

檔 號：
保存年限：

副 本

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務審查執行會南區分會 函

地址：台南市民生路一段82號2樓
電 話：06-2211971
傳 真：06-2217483
承辦人：周芷好

受文者：如正、副本出席人員及單位

發文日期：中華民國102年11月1日
發文字號：102南基總字第0090號
速別：
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：102年第三次共管會會議記錄

主旨：轉知102年10月02日「西醫基層醫事服務審查執行會南區分會共管會第三次會議」會議紀錄乙份，請查收。

正本：張主任委員金石、王副主任委員正坤、徐副主任委員超群、郭秘書長宗男、陳組長相國、王組長錦基、吳組長欣席、楊總召宜杰、黃顧問仁享、李委員宣德、曾委員良達(嘉義市醫師公會代表)、夏委員保介(雲林縣醫師公會代表)。
副本：全體委員、四縣市醫師公會、審查執行會。

主任委員

張 金 石

102.11.4.1019
第一頁 共一頁

上網公告
鄭華琴
102.11.4

裝

訂

線

副本

南基總文	
檢閱	0304
收文日期	102.10.16

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：(南區業務組)台南市中西區公園路96號
 傳真：(06)2244406
 聯絡人及電話：黃佳慧(06)2245678轉4107
 電子信箱：

700

台南市中西區民生路一段82號2樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會南區分會

發文日期：中華民國102年10月14日

發文字號：健保南字第1025061790號

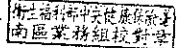
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送102年10月2日召開「西醫基層醫療服務審查南區共管會」102年度第3次會議會議記錄，請查照。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會南區分會



副本：

署長黃三桂

本案依分層負責規定授權組室主管決行

「西醫基層醫療服務審查南區共管會」102年度第3次會議
會議記錄

會議時間：102年10月2日(星期三) 14時00分

會議地點：衛生福利部中央健保署南區業務組9樓第1會議室(台南市公園路96號)

主席：衛生福利部中央健康保險署南區業務組龐組長一鳴、
中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查
執行會南區分會張主委金石

出席人員：

中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會
南區分會：

黃仁享	陳相國	吳欣席	夏保介	楊宜杰
李宣德	王錦基	郭宗男	曾良達	

衛生福利部中央健康保險署南區業務組

林純美	李彩萍	陳淑惠	龔川榮	李麗娟
陳秀環	吳迪鈞	呂麗娟	王碧霞	朱峰玉

壹、主席報告：

貳、前次會議追蹤事項(如附件一)

參、報告事項：

「西醫基層醫療服務審查南區共管會」102年度第3次會議報告
事項：

健保局南區業務組醫療費用二科執行報告

肆、提案討論：

提案一： 提案單位：南區業務組
案由：102年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案之核發
項目-衛教宣導之審查標準及必要時實地訪查案。

說明：

- 一、依102年4月2日健保醫字第1020023031號公告102年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案辦理。
- 二、本方案之陸、四(註4)內容略以，1.請各診所於102年12月提報「衛教宣導自評單」(如附件二)予保險人各分區業務組，以供共管會議審查參考，院所未提供者視為不合格，並請於103年2月底前提供合格及不合格名單。2.必要時保險人各分區業務組及中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會各分會實施實地訪查。
- 三、審查不合格標準：
 - 1.未於期限內(102年12月20日前，以郵戳為憑)檢送「衛教宣導自評單」至本組備查者視為不合格。
 - 2.衛教宣導自評單欄位內容填報不完整者，例如：院所基本資料填報不全、缺漏醫事機構(特約)章戳、衛教內容、執行概況欄位資料填報不全或缺漏者均視為不合格。

決議：依審查標準辦理，本組並於12月1日前將審查結果資料回饋上傳VPN供各診所知悉合格與否。

提案二： 提案單位：南區業務組
案由：本組擬建議修訂103年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，請討論。

說明：

- 一、依據署本部醫務管理組102年8月26日email辦理。
- 二、建議103年度本方案修訂事項，修改其要旨摘錄如下：
 - (一)鼓勵西醫基層醫師到醫療資源不足地區執行新開業或巡迴醫療，擇一申請之，並停辦「新開業」之保障金額，改以診察費加成，以避免怠工及處方釋出之複雜計算。詳附件三第16頁。
 - (二)配合二代醫療醫管檔建制的作文字修訂，如醫師依性質分執業醫師及開業醫師。
 - (三)執行本方案巡迴醫療服務滿6個月，每診次就醫低於8人次之巡迴點，該診所應變更巡迴點或增加巡迴點為2-3個。詳附件三第7頁第七(二)2.(1)b項。

(四)定義巡迴點為周圍1.8公里路程內無西醫醫療院所，該巡迴無每日定時醫療專車經過。詳附件三第7頁第七(二)2.

(1) a、c項。

(五)取消滿意度調查，改以考核指標。詳附件三第21頁第(九)項。

決議：照案通過。

提案三：

提案單位：基層審查南區分會

案由：有關西醫基層住診服務，只有婦產科診所依法有產科病床(10張以下)可申報住院，建議也應比照醫院層級規定，每日上傳公佈空床數，以維護病患就醫權利及就醫資訊透明化且可符合醫療法第12條及第73條、75條規定下使用病床的合理性。

說明：

- 一、醫療法第12條：醫療機構設有病房收治病人者為醫院，僅應門診者為診所；非以直接診治病人為目的而辦理醫療業務之機構為其他醫療機構。前項診所得設置九張以下之觀察病床；婦產科診所，得依醫療業務需要設置十張以下產科病床。醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之。同法第73條：醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。
- 二、最近幾年南區有些基層婦產科診所的生產住診數，明顯超出醫療法及健保論病例計酬支付標準的規定，為了使病床使用的合理性、透明化及病人就醫的醫療品質及權利，事先預防醫糾的發生及投訴。
- 三、應當比照醫院層級每日上傳公佈該診所的空床數於自家網頁、明顯位置與造冊，以利病患明瞭就醫資訊，如果診所病床不敷使用，也應依醫療法第73條、75條，對病人做

