

# 全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 110年第3次研商議事會議紀錄

時間：110年11月17日(星期三)下午2時

地點：中央健康保險署18樓大禮堂(臺北市信義路三段140號、視訊會議為Microsoft Teams 視訊軟體)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：賴昱廷

出席代表(依姓氏筆劃排列，\*為線上與會人員)

干代表文男	干文男	郭代表咏臻	郭咏臻*
吳代表麥斯	吳麥斯	曾代表國憲	曾國憲
宋代表俊明	宋俊明*	黃代表尚志	黃尚志
李代表妮真	李妮真	楊代表五常	劉碧珠 <sub>代理</sub> *
林代表元灝	林元灝	楊代表孟儒	呂國樑 <sub>代理</sub> *
邱代表琦皓	邱琦皓	鄒代表繼群	鄒繼群
洪代表冠予	洪冠予*	蔡代表宗昌	蔡宗昌
張代表克士	張克士*	蔡代表明鎮	張鈺民 <sub>代理</sub> *
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	謝代表輝龍	謝景祥 <sub>代理</sub> *
梁代表淑政	梁淑政		

列席單位及人員：

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

社團法人中華民國藥師公會  
全國聯合會  
本署醫務管理組

常宏傳、黃千惠

游慧真、韓佩軒、劉林義、  
陳依婕、洪于淇、劉志鴻、  
鄭正義、楊淑美

本署醫審及藥材組

高幸蓓、張如薰、許明慈、  
丁安安、陳昌志、陳惠群、  
詹淑存

本署資訊組

吳少庠

本署企劃組

王宗曦\*、趙偉翔

本署違規查處室

陳怡蓓

本署臺北業務組

陳懿娟\*、莊智雯\*、馬家碧\*

本署北區業務組

蔡秀幸\*、陳祝美\*、張佩萱\*

本署中區業務組

戴婷豫\*、林昱\*

本署南區業務組

洪穰齡\*、梁耀文\*、傅明貞\*

本署高屏業務組

張曉玲\*、黃雅蘭\*、蘇家驊\*、  
葉美伶\*

本署東區業務組

李名玉\*、羅亦珍\*、江春桂\*、  
張家綾\*

## 壹、主席致詞(略)

## 貳、確認本會前次會議紀錄

## 參、報告事項

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

一、洽悉。

二、序號1、6、8、9、10、11解除列管，其他持續列管(如下)：

- (一) 序號2-「腎功能異常使用NSAIDs藥量者」篩異指標管理機制。
- (二) 序號3-C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案。
- (三) 序號4-「腹膜透析追蹤處置費及APD的機器租金費，回溯追扣案」：於本年度向健保會爭取預算後研議，請台灣腎臟醫學會提案修訂。
- (四) 序號5-「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」：請本署研議「糖尿病與初期慢性腎臟病整合照護計畫」案。
- (五) 序號7-「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行成果：請中華民國中醫師公會全國聯合會於明(111)年本會議報告執行成果。
- (六) 序號12-有關「基層門診透析院所無法參加西醫基層品質保證保留款計畫」案：請醫務管理組分析，於下次會議報告。

三、有關序號1「有關80歲以上且無意識之患者適當透析處置案，將併長期使用呼吸器且無意識患者(不分年齡)透析處置適當性提送國衛院論壇討論」案，雖解除列管，請台灣腎臟醫學會參酌國家衛生研究院論壇「慢性腎臟病與透析之政策研議」成果報告(如下)，研議政策規劃之可行性：

- (一)發展安寧透析的專業醫療指標。
- (二)腎臟病人推動預立醫療照護諮詢(ACP)。
- (三)慢性腎臟病人多重用藥整合。
- (四)提高初期慢性腎臟病方案照護率。
- (五)提高器官捐贈。
- (六)腎臟病相關費用納入健保透析總額。
- (七)腎臟病人全人照護及在宅照護模式。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年第 2 季門診透析服務點值報告。

決定：

一、110 年第 2 季點值確認如下：

年季 \ 項目	浮動點值	平均點值
110 年 第 2 季	0.85578360	0.86633904

二、會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議之會議召開事宜。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 臨時會
111.2.23 (週三下午)	111.5.18 (週三下午)	111.8.17 (週三下午)	111.11.16 (週三下午)	111.11.30 (週三下午)

## 第五案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：門診透析專業服務品質指標監測結果。

決定：洽悉。

## 肆、討論事項

### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111年「門診透析服務保障項目」討論案。

決議：緩議，有關保障點值之偏鄉範圍，請台灣腎臟醫學會與會員取得共識後，再提會討論。

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位追蹤辦理情形。

決議：

一、有關「函請教育部將護腎衛教納入課程等」、「發展腎病專業品質監測指標」、「研議 AKI 病人照顧計畫」及「推動藥師納入腎臟病患照顧計畫」等策略，解除列管。

二、持續追蹤案件：

(一)年度追蹤：

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

(二)每季追蹤：

1.本署：

(1)研議糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護計畫。

(2)於雲端藥歷提示病人腎功能異常，並持續監控院所對腎功能異常者使用 NSAIDs 情形，進行抽審作業。

2.台灣腎臟醫學會：有關「研議腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引」，建議應以病人的角度規劃更

周延細緻之指引，請台灣腎臟醫學會攜回研議，並於下次會議提案討論。

### 第三案

提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析品質提升獎勵計畫」修訂案。

決議：

- 一、考量違反醫事法令受主管機關停業處分或廢止開業執照處分、與本保險停約或終止特約者，亦應不符合核發資格，新增違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條及第 45 條規定者不得參加獎勵金分配之規定。
- 二、修訂通過「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式」(附件 1)。

### 第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(下稱 Pre-ESRD 計畫)藥師照護指標定義及說明案。

決議：

- 一、同意勘誤 Pre-ESRD 計畫第肆、八、(二)、3.藥師照護費用之申報原則(3)，新增『特約藥局合作之診所，除前開必填欄位外，點數清單段「病患是否轉出(d18)」、及「轉往之醫事服務機構代號(d55)」亦為必填欄位』(附件 2)。
- 二、Pre-ESRD 計畫第肆、六點「AKD 病人照護 90 天之後照護指標」，請本署依 109 年 12 月 1 日召開之本會議 109 年第 1 次臨時研商議事會議通過之操作型定義(附件 3)進行監測。
- 三、台灣腎臟醫學會所提「藥師照護指標定義及說明」，請於計畫實施半年後，再依病人照護情形，研擬相關成效指標，並提會討論。

## 第五案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：關於健保醫療資訊雲端查詢系統新增「高風險腎臟病人用藥提示(API)」邏輯及提示內容，提請討論。

決議：

- 一、為精進本署雲端查詢系統提示高風險腎臟病病人用藥情形，「高風險腎臟病人用藥主動提示(API)」暫依「110.11 醫師公會、醫院協會建議版本」建置，於CKD第3期至第5期及透析病人，醫師處方NSAIDs逾一定天數予以提示。
- 二、有關腎功能不明之提示條件，請台灣腎臟醫學會研議並於1個月內以公文回復本署。

伍、散會：下午5時10分。

陸、與會人員發言實錄如附件4。

「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式」修正對照表

							原方案	修正草案	
序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	備註
						季	年		
24	RNA_DATE (新增)	C 肝病毒 檢驗日期	8	202	209		M	<p>YYYYMMDD</p> <p>1. 序號25-「C 肝病毒核酸」為1(陽性)或2(陰性)者應上傳。</p> <p>2. 日期應介於序號8-「檢驗日期」及系統日期之間。</p>	<p>YYYYMMDD</p> <p>1. 序號25-「C 肝病毒核酸」若為1(陽性)或2(陰性)者應上傳此次 HCV RNA 檢驗日期；若為3(前次陽性)或4(前次陰性)則上傳健保雲端 BC 肝炎專區中 HCV RNA 最近檢驗日。</p> <p>2. 日期應介於序號1(年度)-3該年度1月1日及系統日期之間。</p>
25	HCV_RNA (新增)	C 肝病毒 核酸	1	210	210		M	<p>1. 序號18-「C 肝抗體」為1(陽性)應上傳。</p> <p>2. 序號24-「C 肝病毒檢驗日期」欄位有值時，本欄位應為1(陽性)或2(陰性)。</p> <p>3. 上傳檢驗結果值格式： (1)1：陽性； 2：陰性。</p> <p>(2)X：已轉介但尚未有檢驗結果。 A：病人不願轉介治療。 <del>B：已治療完成。</del></p>	<p>1. 序號18-「C 肝抗體」為1(陽性)應上傳。 (C 肝抗體陽性者至少每4年進行一次 HCV RNA 檢驗)</p> <p>2. 序號24-「C 肝病毒檢驗日期」欄位有值時，本欄位應為1(陽性)或2(陰性)或3(前次陽性)或4(前次陰性)。</p> <p>3. 上傳檢驗結果值格式： (1)1:陽性(此次檢查)。 (2)2:陰性(此次檢查)。 (3)3:前次陽性。 (4)4:前次陰性。 (5)5:經評估不建議安排進一步診斷及治療。 (6)X：已轉介但尚未有檢驗結果。 (7)A：病人不願轉介。</p> <p>註：前次檢查結果請自健保雲端 BC 肝炎專區查詢最近一次 C 肝 RNA 病毒量資料。</p>



「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

原計畫	修正草案
<p>八、醫療費用申報及核付原則： (略)</p> <p>3. 藥事照護費之申報原則： (3)申報各項藥事照護費時，「特約醫事服務機構門診醫療費用申報格式」醫令段「執行時間-起」、「執行時間-迄」、「執行醫事人員代號」為必填欄位。</p>	<p>八、醫療費用申報及核付原則： (略)</p> <p>3. 藥事照護費之申報原則： (3)申報各項藥事照護費時，「特約醫事服務機構門診醫療費用申報格式」醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。<u>特約藥局合作之診所，除前開必填欄位外，點數清單段「病患是否轉出(d18)」及「轉往之醫事服務機構代號(d55)」亦為必填欄位。</u></p>

## 急性腎臟病(AKD)病人照護九十天後之照護指標：

指標	操作型定義
1.AKD 整體申報病人數	該半年期 P6802C 申報次數。
2.AKD 申報病人衛教照護人數與比例	人數：該半年期病人，追蹤 90 天內 P 6803C 申報次數。 比例：該半年期病人，追蹤 90 天內 P 6803C 申報次數，占整體病人數比例 (該病人追蹤 90 天內 P6803C 申報次數/該半年期 P 6802C 申報次數)
3.AKD 病人照護成效	
(1) 因腎功能恢復脫離 Pre-ESRD 照護條件 (最終 $\geq 45\text{ml/min}/1.73\text{m}^2$ 人數及比例)	人數：該病人追蹤 90 天後，P6806C 申報次數 比例：該病人追蹤 90 天後，P6806C 申報次數/該半年期 P6802C 申報次數
(2) 腎臟功能恢復兩級人數及比例	人數：該病人追蹤 90 天後，P6807C 申報次數 比例：該病人追蹤 90 天後，P6807C 申報次數/該半年期 P6802C 申報次數
(3) 腎臟功能恢復一級人數及比例	人數：該病人追蹤 90 天後，P6808C 申報次數 比例：該病人追蹤 90 天後，P6808C 申報次數/該半年期 P6802C 申報次數
(4) 脫離暫時性血液透析治療人數及比例	人數：該病人追蹤 90 天後，P6809C 申報次數 比例：該病人追蹤 90 天後，P6809C 申報次數/該半年期 P6802C 申報次數

## 110 年第 3 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

今天視訊代表有 9 位，其他是現場的代表，非常感謝各位參與。剛剛有稍微查一下，視訊代表都已上線。先感謝兩位專家宋俊明教授及洪冠予教授都在線上。代表區域醫院的，代理楊五常的是劉碧珠代表，代表區醫院郭咏臻代表，社區醫院代表的張克士院長也在線上，還有代表社區醫院謝景祥院長，今天代理謝輝龍代表，歡迎。然後，顏大翔醫師還沒到，最後張孟源醫師是視訊參與。今天理事長黃尚志教授約晚半個小時到，現在人數過半，會議正式開始。我們先請各位代表參閱上一次會議紀錄，從第 2 頁到第 9 頁，請各位委員看有沒有什麼問題？好，如果暫時沒有問題，我們就暫時確定。那一位有問題？鄭院長有問題嗎？沒有，好，謝謝！其他如果沒有問題的話，會議紀錄就暫時確認，如果會議中大家有任何有要修正的可以提出來。好，接下來報告事項第一案。

