度，我們在去年的 1 月 17 日邀集相關的團體、醫學會、醫師公會跟醫院協會，一起召開方案的討論會，會議的決議大致上有 2 點；第一，針對 DM 跟 CKD 共病的病人，希望個案的追蹤管理照護費有所提升，因為共病的病人處理起來需要比較多一點的心力；除此之外，我們針對品質的部分，也會訂有相關的品質指標，因為這個方案其實原先我們在預算中平的情況下研究的，不過在這個方案設計之後發現，還是需要再爭取一些預算，所以我們在去年總額協商時，在今年預算爭取列在醫院及西醫基層的醫療給付改善方案專款下，有更多預算來做更多的資源投入；除此之外，我們也在研究品質指標到底應該如何訂定，因為我們原先在設計的時候，是用 DM 及 CKD 各自有的品質指標融入到共病方案裡，可是針對 DM 跟 CKD 的病人有沒有一些比較不一樣的指標是可以用來觀察共病的照護品質呢？我們在去年 9 月 11 日發函詢問相關專業團體，而專業團體陸陸續續在 10 月、11 月回

函給本署有關共病的指標，現在健保署的進度是針對大家回函的指標性相關建議，做相關的資料彙算；比較大的改變是大家建議：過往我們的 P4P 方案是將醫院、醫師做排名，排名譬如說前 25% 的醫師，我們來給予獎勵；但這次很多學、協會或是醫界團體建議我們，應該拿病人照護的結果，譬如說他去年跟今年照護的結果來做評比，比較適合；因為這段對我們的 P4P 方案是一個比較大的改變，所以我們正在做資料的整理，待資料整理完成後，會提到我們最近的共同擬訂會議中來做討論，以上報告。

### 主席

好，事實上這案子我們非常的重視，特別剛剛有講，這 2 個路徑都要同時並進，第 2 的共病照顧就更不能忽略，因為現在透析病人有 30%-40% 有 DM 病史，所以一定不能忽略 DM 的影響力，進度就麻煩依婕科長儘快進行。其它大家有沒有意見？林醫師。

### 林元灝代表

不好意思，因為我剛剛看了一些統計的報表，我們在針對在呼吸器跟透析這個案子上面，第 24 頁，我首先要質疑的是說，這個案子、這個報表跟我們的門診透析是截然沒有關係的。它上面都有年齡的分層表示。表示署裡面對於年齡的分層探討很重視，但是我沒有看到我們透析病患的年齡分層，不只是 PD、HD 都沒有，沒有 PD 年齡，因為以前有，現在都沒有了，為什麼？住院率死亡率都沒有了，為什麼？

### 主席

沒有為什麼，我想是我們投影片太多把它過濾掉了

### 林元灝代表

是嗎，這個不重要嗎？那個很重要耶，而且我每年總額協商我都是要拿出去跟人家講啊！

### 主席

可以啊，沒有問題，就是說這個我們沒有什麼刻意要隱瞞什麼。大家覺得需要什麼都可以分享好不好？我們就是公開透明，大家可以提還需要什麼樣的資料。另外，剛剛林醫師提到，跟門診透析有什麼關係？因為請大家看第 23 及第 24 頁，他還是在透析的病人且還在用呼吸器，這類的病人主要醫院裡面，這裡代表很多都是醫院的代表，我們當然也是要在本會議談，可以嗎？醫院能不能幫這些病人做比較好的處理；



而因為少數的病人有耗用很大的醫療資源，他生命品質應該也是很差，怎麼樣兼顧各方面讓病人能夠得到比較好的照護呢？這是臨床判斷的專業，不斷提醒是此用意，好嗎？我們也要考慮到所謂生命品質的問題。好，請問大家還有沒有什麼意見？如果沒有本案討論到這裡，接下來第 4 案

#### 報告事項第四案：109 年第 3 季門診透析服務點值報告。

**主席**

好，我們西醫基層現在是全年結算嗎？對不對，透析有沒有全年結的問題？

**醫務管理組 劉林義專門委員**

門診透析是上半年結算，下半年按季結算。

**主席**

好，本案大家有沒有意見？好，沒有意見，我們就確定。

#### 報告事項第五案：110 年門診透析預算四季重分配案。

**主席**

好，林義有要補充說明嗎？

**醫務管理組 劉林義專門委員**

這地方就是照舊比照去年的分配方式，去年的分配方式其實有改，醫院照醫院加，基層照基層加，這次就照上述的方式來做季分配。以上說明。

**主席**

好，謝謝，大家有沒有意見？四季分配，好，沒有意見，我們就通過了，接下來討論事項第一案。

### 參、討論事項

#### 討論事項第一案：「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**

好，非常謝謝，那今天呢？今天列席單位有國健署跟食藥署，大家對於本案辦理情形如果有要進一步詢問的話，有代表在現場，以上補充。請張醫師。

**張孟源代表**

主席、各位代表大家好，還是要先祝福大家元宵節快樂，在這裡位置很難坐，這個除了跟腎臟醫學會溝通，我們上一次討論，應該是 AKD，怎麼還是寫 AKI？

**主席**

後面 Pre-ESRD 已經修正為 AKD。

**張孟源代表**

另外，關於就是糖尿病、初期慢性腎臟病的整合計畫，跟今天的討論案，第二案有一點關係，因為我們這樣討論第二案是 Pre-ESRD 詳細的辦法寫的非常的清楚。但是剛剛健保署的科長有報告，Early-CKD 跟 DM 的部分，我不知道詳細的計畫及條文的內容，不知道什麼時候可以給我們大家看？我們現在已經很期待，而且我不知道說今年到底要怎麼做，預算要怎麼分？