妥善轉診，以維護病人就醫權利及品質，也事先預防虛擬病床的產生，造成醫糾的發生及投訴。

四、健保剛開辦初，也有規定診所的開刀個案，24小時內要上傳、傳真至中央健保署南區業務組報備的機制。

辦法：

一、依照醫療法 73 條及相關法令規定，請對於有申報住診的院所，確實遵照上述規定。

二、為了落實醫療法 73 條及相關法令規定，請設有住診床位的院所，接生人數前一季內其中一個月有達 80 人以上，就應比照醫院層級規定，每日上傳公佈每日空床數的資訊。

【醫療法第 12 條、第 73 條、第 75 條(附件四、五)】

南區業務組說明：

一、現行依全民健康保險法第 67 條：

特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。

特約醫院應每日公布保險病床使用情形。

保險人應每月公布各特約醫院之保險病房設置比率，並每季查核之。

二、另依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條、34 條：

特約醫院保險病房之病床數應符合總病床數比率，且特約醫院應於住院櫃檯及其網路網頁公開病床相關資訊。

依上述規定，目前對於所有醫院保險病床比率及公開病床數使用情形有明確規範。

三、惟基層婦產科診所之產科病床，應係提供產婦待產及產後休息使用，為觀察床之一類，與醫院之住院病房有別，亦無保險病床設置比率規定，故不列入本保險上述規範。對於診所產科觀察病床資訊目前無法源規範需公開。

四、再依全民健康保險法第 74 條規定，保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。前項醫療品質資訊之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。詳如附件六(102 年 8 月 7 日衛生福利部令「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」)

五、爰此，本案建請南區分會向中華民國醫師公會全國聯合會提出建議。

決議：依全民健康保險醫療品質公開辦法第3條第1項規定，保險醫事服務機構是否涵蓋西醫基層診所，請業務組另以請辦單詢問署本部。

提案四： 提案單位：基層審查南區分會
案由：建請修改抽審原則，若第一次因某原因抽審六個月而無任何核刪，或低於平均核刪比率，且第二次也因同樣原因抽審，應停止相同原因繼續抽審，改為一般抽審或輪審。

南區業務組說明：依本組西醫基層診所管理指標與抽樣審查原則，10 平均每件診療費，11 平均就醫次數，12 平均每日藥費指標須送審者，業已訂定連續審查3個月(前前季初審)核減率低於0.3%者，得免除3個月本指標審查，除非指標計算期間(前前季)平均每件數值高於自家院所去年同季平均每件數值。

決議：

- 一、本案併提案五、提案六。
- 二、請基層審查南區分會於1週內推舉5名委員，與本組共同召開西醫基層診所管理指標與抽樣審查工作小組會議討論。
- 三、請南區業務組先行分析降血脂用藥費用情形。

提案五： 提案單位：基層審查南區分會

案由：建請討論訂定降脂藥最低維持劑量標準，以利審查。

說明：關於降脂藥健保局已有新的使用規範，意即若有高血脂病的病人，既使已達正常標準，仍可繼續使用降脂藥。由於降脂藥多屬高價藥，若不予以嚴格規範，恐將影響給付點值。(附件七)

南區業務組說明：

- 一、本署業已訂定相關標準(102年8月1日全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定，如附件八)。
- 二、本組擬檔案分析高血脂用藥情形，如有不符全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定使用情形者予以加強抽審。

決議：併提案四。

提案六： 提案單位：基層審查南區分會

案由：為杜絕浪費醫療資源，請再重新建議加收病患之自付額。

說明：

- 一、最近降血脂藥物的使用條件放寬，若不加收慢箋之自付額，將會嚴重侵蝕基層總額。
- 二、高血壓、糖尿病和高血脂皆是慢性病，如同復健科的中風及脊髓損傷病患，如不加收自付額，將形成復健資源負擔及健保財務之沉重負擔。

決議：併提案四。

伍、散會：16時10分

102 年度第 2 次「西醫基層醫療服務審查南區共管會」
會議決議追蹤事項

案號	案由	決議	辦理情形
提案討論第一案	為提高南區初期慢性腎臟病照護率案，本組與社團法人台南市醫師公會、行政院衛生署台南醫院共同辦理初期慢性腎臟病醫療給付改善方案研討會。	請雲嘉南各縣市醫師公會協助宣導會員踴躍參加本次研討會，並由南區業務組提供收案率偏低診所名單，請各縣市醫師公會 6 月底前指派 1 位以上適合醫師，協助輔導當地診所收治病人，以提升照護率。	一、本研討會業於 102 年 7 月 23 日（星期二）12：00-17：00 衛生福利部台南醫院急診大樓 6 樓大會議廳室舉行辦理。 二、102 年南區初期慢性腎臟病照護率目標值 82%，截至 102 年 7 月西醫基層平均累計照護率 41%，另提供 102 年輔導診所名單。
提案討論第二案	102 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案之核發項目-衛教宣導案。	為撙節公務郵件寄送郵資費用，南區業務組透過健保資訊網(VPN) 宣導，並請雲嘉南各縣市醫師公會協助宣導，請西醫基層院所配合於 102 年 12 月 20 日前將「衛教宣導自評單」，併醫療費用申請總表檢送至本業務組備查。南區業務組及基層審查南區分會，將另於下次共管會議提案討論本項衛教宣導案之審查標準及必要時實施實地訪查方式。	於 102 年第 3 次共管會議提案討論衛教宣導案之審查標準及必要時實施實地訪查方式。