### 貳、報告事項

報告事項第一案：

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

(業務單位報告)

宋俊明代表

我只是我對這一件案子覺得蠻好的，但是這個案子的 wording 的描述事實上是有問題的，不應該是接受安寧治療，應該是說接受安寧緩和治療。因為安寧的治療它有它的定義，是在快接近死亡的時候無效醫療。定義應該說是緩和醫療，然後到他快要死亡的時候，那個時候才啟動。所以現在學界都漸漸把前面的這一段叫做緩和醫療。

主席

好，謝謝！謝謝宋教授。其實各位代表可以翻開報 1-11，附件 1-1 跟附件 1-2，因同仁是摘述其中幾行字，但事實上完整的文字是在附件 1-1 跟附件 1-2。是不是可以同仁先把附件 1-1 把它放在螢幕上？這裡其實有幾件事情，首先國字一的（二），末期的腎臟病人如果決定要接受安寧療護，必須撤除所有的維生管路，建議腎臟醫學會要訂定明確的照顧方式跟 SOP 供團隊來遵循。這裡建議如果病人要接受安寧療護的話，病人要有的安寧緩和透析的 SOP，其實腎臟醫學會應該要訂定 guideline 給大家遵循。另外的建議在第三點，建議每一位家屬都能夠參與每次的安寧緩和會議。第四點才是腦死判定跟器捐脫勾。另外，教育的部分，醫師養成及民眾教育宣導也都有提到，也希望能夠對腎臟病人要推行預立 ACP，鼓勵從洗腎開始就做 ACP，還有希望衛福部可以編列預算來補助。在附件 1-2 的內容就更廣泛了，是對政策的建議，包括預防腎臟病的發生跟延緩惡化，這裡有提到，第一，希望 NGO 可以來幫助腎病的防治，第二，針對長期多重用藥的慢性病人要進行腎功能的例行篩檢，第三，創新衛教方式，善用多元管道，如說區塊鏈或者是一些影音也可以幫助。第四，鼓勵醫師要查詢健保雲端系統，特別對多重用藥及服用有腎臟毒性藥物的提醒。在費用控制及疾病的管理的部分，第一，將腎臟病的相關費用都納入門診透析總額，第二，都會區的洗腎中心的設立要限制，第三，要擴大 Early-CKD，第四，要學習美國 CMS 對於透析病人的周全性的照顧，比較完整。最後，在腎臟移植率提升部分，要宗教領袖去呼籲，學習英國 opt-out system，就是不想器捐能有機會可以提出來。第三，日本的器捐可以放寬到姻親之間的活體捐贈。第四，才是剛剛入案的腦死判定跟醫療法的器捐脫勾。因為上述有些要建立新制度，有些要修正現有的規範等，所以都是政策的建議，完整內容應該是這些。因此這裡面有很多立即可行的，如：腎臟醫學會應該趕快提供末期腎臟病人安寧緩和的 guideline，還有對末期腎臟病人盡量能夠推行 ACP，這些都是不需要修法，正在進行的。然後教育的部分，希望醫師養成教育有生命教育、安寧緩和醫療及 SDM，民眾的話也要加強衛教。

其實，有很多是立即可行的，有很多蠻具建設性的，包括附件 1-2 中，我們已經都在推動進行的，如：慢性病人的透過雲端查詢及整合來降低多重用藥及例行的檢視慢性腎臟病人的腎功能等等，還有鼓勵 Early-CKD 的擴大。不曉得大家對於國衛院論壇的內容還有沒有什麼特別要再提出來的？剛剛宋俊民教授已經發言，還有沒有繼續要發言的？好，張醫師請，再來請宋教授。如果我們視訊的代表要發言的，就請在你的螢幕上舉手好嗎？先請張醫師。

張孟源代表

主席、各位代表，大家好！大家午安！那其中有一項剛剛主席有提到說腦死判斷跟醫療法的器捐脫勾，是的，因為腦死判斷還有器官捐贈這會不會涉及影響到倫理的問題？所以不太懂這一句，所以這怎麼可以？

主席

這可能要修改相關的法規，也非本署立即可以去處理的或回答的。

張孟源代表

對。因為我們現在還沒有辦法很確定的判斷這位捐贈者真的是已經腦死。假如萬一還沒有達到那個程度就把它捐贈，這個好像真的我覺得那個涉及倫理的問題，以上，謝謝！

主席

是，謝謝張醫師，再來請宋教授。

宋俊明代表

剛剛張醫師講得很清楚，只不過說現在一個比較模糊的地帶，因為 ACP 它必須要有一定的法律上的條件，那目前如果我沒有記錯的話，只有 12 種疾病列進去。那所謂的安寧緩和條例必須要是無效醫療，而且在近期所有的治療裡面，它都沒有辦法改變會死亡的這個事實。但是我們現在有一段比較模糊的地帶，為什麼我剛剛提到所謂的安寧緩和，不是安寧緩和，把「安寧」兩個字拿掉，而是說有一些病人他覺得他就是覺得很辛苦，然後他不想要這樣的生活，他希望用不洗

腎的方式，一個座標告訴他要洗腎了，那他選擇一種非洗腎的緩和療法，不洗腎的緩和療法可能就是打白蛋白之類，有一些老年人事實上他們也漸漸的，因為他們還沒有到末期，也不符合 ACP 這 12 種疾病，但是他可以自主性的選擇所謂他要緩和醫療。所以可能這部分在腎臟醫學會的 guideline 裡面，把安寧是放在最後，中間有一個緩和治療的時間。ACP 的話就是可能要就法律的層面，是不是把腎臟的這個部分，就是把剛剛 80 歲沒有意識的這個可能要列進去，因為現在 ACP 並沒有包括，它包括一些神經性的疾病，但並沒有包括所謂的腎臟疾病這個部分，以上報告。

主席

好。謝謝宋教授。沒有錯，宋教授講的我們都完全的同意。其實，因為這個提案已經放很久，但國衛院會有這樣的結論，針對未來的建議跟政策的建議，其實也耗費非常大的力氣找了非常多元的專家來討論，才有這些建議，我相信其中一定也有腎臟科醫師參與。所以我們應該對於可行的部分來積極推動，才不枉費國衛院花這麼多力氣所給的建議。本項我們當然解除列管，但這項的建議我們可挑幾個也成為我們未來推動的重點。首先，我希望建議台灣腎臟醫學會能趕快制訂安寧緩和透析的 guideline 給會員來參考。第二，對於末期腎臟病人推行 ACP。第三，請翻過來附件 1-2，多重用藥的慢性病人也是透析病人，怎麼樣降低對腎臟的危害，這綜整包括延緩腎臟的惡化及預防腎臟病的發生。第四項，加強擴大 Early-CKD 的推動。第五，就是我們要 Push 腎臟移植率，一共五項，至少我們現在可以做。有一項是納為研議的，就是腎臟病相關費用納入健保透析總額，就供健保署研議，因為這涉及的層面更大，必須要成熟的時候再來進行可行性的分析。大家是否同意是接受國衛院的建議，納為我們未來推動的重點，可以嗎？請干委員。

干文男代表

我覺得國衛院的建議也寫得很詳細，第一，我對於整個教育，現在國高中也大致上形容一下真正的人體身體也沒有教到很深，真正能夠

像透析在生活面，無論是腹膜透析，還是血液透析，他在整個生活面的不方便，如果在很小的年齡就給教育你如果不養好身體，如果患了這個病將來會怎麼樣的，對生活有什麼不方便，形容一下，不用講太多會聽不懂，孩子聽不懂，如果你現在這麼活潑，你如果患了以後，一個禮拜洗 3 次，你有多少的精華時間。第二點就是我們都在講在宅醫療，是否有人去研究一下透析有沒有辦法在宅醫療？如果說有在宅醫療費用一定很高，是不是按照 45 條的精神可以不足的部分由他自己負擔，需要減輕他的負擔，他的方便性，他如果在家裡做的話，他的方便性會好很多，這個是我的建議。針對說這個，我是說我講的，我沒有一條條的，在檢查是不是可以提早一點？如果說有腎臟病人提早一點，我們都有這個講要提早，但是早在那裡？那個點都是很慢，等到真正發生以後再來檢查，那已經為時已晚。大致上是這樣的意思。謝謝！

主席

好，謝謝干委員。其實這裡未來還有要繼續研究的議題，包括剛剛有提到美國的 CMS 對於透析病人周全性的照顧模式內也有在宅透析，這個部分在美國有進行。如果可以再進一步研究的，就請腎臟醫學會去研究，因為這是臨床端的問題，這屬於周全性的照護模式中的一项，也包括在宅透析。最後教育的部分，因為教育包括醫師的養成，這個部分可能本會著力不多，而民眾教育這部分，其實也有一個追蹤案，那待會兒可以一起再談。好，到這裡大家還有沒有其他的意見？覺得這裡頭的建議跟政策建議有值得我們採納來推動的，除了我剛剛說明然後又有補充的這個研究，周全性的透析跟在宅透析這兩件也併入腎臟醫學會研議的部分，請問大家還有沒有其他的建議？

宋俊明代表

我相當同意副署長的建議，不過對於 CMS 周全性的照顧這一條，因為這一條爭議已經很久，如果署方有意願來推動，可能要把給付各方面可能要大家周全的再討論。所以我覺得副署長指示的方向很對，謝謝！

主席

對。我們請腎臟醫學會先研究，因為事實上周全性的照護會比我們現在單純只是透析還來得多且廣泛，這些其實對於民眾也會有好處。周全性的照護一定會涵蓋到腎臟病以外的疾病，也都是要涵蓋進來，所以會環環相扣。因為牽涉到臨床以病人為中心的概念，所以本項及如何提供在宅透析併入腎臟醫學會的功課。所以腎臟醫學會第一應該提供安寧緩和透析的 SOP 及 guideline，類似三項或併成兩項，內容牽涉到很多專業的服務，我們還是尊重專科醫學會的看法，希望腎臟醫學會不要只站在腎臟科的立場，應該要站在全人照護的立場，才有機會往前邁進。所以要邁入全人照護，當然只有腎臟科醫師可能不足，所以參與的人員也會更加的擴大。所以我們是不是麻煩腎臟醫學會站在專科醫學會的立場，其實也要往這個方向多一點研究之後，也許在成熟的時候，可以到會上來跟大家報告，我們再來共商有沒有什麼進一步可以改善的地方。當然也一定要有支付制度的配合，也許現行相關的計畫都要做整合。大家對於第 1 項有沒有別的意見？如果沒有的話，繼續第 2 項。

(業務單位繼續報告追蹤表)

主席

目前因為視訊斷線，剛剛念的這一段視訊的委員好像都沒有聽到。我不曉得到底多久可以恢復。因為我們的委員還蠻大的一部分都在線上。好，我們這個會議決議辦理情形，現場的委員有沒有意見？請林醫師。

林元灝代表

就剛剛全聯會的那個回答我來提一個意見。我是想要請問一下，這樣的決議到底是同意還是不同意？

主席

不同意。

林元灝代表

不同意我們申請就是說符合資格的也不能申請嗎？



主席

對。因為我們要請醫師公會全聯會來說明，醫師公會全聯會的代表是張醫師，張醫師在視訊上。所以除了那一項以外大家還有沒有別的意見？來，請鄭醫師。

鄭集鴻代表

這個議題是上次會議我臨時動議提出來的。

主席

你們是要講最後一題嗎？最後一題要請張醫師說明啊，因為你現在講的他都聽不到，等一下視訊恢復的時候討論。其他大家還有沒有什麼意見？好，這裡報 1-3 頁其實就是 3B 到第 5 期的病人，他三個月內開 NSAIDs 超過 31 天的案件數，共有 9,444 人，所以我們的用藥管理還是非常必須要去處理的事情，我們等一會兒也會相關的提案會討論。另外在報 1-4 頁，C 肝的部分，我們現在已經找到是透析的病人，而且 C 肝抗體陽性且 RNA 也是陽性的，還有 247 人沒有用藥，還有 1,854 人是沒有上傳資料，所以這些人其實都還蠻重要的。請問張秘書長有沒有什麼要回應的？