**主席**

今天因為那個提案還在追蹤列管當中，還沒有提出來

**張孟源代表**

所以等於是說今年還不要開始實施？

**主席**

沒有，今年一定會做，最近這一期就要做了。

**張孟源代表**

我們 Early-CKD 是上半年做 Early-CKD，後半年是做怎麼做？

**主席**

沒有，另外還有一個整合計畫，因為收案對象是針對共病的病人。

**張孟源代表**

也會提到這個委員會？

**主席**

會提到共擬會議是不是？直接提到共擬會議。

**張孟源代表**

直接提共擬哦？那我們這邊那麼多的腎臟科專家都沒辦法表示意見？

**黃尚志代表**

我覺得應該要請我們學會去參加。

**主席**

我們請腎臟醫學會到共擬會議列席，接下來，如果大家也沒有問題要問食藥署跟國健署的話，食藥署跟國健署的兩項都會解除列管，對吧？

宋教授可以嗎？

**宋俊明代表**

但是他們還是要持續做。

**主席**

你有沒有什麼要跟他們提醒的，因為今天之後他們就不會出席。

**宋俊明代表**

但是還是必須把他們當成是他們至少是平時要做的東西，腎臟病健康促進跟食藥署的部分還有很多地方要拜託他們抓緊，或許剛剛那些病人從 3A 到 3B，或者是從 3B 到 4 的那些個案數都會下降，而 NSAIDs 事實上是在計畫當中。

**主席**

洪教授這邊呢？

**洪冠予代表**

解除列管，但是還是持續進行合作，看起來有 perform，謝謝大家。

**主席**

好，謝謝，那就是謝謝國健署黃技正，跟食藥署的秀勳研究員，你們有沒有什麼還要跟委員們說明，你們還會持續努力吧？因為你下次不會來。

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

這邊報告一下就是說，其實在藥品安全上，也是我們食藥署非常重視的一個議題。我們今天帶承辦人來就是我們在衛教宣導這個部分，持續都有在進行。但如果說就腎臟科醫學會、腎臟科醫師的觀點，覺得有一些藥品要加強宣導，我們也希望學會可以直接跟我們同仁聯絡。我們同仁今天來到現場，你們提供一些關心的議題，甚至我們去做一些衛教的時候，也很需要專家幫我們擬稿，或者是給一些方向，所以我們想說，這邊就解除列管，但是我們持續做、持續合作，就由腎臟醫學會可以直接跟我們這邊藥品組聯絡，以上。

**主席**

好，謝謝，國健署有沒有要跟大家 promise 你們會如何？

**國民健康署 黃紀諺技正**

我們最近被交付的任務還滿多的，除了這個部分之外，其實還有就是部裡交辦的一個健保中長期計畫有規定，希望對於腎臟病部分能夠多做一點的研議，然後還有多一點促進，後續的話我們會再請我們腎臟醫學會跟我們相關的專家共同討論。然後而且我們也對你們 DKD 的計畫整合結果非常有興趣，因為那個應該後續會跟我們這個計畫會稍微有一點相關聯。那再請健保署跟腎臟醫學會多多幫助，謝謝。

**主席**

好，謝謝，其實健保是最下游啊，當上面如果都做好，就不會惡化到最下游來花這麼多醫療費用，對不對？所以我們的 primary prevention 還是非常重要的，所以國健署、跟食藥署都是屬於 primary prevention 可以貢獻的，如果你們做的好，我們後面的 burden 就減輕很多，所以我們非常冀望你們，雖然是年度列管，然後可以解除追蹤大家很開心回去，可是這件事情還是很重要、拜託你們好不好？拜託食藥署及國健署。請張醫師。

**張孟源代表**

主席、各位代表大家好，就是關於雲端藥歷提示腎功能異常 NSAIDs 的部分，我記得在過年前，健保署醫審組有開個會。

**主席**

剛剛都已經講過了，你都還沒來，已經報告過了。

**張孟源代表**

後面有沒有具體的執行？

**主席**

我們剛剛都 show 過了，太晚來了，已經都 demo 過了，請楊教授。

**楊五常代表**

食藥署請教一下，現在電視那麼多用藥的廣告，請問一下我們這邊第二條是說是不是要解除列管，我請教一下，我們目前的廣告，像健康食品的廣告，請問都完全符合規定嗎？還是有灰色地帶？

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

請問楊代表是問健康食品還是藥物的廣告？

**楊五常代表**

健康食品。

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

健康食品哦，健康食品我們是有同仁有來到現場，不過確實也是再跟大家再說明一次，就我雖然是藥品組，但就我所了解的健康食品，也是要辦理健康食品的查驗登記，比照跟藥品那樣準備實證資料來辦理

查驗、登記，查驗登記完後，才會同意它列為健康食品，給它小綠人的標章。上面查驗登記後，會允許它可以宣稱的功能或效果，就好像我們的藥品仿單上面的，它可以有什麼樣子的適應症，概念上是這樣子，而所謂的廣告也必須要按照它當初登記所核給它的功能或者效果去做廣告的宣稱。我們在審他們的廣告的時候，像藥本身像藥品是要先送審的，食品的部分，如果他們沒有先送審，但是超過它原來所核定的內部檢舉，或者是我們裁罰，我們發覺到是可以依法裁罰的，以上。