案號	案由	決議	辦理情形
提案討論第三案	建請增列 102 年南區業務組西醫基層診所管理指標與抽樣審查原則「一、行政管理類序號 7 第 3 點：診所生產個案住院日數少於標準住院日數之當月所有案件，採全部立意抽樣審查。	診所生產個案住院日數少於標準住院日數之案件，列入每半年執行一次之例行性執行檔案分析項目，並排除申報件數 60(含)件以下之婦產科診所。	本案專業審查共有 4 家診所核減，計核減 526,021 點，後請列入例行性檔案分析，每半年執行一次。
提案討論第四案	建請停止檔案分析「自 102 年 2 月費用起門診平均每張處方用藥品項數大於 5 項及每張處方用藥品項數大於 10 項者將進行專業審查」。	一、本案仍持續辦理。 二、請基層審查南區分會審查組針對實際用藥品項與申報不符之診所加強審查，並於 7 月底前召開審查會議，以建立審查共識。	請南區分會報告審查會議建立審查共識情形。

〇〇診所 衛教宣導自評單

健康促進是基層醫師工作之價值所在，為達到此目標，衛教宣導亦為日常執業方式之一。為強化國民健康意識並提升醫療品質，本年度特將「衛教宣導」納入西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案評核指標之一，鼓勵基層醫師落實衛教並加強病人對各類常見疾病預防及認識。

請就實際執行狀況，填寫並勾選以下項目：

壹、院所基本資料

- 一、名稱：
- 二、代碼：
- 三、地址：
- 四、電話：
- 五、負責醫師：

醫事機構(特約)章戳

(醫事機構印章)	(負責醫師印章)
----------	----------

貳、衛教之內容(以下均可複選)

一、衛教工具

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 衛教單張 | <input type="checkbox"/> 海報 | <input type="checkbox"/> 雜誌 | <input type="checkbox"/> 網頁、部落格 |
| <input type="checkbox"/> 影片 | <input type="checkbox"/> 簡訊 | <input type="checkbox"/> 診間口語宣導 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

二、衛教執行者

- 醫師 藥師 護理師 其他專業人員 相關行政人員

三、衛教內容

(一) 防止危險行為

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 抽菸 | <input type="checkbox"/> 不當飲食 | <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 缺乏運動 |
| <input type="checkbox"/> 酗酒 | <input type="checkbox"/> 壓力 | <input type="checkbox"/> 藥癮 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

(二) 提供健康資訊

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血脂 | <input type="checkbox"/> 心血管疾病 |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 慢性腎臟病 | <input type="checkbox"/> 呼吸道疾病 | <input type="checkbox"/> 預防保健 |
| <input type="checkbox"/> 該專科常見疾病_____ | | <input type="checkbox"/> 其他_____ | |

(三) 提升照護成效

- 服藥習慣 加強建議 就醫習慣 其他_____

四、執行概況： 年 月 至 月 期間，本診所就醫病人中約 _____ 曾給予衛教，

其中，約 _____ % 曾給予簡單衛教(<5分鐘)。

約 _____ % 曾給予 5 至 10 分鐘衛教。

約 _____ % 曾給予 10 分鐘以上衛教。

103年(草案)	102年(現行條文)	南區建議	修正說明
<p>(三)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供新開業醫療服務：</p> <p>1. 以該區總額內核定點數及每點支付金額計算；但每點支付金額至少1元，每月依保障額度20萬元計算，至第36個月止。另如申報點數超過保障額度者，以實際申報點數計算，以實際核定點數及每點支付金額核付。惟承辦本方案後第13個月起，若連續二個月核付總服務量(含開業及巡迴醫療之費用)未滿保障額度50%，則自次月起終止保障，改僅以診察費按申報點數計算，以實際核定點數及每點支付金額加計2成支付，至第36個月止。</p> <p>註 1：保障額度包含診所釋出交付機構之醫療費用點數。 註 2：自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年終止計畫補助，且不再接受同一申請人申請本計畫。 註 3：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整保障額度之百分比。</p> <p>2. 執業醫師西醫基層診所同時提供執業新開業及巡迴醫療服務時，已接受前項20萬元保障者或申請點數超過20萬者，其巡迴醫療服務之論次費用以30%支付。</p> <p>(四)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提</p>	<p>減免20%。</p> <p>(三)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供新開業醫療服務：</p> <p>1. 每月保障額度20萬元，至第36個月止。惟承辦本方案後第13個月起，若連續二個月總服務量(含開業及巡迴醫療之費用)未滿保障額度50%，則自次月起終止保障，改僅以診察費按申報點數加計2成支付，至第36個月止。</p> <p>2. 執業醫師同時提供執業及巡迴醫療服務時，已接受前項20萬元保障者，其巡迴醫療服務之論次費用以30%支付。</p> <p>(四)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提</p>	<p>除法施行細則第60條規定，部分負擔得予減免20%。</p> <p>取消每月保障額度20萬元。保障額度容易造成醫師怠工，應以診察費增加50%(相當於每月500人次)或40%之方式，以簡化行政作業。</p>	<p>酌作文字修訂。</p> <p>原2.刪除，理由同前。</p>