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

有關於這個議題其實跟 C 肝辦公室一直有在聯絡，甚至上個月底我們都還親自在這邊開了一次會。這些沒有治療沒有檢查的，我相信是在中小型院所為多，因為中小型院所他們的檢驗以及處方藥物，都不像大型院所這麼的方便，所以我們也建議請 C 肝辦提供相關可以檢驗的 RNA 的名單供基層院所參考，因為他們有搜尋，使院所有地方可以送。另外當然最好的是健保署已經在 10 月底公告說開處方藥物的資格已經有放寬了，但是我相信很多基層醫師大家都還在摸索應該怎麼處理。因為我們知道一位病人治療 12 週，幾位病人要進多少藥等等，他們還在摸索，但我相信大家都在盡力努力達成這個目標，以上。

主席

好。現在我們 C 肝的計畫已經面臨到病人數越來越少，該治療的沒

有進行治療的階段，但是我們的預算一直有準備，現在已經也開放到所有科別的醫師都可以開 C 肝的藥物，所以我也同意如果到診所，每家診所的病人數相對是不多，但如何進藥也是一個很大的問題，要不然也要協助轉診到醫院，醫院一定有 C 肝的藥物。所以這些部分至少要能治療或是要去轉診，不能都沒有做。請吳院長。

吳麥斯代表

關於這個部分就是像秘書長說的，我想任何的政策走到這個階段，一定都會有這樣的目標出來，它有各式各樣的原因，所以其實就是在大家的討論之下，可能要用一種比較強制的，如果在符合個資的狀況下就要強迫，讓附近的醫院或是單位就 refer 他，就直接去治療，有一點像 TB 計畫 DOTS 的概念，我就直接把藥跟檢驗送到裡面去，因為這樣才有可能變成全部沒有，不然一定會有掉這個，因為每個人都會有每個人有很多特別的故事，一定會覺得非常感人，沒有辦法結束，但是這個就是所有的像這樣大型計畫最不願意留下來的，就是建議說可能要討論一個比較強制的方式，我們就直接送藥或送檢驗到那個點去。

主席

送藥，送到診所去？

吳麥斯代表

或是類似這樣的方式，比較像一個可行的方式。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

是，跟大家報告，大家應該有聽過就是到診所服務的 outreach 這種事情，這很有效率。對，非常有效率。拿著藥物送到病人的透析，這是非常有效的，效果非常好，高雄在高醫我們已經有這種處理模式，非常有效。但是耗費的人力非常多，一處就要出去 3 個人，這樣跑很多診所跑很多地方花很多時間。國家如果願意，這是非常有效的，但是就是一定要協調，因為不是每一個醫院都願意出這種人力，不一定派得出這種人力。基層院所我們當然都是剛才主席也講說把病人 refer 到大型醫院。是的，大家我相信都是這樣，就是牽涉到病人要不要，

有些他就不願意，因為要跑。大醫院有時候人又多，當然花的時間當然就多。其實 outreach 這個是最有效的，也是最花工夫啦，以上。

主席

好。決議事項辦理情形的最後一項，會將這個名單透過分區業務組轉知透析院所，我相信你們能就近處理。如果是在診所的話，會牽涉到要進藥品問題。當然最後有可能是病人他自己不去的話，那是病人的問題，但腎臟科醫師知道了你的病人是這樣的話，一定要試著趕快去幫助他。因為 247 人，我相信是散在每個地方的，每地方人數大概都不多。但是沒有上傳資料這 1,854 人，必須要幫他稍微驗一下，如果抗體陽性，而 RNA 待驗的話，檢驗的結果要上傳上來，分享給大家知道，才知道 target 在那裡。所以這個部分，還是照擬辦先來進行，再持續的追蹤好不好？好。不曉得視訊 OK 了嗎？還不行。其他大家還有沒有別的意見？好，請鄭院長。

鄭集鴻代表

我們剛剛 NSAIDs 用藥那個議題，全國有三萬五千多家，三萬多的病人還在用 NSAIDs，應該是那家醫院在用？那位醫師在用？應該資料都很清楚。

主席

我們有把名單轉給腎臟醫學會、醫院協會跟醫師公會。

鄭集鴻代表

是。我想建議是不是直接給院所或者醫師本人，這樣方便嗎？

主席

會更好是不是？我們希望這幾個學會能夠協助本署去輔導，因為這個是臨床端。用藥醫師也要注意，因為看起來病人已經 3B 到第五期都還三個月內開 30 天，至少 31 天在服用 NSAIDs 藥物的病人有九千多人，是吧？這些病人如果現在是到第五期的話，基本上就是準備要進入 ESRD。所以這就是我們如何讓惡化減緩，NSAIDs 如果不停的話只會加速，這是臨床要去改變的。

鄭集鴻代表

是。我的建議是說透過學會去輔導，其實大家可能在意度不會那麼高。如果我們健保署這邊直接通知說是不是可以檢討一下？大家可能還比較怕健保署。

主席

意見如何？主辦單位是醫審及藥材組，你們有沒有什麼看法？

醫審及藥材組 張如薰科長

這邊說明一下，就是我們這個資料在昨天已經寄送發函，那除了給腎臟醫學會還有臺灣醫院協會跟醫師公會全國聯合會這部份是提供醫師名單之外，同時我們也把案件的明細透過分區業務組，然後定期都會提供給院所。所以您講的建議，其實我們現在已經例行在執行了。

主席

已經有轉給院所，個別院所都有？

醫審及藥材組 張如薰科長

對，已經都定期每個月都會給醫療院所。

主席

好，如果是這樣的話，辦理情形就應該把它寫得更清楚，本署已經把名單都定期回饋給院所。好，謝謝鄭院長。因為到目前為止，我們視訊還沒有恢復，所以我拜託一下張秘書長(因為黃理事長不在)，剛剛的這些過程，要麻煩您記錄及轉述給理事長。因為時間的關係，我們等一下如果視訊能恢復可能再問視訊代表，就不再重複，問一下大家的意見。然後請醫師公會全聯會來說明最後一項，我們就會結束報告事項第一案。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

謝謝主席。

主席

大家還有沒有別的意見？沒有。我們就再進入今天的業務執行概況報告。

## 報告事項第二案：

案由：門診透析預算執行概況報告。

(業務單位報告)

主席

請問視訊修復還要多久？終於回來了。他們要重新登入嗎？業務單位正分別通知？現在通知代表們趕快重新連線上來。視訊還是有些不可抗力的因素，請業務單位繼續報告。

(業務單位報告)

主席

非常的抱歉，現在雖然我們的視訊已經恢復，可是我們在視訊的委員現在沒有一個人有回來。我們的同仁還在聯繫，斷線之後，視訊的代表，雖然我們這邊在進行也報告完了，但還是希望視訊多數的委員可以進來，好。那大家對於報告案有沒有什麼意見？好，宋教授第一位連線進來了。宋教授，剛剛非常不好意思，我們的視訊就中斷了。宋教授，我們現在已經進行到業務執行概況報告，已經報告完了。但其他視訊的代表還沒有連線回來。我們現場的代表，對於執行概況報告有沒有什麼意見？宋教授，請問執行概況資料你也有看過嗎？看過，不曉得您對於執行報告有沒有什麼意見？

宋俊明代表

我只有對 CMS 那個部分建議，我們都做得很久，但是有一些規定可能要從長計議。

主席

您說依據美國的 CMS 嗎？是不是？沒關係，剛剛決議請腎臟醫學會先行研究。好，大家對於這個執行情形報告有沒有意見？好，如果沒有的話，因為點值預估大概是 0.8695，這是第三季的點值。好，如果沒有意見的話，我建議休息 10 分鐘，讓所有的委員連線上來，好不好？我們再繼續下面的討論，這樣可以嗎？不好意思，我們就休息 10 分鐘。請業務同仁利用這 10 分鐘，請所有代表進來，對不起。

(休息 10 分鐘)

主席

各位視訊的代表已經陸續加入會議，非常非常的抱歉，因為剛剛同仁轉告微軟的系統當機，我們整個連線中斷。我們原來不知道是什麼原因中斷，以為很快會恢復，所以我們繼續進行會議一陣子，但剛剛業務執行概況報告完後還沒恢復，所以我們大概在 3 點 5 分左右暫停會議休息 10 分鐘。現在，我們的視訊委員也陸續加入會議，在此跟大家抱歉，非常的抱歉。因為會議時間也不宜太過冗長，所以我們現在說明已經進行到報告事項第二案的執行概況報告，已經是報完了。接下來是討論的時間，還有剛剛有保留了的是辦理情形追蹤的最後一項，有關基層透析門診沒有辦法參與西醫基層品保款的案子，我們等會兒會先請醫師公會全聯會的張醫師來跟我們說明，以上是到目前進行的狀態。各位代表都進來了，我們就繼續剛剛未完的事情。首先請看報報 1-10 頁，醫師公會全聯會的公文，請問張醫師您在嗎？

張孟源代表

主席、各位代表，大家好！因為剛剛視訊中斷，所以不好意思。我說明一下，因為我本身也是透析委員會的代表，也是基層總額研商會議的代表，所以說我對兩方面的代表的觀念還有事項都非常的清楚。醫師公會全聯會全自委會接到健保署的公文之後，再召開自委會開會討論的結果。我想這最主要的關鍵差異在於西醫基層走研商會議的品保款，應該是在西醫基層總額研商會議裡面討論，而透析總的研商會議的品保款是在我們這個會議裡討論。比方說醫院總額研商會議的品保款它那種方式也應該在醫院總額研商會裡討論，這屬於管轄跟實際上跟法理上它的權責區分有所關係，我本人個人是沒有特別的意見，我是抱著同情跟理解的態度，根據西醫基層的觀念，就是說它並沒有說排除，它的想法是說因為健保總額它有它的珍貴性啦，所以認為說它的品保款的話，它其實根據目前西醫總額研商會議的第四條第三項，它的說明是很清楚的，就是可以擇一啦，假如說在透析總額研商會議的品保款沒有拿到，但是它屬於基層診所，它符合西醫基

層的品保款的要求，也可以領到品保款。我想這是當時那一天開會大家的決議，那不代表我個人的意思。以上，謝謝！

主席

好，謝謝張醫師。請林醫師，請林醫師。

林元灝代表

我再請問一下那個孟源。這個結論到底是可不可以申請？可以嗎？

張孟源代表

這個結論就是說假如在透析總額這方面，因為它好像透析總額有80%可以領到品保款，20%可能領不到品保款。但是那個符合透析總額的品保款，就是我們這一次會議裡面決議的要求條件者，他在西醫基層當時我們說如果品保款在透析這邊被排除，那20%也是有資格去申請西醫基層總額品保款，但是當然那也要符合西醫基層總額品保款的條件跟要求，這個是當時開會代表的想法，這不代表我個人的意思。

林元灝代表

所以只要符合資格就可以了嘛，好，這樣我再問。

主席

醫師公會全聯會公文的意思就是說如果診所已經領取透析品保款，就不要再領西醫基層品保款。但是如果透析品保款沒有領到，這20%不符合規定的，如果你又符合西醫基層品保款的獎勵條件的話，你是可以領西醫基層品保款，張孟源醫師是不是這樣子？

張孟源代表

對，副署長的想法是跟那個那一天開會理事長的想法是一致的，觀念是一致的，我想副署長的說法是正確的，以上。

主席

好。那林醫師，這樣可以嗎？

林元灝代表

這樣當然不可以，因為這本來就不公平，沒有所謂的公平正義。這個條文我覺得寫入後面「公平正義」這四個字的人是真的再去修一下國文，因為這一點都不公平，一點都不正義。所以我們還會。

主席

因為它有前提，因為預算有限。

林元灝代表

沒有這種事。因為等於說同一個人做兩件事，他當然可以申請兩個費用啊，這本來這才是公平。沒關係，反正這個我們先暫時擱置，我們會重新再去爭論一次，謝謝！

主席

好，謝謝。好，顏醫師請。

顏大翔代表

我想這個關係到我們基層的問題，我跟鄭集鴻代表談這個很久了，那事實上做門診跟透析不一樣的內容，你在門診的時候要配置門診的小姐，配置門診的設施跟設備。那它這種是二選一的意思，可是這樣不公平，因為不可能把洗腎室的小姐，讓它不做洗腎它去做門診，所以其實這是互相衝突的，這種排他性其實不太合理，這也是我懷疑的原因之一，因為會產生狀況，南區就有診所故意不交品質保證保留款的資料，這家診所透析的品質反而因為這個案件而被排除，確實有這樣的診所，那為什麼會這樣？就是因為這個扭曲了，品質保證保留款是鼓勵品質好的診所的一種勉勵，這是以上我的想法，謝謝！