### **楊五常代表**

我想你講的都是官方的說法，我們現在從民間看這個電視，你現在應該可以跟他理論，全部都符合規定嗎？

### **食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

跟楊理事長報告，因為其實您的問題，我先生現在也在衛生行政單位，他也問過我同樣，說這個沒有宣稱療效嗎？但是還是要回到他當初的核定，確認這個東西它有拿到它的標章。我們也承認說，確實有一些健康食品，它有被核定，但是它在廣告的時候也有可能，他的經銷商在宣傳的時候有超過，如果超過就是裁罰，而且會罰的比一般的食品更重，因為它是健康食品，那他就超過。他要按照健康食品的法規去裁罰，會比我們一般食品的宣稱療效罰得更重。

### **宋俊明代表**

我很同意楊教授說的，我們說要解除列管並不是說，你已經做得很好了，不過說一直追在這邊，你假設回去跟你的長官，你不願意再做的話，在這邊講再多的話也沒有，譬如說最近的挺立，最近的譬如說藥物有醫師來講說，這個益生菌這個才有效醫藥級的，才會怎麼樣？有消炎才有效，這些很多的問題是要都還沒有解決，事實上還是要回去要做，解除列管是另外一回事。

### **主席**

對啊，我也同意，要我天天看電視、都有那些廣告，而且還越來越多。

### **食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

我們要說明一下就是說，因為我們也都是依法去提辦事情。大家如果說「挺立」真的覺得有違反，那沒關係，我們這個部分我們帶回去了解，因為「挺立」它一定是經過地方衛生主管機關去核定，他才能夠播放，那我們就請衛生主管機關看挺立是那一家，我們不要說，都說電視上很多廣告是不是違法，我們是不是能 specific，比如說大家覺得「挺立」有問題！我們就去查，再回應大家，說最後瞭解的狀況、

核定的範圍，跟它現在播出的合不合法，如果大家又覺得是那一個品項，我們就 specific，不要說電視上廣告中都那麼多，所以怎樣，我們對事情會沒有辦法解決跟聚焦，我的建議是這樣，如果大家覺得挺立，好！那大家真的要查「挺立」，我們就會帶回去，經查結果看要直接跟腎臟醫學會說明，還是用其他方式跟大家做報告，但是今天它會在電視上播，我想大企業也都會確認，他們都有他們的法務，也會確認他們做的情況是到那裡，如果真的有疑義，是不是提供品項給我們，我們回去做確認完之後再跟大家報告。

**主席**

好，來，還有嗎？來，羅院長

**羅永達代表**

我目前一個問題，我們目前不是在講說 NSAIDs，我們用雲端藥歷去提醒，可是目前在市面上 NSAID 本身不是處方用藥，也就是說，其他如 aminoglycoside，這些在藥房就可以買的到，我們現在用很大的力氣去阻絕，就是說要醫師要開藥非常小心，可是病人去買的時候，藥師也沒有提醒，這不是一個很大的漏洞嗎？總要把這個漏洞補起來。

**主席**

不是，NSAID 有些是指示藥，對不對？所以我們的雲端藥歷也看不到，但是我們現在能做的是我們看的到的不要發生，如果這邊都不做，那看不到的更不知道從何做起。

**羅永達代表**

至少要有標示，藥師應該。

**主席**

但是不能因為有這種狀況，我們這裡就不做。

**羅永達代表**

對，我知道。

**主席**

這很重要。

**羅永達代表**

對！兩個不同的意思。

**主席**

對，指示用藥也是食藥署。

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

對，我再報告一下，這個問題也是我到食藥署之後才知道，原來它們是相關的，也就是說食藥署有些是處方藥有一些是指示用藥，在食藥

署裡面，我們有一個轉指示藥品級成藥的諮議小組要去審查，因為有一些藥商會認為有些藥品想把它轉成指示用藥，所以會來申請轉類，署裡面現在的原則就是說，如果是國內處方中輕微的症狀緩解，使用十年以上沒有嚴重的不良反應，而且在十大先進國，至少三國已經使用在指示用藥達一年以上，就可以作為轉類指示用藥的「評估條件」，之後要到轉類的小組來討論。跟大家報告，其實這個轉類的 19 位代表來自於醫界、藥界跟消費者，醫界代表也包含各個領域科別，我們是這樣評估，讓他們協助做把關，所以其實他要轉成指示用藥，也不是那麼簡單的一件事情，這是我在食藥署學到的他們在轉類藥品管理上面目前的做法，跟大家報告。

**主席**

好，有很多的討論不在我們這個會議，但是我們這個會議唯一相關的是要不要給它解除列管，如果解除列管了，下一次會議就不會在這裡，你們問的時候就回到各自的權責。我們今天應該是討論說，大家同不同意解除列管嗎？好，如果同意我們就解除列管，以後類似的討論就應就權責轉請到食藥署來討論。

**食品藥物管理署 洪秀勳研究員**

我來跟大家報告其實食藥署有非常多的委員會都是會邀請醫界參加，包括張哲銘醫師是我們的藥品藥害救濟的委員會的委員，其他還有包括藥安會及很多新藥相關的委員會，都是有邀請醫界的代表來參加，所以我想溝通是持續的，要不要在這邊我尊重大家，因為來，我也很開心看到大家，不來，事情也是繼續做。