103年(草案)	102年(現行條文)	南區建議	修正說明
<p>2.巡迴服務相關規定： (1).巡迴點之規定： a.每1個巡迴點至多1天1次巡迴醫療、每週以3次為限，同一巡迴地點，同一時段，以一家診所為限。每次巡迴時間不得少於3小時，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限。</p> <p>b.執行本方案滿6個月，巡迴點每診次平均就醫低於8人次(不含)；該診所應提改善計畫書或變更巡迴點，交本保險分區業務組核定。</p> <p>c.本方案巡迴點之申請，限於申請時未有醫師執業之村、里。嗣後該巡迴點有醫師執業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至方案期滿為止。</p>	<p>2.巡迴服務相關規定： (1).巡迴點規定： a.每1個巡迴點至多1天1次巡迴醫療、每週以3次為限，同一巡迴地點，同一時段，以一家診所為限。每次巡迴時間不得少於3小時，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限。</p> <p>b.執行本方案滿6個月，巡迴點每診次平均就醫低於8人次(不含)，該診所應提改善計畫書或變更巡迴點，交本保險分區業務組核定。</p> <p>c.本方案巡迴點之申請，限於申請時未有醫師執業之村、里。嗣後該巡迴點有醫師執業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至方案期滿為止。</p>	<p>執行本項服務者，不在此限。</p> <p>a. 每1個巡迴點(巡迴點：周圍1.8公里路徑內無西醫醫療院所，該巡迴無每日定時醫療專車經過)至多1天1次巡迴醫療、每週以3次為限，同一巡迴地點，同一時段以一家診所為限。每次巡迴時間不得少於3小時，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限。</p> <p>b.執行本方案滿6個月，巡迴點每診次平均就醫低於8人次(不含)，該診所應提改善計畫書或變更巡迴點，或增加巡迴點為2-3個，交本保險分區業務組核定。</p> <p>c. 本方案巡迴點之申請，限於申請時周圍1.8公里路徑內無西醫醫療院所，該巡迴無每日定時醫療專車經過。嗣後該巡迴點有醫師</p>	<p>定義巡迴點並酌作文字修訂。若以無醫村定義，易落入該村間距一條馬路有醫院/診所之不合理現象，故以距離為宜。另定時醫療專車接送病人，致巡迴時無病人。b.計畫書無一致性可審理。</p> <p>c.趨於嚴謹，落實醫療資源不足方案之精神。</p>

103年(草案)	102年(現行條文)	南區建議	修正說明
<p>3.若上述方案均不可行，始列為異常狀況處理，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼“F000”申報。</p> <p>4.無法持健保IC卡刷卡之案件，應另按月提報無法刷卡之時間、地點、人次及無法刷卡之原因。</p> <p>(九)考核程序及內容：</p> <p>1.繳交時間與繳送單位：</p> <p>(1).於1月1日至5月31日期間執行本方案者：應於6月10日至6月15日期間內向保險人分區業務組填報上半年考核要點(附件8)。保險人分區業務組視需要依其自評項目實地審查。</p> <p>(2).自6月1日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束前10個工作日內向保險人分區業務組填報下半年考核要點。</p> <p>2.考核項目如下：</p> <p>(1).實地審查考核評分表或電話抽查評核</p> <p>(2).執業地點民眾意見評核</p> <p>(3).內部檔案分析評核</p> <p>(4).綜合討論及評分</p> <p>3.考核結果：</p> <p>(1).評分結果為96分以上，列入優等。</p>	<p>3.若上述方案均不可行，始列為異常狀況處理，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼“F000”申報。</p> <p>4.無法持健保IC卡刷卡之案件，應另按月提報無法刷卡之時間、地點、人次及無法刷卡之原因。</p> <p>(九)考核程序及內容：</p> <p>1.繳交時間與繳送單位：</p> <p>(1).於1月1日至5月31日期間執行本方案者：應於6月10日至6月15日期間內向保險人分區業務組填報上半年考核要點(附件8)。保險人分區業務組視需要依其自評項目實地審查。</p> <p>(2).自6月1日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束前10個工作日內向保險人分區業務組填報下半年考核要點(附件8)，作為下年度審核之參考。</p> <p>2.考核項目如下：</p> <p>(1).實地審查考核評分表或電話抽查評核</p> <p>(2).執業地點民眾意見評核</p> <p>(3).內部檔案分析評核</p> <p>(4).綜合討論及評分</p> <p>3.考核結果：</p>	<p>(九)考核指標：</p> <p>(1) 就醫人次/每診。</p> <p>(2) 平均用藥天數。</p> <p>(3) 所服務之民眾固定於巡迴服務地點就醫比率。</p> <p>(4) 診次異動次數。</p>	<p>希改以考核指標如左。</p>

醫療法

第二章 醫療機構

第 12 條 醫療機構設有病房收治病人者為醫院，僅應門診者為診所；非以直接診治病人為目的而辦理醫療業務之機構為其他醫療機構。
前項診所得設置九張以下之觀察病床；婦產科診所，得依醫療業務需要設置十張以下產科病床。
醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之。

第 73 條 醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。

第 75 條 醫院得應出院病人之要求，為其安排適當之醫療場所及人員，繼續追蹤照顧。
醫院對尚未治癒而要求出院之病人，得要求病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人，簽具自動出院書。
病人經診治並依醫囑通知可出院時，應即辦理出院或轉院。

第四章 醫療業務



0990012716

行政院衛生署中央健康保險局 函

機關地址：(南區業務組)台南市公園路96號
傳真：(06)2244370
聯絡人及電話：特約承辦(06)2245678轉4515-4517
電子信箱：

訂入 登記提單

附 700

級 附件

受文者：

發文日期：中華民國99年12月23日
發文字號：健保南字第0995062232號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：請依據「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第33條規定，配合辦理病床資訊標示作業，請查照。

說明：

- 一、依據99年9月15日公告修正「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第33條規定，特約醫院應於其住院櫃檯及其網際網路網頁明顯標示其設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，並於其病房護理站明顯標示該病房之前述各項資料。
- 二、本案業於99年12月9日「南區醫院總額第二次院長會議」宣導辦理，惟對條文內容之「各類病床之每日占床數及空床數」執行疑義，說明如下：
 - (一)病床標示之每日占床數及空床數，應指「各類病床」，醫院可自行細分(如進一步再依住院科別、病房樓別、男或女、成人或兒童等區分更佳)。
 - (二)本條文雖未明文規範醫院資料更新時間點與更新頻率，惟依條文內容，應至少每日更新一次，醫院可自行決定其病床資訊更新方式與頻率，並註明更新時間與頻率。
 - (三)建議加註類似「各類病床之供應順序，皆有輕重緩急及診療科別等調度考量，非有空床即應提供」之說明，俾