主席

好，謝謝，那這個案子我們就不花時間，但是今天在辦理情形的這個地方，純粹就是說醫師公會全聯會的回復。那我們這一項是繼續列管，為什麼繼續列管呢？因為透析診所協會是不太贊成這樣決議的。所以這一項我們繼續列管，下一次請醫管組再評估，到底兩邊都領的人數跟金額跟單邊領的，這個兩邊的衝擊到底有多少，那我們再來整體再來評估好不好？張醫師還有意見嗎？



張孟源代表

我必須要再說明一下，我覺得這一種關於基層總額西醫預算總額的品保款應該在基層總額研商會議討論，我們這邊是透析總額研商會議討論透析總額的品保款。你在透析總額研商一直針對西醫基層的品保款的發放方式跟條文，都是健保署公告的，應該把這個案子移列到西醫基層總額研商會議去討論。總不能說我們在這裡去討論醫院總額研商會議的品保款怎麼發放，這反而是管轄不一樣。

主席

管轄權不一樣，好，繼續列管，下一次我們健保署醫管組這邊做評估後，我們再提到西醫基層總額研商議事會議去再次的討論好不好？兩邊都要討論。

鄭集鴻代表

我先請問一個問題啦，就是說醫院方面有沒有這個問題？就是說醫院有沒有品質保留款？

主席

醫院跟基層不會重複。

鄭集鴻代表

我說醫院有沒有品質保留款？那醫院也有做洗腎嗎？那醫院是不是兩個都可以領？是不是只能領一種？

主席

醫院品質保證保留款的指標跟透析都沒有關係。

鄭集鴻代表

但是這裡講的理由就是只能領一種，並不是用什麼指標來判定。

主席

沒關係，就像鄭醫師講的，也許還有其他總額有類似的情形，我們總額的切割會讓大家有這些重複。所以我們今天就不花時間在這裡好嗎？因為資訊還不是非常的完整，請醫管組做整體評估。好，這一項我們就到這裡先告一個段落。接下來，執行概況報告，請問各位委員

有沒有什麼意見？我們不再重複報告了。大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們就洽悉。接下來報告事項第三案。

報告事項第三案：

案由：110 年第 2 季門診透析服務點值結算報告。

主席

好，謝謝！這是第二季的點值結算報告以及專案的執行情形，大家有沒有意見？好，沒有意見，我們這個案子就洽悉通過，接下來下一案。

報告事項第四案：

案由：111 年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議之會議召開事宜。

主席

好，謝謝！那這個是明年開會的時程，大家有沒有意見？沒有我們就通過。接下來第五案。

報告事項第五案：

案由：門診透析專業服務品質指標監測結果。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝！這個是品質指標的部分，大家有沒有意見？其實說透析沒有受到疫情影響，其實還是有幾個值，如第 13 張投影片，有關住院率的半年指標，109 年上半年有疫情，110 年的上半年也有明顯的疫情，住院率都下降，不管是血透或腹透，雖然都在監測值範圍上限以下，但是它其實是跟 regular 的狀況相比是有下降，這個可能跟醫院的這次為了防疫的措施，有沒有關係可能不太清楚。死亡率的部分是在第 17 張投影片，透析大於一年的死亡率也是在兩波疫情略有一點點下降。再來第 21 張投影片腎移植的部分，也一樣是在疫情比較尖

峰的時候略有下降的，雖然因果很難完全建立，但環境確實有一些改變，尤其是移植的部分，好像在疫情比較嚴重的時候，器官跨院運送有停止，所以也因此有一些影響。好，這裡大家有沒有什麼意見要提出討論的？線上的委員有嗎？好，如果沒有的話就請大家參閱。接下來我們就進入討論事項。討論事項第一案。

## 參、討論事項

討論事項第一案：

案由：111年「門診透析服務保障項目」討論案。

主席

好。這個是透析裡面的點值保障一點一元的項目啦，那就是跟110年是一樣的，這個部分大家有沒有意見？應該沒有意見嘛。請蔡代表

蔡宗昌代表

其實那個琉球洗腎是我們要去支援。

主席

琉球？

蔡宗昌代表

對。南門醫院的洗腎是我們要去支援，結果大家都喜歡去琉球，因為坐著船20分鐘就到了。那我們要去支援到恆春，恆春南門醫院，那開車就要一個半小時，所以很多醫師不願意到恆春去支援，它都符合山地離島，但是真的跟花東一樣，恆春還是一個很偏遠的地方，但是它就是沒有辦法一點一元，所以這個部分可能還是要考量。

主席

一點一元的範圍是山地離島，所以琉球是，恆春不是。然後再來的話就是減免部分負擔的醫療資源缺乏區域，這個也沒有恆春是嗎？這個有恆春嘛。那這個有的話就有。

蔡宗昌代表

醫院的部分。

主席

恆春是一個地區，但是醫院的部分就不是。那南門醫院的所在地不是，是不是？

蔡宗昌代表

對，它在恆春鎮。

主席

恆春鎮。那我們恆春的哪些地方是醫療資源缺乏地區？然後再來是醫療資源不足地區的改善方案所列的地區範圍。所以現在蔡委員所提的是恆春的南門醫院，請同仁查一下好不好？位置是在哪裡。都在市區，離高雄非常遠。可是如果這樣的標準的全國也有，不會只有南門醫院。現行我們保障地區更偏遠的地方。

蔡宗昌代表

上次有開放一些診所，也不是在山地、離島，但是它後來也是保障，我記得好像幾家，不到十家啦。上一次有開放診所，偏遠的診所，不是山地、離島。

主席

是澎湖的離島才有，就是離島的離島。請干委員。

干文男代表

我贊成剛剛蔡委員，確實離恆春南門醫院，我那個一個月前那個地方到過，開車也要 40 分鐘，確實有必要保障，要不然的話來來去去，又沒有公車，那麼不方便，是需要這樣，謝謝！

主席

好，其他大家有沒有意見？針對蔡委員特別提出來是恆春的南門醫院。但因為我們現在如果真就一個醫院的話，那可能下一次就有人再提出別的醫院。可是除了恆春以外，別的地區有沒有類似的情形？這就有一點麻煩。那可不可以本案 111 年的保障點值今天就先暫緩也不影響，因為進度還沒有到，要到明年的第一季，都已經 6 月以後才會去做這件事情。可不可以腎臟醫學會這邊帶回去整體盤點並研究

一下，因為保障點值越多，則浮動點值就會受影響，因為總額是固定的，保障點值的院所越多，我們其他的點值也會受影響。所以可能要整體去評估的，很難就單一醫院去做判斷。所以本案暫緩，請腎臟醫學會就會員的意見整體評估之後，我們需要的不是就個別醫院去保障，而是說劃定標準，在什麼樣標準下要一視同仁，不然這是公共事務，很難像蔡委員提出一家醫院，我們今天就對那個醫院來討論。好，這樣可以嗎？可以下次會議是明年2月提出來好嗎？請秘書長。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

我是秘書長。曾經處理過去年已經處理過有一個醫院也是講類似的事情，就是慈濟醫院，慈濟醫院在東部有好幾個分院，說我去的那個地方不是偏遠地區，隔壁鄉鎮就是，能不能用這種在偏遠鄉鎮的隔壁也是偏遠，我們剛剛說就會無限擴張了。所以在後來還是考慮跟他說，如果要爭取的話，還是要去從中央爭取的這個定義，因為如果健保署定義這樣公告，我就遵從，但如果要用隔壁，已經是偏遠公告偏遠的，我在偏遠的隔壁廣義的偏遠，這不太好說服別人，所以署裡的原則是這樣子，以上。

主席

各位代表我們現在列的 1、2、3 點的是屬於每點一元的地區都是我們有對外公告的，而且適用的對象是西醫在用的或者是民眾在用的。例如山地離島我們 IDS 計畫在使用，第二個部分負擔的減免是民眾在用的。第三是我們的西醫包括醫院跟西醫基層在用的，就是這些不足地區可以去做巡迴醫療。我們透析總額也依照上面的定義保障。現在是這樣。剛剛舉的慈濟醫院在臺東幾間分院，或者是蔡委員所提的南門醫院，皆在目前沒有涵蓋的。如果我們透析總額不要用上面的標準也要另創一個標準，也必須要有一條你們大家覺得可以接受的區分界線，因為現行都是依據其他計畫的，拿西醫的其他定義拿來當透析的偏鄉的定義，對不對？如果有其他的變動要捨棄這些規則，也必須整體評估，因為一旦增加新條件後，可能就不只現在講的醫院，可能會有更多。保障這些醫院的件數都一點一元時，會互相影響這些地

區的點值。因為現在點值算起來是 0.86，如果這些醫院可以爭取到一點一元，就憑空多出 14% 的費用，當然有差。這一定要有公平合理的標準，可以嗎？蔡委員，理事長，這樣可以嗎？好，謝謝。本案今天就暫緩。接下來第二案。

#### 討論事項第二案：

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形」，提請討論。

#### 主席

好，這部分是我們有慢性腎臟病的管理跟預防策略的追蹤。這部分大家有沒有意見？這裡有提到我們剛剛在整體追蹤案的時候就有提到 2-6，就是希望能夠發展腎病病人緩和透析及安寧療護的專業指引。腎臟醫學會說它提供了建議，在討 2-8 頁開始到討 2-19 頁，可是內容偏向是告訴我們的會員，說如果有這樣的病人，就麻煩一定要轉介到有安寧資源的醫院去，它的建議就是這樣，但跟我們的原案希望能夠請台灣腎臟醫學會可以發展腎病緩和透析的專業指引，內容還是有一點不一樣。現在建議是把病人轉走，對不對？但其實有沒有辦法在就地可以進行安寧的緩和透析，因為腎病病人在您的院所透析這麼久，應該有責任跟義務陪他走。將病人轉診到另外一個他不熟悉的醫院，恐怕這個建議也是會讓病人難過，會覺得好像就是把他轉走，他在同個院所可能已經透析了十年，所以這個指引跟原意好像不太一樣。我知道剛剛宋教授也有一些想法，現在線上我們陽明醫院的謝院長有意見，請謝景祥院長。

#### 謝景祥代表

我覺得副署長講得很對，已經在這裡洗腎很久了，應該是希望這位腎臟科醫師可以加入附近醫院的安寧團隊，應該這樣比較合適。剛剛提到說要轉診到區域或者醫學中心的安寧緩和團隊，這倒不一定，因為地區醫院也有安寧緩和團隊，所以我倒是覺得這一點應該可以加入附近其他醫院的安寧緩和團隊，這樣來講會比較合適，以上報告，謝

謝！

主席

好，謝謝謝院長。我們最後再請腎臟醫學會黃理事長表示意見。其他代表有沒有意見？宋教授，請。

宋俊明代表

我想腎臟醫學會提出來的這一點，跟剛剛副署長和院長所說的並沒有衝突。事實上，當一個病人已經要接收到安寧緩和，就表示說他在短暫的時間之內，可能任何治療都會無效，死亡是不可避免，他需要一個比較特殊的安寧介入，如憂傷療護或者三告別等的各方面。當然他洗腎的主治醫師當然可以再另外跟這個醫院做一個連結，互相來照顧，我想這個是 OK 的。但是轉診醫院這個部分，轉診到安寧療護的團隊這一方面，我想是腎臟醫學會的美意，而且是一個對生命的尊重，是相當重要的。另外所謂的緩和醫療，就是病人沒有那麼壞，但是他不願意接受透析，或者是他願意接受緩和治療，這個跟安寧是不一樣的，這個部分就是剛剛副署長講的，這個部分可能要請腎臟醫學會做出一些 guideline，非常詳細的一個陳述，我想不久就會出來，以上報告。

主席

好，謝謝！還有沒有委員對這一項有意見？鄭院長。

鄭集鴻代表

是。主席，我是想要分享一下我自己的經驗啦。就是應該是 4、5 個月前我自己一個洗腎病患，他從 65 歲洗了 26 年到 91 歲。他應該就是遵醫囑性很好的病人，這中間真的幾乎都沒有住院，透析過程都很順暢。就在 4、5 個月前他就說他不想洗了，原因就是說他真的是很老了 91 歲，然後行動很不便，什麼事都要家人幫忙。基本上，他跟就是說照顧他的醫生跟我真的是很信任，所以他連不洗腎都還有徵求我的同意。我跟他家人討論，跟他自己本身的意願，我也知道他真的就是不想再透析，我也就同意他，那他就回家去。回家去跟家人保持一點聯繫，然後過一個禮拜我去他家看他，他就差不多就彌留狀態，