**主席**

好，大家有沒有意見？我們是不是就照擬辦解除列管，可以嗎？可以，好，感謝食藥署跟國健署。其他該持續列管的不解除列管，我們就是照列，好，接下來討論事項第二案。

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**

上一次 AKI 現在叫 AKD，我們在上次會議花很多時間討論將 AKD 併入 Pre-ESRD，現在終於綜整各種修正，腎臟學會也有提出相關的修正條

文，後面 A3 這本，以上同仁已經做了說明，大家有沒有意見？請吳院長。

### 吳麥斯代表

我在第一個 item 關於本署意見 AKD 部分，表格最下面，末期腎臟病前期轉診會有獎勵費的部分，可是 AKD 過後也會有部分的人會轉回 Early-CKD，是不是可以一起併入獎勵？因為他沒有到那麼嚴重，可是這也應對到 item 第二點，會不會增加 stage3A、2、1，有一些我們 AKD 的病人，90 天以後可能還是需要 Early-CKD 的追蹤，是不是如果轉到這個 program 裡面，也是可以給他獎勵就是一起，這是我的意見。

### 主席

理事長，這是 Pre-ESRD 的轉診。

### 黃尚志代表

這是 Pre-ESRD 的轉診，這跟 AKD 沒有關係，他會不會剛好湊在一起所以誤認了，一般診所所有 Pre-ESRD 轉診過來的，精神是這樣的，AKD、AKI 這是沒有關係的，如果診所有一個 Pre-ESRD 的 case，我轉給比較大的院所去照護就有轉診費，這是單獨項目的。

### 醫務管理組劉林義專門委員

Early-CKD 計畫跟案的對象轉到 Pre-ESRD 是有轉診費的，可是非 Early-CKD 就沒有，這樣是不公平，應該只要轉到 Pre-ESRD，都可以拿到這個轉診費，所以我們有增列了這個項目。

### 主席

可以嗎？好，接下來是張醫師。

### 張孟源代表

延續剛剛的議題，就是 Early-CKD 轉到 Pre-ESRD，他有一個轉診費，等於是健保署希望比較末期重症腎病病人，能夠轉到腎臟科來做 Pre-ESRD 的計畫，但是我們經常在實務上碰到，同一個案不能被兩家診所收案，當 Early-CKD 收案了我要轉給 Pre-ESRD，但是他必須要等到一年才能轉，不然他就沒有辦法結案，不然他去申報那一個碼可以結案，我有碰到這樣的病人就是轉不過來，同一個案不能被兩家院所收案。



**主席**

有寫在那裡說要一年才能結案嗎？

**張孟源代表**

大部分以往就是不結案，但是在我們腎臟病末端已經看到了，他已經 eGFR 到 stage 3、4 可是還是沒有結，那我們也是沒有辦法收。

**醫務管理組劉林義專門委員**

Early-CKD 轉到 Pre-ESRD，如果 Early-CKD 有結案的話，就可以馬上轉，如果 Early-CKD 跟 Pre-ESRD 院所不是同一家，就可能這一家沒有幫他做結案，所以為了避免這個，我們訂有一個強制結案的措施，假如這個案一年都沒有回到你這個診所，我們就自動強制結案，讓這邊可以收案，現在是這樣。

**張孟源代表**

所以就是要等一年。

**主席**

這個是可以討論的，如果 Early-CKD 病人已經需要到 Pre-ESRD，不應該讓他 lag 這一段時間，因為 Pre-ESRD 本來就是很 critical，如果可以銜接得好，但是我們也是希望可以如果 Early-CKD 在診所端治療的話，一定要評估病人的狀態，如果有這個問題其實是可以再討論一下，剛剛講的是一年未就醫強迫結案。

**醫務管理組劉林義專門委員**

是的，其實院所和院所之間是可以聯繫的，如果覺得聯繫不是很順暢的話，也是可以透過分區來結案。

**主席**

沒有人說不要理會，如果需要病人本來就是要轉診，是你都沒有照顧他才會被強迫結案。

**張孟源代表**

其實一般診所要收 Early-CKD，站在我們腎臟科醫師的角度還是很歡迎，他們願意早期照顧還是很歡迎，但是有時候病情的需要已經到了比較嚴重的時候，當然也是可以打電話去，我們診所也是常常收到台

大馬偕打電話來，希望我們把他結案給他們，我們也是結案了，但是，因為我們內心的素質比較強，因為被他們嗆來嗆去也不會怎樣，我們其實也就 OK 就讓他們結案過去，但是平平都是診所，你打電話叫人家結案，這個人家會覺得說不妥。

**主席**

為什麼不是主動轉診。

**張孟源代表**

我會，我會轉給台大、馬偕都沒有關係，但是這個問題就丟給診所自己去處理，或是交給業務組去處理，好像是我們藉著業務組去壓迫一樣。

**主席**

其實他們有做轉診的動作就表示結案，這樣不行嗎？一定要怎麼樣嗎？其實這是技術問題，如果他都已經 referral 給醫院，為什麼還要等多久才能結案，這個技術問題其實我們是可以考慮去做修正的，免得醫院再回頭打電話給他拜託他結案，造成他心裡不舒服。

**張孟源代表**

我們不會覺得不舒服，我是怕別人不舒服。

**主席**

這個行政程序是不需要的，如果他都已經有動作幫病人轉診的話，其實 Early-CKD 就是結案了，這個可以同步，醫管組在方案裡面再考慮一下，不需要創造這麼多的行政作業來影響到臨床，請黃理事長。