14

- 供民眾瞭解醫院病床使用調度情形，以避免產生誤解。
- 三、為提高行政效率及避免影響貴院醫療業務運作，請貴院於99年12月31日前依附表填報病床標示辦理情形及相關照片供參，本局將不定期辦理實地訪視作業。
- 四、請配合辦理本項標示作業，並請特別加強網際網路網頁之病床標示，以利民眾就醫查詢之便。

正本
副本：

局長 戴桂英

本局核發准許執照發給組室全體啟

關於公報 公報瀏覽 公報查詢 網路資源 會員專區

行政院公報資訊網

The Executive Yuan Gazette Online

每日即時刊登行政院及所屬各機關公布之法令規章等資訊

對於本網站提供之相關資訊，如有任何疑義，請逕向公（發）布機關洽詢。

衛生福利部令

中華民國102年8月7日
衛部保字第1021280007號

訂定「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」。

附「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」

部 長 邱文達

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

第 一 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第七十四條第二項規定訂定之。

第 二 條 保險人應定期公開與全民健康保險（以下稱本保險）有關之醫療品質資訊如下：

- 一、依本法第六十七條第三項規定每月應公布之各特約醫院保險病房設置比率。
- 二、整體性之醫療品質資訊（如附表一）。
- 三、機構別之醫療品質資訊（如附表二）。
- 四、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

前項定期公開之資訊，以保險醫事服務機構依法令規定應向保險人登錄或備查、醫療費用申報及第八條所定資料，並經保險人彙整者為限。

第 三 條 保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊如下：

- 一、依本法第六十七條第二項規定每日應公布之保險病床使用情形。
- 二、訂有給付上限之自付差額特殊材料品項、廠牌、產品性質（含副作用、禁忌症及應注意事項等）及收費標準等相關資訊。
- 三、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

第 四 條 保險人為增訂或修正前二條所定項目，得邀請保險醫事服務提供者、專家學者及被保險人代表，就資訊公開之目的、成本效益、可行性及實證醫學進行評選或檢討。

第 五 條 依本辦法公開之醫療品質資訊，除法令另有規定外，保險人、醫學中心及區域醫院應採電信網路傳送供公眾線上查詢為主要公開途徑；其他保險醫事服務機構得選擇下列適當方式之一為之：

- 一、利用電信網路傳送或其他方式供公眾線上查詢。
- 二、張貼於保險醫事服務機構內明顯易見處。
- 三、舉行記者會或說明會。

16

四、其他足以使公眾得知之方式。

第六條 依本辦法公開之醫療品質資訊，應使民眾易於瞭解及避免爭議，並得請相關團體或人員對有關資訊之資料來源、定義、意義及使用限制作說明。

第七條 依本辦法公開之醫療品質資訊，得依公開項目之性質及資訊彙整所需之時程，採日、月、季、半年或年公開及更新。

第八條 保險人為辦理本辦法醫療品質資訊公開作業，得向附表一及附表二所列各醫療給付費用總額部門之代表團體或相關醫學會，要求提供資料。

第九條 依本辦法公開全民健康保險醫療品質資訊時，應依個人資料保護法及其相關法令之規定辦理。

第十條 本辦法自發布日施行。

第二條附表一

整體性之醫療品質資訊

總額部門別/服務別	項目名稱
一、醫院總額	1. 門診注射劑使用率
	2. 門診抗生素使用率
	3. 同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗精神分裂症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
	5. 平均每張處方箋開藥品項數
	6. 十八歲以下氣喘病人急診率
	7. 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)執行率
	8. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率
	9. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率
	10. 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率
	11. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率
	12. 住院案件出院後三日以內急診率
	13. 剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症
	14. 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率
	15. 接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用ESWL之次數
	16. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率
	17. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率
二、西醫基層總額	1. 門診注射劑使用率
	2. 門診抗生素使用率
	3. 同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗精神分裂症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
	5. 平均每張處方箋開藥品項數
	6. 平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂
	7. 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)執行率
	8. 就診後同日於同院所再次就診率
	9. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率
	10. 剖腹產率-整體、自行要求、具適應症
三、牙醫門診總額	1. 牙體復形同牙位再補率-一年以內、二年以內
	2. 保險對象牙齒填補保存率-二年以內、二年以內、恆牙二年以內、乳牙一年六個月以內
	3. 同院所九十日以內根管治療完成率
	4. 恆牙根管治療六個月以內保存率
	5. 十三歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率
	6. 五歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率

	7. 院所感染控制申報率		
	8. 牙周病統合照護計畫執行率		
四、中醫門診 總額	1. 使用中醫門診者之平均中醫就診次數		
	2. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率		
	3. 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率		
	4. 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率		
	5. 於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率		
	6. 使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1. 營養狀態	V	V
	2. 尿素氮透析效率	V	V
	3. 貧血檢查	V	V
	4. 住院率	V	V
	5. 死亡率	V	V
	6. 瘻管重建率	V	
	7. 腹膜炎發生率		V
	8. 脫離率	V	V
	9. B型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率	V	V
	10. C型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率	V	V
11. 五十五歲以下透析病人移植登錄率	V	V	

第二條附表二

機構別之醫療品質資訊

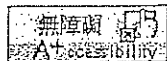
總額部門別/ 服務別/ 疾病別	項目名稱
一、醫院總額	1. 同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗精神分裂症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	2. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
	3. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率
	4. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率
	5. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用Potassium-sparing diuretics或Aldosterone antagonist之比率
	6. 門診手術(含體外震波碎石術)後二日以內急診或住院率
	7. 急診轉住院暫留急診超過四十八小時案件比率
	8. 保險病房設置比率
	9. 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率
	10. 精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率
	11. 同醫院生產案件出院後十四日以內非計畫性再住院率
	12. 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率
	13. 出院後三日以內同院所再急診率
	14. 急診就診後同日於同醫院急診返診比率
	15. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率
	16. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率
	17. 主要器官移植植入手術個案數與存活率
二、西醫基層 總額	1. 注射劑使用率
	2. 抗生素使用率
	3. 同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗精神分裂症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	4. 健康檢查普及率—小兒、成人
	5. 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)執行率
	6. 糖尿病病人空腹血脂檢查執行率
	7. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率