然後就再一兩天就過世。意思就是說其實執行上也並不是那麼困難，就是說是不是一定要轉到醫院透過一個醫療緩和，還是說就是跟原來的醫師跟家屬保持適當的聯繫，基本上，其實洗腎病人不透析，大概也不會有什麼太大的不適、不舒服、難過，應該是沒有那麼嚴重。我們是現在是要強制一定要轉到安寧的單位，還是？

主席

沒有，就是腎臟醫學會的建議，可是這個跟本會當時的期待還是有距離，等會兒還請理事長指導，這好像應該可以還有空間。請張醫師。

張孟源代表

主席，關於這個安寧緩和，我們個人的想法我是覺得說像剛剛主席一開始就講 CMS 所謂的周全性的照護，在美國的周全性的照護，它應該是所謂的 CEC 才對啦，就是 Comprehensive End State Renal Disease (ESRD) Care。因為 CEC 它的核心的基本精神就是落實腎臟科醫師的整合照顧責任，然後 24 小時專線與醫院合作，然後就是類似所謂的家庭、全人、全社區的照顧。所以說假如在安寧緩和條例在安寧的最後末期，應該是讓他原照顧的醫師有長期的信賴關係，要讓他繼續做。其實在宅安寧或這種安寧，其實我們也跟醫院合作很多次，那有很多種模式，有的是在醫院裡面安寧，有的是在家裡安寧。甚至說因為假如病人選擇安寧的話，甚至說就是用支持性療法，水分限制的時候，他就會慢慢進入一種比較沒有那麼痛苦階段。我覺得說是不是應該再討論一下，或者再跟安寧緩和學會再討論一下再決定，或許會更周全，謝謝！

主席

好，謝謝張醫師。好，大家有沒有其他的意見？是，宋教授。

宋俊明代表

其實大家的觀念可能會稍微把這件事情看得太…好像他轉診到醫院，他就是原本的醫師就不照顧。事實上，依照成大醫院跟很多開業的洗腎診所的配合，事實上他到最後是在宅，但是假設這個洗腎中心的這些醫師們，他們也會來參與，大家會跟我們討論。會有在宅的部分，



我們會有居家安寧的護理師 regular 的去拜訪，regular 的去跟病患做安寧的悲傷療護。所以這個是一個好意，但是也不是說真正就是強迫大家都一定要這樣做，因為有一些家屬或許會覺得這樣子不是很好不方便，但是接受這樣子，建立接受這樣子一個互相共同來療護，我覺得這是一個比較合乎人性的醫療，以上報告。

主席

好，謝謝宋教授。還有沒有其他的意見？沒有，請黃理事長。

黃尚志代表

主席、各位委員好！談到安寧療護，第一個定義是代表說病人不管他有洗腎還是沒有洗腎，他都到生命的末期，尤其代表他過去有一陣子時間他已經尿毒症在接受腎臟替代療法，那麼到這個時候也許是本身疾病，也許是其他系統性器官的問題，要面對人生的終點，這是有在透析的，接下來要怎麼做這個所謂的安寧療護？精神上就是說讓他舒服好過，把安寧緩和醫療那一套運用在上面。但是我們可以要考慮到本身對於這一期的就有三個方法，一個是在醫院的，一個是在家(在宅)，一個是共照的。剛剛主席也提到說或者鄭醫師提到說在家的，也就是現在所謂的在宅，現在又喜歡用這個名詞。但是臺灣的話在宅是最理想，不過因為我們都市也好，還有一些家屬不希望在宅，他一定會找一個地方，這個地方到成大去是醫學中心會太浪費，應該是比較小的醫院，尤其是這個比較小的醫院它本身在作透析的院所，比方說間機構有安養也有透析的，那是最好的。所以這種地點的選擇會因為病人的，或是家屬的，或是其他的因素，會有這種不同的地方。可是他們都是在照顧這個病人，讓他減少透析甚至不透析，用不同的方法，讓他走完人生的這一段，所以倒是會因為這個地點的不一樣而不一樣。那麼剛剛你看到寫出來，那個是醫學中心的家庭醫學科專門在照顧安寧病房的，他也許就會用比較一個 classical 的寫法，其實的目的還是要讓這個病人走完這一段。對於那個沒有透析的，他是 CKD 第五期，那選擇不要洗腎，其實我們對他的照顧也是一樣，像沒有做什麼沒有做，就是跟腎臟科甚至跟家醫科的安寧照護保持聯繫，隨便

他選，他在那邊都可以，就看他最後。這同樣的他也許會選擇在醫院，選擇在家裡，選擇在其他的醫院，這個地點會因為家庭跟個人的關係而去選擇不一樣的地點。但是照顧的 principal 原則是一樣的。那麼如果是他有透析，就會減少透析的次數或者甚至不透析了，那不透析以後有其他限制水分限制什麼樣的方法去讓他走完人生，所以這其實這一件事情我相信坐在這邊或在網路上的，或者是我們寫出來的東西，大家精神目的都是一樣，只是它表達方法有一點不一樣。那麼這一次提出來的用建議是作者，這個作者吳醫師他這個不能講 guideline 嘛，那如果講 guideline 以前蔡豐濱用臺大及衛福部的資源出過一本很厚的，很難念。現在腎臟學會的 CKD 委員會的邱怡文主任在帶領一個團隊現在做 CKD 的 guideline 的新版，最後一張就是有關於安寧的部分，那做得會比較不會那麼煩，也不會那麼驚人，可能我會把今天的意見帶回去，在執行面上能夠做各種的建議。我相信大家的意見精神都是一樣的，都是希望病人已經到了末期，不管他自己的疾病或是系統性的疾病，或是併發症，他也同意了，家屬也同意的話，那進行一個比較平和的方法，不管是在家裡，在醫院，在大醫院，在小醫院，在家，讓他能夠安詳的走完這個人生最後一段，這個是我做一個補充。就是說精神是一樣的，做法可能不太一樣，我們利用這一次 guideline 要改版的這個機會，那已經做得快差不多了，再把它弄清楚以後，列幾個那個可以執行的方法給我們的基層院所參考。

主席

好，謝謝，謝謝理事長。請鄒院長。

鄒繼群代表

我可以補充一下，就是我覺得這個安寧它是一個團隊啦，其實不是只有醫師，我們知道還有很多社工師、心理師及護理人員等等，安寧的準備的時間也要蠻久的，所以其實應該用合作的方式，而不是轉過去。因為其實可能光這個準備這個安寧還有跟家屬討論，可能就要好幾個禮拜的時間。這幾個禮拜的時間應該繼續在我們的基層去透析，這

樣討論一兩個月都準備好完善，然後再由居家安寧的團隊跟我們的基層醫師大家一起共同，開始決定怎麼減緩，然後最後在家裡面，我覺得這是最好的方法。因為不是說轉去就 OK 了，因為其實討論的時間，甚至有的討論一兩個月，都要規劃很多的事情，我覺得這個時候也許還繼續洗或者是減少洗，我覺得這個可能是比較要合作的。當然因為安寧團隊其實是有很多，甚至包括遺族關懷都是在安寧裡面，所以真的不是只有病人這一件事情，所以討論很多，我覺得應該是在診所跟家裡面這兩個是一個很好的一個執行的地方，而不是一定要到医院安寧病房。因為你到安寧病房去，但在準備期間他也要繼續洗，他就要換一個地方到医院去洗，所以我的想法是這樣。

黃尚志代表

是，謝謝！這個是診所應該要跟附近的要有聯繫，也要先磨合，也要有 information 讓他們能夠磨合，我現在知道現在基層的診所，像有幾個地區的相當的活躍，他什麼都可以這樣做嘛，我們再去朝這個方向做。如果在這個地區就是這樣子，如果有什麼疾病住到醫院去，就會是另外一個模式。其實很多模式，但是目的是一樣的，就是盡量不要再增加醫療的支出，盡量用一個最平和的方法最方便的方法，大家能夠談清楚，這樣就能夠執行了。

主席

好，因為這個 2-10 我有研究過，這是比較無情的做法，有共識就協助掛號到其他醫院去，然後病人就轉診過去。其實這個是真的，如果他是醫院的病人，理論上就院內處理，但現在是有四萬多人是在診所透析，他們都與診所有長期的醫病關係，到最後有共識可能有兩種，一種是不想再透析，一種是真的是末期病人。這兩種對待，如果不想再洗腎，他也是要慢慢減少洗腎，不會說一夕之間就不透析，對不對？所以這個應該有細緻更周延的指引，而且要站在病人的角度，不是掛號其他醫院而已，其實病人可能更需要透析院所幫助，就像剛剛鄭院長在講的，病人還想問他的意見，還希望他同意。那種關係已經深厚到其實他請你當他的代理人來做決定的概念。所以如果照目前的建

議，這麼簡單就把病人 refer，其實醫院的安寧病房也沒那麼容易有病床。根本重點不是把病人轉診送到安寧病房，安寧病房可近性沒那麼高。送他到醫院的一般病房去做安寧共照，其實他也是換了一個很不熟悉的地方跟不熟悉的醫生。居家安寧當然是好，但是居家安寧也是要團隊去，所以理論上，這位腎臟科醫師是不可以脫離的，應該陪他到最後，即使你的安寧需要有其他團隊來支援，可以跟其他醫院去做合作，整個團隊可以陪著一起照顧他到最後，這才叫負責任，因為這種醫病關係跟一般病人是完全不一樣的概念，這已經這麼長期的關係。所以本項目就麻煩理事長？請腎臟醫學會協助，這個案子今天沒有通過，你們的建議大家認為還有更周延考慮的空間。因為希望你們最終的建議是要給各腎臟科診所的 guideline，如果照現在的內容，每位診所醫師都可以說協助掛號就好，真的不好，甚至違反現在大家在講的怎麼樣去推動善終的流程，特別這些病人可能還希望居家安寧，而不是到醫院去。如果是要居家安寧的話，腎臟科醫師跟居家安寧的團隊去合作，可以一起去陪他其實是最好的。這個部分麻煩理事長，好不好？

黃尚志代表

好，我們回去可以改，但是我必須講說人有很多，有的人希望轉診出去，我是不希望這樣子。但是我們如果用這種最高理想去寫的話，那代表我們的立場可以，可以這樣處理啦。不過現實面總是跟理想面會有差異，還是要接受這種落差啦。

主席

好，那我是覺得你的建議可能不能只有 one way，你只有一個建議。

黃尚志代表

那只是一個代表，其實可能。

主席

可能要有更周延的建議，然後慢慢引導我們的腎臟科醫師跟診所醫師能夠往那個方向。因為學會就是代表是專業，學會的指導其實會員會漸漸的改變。

黃尚志代表

我們當然是朝這個方向走，該教育的該辦的，該新的 guideline 出去的，都會再重新再弄。

主席

麻煩過程跟安寧緩和學會可以多一點交流。

黃尚志代表

這個都是跟安寧學會討論過，實際在做的層面還是要像鄒院長提的，要跟附近的院所合作，真正能夠談過才有辦法。

主席

尋求團隊是需要。

黃尚志代表

現在診所他們都有那種，我現在知道說如說東部有一個陳慧玲醫師，他們基層學會有很多這種，它各種病都想去參與啦，我看到有這種團隊，但是這個我們到底全省有多少這種團隊，在診所的這邊在做，還要再了解一下。

主席

好，本案有關安寧的部分應該是其中的一項而已，討 2-6 頁中台灣腎臟醫學會所負責的第二項，我們就保留好不好？繼續列管。麻煩明年 2 月開會的時候能夠再提出來。好，下一案。

討論事項第三案：

案由：「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析品質提升獎勵計畫」修訂案。

主席

好，這一項是品保透析的品質提升獎勵方案，增加特管辦法第 44 條、45 條。條文請看討 3-3 頁有列出 2 個條文，就是違反這兩條的院所也一樣不發品保款，這是第一個修正。第二個修正是配合 C 肝辦本署在品質上傳資料格式做一些修正。好，請問大家對於這個案子有沒有意見？都可以嗎？請宋教授。