**黃尚志代表**

我們在年會的時候有開了一個腎臟病照護的座談，大家都有很多困難，我們的主委跟衛教師都有把意見蒐集起來，但是這些問題都是在執行面碰到的問題，說真的我沒有實際在很基層也不一定知道，各位更不知道，如果大家同意的話我們就把這個列起來，私底下在一個一個解決，有些是私人院所也不喜歡結案，他要拖，有些是他不知道這些病人跑到台大或榮總，有些可能本來在新光，結果他找到同層級的，他就說他不回去了，你打電話過去也會很不好意思，就是有這些困擾，

我們把這些狀況都蒐集起來，再跟署方相關的單位討論，有些是應該要收的，有些可以在緩一緩，這些都很複雜也很細，這是實際執行才會知道眉眉角角的地方。

**主席**

Early-CKD 的方案裡面，既然你收了 Early-CKD 的病人，你就有責任照顧他，以他最大的利益來討論，這個病人的病程已經進到 Pre-ESRD，你又沒有辦法提供 Pre-ESRD，你當然有責任要 referral，referral 當然就是你的 Early-CKD 要結案，這時候就不應該再去計較 Early-CKD 的個案管理費還要拿多少錢而不幫病人轉診，這都不對的；如果診所醫師 keep 這個病人而不幫他轉診，可能會 delay 病人的治療，對不對？讓病人自己跑去找醫學中心或區域醫院，去進入 Pre-ESRD，是不是理事長在綜整大家的意見好不好？大家有機會再回頭檢討 Early-CKD、Pre-ESRD 在 referral 的規定，盡量把行政作業減到最低，好，這個案子大家有沒有其他的意見，好，請顏醫師。

**顏大翔代表**

我想有一個很重要的原因，不管是那位醫師當老闆都有生存的壓力，已經有人在笑了，我已經講到重點了，基本上我知道鼓勵大家收案而沒有看他的結果，如果他乖乖地 key VPN 的話，是不是建議署方在 VPN 的資料看到蛋白尿如果超過 1,000，UPCR 或是 cratinine 他打上去 satege 已經超過到 3B 的話，是不是品質的那一個部分要給他扣分，因為說真的，真的是這樣，他不願意轉。為什麼？因為不是只有照護費的問題，假如我們說糖尿病的病人很多占率很高，糖尿病的病人用藥很多，當然是很多利潤在裡面，他們有當老闆的壓力跟苦處，我們也了解知道這樣對病人並不公平，謝謝。

**主席**

這要對誰講？

**顏大翔代表**

署方在 VPN 去做審查，不要請審查醫師，因為審查醫師會接到電話。

**主席**

我們很難行政介入臨床專業。

**顏大翔代表**

就是 VPN 本身。

**主席**

我們可以寫入計畫裡面。

**顏大翔代表**

就是 VPN 裡面會有資料，VPN 是署方的資料庫，寫個程式就篩出來了。

**主席**

我們可以寫在品保方案或是寫在那個方案裡面，但是很難由我們的行政人員去介入專業。

**黃尚志代表**

那就 solution 裡面作出建議。

**主席**

那理事長就收錄這一題。

**黃尚志代表**

我好不容易解除，又要列管。

**主席**

你現在有收錄兩題了，我們會列入會議追蹤。

**黃尚志代表**

剛剛有提到那些是可以列入結案的，那些是行政作業流程可以讓讓他好一點，也有照顧流程，現在顏醫師有提到如果沒有這樣做的時候，有什麼 solution 的方法，就是一併提出一個方案，好不好，不但沒有解除，還有一些待辦理事項產生。

**主席**

你還要再多收一些回去，不過診所的醫師本來就有義務要提供連續性的醫療、協調性的醫療、3C 的醫療，這部分就是連續性，為了病人有 DM 開藥的利益而不幫病人轉診，也就違反了連續性，病人已經需要進入另外一個 stage 的照顧，這對病人的利益是有減損的，我想這些也都是專業的範疇，理事長，我們都有一個一個有記錄下來；好，那這

議題也有把它記錄下來，只要有提出來，我們就要解決，不要一直把累積。本案大家還有沒有其他意見，好，理事長這個案子都可以嗎？

### 黃尚志代表

我們就同意這樣做，第一個可能那時候太累了，修改的地方連我自己都看不懂。第二點，那是我的好意，申報有一個特別的碼，後來在計算分子分母那會特別清楚，現在你們是用 68 字頭，有就好了。第三，藥師那邊討論很久，所以謝謝他們，反正錢也不多，我們已經跟他們講好訓練班要開兩次，在北部及南部各 1 場，課程也講好了，要開兩天的課，這也都講好了。評估表的話，從 60 頁到 120 頁，都是 Pre-ESRD，既然他們歡喜做甘願受，我也跟他講你也許那個評估表真的太多了，也許會有困難，做一下試試看，有困難的話再來修。

### 主席

我們在上次臨時會的時候有一件事情是鄭醫師或楊理事長一直關心說，事實上，透析診所是沒有辦法請藥師的，通常是請不起藥師的，而且通常處方箋會釋出也沒有請藥師，現在 Pre-ESRD 鼓勵診所去做，所以藥師的問題。

### 黃尚志代表

我用鄭醫師來當例子，他跟我說他想做這個而且也想要做那個，之前鄭醫師處方箋的部分已經交付了，已經交付到跟他合作的 4 家的藥局，這 4 家藥局要有藥師來上這個課，申報完顯示到鄭醫師的診所去，這個藥師是 4 家藥局 ABCD 的某一家，最後是他跟藥局的藥師去撥，健保署就撥給他，他給的這幾個藥師都有執行，他有報備到分區業務組，也就是說 Pre-ESRD 我是報了幾個藥師跟我合作的，這些藥師都是 qualified，如果說這個 OK 的話，你這個錢就撥給鄭醫師，讓他跟藥師自己去結，所以他的處方箋交付給病人的時候，這個病人去藥局領藥的時候，就可以得到病人該有的藥師衛教。