18

	8. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用Potassium-sparing diuretics或Aldosterone antagonist之比率		
	9. 具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病人使用β-Blocker比率		
	10. 就診後同日於同院所再次就診率		
	11. 消化性潰瘍新病人執行幽門桿菌清除治療比率		
	12. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日再次因同疾病就診率		
	13. 六歲以下兒童氣喘住院率		
三、牙醫門診總額	1. 牙齒填補保存率—二年以內、乳牙一年六個月以內		
	2. 恆牙二年以內同院所再補率		
	3. 院所執行「根管難症特別處理」之數量		
	4. 根管治療完成率		
	5. 根管治療保存率—六個月以內、乳牙三個月以內、恆牙六個月以內		
	6. 執行牙周病基礎治療之人數		
	7. 牙周疾病控制基本處置執行率		
	8. 十三歲以上病人執行全口牙結石清除之比率		
	9. 五歲以下兒童執行口腔預防保健服務之比率		
	10. 執行口腔癌篩檢之案件數		
	11. 執行單純齒切除之數量		
	12. 簡單性拔牙執行後三十日以內不需要術後特別處理之比率		
	13. 參與牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫或牙周病統合照護計畫之院所名單		
	14. 牙周病案件比率		
四、中醫門診總額	1. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率		
	2. 中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率		
	3. 同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率		
	4. 藥品標示(藥袋標示)情形		
	5. 參與特定疾病門診加強照護之院所名單		
	6. 參與中醫門診總額所訂計畫或方案之院所名單		
	7. 參與醫療資源不足地區改善方案之院所名單		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1. 營養狀態	√	√
	2. 貧血檢查	√	√
	3. 尿素氮透析效率	√	√
	4. 脫離率	√	√
	5. 腹膜透析腹膜炎發生率		√
	6. 瘻管重建率	√	
	7. B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	√	√
	8. C型肝炎抗體轉陽率	√	√
	9. B肝、C肝是否設立透析專屬機器	√	
	10. 各院所新增透析病人之腹膜透析人數及占率		√
六、糖尿病	1. 糖尿病病人執行檢查率—醣化血紅素(HbA1c)、空腹血脂、眼底檢查或眼底彩色攝影、尿液蛋白質檢查		
	2. 糖尿病病人加入照護方案比率		
七、人工膝關節手術	1. 人工膝關節置換手術後九十日以內傷口感染率		
	2. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率		
	3. 實施人工膝關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率		
八、子宮肌瘤手術	1. 子宮肌瘤手術當次住院日數大於七日比率		
	2. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官損傷發生率		
	3. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官徵候發生率		
	4. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率		
九、消化性潰瘍疾病	1. 消化性潰瘍病人接受除菌藥物治療比率		
	2. 消化性潰瘍病人開始治療一年以內有用口服抗發炎劑比率		
十、氣喘疾病	1. 氣喘病人加入照護計畫比率		
	2. 氣喘病人出院後十四日以內因同一疾病再入院比率		
	3. 氣喘病人開立類固醇藥物吸入劑比率		
十一、急性心肌梗塞疾病	1. 急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間執行血脂LDL檢查比率		
	2. 急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率—Aspirin、ADP受體拮抗劑、β-Blocker、ACE inhibitor或ARB		
	3. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三個月/六個月/九個月以內給藥比率—Aspirin、ADP受體拮抗劑、β-Blocker、ACE inhibitor或ARB		
	4. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率		

5. 急性心肌梗塞 (AMI) 病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率

[Top](#)



對於本網站提供之相關資訊，如有任何疑義，請逕向公(發)布之機關洽詢

行政院公報編印中心 服務專線：02-23924146 / 傳真專線：02-23569970

電子信箱：ego@gazette.nat.gov.tw

服務時間：每週一至週五上班時間AM 8:30~12:30 PM 1:30~5:30

公報紙本訂閱，請洽國家書店松江門市（秀威）：02-27964359

行政院研究發展考核委員會 版權所有 / 本站建議使用IE7以上瀏覽器，800x600 或1024x768 螢幕解析

20

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務審查執行會高屏分會

101年西醫基層大內科第1次審查共識會議紀錄

會議時間：101年7月18日(星期三)中午12:30

會議地點：中央健康保險局高屏分局11會議室

<地址：高雄市三民區九如二路157號>

出席單位及參加人員：

高屏分區委員會 王組長欽程、林主任委員正泰、本屆大內科審查醫師
健保局高屏業務組 張科長清雲、曾專員慧玲、楊專員桂花、曾順麟、
黃阿香、顏如玉、邱嫻穎

高屏分區委員會會務人員 黃雅惠、陳幸慧

紀錄：陳幸慧

主席：王欽程組長

壹、主席致詞(略)

貳、宣導及報告事項：

為使專業審查尺度趨近，將以往共識會議常見之審查議題，再次說明：

一、Mopride 的使用規範?(依學理與適應症使用)

Mopride 類藥物請依學理及適應症審查。

二、Insulin 又開予 sulfaruea, 是否要刪除 sulfaruea?

100年內科共識：學理上並無不可。若是使用中長效 Insulin 再加上一天三次短效 Insulin 治療病人實無不必再用 sulfaruea。目前

提案四

案由: PSA 檢驗規範?