宋俊明代表

主席，第二項我們把它增修的五個項，其實有一些是年紀很大很 weak 他可能不願意，是不是有一個是根本就是病人他根本是拒絕。那拒絕的這一方面是不是要有一個第六項是病人拒絕資料？

主席

第七，病人不願意轉介。

林元灝代表

報告。第六、第七都是建議刪除的。打叉的不是嗎？

主席

請業務單位說明。

醫務管理組 賴昱廷

請各位看到討 3-4 頁。看右邊的修正對照表最下面，(六)「X：移轉介待尚未有檢查結果」及(七)「A：病人不願意轉介」，目前有保留。

主席

好，所以宋教授所講的病人根本不想治療，就是不願意轉介，請填「A：病人不願意轉介」。

宋俊明代表

了解。

主席

好。其他大家還有沒有意見？好，如果沒有意見的話，本案就通過了，直接修正。下一案。

討論事項第四案：

案由：「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(下稱 Pre-ESRD 計畫)藥師照護指標定義及說明案。

主席

好，有關於藥師照顧的指標的部分，大家有沒有意見？請常委員。

## 藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

我先針對第一案第一個意見，操作型定義的建議酌修文字以及修正對照表，這邊很感謝署方幫我們的公式修整得更直觀。我們重新再演算以後，其實跟我們原來的計算模式出來的結果也是相類似。但是站在可以理解的上面，我們是接受署方的安排。第二點的部分，有關於藥師照顧指標建議應朝突顯介入後對病人處方改變效益及方向研議，在我們原來的 6-1-2-b 其實已經就有這樣的一個表格了，誠如大家說的我們藥師這個上傳表格欄位非常的多，這部分我們已經有做一個處方改變。當初的第一版我們在討論的時候，有針對這個地方做了很大的一個琢磨，後來真的是上傳欄位也過多，所以就稍微的簡化。假如署方是這樣，我是覺得是說我們現在陸陸續續開始執行，我也想說讓我們的藥師執行一段時間以後，我會在全國藥師聯合會做一個討論，然後我們會朝著署方的這個方向去做未來的一個增修。第三點有關於 NSAIDs 使用減少比例，現行定義以服用 NSAIDs 頻率來評估我們採量化的指標。這邊我要講一下當初我們在設計表格的時候，我們的想法有階段性的看法。原來我們實際的病人在使用 NSAIDs 的時候他的來源可能從三方面，一個是醫師處方，一個是 OTC 以及其他來源，其他來源包含了親朋好友相贈或者是臨時的給予，那這樣的止痛藥其實親友的相贈是非常容易發生的在現實生活裡。所以在我們的藥師在照護的時候我們也發現這樣的比例非常的高。所以假如說是 OTC 跟其他來源來講，我們比較難做開藥日數及藥品申報量，因為這是從處方上面可以做。那我們也剛剛有看到那個 API 的上傳的資料裡面，當然我們藥師還可以做的一个部分就是 NSAIDs 的一個 ST 或 PRN 的針劑，這也是我們在藥師介入的發現到很多病人痛風發作的時候，一支 NSAIDs 的針劑就下去了，假如這個病人是 stage 第五期的病人，常常一支針劑可能就要去洗腎了。所以我覺得這也是我們藥師要介入及教導病人的。因此，針對處方我們反而想要做的事情可分成兩階段，第一階段是先讓我們能夠把這個來源處先釐清一下，到底病人是這些 NSAID 的來源是什麼，OTC 處方開立以及親友

提供的比例有多高?我們再採取比較有效的策略。然後第二個方向的來源是說針對所謂的 ST 或者 PRN 使用的一個針劑，我們也希望在這一次能夠提出來讓署方看到。然後未來我們再把整個 NSAID 使用的關於可以減少的這個 cost 的部分或者是日數及申報量的部分，我就覺得在下一個階段再把它串回一個適當的公式或者是再提出來跟署方再做討論，以上說明，謝謝！

主席

好，謝謝藥師公會的代表，其他大家有沒有意見？這一次我們 Pre-ESRD 加入藥師其實是有期待的，否則的話不需要有這麼多費用的增加。但是這個期待是很深的，因為藥師進來之後，可以在用藥安全或者是延緩腎病惡化，尤其是在 Pre-ESRD 的這個階段，我們是基於這個觀點，認為應該是值得的。可是現在看到的這些指標，還看不到怎麼樣去看出值得。那我也謝謝藥師公會在這個過程當中像在做研究一樣的去準備，所以造成你們資訊收集的非常多。其實長期要做當然也是要簡化，但是要挑最有效率的指標來做而不是鋪天蓋地，參與的藥師也會有非常多需要做的工作，反而其實醫藥之間的溝通在這個事情上就更加的重要，還有藥師跟病人的溝通，對不對？所以很多的理想性的指標都是好的，如服藥的配合度、NSAIDs 的使用減少比率，這都是對的。只不過指標可能現在還衡量不出來。所以現在看是腎臟學會這邊要跟藥師公會合作，對不對？你們會不會再跟藥師公會再做進一步的研商？特別是 NSAID 的使用減少比例，剛剛藥師公會的代表提到說，病人在服用 NSAID 除了我們看到的申報檔以外，其實他還有別的來源，那些更嚴重，就比我們看到的還更嚴重的意思，也就是病人服用的實際量比我們看到的申報量還多，對不對？那更嚴重。更嚴重的當然可以去弄清楚，但是申報量有沒有減少也很現實，不是每個病人都有其他來源的藥，因為可能透過這一次的試辦過程才會知道，因為你們也很想去弄清楚，所以你們想要怎麼做比較好呢？您提到的分階段，所以意思是說現在這個階段不要去看開藥日數跟藥品的使用量的下降嗎？



## 藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

目前的欄位，基本上沒有這樣的一個欄位，但是如果要做不是不可能。如等到我們資料進來在處方的時候，因為我們有一個勾選 NSAID 來源的項目，如果是處方開立，其實可以回串健保署的雲端資料庫，假如說 NSAID 是來自 OTC 或是其他來源的話，這個 Data 就比較難做，所以不是不可以做，是要二次化的處理。其實很感謝署方對我們深深殷殷的期盼，我們有感受到壓力了。但是我要講實際上因為包含我自己以內，我也有進去照護我的病人，所以我知道我的病人 Adherence 其實並不太好。所以為什麼藥師才會說我們先要把 Adherence 做好，因為這是叫基本功，我的病人常常三高加上去就是十幾顆藥，如果我這個順序沒有排好，如果我急著要去呈現我藥師的一個所謂的 value，而我忘記了我應該要做的事情的時候，我覺得我不應該當這個藥師。所以在跟很多人在討論的時候，其實看起來像做研究，其實我們只是希望回歸到藥師最基本的層面，先把病人服務好，把病人先教好，接著再去呈現我們藥師的 value。我覺得這樣的基礎上面，可能也比較符合團隊對我們的期望，因為醫師在 Adherence 上面，因為病人很多，有的時候很難去 care 到。Adherence 服藥遵從性的一個介入，大家也許覺得很簡單，可是卻是我們在介入的時候，花費我最長的時間。所以也希望各位給我們藥師一個機會，讓我們從基礎把病人基礎的一個用藥概念先建立好，然後我們再慢慢一層層的疊上去。假如 Data 一年以後我們還要做一個調整，我們會盡量朝著署方的期待一直一步一步慢慢的修上去。其他的方向，我們會私下再跟台灣腎臟醫學會討論，以上。

## 主席

好。腎臟醫學會或者其他代表有沒有意見？請理事長。

## 黃尚志代表

謝謝藥師公會，他們真的是非常的認真，對這個的佈局已經超出我們的預期，我基本上尊重他們的想法，他們也是一步一步一步這樣的推動，也不急著到最後，我知道署裡面總有一些壓力，必須有一些量化

的展現，。所以這邊的話如果已經開始做，我倒不是說藥師，現在是藥師要跟我們的衛教師及醫師有磨合，很簡單的就是說這個病人是在醫師手上然後轉到衛教師那邊，要怎麼跟藥師做一個 connection，這個有些靠電腦資料的傳送，有的靠衛教師跟藥師的溝通。連結的話，有些醫院藥師就坐在診間旁邊，而且每一診都有，有些僅某個時段，他是在藥局。所以實際上做下去，可能有 300 種不一樣的方法又反應出來了。我會建議說先解決這些問題，讓能夠執行的更 smooth 再來收這些的指標。所以也許副署長可以再等一下，等他弄得 smooth 以後我們再看執行的困難來做修改。因為狀況好，要改也很快。

主席

好，其他委員還有沒有意見？請鄭院長。

鄭集鴻代表

主席，剛剛干委員也有問我啦，他是說藥師加進來到底會不會有效益，還是只想分一杯羹？干委員很務實的想法。但是我給他的回復說我認為一定會有效益的，為什麼？就是說一開始我們只有醫生在照顧病人，後來加入營養師，加入衛教師，其實我們黃理事長的研究，CKD 的照護其實就真的有改善。這一方面，我是很樂觀的期待。現在就是先了解一下就是剛剛第二個指標，用藥是指所有用藥的品項還是指就是要監控的品項是所有的藥物嗎？

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

雲端藥歷下載下來的藥品我們都會，其實很簡單，光要 drug profile 其實都考驗藥師。

鄭集鴻代表

但是就是說用藥的品項增多，不一定代表就是對腎臟不好，像現在要把糖尿病控制好，因為糖尿病現在新的藥物真的太多了。用的品項真的很多，如果使用用藥品項來當作一個評估的指標，可能不是很真切，我個人倒是建議說，其實我們剛剛都有在報有沒有加入照護計畫的結果，剛剛也有在報告說有加入 CKD 照護計畫 Pre-ESRD 計畫，他

們成果是怎樣，它預先做好瘻管的比例是怎樣，慢慢就可以顯現出來，那我們是不是可以就是開始執行一段時間，然後再來評估說有照護，有我們藥師介入照護計畫的病患，他們的用藥情形是怎樣。就是來統計一些指標。甚至包括說他們腎功能變壞的速度是怎樣，應該這個都可以慢慢看得出來。剛好也可以回答干委員的問題到底會不會有效，不然干委員可能又要刪這一筆預算了。

黃尚志代表

沒有，錢很少。

干文男代表

藥師加入是期待，但是在實作方面，我一直在想特需是人道的開藥，那麼根據藥師的這個說要在這個開藥端看完了以後審完了以後再交給醫師還是提前做，這個過程？

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

我說明一下，其實 11 月才開始執行，然後各家醫院，包含大型醫學中心大家都現在還正如黃理事長說的，光這個流程面就已經非常的不順。因為健保署給我們的一個新的 P 碼，所以光醫生開出這一個的那個流程，現在各家醫院都還在磨合，我不認為到明年 2 月還會順利。到目前為止各個醫院的資訊系統批價系統，然後醫師轉診系統，各家醫院都還在磨合。我們講一下目前我們所熟知的各家醫院轉介的系統，我們多半都是跟腎臟科醫師排在同一天的診間，同一天看完醫師看完之後，或是之前，這個病人就前一天會通知藥師說你要準備這個病人的資料。所以我們藥師不是當天準備，我們前一天就知道我明天會看到這 5 個病人是什麼疾病用什麼藥品，基本上 drug profile 及 lab data 全部看完，然後今天這個病人可以在腎臟科醫師看完或之前就進來藥師門診，開始進行我們所有的用藥評估，以及我們應該要交給他的衛教資訊。之後我們針對藥品要評估的時候，我們再利用資訊系統 pass 給我們的腎臟科醫師或者是其他科別，也許是 meta 科，也許是 CV 科，進行藥品的改換。所以實際上這個前置作業看起來是一個早上的一個診，多半藥師都要在前一天一定要先 prepare 才能夠

做介入，無法現場做，因為沒有辦法呈現任何的東西，而且會讓病人會覺得藥師到底在幹什麼，所以這是不可能的事。所以目前來講各家醫院應該目前，因為我旁邊是成大醫院，成大醫院也是大概就是這個禮拜我們開始試著做第一個 case 而已。因為批碼的限制，所以一定是醫師轉介，藥師不可能偷偷摸摸把病人轉過來，做不到這一件事。所以現在幾家醫院在合作的時候，病人回到我們的診間，我們教完就原封未動的再交給我們的腎臟科醫師，以上是我們的轉介模式。