### 鄭集鴻代表

這樣當然是 OK，上次我只是在想說我們這個提升 Pre-ESRD 照護計畫，希望基層跟醫院的水準是同步的，那就是說如果醫院有藥師的照護，

希望基層診所照護的病人也能夠同樣享有，困難就是說基層大部分都是處方箋釋出，這要怎麼克服這一點，但我自己的理想是說，如果我們信任我們的健保藥局，他什麼處方都可以調劑，如果他有去上過這個 CKD 照護的課，為什麼還需要去指定，應該是這個病人去那一家藥局去領藥，那個藥師如果有 qualify 就可以執行這件事，就是說長期來看目標應該是這樣，如果說短期因為管理上的問題，剛剛理事長說講的這個模式，我覺得也是可以接受，就是我們先跟特定的藥局簽約，就指定病人去那裡接受衛教。

### **黃尚志代表**

因為健保署沒有辦法把錢撥給那個藥師，那個藥師必須搭配你的計畫。

### **鄭集鴻代表**

如果長期來看，真的有需要真的要經過院所再給藥師，直接給藥師不行嗎？

### **主席**

這是要討論一下，藥師公會全聯會這邊有沒有意見？

### **中華民國藥師公會全國聯合會 常宏傳代表**

我們去年開完會以後，就有按照署方的要求，希望社區藥局和診所之間能夠有一個類似備忘錄或合作合約的東西，所以大家手頭上都有看到我們草擬的，主要是社區藥局跟診所的合作備忘錄，在大家桌上都有，針對這個備忘錄的第九條，到底費用是直接撥給診所再交給藥局，或是直接撥給藥局的藥師，其實對於全國藥師聯合會來講並沒有一定的要求，主要是我們先參與這個計畫，各地不管是社區藥局或醫院藥局藥師對我們來講，最迫切是考到五月份的考試，然後我還要呼應一件事情，大家討論很多 NSAIDs 的廣告，中文名字就叫艾必比普洛芬 (Ibuprofen)，Dicofenac 這也是很多的廣告，它是一個指示用藥卻沒有辦法去列管，事實上，這次我們在藥師加入的指標，特定把 NSAID 列為指標項目，就是希望在 real world data 去呈現，另外在署方這邊也做了很多的努力，包括所謂的雲端藥歷已經有警示的畫面，不過實際的情況是什麼，這個部分藉由藥師的參與能夠呈現 real world data，

所以針對以上包括未來的 DKD，藥師是沒有參與的，各位專家也提到藥品很多，整合是誰，其實大家也都知道是藥師要整合，但是我們並沒有 involved 這個計畫，但我們也很期待如果願意給我們這個計畫，200 塊我們做的那麼多服務，我們也願意做，那麼將來的 DKD 是不是也可以考慮到我們藥師，應該把我們的專業性納入，不是只有在 ICU 才有想到我們。社區藥局的藥師如果經過培訓，拿到這樣的證照就可以達到鄭醫師想要的理想，不過這個地方都要有起頭，所以目前的合作備忘錄是這樣的一個模式，就看署方和各位委員的意見，希望 DKD 不要忘了藥師可以扮演的角色，以上。

### 主席

好，這些藥師公會提出一個社區藥局跟透析診所合作的備忘錄(草稿)，那當然將來會要求透析診所，若要執行 Pre-ESRD 必須要有合格的藥師，藥師可以是診所自行聘請的或是跟社區藥局合作，若是社區藥局 qualified 的藥師，也要有合作備忘錄佐證，這也可以成為標準作業流程中的一環。而這次讓藥師加入，是很重要的突破，包含很多指示用藥也是含有 NSAIDs，而藥師也許可以販售指示用藥，而當病人已經是 Pre-ESRD 的階段，是否還要再販賣這種藥？藥師這個角色就要謹慎考慮，否則就會像剛剛羅院長所述，那種情形下也無法處理，而如果藥師進來後針對那種情形再加以把關，也就彌補了販售非健保制度下的指示用藥，而若還有再服用其他的藥，也都在藥師的評估範圍內，對整體有正向的協助，也請藥師能夠負起責任。另一個就是藥師寫的評估表，需要填寫很多且巨細靡遺，但問題是這個評估表是否有提供給醫師參考？因為上傳至 VPN 之後，是提供給藥師自己看？還是有回饋給醫師參考？這裡面的營養師跟衛教師的紀錄，通常醫師應該可以看到，那未來藥師的紀錄是否也可提供給醫師參考？

### 黃尚志代表

這個讓藥師加入的提案，如果通過後，醫院就會想辦法將藥師的紀錄放在自己的電腦。

**主席**

那是醫院，我所指的是診所。

**黃尚志代表**

診所也是一樣的，這個提案通過後，就會想辦法將藥師的紀錄加入自己的電腦。

**主席**

好，請寫入合作備忘錄中，將來藥師的評估表將必須回饋給醫師參考，也就是藥師的評估表如果沒有回饋給醫師，讓醫師在提供醫療服務的同時一併考量的話，也是很可惜了。所以合作備忘錄務必要把藥師要回饋給醫師的這一塊寫入，也請醫管組在計畫內將這樣的精神放進去，接著藥師的評估表內，也應該要將非健保給付的指示用藥一併納入，請問這部分是不是有涵括在裡面？如果沒有的話，也請一併納入，以便瞭解病人是否有在服用其他指示用藥的情形。