建議:

1. 前列腺超音波檢查或前列腺肛診，發現前列腺 stony hard 及 irregular surface。
2. 男性大於 60 歲，有血尿併排尿困難(先排除尿路結石)。
3. 保留 BPH。
4. 使用 Proscar 治療 BPH 者，依規定必須 PSA<4。
5. PSA 檢查異常者，可 3-6 個月定期追蹤檢查。

決議:

PSA 檢查適應症如下:

1. 前列腺超音波檢查或前列腺肛診，發現前列腺腫大或前列腺 stony hard 及 irregular surface。
2. 男性大於 60 歲前有血尿併排尿困難(先排除尿路結石)。
3. 使用 Proscar 治療 BPH 者，依規定必須 PSA<4。
4. PSA 檢查異常者，可 3-6 個月定期追蹤檢查。

提案五

案由: 降血脂藥的最低劑量使用原則，請討論。

說明: 依照健保對降血脂藥物使用規範，若達標者建議亦減量使用。造成醫師用藥困擾，如藥品已用 0.5# Q0d 仍達標，要再減量實有困難，患者服藥順從性也不方便(曾看到診所開立處方 0.5# Q5d 案例)。

建議: 建立藥品使用之最低合理劑量，兼顧用藥方便即可，例如:

Lipitor(10) 0.5# Q0d，為最低使用劑量。

決議：依一般用藥劑量的 1/2 劑量為最低使用劑量。

以下最低有效劑量係指經藥物治療達治療目標後的 maintenance dose。

Statin 藥物劑量列表供參：

	藥品名	建議最低有效劑量
1	Atorvastatin (Lipitor)	5mg
2	Fluvastatin (Lescol)	40mg
3	Lovastatin (Mevacor)	10mg
4	Pravastatin (Mevalotin)	10mg
5	Rosuvastatin (Crestor)	5mg
6	Simvastatin (Zocor)	10mg
7	Pitavastatin (Livalo)	1mg

提案六

案由：HBV-DNA(12184C, 2000 點)，HCV-RNA(12185C, 2200 點)檢查時機及合理性為何，請討論。

說明：

全民健康保險藥事小組第 8 屆第 14 次會議紀錄

時間：99 年 5 月 6 日上午 9 時 15 分

地點：行政院衛生署中央健康保險局 9 樓第 1 會議室

出席人員：如會議簽到單

主席：陳代理召集人昭姿

紀錄：黃宇君

壹、主席致詞(略)

貳、上次會議紀錄確認(略)

參、報告事項

報告案一

案由：全民健康保險藥事小組待審議案件進度報告。

決定：洽悉。

報告案二

案由：關抗癌瘤藥物 Sprycel Film-Coated Tablets，依協議每年重新檢討支付價格結果報告案。

決定：洽悉。

報告案三

案由：有關抗癌瘤藥物 Sutent (sunitinib)，依協議每年重新檢討支付價格報告案。

決定：洽悉。

報告案四

案由：有關帶狀皰疹後神經痛治療藥物 gabapentin 成分藥品，依協議每年重新檢討支付價格報告案。

決定：洽悉。

報告案五

案由：有關修訂全民健康保險藥品給付規定 1.3.2.3 topiramate 之第 2 項限用品項為「限許可證已核准適應症之藥品」乙案。

決定：

用藥 ezetimibe +simvastatin (如 Vytorin) 納入新修訂「全民健康保險降血脂藥物給付規定表」之適用範圍乙案，提請討論。

結論：全民健康保險藥品給付規定 2.6.3. ezetimibe +simvastatin 給付規定已將 Vytorin 視為第一線用藥，適用修訂後之「全民健康保險降血脂藥物給付規定表」。

提案八

案由：有關「羅氏大藥廠股份有限公司」申復抗腫瘤新藥 Avastin Injection 25mg/mL, 4mL (bevacizumab, K000807219) 健保支付價格乙案，提請討論。(廠商申請到會報告)

結論：依廠商所提 2004 年 New England Journal of Medicine 發表之文獻報告，Avastin 與 irinotecan/5-FU/LV 合併使用作為轉移性大腸直腸癌者之第一線療法，與 irinotecan/5-FU/LV 合併療法比較，存活期延長 4.7 個月(20.3 個月 vs. 15.6 個月)，相較於依 2004 年 Journal of Clinical Oncology 發表之文獻報告，5-fluorouracil/leucovorin/oxaliplatin (FOLFOX4) 與 irinotecan/5-FU/LV 之整體存活期中位數也有延長 4.5 個月(19.5 個月 vs. 15.0 個月)。考量本案藥品對全民健康保險之財務衝擊，請廠商研提風險分攤計畫，再提會討論。

提案九

案由：有關「台灣默克股份有限公司」申請修訂抗腫瘤藥物 cetuximab (如:Erbitux) 藥品給付規定乙案，提請討論。

結論：本案因時間因素未及審議，留待下次會議討論。

提案十

案由：有關「美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司」申請抗黴菌用之含 caspofungin 成分注射劑 (如 Cancidas Injection) 依行政院衛生署核准之適應症放寬藥品給付規定乙案，提請討論。

結論：本案因時間因素未及審議，留待下次會議討論。

提案十一

提案

案由：降血脂藥的最低劑量使用原則，請討論。

	藥品名	建議最低有效劑量
1	Atorvastatin (Lipitor)	5mg
2	Fluvastatin (Lescol)	40mg
3	Lovastatin (Mevacor)	10mg
4	Pravastatin (Mevalotin)	10mg
5	Rosuvastatin (Crestor)	5mg
6	Simvastatin (Zocor)	10mg
7	Pitavastatin (Livalo)	1mg
8	Simvastatin+Ezetrol (Vytorin)	10mg+10mg