千文男代表

這個是將來的一個期待，能夠發揮，黃理事長也很努力，為這一個區塊做，但是一定要成果。這個成果有多少時間能夠看得出來？

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

我希望越快越好。但假如很急著的時候，就一定把雞蛋就打破。所以有的時候要給我們點時間，先讓我們把流程弄好，就像黃理事長講的，醫學中心看到 Pre-ESRD 病人在區域醫院占有很大的主要的一個比例，越大型的醫院其實資訊系統跟協調的單位越多也越不容易。所以我覺得最基本要給我們半年到一年的期待。我們可以呈現的 Data，或每一個月上傳就會給健保署，要隨時審視我們的 value 都可以看。以上說明。

千文男代表

希望是半年以後能夠看得到成果，這個大家拿了錢一定要有展現的效果。在健保署裡面，也要給社會大眾講清楚說我們有藥師介入，在介入之下，病人進步了多少？少了多少藥？對健保的開始也沒有增加，等於不是沒有增加啦，會增加，但是這個增加的效益跟效力是有回饋。如果沒有回饋，大家都罵都罵死了。以上建議。

主席

好，謝謝！大家還有沒有別的意見？好，沒有，宋教授你來了。剛剛很多人在想念你呢，說你怎麼沒有發言呢。

宋俊明代表

成大醫院第一個做起來，其實像這邊有一些觀念上藥師他們想介入的部分，那病人他的時間，事實上真的如理事長所說的，很多事情都是要去磨合的，所以我覺得可能半年規劃，但總要給委員一個時間譬如說一年左右，我們把這個蒐集的資料，我覺得會比較合適啦，半年。依照第一個 case 這一個 run 下來，實在是有一點困難，以上報告。

主席

好，謝謝！理事長這邊有沒有要補充？

黃尚志代表

因為藥師已經都 ready 了，他們也要辦這個活動，至少以高醫來說下個禮拜我就要到藥局去講，成大那一場是排在 1 月 8 日，所以我們藥師會再排啦，為什麼要這樣做？怎麼做。第一是流程上的磨合，第二是過程面上可以做到那一個點，第三個再開始看指標，有一些比較量化的東西，所以一步一步來，我相信會有。他們都是很投入，人家說錢非常少，所以他們真的是志願軍。

主席

好。鄭醫師這邊診所端呢？有沒有動起來？

鄭集鴻代表

報告副座，我們的藥師都去考過資格都拿到了，但是他們都在抗議，就是真的是過程，他說做一個大概要兩個小時。

黃尚志代表

沒有啦，我們還是在流程 smooth 以後更能夠解決的，所以我是建議診所這時候跳下來，等我們醫院層級試行差不多的時候，再來告訴大家執行的訣竅。

主席

好，那就是慢慢把擴散出去。本案我們就是希望就是觀察至少半年以後。至於這個指標，我倒是說業務單位提到說用藥日數或藥品申報量下降，至於在病人端的價值，不是看利用率，因為事實上這個下降也不一定是好，上升也不一定是不好，對不對？但是病人有沒有變好這

一件事情。因為有時候藥比較貴，但是比較有效，對不對？所以我們希望藥師公會這邊半年之後，你們再好好的研究一下，再給我們病人 outcome 的指標，以病人的觀點，不要用資源耗用的觀點。

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

我收到了，我也針對委員剛剛的回應，其實很感謝他這一次對我們的期待。署方對於我們要半年後，我覺得剛剛理事長有講說流程的磨合再經過過程半年後，我覺得我要講真的太短了。

主席

不是，不是，我是說半年，你思考一下半年提出指標，但是還沒有要監控這個指標。一年之後再去看，一開始先觀察一下，不會給你們太大壓力，但是你要有一個目標，目標是要看病人的結果。

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

是。我們可以會後再來講半年是從啟訖日是那一天？

主席

你不要管，先把指標拿出來，現在先不要自己去算，因為基本上你現在藥師投入的時候，大家都要有一個共同的共識說我們這樣子努力，不是只是增加 Paper work，不是把功課做完就好了，其實病人的 engagement 也很重要，病人如果不配合的話，沒有好好衛教讓他行為改變的話，我想改變行為也是很不簡單的事。

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

對的，行為改變其實是很難的。

主席

所以你要從病人最後的結果真正有變好這件事情去努力，病人端的 outcome 指標，好不好？但是可以半年之後再提就好，一開始不會用。一直到一年之後我們再先來觀察那個指標的結果。

黃尚志代表

現在這整個的照護說真的我們過去不管醫師、護理師或者是現在的藥師，都比較著重在我們發球出去的好球還是壞球，但是事實上現在

在照護面我們看到的 paper，或是禮拜天去演講，上個禮拜講的就是比較站在病人端 patient-center，然後看他的感受跟價值在那裡。所以我們可能也要改變一下這種觀念，在那個面多收一點，可以反應出他的滿意他的行為改變的東西。也許我們把它想說當然它是不簡單，但是這一方面還是要有著墨，否則現在這種照護面的，你看外國的 paper 都在講 patient-center，再講 value-based 等等，我知道署長好像禮拜六也要去講嘛，都是往這個方向在走。所以我們不用太執著一定在醫療端的發球出去好球還是壞球，應該看那邊的能夠接得到還是能打得得到還是比較重要。

主席

病人的 outcome，因為你這已經是在 Pre-ESRD，Pre-ESRD 我們共同的目標就是延緩他惡化，甚至不要進入 ESRD，這是大家共同目標，藥師加入如果有衝突的，不是很好笑嗎？就是你根本就是違反原來的願景，這個 stage 以前沒有藥師，現在覺得藥師進來應該更好，應該更往同一目標邁進，對不對？好，那我們這個案子就討論到這裡來。

千文男代表

我還是有一個疑惑，還是請藥師解釋一下。我們的這個洗腎分五期的，那透析也是分五期的。

主席

洗腎前。

千文男代表

慢性腎病五期，然後你們介入第幾期？

主席

這個計畫介入對象是計畫 3B 到 5 的病人。3B 之前的是 Early-CKD 在照顧。

千文男代表

如果介入的話，你們是從雲端藥歷來看，還是從病歷來看？

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

全部要看，還外加病人自己的敘述。

干文男代表

我請教你們看病歷，沒有病人的健保卡你們怎麼看？

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

我們會有。要感謝署方做得很好，我們藥師也有醫事人員卡，病人的健保卡我們進去一樣也可以看雲端藥歷，本來就是可以的。因為署方原來設計就是醫師人員卡將病人的卡一起插，所以我們藥師在看病人的時候，是有所謂的讀卡機的，所以完全都可以跟醫生看到一模一樣的東西。

干文男代表

病人還沒有到，就提前一天？

黃尚志代表

他明天要來看，今天我們可以下載，前一天可以下載。

干文男代表

是下載以前的？還是人還沒有到，也不知道他的這個有沒有演化，有沒有加重減輕？

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

我想干委員擔心的就是說我們看的是不是一個全面向，會不會看的時候有所疏漏。其實我要講醫師能看到的，藥師就能看得到。然後我們本身藥師本身已經是六年制的，所以看病歷是完全沒有問題。那這些藥師基本上都是臨床藥師出身，lab data 是可以判讀，所以基本上用藥衛教、lab data 其實我們沒有比醫生更好，但是藥品上面我們不敢說比醫師差。所以這個部分您可以不用擔心。然後用藥衛教我們更著重於 device，就是這些藥品怎麼樣的使用，包含器具的部分，那藥品如何整合，在頻次上面讓病人不會忘記吃藥，不然醫生跟醫療端花很多錢，健保付很多錢，最後病人到了家裡他是不吃藥的，所以前面才是醫療完全的浪費。所以我們藥師要把最後一個關卡要把這個



門給關好，所以要做的是這個部分。

千文男代表

還是要謝謝你，我們還是拭目以待，沒有一個成果，只有一個憑空虛擬的，我是不曉得這個情形是怎麼樣。目前 Run 的一個情形，藥師也是看處方，他在前端怎麼沒有做呢？其實反過來我要問。加入以後，你要把醫師開的處方的改變嗎？還是這個減少？

主席

不能改變，還是要去跟醫師溝通，改變處方一定要醫生。但是這個溝通是很重要。

千文男代表

我不太懂你們的作業實際的操作的方式，我們可能以後有一點時間再講。

藥師公會全國聯合會 常宏傳委員

沒關係，我私下再跟千委員再說明整個醫院處方的流程。

千文男代表

好，謝謝！我不是反對，我只是不懂要問。

主席

謝謝千委員。其實最主要還是回到病人端。資訊如果越完整越知道問題，越知道如何改善。本案就先討論到這裡，接下來第五案。

討論事項第五案：

案由：關於健保醫療資訊雲端查詢系統新增「高風險腎臟病人用藥提示(API)」邏輯及提示內容，提請討論。

主席

好，本案我們其實已經討論非常久，基本上是我們雲端醫療系統裡面對於現在病人最近一筆的 eGFR，還有採檢的日期、歸為第幾期的腎臟病人，其實都已經 ready 了。基本上，我們希望透過雲端系統 API 去提示醫師這個病人現在是什麼 stage，如果你再開 NSAIDs 的藥超

過一定天數的話，系統就會提醒你，希望醫師能夠再審慎的評估。原來在 5 月 11 號這個共識版本，應該是腎臟醫學會提出來的草案，然後跟醫師公會還有醫院協會有討論。現在又有一個修正版本是用行文再去確認，但文字又更加保守，而且病人不同期不同天提示的文字完全一樣，完全沒有積極的概念。所以今天這兩個版本，就請大家再確定，我們的目的是什麼？否則做這些提示也是等於白做。我們的目的是有沒有因為這個提示而有一些提醒，或者是有機會做一些改變。現在線上謝景祥院長要發言，請謝院長。

謝景祥代表

在 5 月 11 日那次的會議我有去。那腎功能狀況不明是那一次的會議我提出來的。為什麼我要提？我本身是骨科醫師，我的病人大概 80% 以上是長期在吃 NSAIDs，但是我當然是非常小心 CKD 的問題，所以我的病人幾乎每一個長期在吃的，我們都會去追蹤腎臟的功能，每一個 CKD 我幾乎 90% 以上我都會 CKD 收案。誠如剛剛副署長講的，到底我們要做的是什麼事情，其實對於說有概念的醫師，其實都不用提示，他自己會去注意的。我們要提示的情況很多沒有概念的醫師不會去注意的醫師，那這裡面最大宗最糟糕的一個就是腎功能狀態不明的部分，我不曉得為什麼後來沒有被提到，因為至少那一天我提出來的時候大家都覺得很有道理，所以就把這一條加上去了。假如說是擔心提示的人數太多的話，其實我們可以稍微把條件再稍微再弄緊一點，譬如說我們腎功能狀態不明，我們過去一年都沒有抽過腎功能，寫 6 個月，過去一年都沒有抽過，而且過去一年它 NSAIDs 的使用時間超過 28 天，我覺得說假如我們這個目的是要提醒醫師的時候，第一個，我覺得腎功能不明，一定要列入，怕提示太多的時候，腎功能不明再加上一點限制，這是我第一個意見。第二個意見，我也是覺得說你既然要提醒，就提醒仔細一點，因為後來把文字都改成模模糊糊的，既然要提示，我們就講清楚說明白，以上是我的兩點建議，謝謝！

主席

好。等一下大家委員發言的建議，最後我要請腎臟醫學會這邊來做一個回應。好，其他大家有沒有意見？。請宋教授。

宋俊明代表

謝院長剛剛提的我完全贊成，尤其是那個修訂不是上一個月又一個月，或者是兩個月，這個可以再看，也許是長期使用 NSAID 的 case，你沒有查過的一定要提醒，所以把這一方面刪掉，我覺得比較不好。但是另外一點我覺得模糊的提醒，只是告訴醫師說這一個病人要提醒他要做腎功能檢查，提醒說這個病人已經 eGFR 已經在 45 以下，要注意開藥。這個提醒我覺得模糊就好，那時候我們會有一個意見是說，當你給這個模糊提醒的話，我會做一個說明欄，當你點到那個說明欄的時候，我們就有一系列說明，當 eGFR 多少時 NSAIDs 使用量要多少的 principal 在這邊，那個是我記得是非常早的時候提出來是這個樣子，就是提醒的那個地方是短短的，另外它可以看說明那個部分，腎臟醫學會說明那個部分都已經寫好了，腎功能怎麼樣，以 principal 上 NSAIDs 使用怎麼樣。以上報告。