**中華民國藥師公會全國聯合會常委員**

請各位看一下附表 6-1 的下面有一個 6-1-1 用藥配合度諮詢時，針對回溯雲端藥歷，基本上是 3 個月，而實際上在 1 對 1 對談時及使用不明藥物時，我們一定會寫入，而 OTC 藥物是否要單獨挑出來，這點藥師在實際操作上有一定的困難處，因為我們只能提醒藥師說應該針對全面藥物進行評估，不要區分非 OTC 或非指示用藥，所以針對這點要再教育藥師應針對全面性的藥物(包含中草藥)，皆要進行評估，會以這種精神為中心。

**主席**

看一下這張評估表相當的複雜，藥師是不是應該要再教育？是不是 training 裡面也包含這一塊？

**中華民國藥師公會全國聯合會常委員**

是的，預計於 3 月 17 日就會針對全臺灣辦理視訊說明會，於 5 月份配



合腎臟醫學會再進行教育訓練，這張表也是集結多家院所共同討論出來的，無法針對那些項目進行刪除，也就保留了全部的項目來報告。

### **主席**

這是有關方案的問題，那技術上應該要辦理”training”，是不是請醫管組提供有做 Pre-ESRD 的診所所在地給藥師公會全聯會，去呼應該診所附近的藥師優先進行受訓？以免辦理多次教育訓練，而診所附近的藥師卻尚未接受訓練，導致病人需要花費較多的路程到另一間藥局，可近性差的情況之下，就很難收案，雖然全國的藥局都鼓勵，但應該要有優先順序。也因為不是所有的透析診所都有加入 Pre-ESRD 的收案計畫，這部分務必於技術面上連結，這樣才可以達到第一階段的效益，陸續再進行評估，當然也是要鼓勵診所加入 Pre-ESRD 計畫，而現階段當然第一階段要先達成，否則加入計畫內的診所找不到社區藥局的藥師合作，這塊就會缺漏了，這點就再麻煩。

### **中華民國藥師公會全國聯合會常委員**

沒問題，目前我們已經發函給各地區社區藥局的委員會，也包含全臺灣的醫院，而剛剛主席所提到的部分，請署方提供資料，我們會額外再叮嚀他們務必要參加。

### **主席**

就一定要參加，第一階段就是要知道有做 Pre-ESRD 的透析診所附近的社區藥局地點，並且受訓之後，也要將名單給腎臟醫學會，後續再轉知給該診所知道，這部分要公開。

### **鄭集鴻代表**

我認為這部分是要公開，但不用讓藥師公會全聯會花費這麼多心力，應該是有在做 PRE-ESRD 的診所應該會很注意這方面的訊息，或許他也會找合作的藥局。

### **主席**

或許診所會通知合作的社區藥局儘速完成訓練，雙方共同努力，但今天會議只有集鴻代表及大翔代表在這裡，其他的會員知道這個消息嗎？

是不是要趕快通知？

**鄭集鴻代表**

我相信健保署公告應該大家就會知道這消息。

**主席**

不一定全部的人會注意到這個消息。

**楊孟儒代表**

等健保署公告後，後續會再透過每週的週報發給所有的會員知道。

**主席**

好，這個案子預計於今日會議通過、公告後，大約什麼時間會生效？讓大家約略知道一下。

**醫務管理組 劉林義專門委員**

藥師及 AKD 部分前次會議已決議，自 110 年 7 月 1 日起生效，而其他的是否可以追溯至 1 月 1 日，這部分會再報部，看部的決定。

**鄭集鴻代表**

還有一部分就是藥師的照護費？

**主席**

藥師的照護費就是，若是透過診所撥付給藥師，一樣都是 200 點，不可以再打折，但我們擔心診所在這張備忘錄上記載，診所撥付藥師 180 點或 160 點。

**鄭集鴻代表**

我認為這也是技術上的問題，可以由健保署直接撥付給社區藥局，除了可以減少很多紛爭，而且還有稅金的問題。

**主席**

藥局一定是健保社區藥局，原本藥局只能申報藥費及藥事服務費，請問醫管組的意見，現在多了這一項，是否可由藥局直接申報？

## 醫務管理組 劉林義專門委員

由社區藥局直接申報的話，就會產生資訊回饋的問題，如果是由診所申報，就可以確保可以在藥師那邊得到資料，但若是由藥局申報的話，擔心這部分的 link 會有問題。

### 主席

可能會，就是病人是不是有得到藥師的照護，診所的醫師不一定知道，若是透過診所申報的話，診所醫師就會知道藥師提供的照護情形，所以各有優缺點，因為我們希望這是一個以病人為中心的權責照護，他要得到全方位的照護，所以主責的診所應該要負全部的責任，而若是主責的診所不瞭解藥師提供照護的情形，或是照護的結果，若是因為費用的關係造成這樣的問題，就太可惜了。主責的院所要負起全部的責任，病人的後續照護結果是最重要的，兩方案評比之下，應該是由診所撥付給藥師比較妥當，但記得一定要撥付 200 點，擔心藥師會被打折的情形產生。

### 鄭集鴻代表

主席，我們瞭解您的考量點，由診所醫師為主責為出發點，這點我很認同，而就目前實際情形來看，醫藥分業執行的蠻成功的，而且病人的自主性也很強，就長遠來看，病人不一定會到診所指定的藥局拿藥，也可能病人會在自己住家附近的藥局拿藥，就這個制度長遠來看，也希望所有的社區藥局都能夠承擔這個責任，就目前而言，任何的複雜的處方健保藥局都可以調劑，而 CKD 的照護，相較之下並沒有那麼困難，所以就長遠而言，建議不用把藥局跟診所綁在一起。

### 張孟源代表

主席，我也很認同有藥師一起加入，未來慢性腎臟病的照護會更好，而剛剛所提到部分，我認為除了 Pre-ESRD 需要藥師諮詢以外，其實 Early-CKD 更需要，其實很多病人是長期吃一些不好的藥物。

### 主席

今天討論的議題是針對 Pre-ESRD。

### 張孟源代表

我知道，在 Pre-ESRD 藥師受訓的部分，不曉得是辦理 1 次還是怎麼樣？像在 CKD 受訓的部分，這次是跟藥師公會跟腎臟醫學會合作，會排很多次的課程，因為排課程的時間不一定對方就能夠參加，所以希望是可以多排幾個場次，早點公告辦理時間，讓大家能夠安排時間來參加，我認為這很重要。第 2 點要反應的是，我瞭解 Early-CKD 是在共擬會議上討論，而今年的計畫會大修，是不是可以在共擬會議召開前，與腎臟醫學會或藥師公會召開會前會後，再提到共擬會議上討論，也避免在共擬會議上爭論，造成會議時間過長。

### 主席

這是本題以外的建議，我們先將本題先行解決，請洪教授。

### 洪冠予代表

我的建議與集鴻代表很雷同，藥師要加入一起服務病人，這個提案很好，而我們知道就醫療上不光只是誰做事，建議要有團隊的概念，團隊是擴展出去的，由診所往外擴的，所以建議初期若是各有利弊的話，是不是可以考慮先還是由診所來 leading 的方式，在備忘錄最後一條標示，也不要寫「甲方」，直接寫「診所端」，未來資訊的回饋，甚至是照護的結果及照顧的品質，才有辦法精簡，而藥師也可以跟診所保持友好的聯繫，臨床的學習經驗也會更加豐富，所以我個人會建議初期用團隊的方式，當然會牽涉到細節的部分，包括稅金等問題，就可以再討論應該如何克服。

### 黃尚志代表

呼應洪教授的看法，這也是我們一開始的想法，以診所組成團隊，填寫這一張(備忘錄)當成聯繫，當然還會有其他的交付，不是只是交付處方。

### 主席

好，所以初期還是以病人為中心，由主責的診所負責全部，至於費用的部分，就交付給診所，診所再按照表訂的點數交付給藥師。

### **鄭集鴻代表**

好，就接受黃教授的建議，而至於主席擔心診所會把要給藥師的點數打折的部分，就直接寫在條文內，載明需以健保給付的點數交付給藥師，將這點訂在合約上。

### **主席**

因為以我們過去曾經有過這樣的經驗，特別是診所及檢驗所之間，所以造成扭曲了事實。至於今天這個案子初期是不是就這個樣子？藥師公會認同嗎？好，可以。介紹一下今天的藥師公會的**代表黃織芬**代表，**臺大醫院藥劑部的主任**，也是藥師公會的副主任委員，另一位**常宏傳**主任是**振興醫院藥事管理科主任**，非常的專業，很謝謝你們設計了這些表格，也要請你們好好的說服藥師，跟藥師們說明如何填寫表格，這個案子就討論到這裡，各位代表還有沒有其他的意見？若沒有意見，本案就通過，相關細節要再修正。

### **黃尚志代表**

(有關腎功能持續異常與無法脫離透析病人數及比例疑義(頁次討 2-14))  
相關細節的部分不要在這邊討論，因為瞭解的人有限，但是請提供我相關資料，我才有辦理思考。

### **主席**

這次要有解決方案喔!要把疑義解除，接著醫管組是不是還有別的疑義？若大致上沒有意見，本案要通過了，至於細節有要修改的，再請醫管組後續整理，這案就通過。請問有臨時動議嗎？

### **黃尚志代表**

我這邊沒有要提臨時動議，只是請大家記住今天的日期，這是很重要

的階段，在腎臟病的照護上，在 Pre-ESRD 的照護上面，這點常常是在國外演講說明臺灣特別的地方，讓藥師加入計畫是一個很重要的階段，在更早之前，因受限於環境，無法讓藥師加入，經過了很長的時間，整體藥師的普遍性很足夠，可以讓藥師共同加入計畫內，很謝謝健保署及藥師公會的加入。

**主席**

今天是 110 年 2 月 24 日，請問各代表有臨時動議嗎？

**中華民國藥師公會全國聯合會 黃織芬副主委**

我這邊要呼應黃理事長，謝謝腎臟醫學會讓藥師可以共同加入，近幾年藥師不管是藥學教育或是藥師臨床的訓練，在能力上都非常的精進，我相信加入之後會帶來雙贏，也希望我們加入之後會有好的表現，謝謝健保署及在座的各位代表，在這幾次會議上協助、包容及建議，謝謝大家！

**主席**

我們歡迎藥師的加入，藥師在整體團隊裡面也是重要的角色。

**宋俊明代表**

事實上，我們很感謝藥師，在很多的醫學中心裡面，藥師早就參與其中，只是沒有回饋，這次是因為黃理事長，所以今天真的是一個很重要的日子。

**主席**

藥師在醫院本來就扮演很重要的角色。若是沒有臨時動議，今天的會議就在此，祝各位元宵節快樂，謝謝。

**散會：下午 4 時 40 分。**