主席

好，謝謝宋教授。請張醫師。

張孟源代表

主席、各位代表，大家好，剛剛在報告當中有說到醫師公會全聯會，因為針對這個案子的話我們其實非常的重視，所以在上禮拜基層委員會有特別提出來討論，當時黃啟嘉主委也做了幾點的建議。就是剛剛謝院長提的腎功能不明的部分，那其實我們覺得腎功能不明，長期吃 NSAIDs，本來真的是也是一個很大的問題。但是因為基於現實的考量，也不可能每個人都叫把去抽血。所以我記得在 5 月份開會的時候我有參加。當時我是建議，就是說你不可能叫每一個吃 NSAID 都要去抽血驗腎功能。我們有兩個辦法，一個就是從國健署那邊還有從健保署那邊把所有的資料集合在一起，可以讓大多數可能知道有腎功能的部分，這樣的話未知的部分就會越來越少，已知的部分就越來越多。但是另外的每個人都檢查也不太可能，就是說少數某些人假

如說吃了 3 個月或吃了 6 個月，那是不是應該檢查？我是覺得說這一點可能署方可能要考慮。因為今天那麼多的計畫，藥師計畫什麼計畫，假如一個人長期吃 3 個月 6 個月，但是腎功能又不明，那是不是應該檢查？還是說只要吃 1 個禮拜腎功能不明就要檢查，我覺得這兩個是有差異性的。第二個部分就是說在文字方面，我們尊重醫院協會還有腎臟醫學會的建議，我們建議的是說在提示的天數方面，有一些是 3 天，3 天的話一下子就全部要提示，所以我們的建議是抓大放小，所以在天數方面的話可能是 7 天到 14 天，然後另外一方面的話在不明的部分，可能要去抓長期吃止痛藥也要去加入，以上補充報告，謝謝！

主席

好，謝謝張醫師。其他還有委員要對這一項表示意見嗎？好，沒有意見的話，基本上有幾個問題。來，請吳院長。

吳麥斯代表

剛剛那個理事長點名說一定要講話。但是我現在也代表醫院協會，不然那個腎臟醫學會沒有請我來。所以我是同意，其實真的都非常感謝大家，然後也做了非常多的這些努力，也考慮得非常詳細。不過所有的這可能是副署長這邊更加的專家。因為其實所有的政策要實施，不是說我周延就可以，一定要有一些共識。所以我最後這邊應該還是我覺得如果醫師公會跟醫院學會也都認為是這樣，比較可以接受的話，因為其實大家有非常多的想像，那些事情不一定會發生，但是大家就會覺得就會發生。所以我是覺得說大家那醫師公會跟醫院學會都同意這樣的話，我就是覺得應該用這樣的版本，沒關係我們先走。然後我們一定會發現很多問題，然後這是一定的，然後就像藥師一樣，我們會持續來改善。不然的話如果我們還在這邊，就像剛剛副署長講的，還在那邊一直在討論，不管是天數還是這個的話，那其實這個會讓我們又沒有開始。我是相信只要開始就會有神奇的事情發生。

主席

好，因為吳院長代表的不是腎臟醫學會，他是代表的是醫院協會，所

以他為醫院協會的版本爭取一下。腎臟醫學會這邊，請理事長。

黃尚志代表

如果就專業的立場我是反對的。如果讓這樣的 NSAID 的警語能夠開始在臺灣實行的話，我會 compromise 說我們用這個版本來試看看，好好查看看這個版本到底會造成多大的影響，也許半年一年後再拿出來。如果這樣的版本不行的話，那我們就要求嚴格的再比這個版本要更嚴格。否則的話這個討論了近 2 年了都沒有踏出去的話，也看不出什麼結果來，每次講了人家說你們吃了太多的 NSAID，然後統計都是這樣子，現在就用這個版本再去統計看看，看有多少人吃了有多少人怎麼樣了。因為看雲端藥歷，7 天幾天的話，你看了這個腎功能不是只有單點的，最好這個醫院的話如果你可以看到整個走然後掉下來的，那個你去問他，你去哪裡打一支針什麼的就掉下來，掉下來繼續用，就是繼續下去，但是我們現在談這個，你現在要用 14 天要用 7 天的這個方法，那我們談那麼久了，就像吳院長提的，我們也同意 compromise，然後讓它執行一段時間以後再去看看到底是這個版本可以還是更嚴格，那時候再來做一個決定。否則的話這個談那麼久了那麼久了，每一次再回去研議，我們也煩了，我想時間在過，那已經造成的困擾也很大，所以我就暫時從專業的立場我是反對啦，但是從執行面的話我們就妥協，讓它執行一段時間看看。

主席

好。謝謝！那有幾個問題，就是請大家一個一個確認一下。首先腎功能狀態不明，這個在 5 月 11 號是刪除。其實後來醫院協會跟醫師公會也是贊成刪除。可是剛剛謝景祥院長是希望能夠不要刪除，這件事情我再確認一下好不好？腎臟學會這邊專業的看法。

台灣腎臟醫學會 張哲銘秘書長

剛剛張孟源張秘書長已經說過了，這個基本的問題。這個等於是不是要求說這個有開 NSAID 但是沒有測腎功能，就要求他測腎功能，因為這個要求範圍也蠻廣。所以剛剛理事長說就專業觀點，這是應該有沒有做，但是就實際層面而言，暫時刪除大致上也是醫院學會跟醫師

公會的共識，以上。

主席

好。謝院長是不是第一回合這個先沒有。其實如果要留的話，可能文字可能還要再審酌一下。現在腎臟醫學會專業的意見是第一回合我們就這個部分暫時不做提示，謝院長可以嗎？

謝景祥代表

不過其實很奇怪的，5月11日我從頭到尾在那邊開，這一條是留下來的。因為5月11日太奇怪了，這一條是有的。

主席

來，請同仁說明一下。

醫審及藥材組 丁安安

報告，5月11號的會議紀錄是有留下來的，但在前次的研商議事會議我們提案討論的時候有建議，就是因為試算的次數就是影響層面比較大，所以建議刪除。

主席

是在上一次的會議就先建議刪除。好，這一項確實謝院長也是苦口婆心，認為其實他是骨科醫師他會開這種藥，他的病人都一直在吃這種藥，他也擔心，對不對？謝院長你還要發言，請。

謝景祥代表

我覺得說，我覺得同意剛剛宋教授講的，先講一個剛剛說明方面，說明方面的時候，我同意說妥協，妥協的時候就是說按照醫院協會的版本，但是後面還有一個說明，當醫師可以進去，可以進去之後就可以看到腎臟醫學會完整的建議跟意見。第二點關於腎功能不明的時候，我是覺得說我們就可以怕提示太多，我們就加限制。那加限制的時候，第一個我們把它腎功能，一年之內都沒有去查過腎功能的，再來就是說這一年裡面他使用NSAID我們要訂28天還是要訂56天，那這樣的時候就可以縮小提示範圍。腎功能不明及一年還要再去吃到56天的NSAID完全沒辦法，這麼重要的不提示那是很糟糕的事情。因為其實你都不去測的時候，好像以我來講，都準備要慢箋了我一定會測。

但是我每個月我都會抓到 Pre-ESRD，你抽到 3A 那些地方大概沒有什麼關係，NSAID 沒有關係，但是你的 eGFR 你開了慢箋你還不去測，我就覺得我們需要管控的就是這一塊，既然我們要做，最重要的這一點都沒有做。

主席

好，謝謝！先請宋教授，再來張醫師。

宋俊明代表

我相當同意謝院長說的話，那事實上腎臟醫學會討論腎功能不明這一段的時候，也很明顯的說如果在長期使用的 NSAID 的病人，應該要去檢查腎功能。我不知道秘書長妥協這一點是希望這個會議能夠順利。不過假設不知道張醫師及這邊醫院協會能不能夠接受，當你開出三個月慢箋，或者是 2 個月的這個 NSAID 的病人，你叫他去抽一個腎功能，我想這個並不過分。說什麼現實上面的不可行，因為這一類的病人你長期吃 NSAID 難道不抽嗎？而且這個是腎臟醫學會一直很堅持的立場。所以秘書長那邊是不是可以再考量一下？腎臟醫學會秘書長理事長那邊是不是考量一下這一點，是不是考慮一下謝院長的建議。謝謝！

主席

好，請張醫師。

張孟源代表

主席、各位委員，大家好，我是張孟源醫師。第一點腎功能不明的部分，其實我們醫師公會是有內部的意見的，就是跟宋教授所講的是接近的。就是說你長期使用超過三個月，腎功能不明是應該檢查的。但是因為我們基於和諧，剛剛院長也講到就是說大概有醫院協會，我們全聯會有收到醫院協會的文，但是醫院協會是把第一條刪除的，所以如果我們針對這一點就非常非常慎重，我們是尊重，到底要刪不刪，最後還是考慮說暫時才會提到這裡來討論。我還是一以貫之的想法，就是說我們要擴大去檢測腎功能，很多人腎臟不明盡量讓他不明變明。第二個假如是屬於高風險的一個邊緣的，連續吃三個月或兩個月，

大家都可以討論。超過兩個月就應該檢查，這一點我們是完全贊成，以上，謝謝！

主席

好，謝謝張醫師。這樣，我們可不可以分別快一點處理。有關於第一項腎功能狀態不明的，而且他又可能是開藥天數很長。這個的提示的門檻，現在先不要講，回去想一想，而且這個連續處方已經超過多久的？所以我想腎功能不明的部分，麻煩腎臟醫學會回去想一想之再給我們公文，大概是一個月內給我們公文，目前這部分暫時不提示。另外只要剛剛的附件 4-2 的部分，就是剛剛理事長已經講了，就是暫時第一階段先妥協，用醫師公會跟醫院協會的妥協版本。這個版本當然是比較不好，是因為它不管病人的 stage 怎麼樣進步，提示文字都一樣，也沒有比較積極的提示，但是既然已經腎臟醫學會、醫師公會還有全聯會、醫院協會都共識這樣，我們也不好堅持，就是先用共識的版本，就是現在的妥協版本這個先上路，然後就像大家說的再觀察，看如果沒有效，我們可能就必須要更積極的去做提示。所以這一點我們今天就確定。至於醫師公會所提的開立當時 NSAID 天數，我們就暫時尊重腎臟醫學會原來的版本，就是 7 天、3 天就不再延長。這些提示就是提醒而已，也沒有太多的積極的意義，我們這一階段就先這樣決議。至於大家關心說提示的量很大，也沒辦法，還有一點就是說剛剛是宋教授還有張醫師有提到說是不是這個模糊的提示的點進去有一個比較詳細的說明，就麻煩醫審及藥材組去設計。如果這個醫生覺得他想要再看比較詳細的腎臟醫學會的建議，可以點進去看連結，這個是雙重設計。這是今天的決議，至於腎功能不明，因為到底提示的門檻是什麼，麻煩腎臟醫學會研究。只要一有決定，我們就立刻進行提示。建議的決議的內容大家有沒有意見？張醫師。

張孟源代表

主席，提示的門檻裡面，在講就是說像有一些 stage5，您的裁示是 3 天就要提示嗎？還是 7 天？

主席



沒有，第四期跟第五期才會 3 天。3B 的話是 7 天。

張孟源代表

3 天的話有時候簡表都是一下都是 3 天。

主席

大於 3 天就要提示。

張孟源代表

所以大於 3 天是包括 3 天嗎？

主席

不包括 3 天。4、5、6 以上，4 天以上。

張孟源代表

不是。在法律的文字大於 3 天就是 3 天也包括。

醫審及藥材組 高幸蓓專門委員

張醫師，跟您報告，法律用語是以上、以下含端點。

主席

好。以後那個就寫 3 天以上不含 3 天。現在大家對於法律的用語比較在意。大於 7 天，就是 7 天以上不含 7 天，這樣好不好？好，其他大家還有沒有意見？好，如果沒有意見的話，本案就先通過，1 個月內請台灣腎臟醫學會再給我們腎功能不明的提示跟建議，第五案就這樣討論完了。請問今天的討論事項有 5 項討論完畢，有沒有臨時動議案？好，如果沒有的話，我們今天會議就到這裡。還是要感謝我們遠端視訊的委員一起跟我們開會到現在。我們期待下一次就見到你們了，不要再視訊，因為視訊蠻不保險的。好，謝謝大家！

散會：下午 5 時 10 分