六、Chol/TG/HDL/LDL 的檢驗規範？

重申 99.7.16 本分區審查共識

- (1) lipid 檢查不宜限制 chol/TG HDL/LDL 任一項。
- (2) 規定 3-6M 期間檢驗，稍微 < 3m 或稍微 > 6m 檢驗應可以被接受。因為病患就診時間，有時難掌握，宜給予延後 1 個月或提前半個月的實務運作彈性空間（因考量現今病患實際就醫型態，放寬為 2.5-7 個月）。
- (3) 非 DM，非 CAD 病患檢查報告需以當次及 3 個月前（一年內）的檢查報告 2 次為基準。
- (4) 非 DM，非 CAD 病患以前曾經 hyperlipidemia，並服藥治療過。治療停藥後一段時間（例如 3-6M 或 > 1 年）又檢查有問題，是否可以立即給藥？以前已確認高血脂症，並經過 life style 調整，因此只要停藥 6 個月內再檢查有問題，可以立即給予治療劑量，如停藥後 6 個月內，檢查有上昇之現象（雖還未超標）可以立即再給予低維持劑量。

七、降血脂藥物之審查規範？

1. Pure TG 高或 TG > 500 優先使用 fibrate
2. 單純 Hypercholesterol 或 Hyper LDL 優先使用 statin
3. Mixed hyperlipidemia (TG 高，chol 或 LDL 也高) 學理上宜優先使用 Statin。乃至併用 fibrate 及 statin 在學理上也是適當的。但儘量尊重第一線醫師用藥選擇 statin 或 fibrate。
4. 高血脂治療中，常有翹翹板現象（例如治療 chol 一段時間，變成 TG 上升，學理上可以減量 statin 再加上 fibrate。反之用

fibrate 治療 TG 一陣子後，chol 上升，宜改用 statin) 但因慢性處方箋的緣故，無法立即將 statin 變成 fibate (或 fibate 變成 statin) 宜尊重醫師的選擇，不必太過硬性要求。

5. 未達治療目標前，可以不用減量。

八、使用三種以上降血壓藥物之審查規定，一定要其中一種是 diuretics?

單純性的 HT，無其他疾病，如用第三種藥物的話，以 diuretics 為優先。如果有 diuretics 不適應症(例：Cr > 2.5、Thiazide 使用效果不佳、高血脂、高尿酸、高血糖不宜用 Thiazide)或有其他適應症(BPH、HF...等)，則使用第三種藥物，不一定要是利尿劑。

九、請召集人或審查醫師將討論結果彙整歸納後，委由公會宣導會員醫師相關規定，以避免不必要的核刪。

參、提案討論

提案一

案由:有關 TZD 與 DPP4 inhibitor 要限制併用嗎?

建議:

1. 雖併用與否有人贊用有人反對，依 2012 年台灣糖尿病治療指引，並不反對併用。
2. 如開放併用，對於併用比率高的診所宜加強審查。

決議:通過前開建議項目，對於併用比率高的診所宜加強審查，必要時可批註立意抽審。

全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第六編第八十三條

「藥品給付規定」修正規定

第2節 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

(自 102 年 8 月 1 日生效)

修正後給付規定		原給付規定																																																																																											
<p>2.6. 降血脂藥物 Drugs used for dyslipidemia</p> <p>2.6.1. 全民健康保險降血脂藥物給付規定表 (86/1/1、87/4/1、87/7/1、91/9/1、93/9/1、97/7/1)</p> <p>91/9/1、93/9/1、97/7/1、102/8/1)</p> <table border="1"> <caption>全民健康保險降血脂藥物給付規定表</caption> <thead> <tr> <th>非藥物治療</th> <th>起始藥物治療血脂值</th> <th>血脂目標值</th> <th>處方規定</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>心血管疾病或糖尿病患者</td> <td>與藥物治療可並行</td> <td>TC < 160mg/dL 或 LDL-C ≥ 100mg/dL</td> <td>第一年應每 3-6 個月抽血檢查一次，第二年以後應至少每 6-12 個月抽血檢查一次，同時請注意副作用之產生如肝功能異常、橫紋肌溶解症。</td> </tr> <tr> <td>2 個危險因子或以上</td> <td>均應前應有 3-6 個月非藥物治療</td> <td>TC < 200mg/dL 或 LDL-C < 130mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 個危險因子</td> <td>均應前應有 3-6 個月非藥物治療</td> <td>LDL-C ≥ 130mg/dL 或 TC < 240mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0 個危險因子</td> <td>均應前應有 3-6 個月非藥物治療</td> <td>LDL-C ≥ 160mg/dL 或 LDL-C < 190mg/dL</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>● 心血管疾病定義： (一) 冠狀動脈粥狀硬化病人；心絞痛病人，有心導管證實或缺血性心電圖變化或負荷性試驗陽性反應者(附檢查報告) (二) 缺血性腦血管疾病病人包含： 1. 腦梗塞。 2. 暫時性腦缺血患者(TIA)。(診斷須由神經科醫師確立) 3. 有症狀之頸動脈狹窄。(診斷須由神經科醫師確立) ● 危險因子定義： 1. 高血壓 2. 男性 ≥ 45 歲，女性 ≥ 55 歲或成傳經者 3. 有早發性冠心病家族史(男性 ≤ 55 歲，女性 ≤ 65 歲) 4. HDL-C < 40mg/dL 5. 吸菸(因吸菸而符合起步治療準則之個案，若未戒菸而要求藥物治療，應以自費治療)。</p>		非藥物治療	起始藥物治療血脂值	血脂目標值	處方規定	心血管疾病或糖尿病患者	與藥物治療可並行	TC < 160mg/dL 或 LDL-C ≥ 100mg/dL	第一年應每 3-6 個月抽血檢查一次，第二年以後應至少每 6-12 個月抽血檢查一次，同時請注意副作用之產生如肝功能異常、橫紋肌溶解症。	2 個危險因子或以上	均應前應有 3-6 個月非藥物治療	TC < 200mg/dL 或 LDL-C < 130mg/dL		1 個危險因子	均應前應有 3-6 個月非藥物治療	LDL-C ≥ 130mg/dL 或 TC < 240mg/dL		0 個危險因子	均應前應有 3-6 個月非藥物治療	LDL-C ≥ 160mg/dL 或 LDL-C < 190mg/dL		<p>2.6. 降血脂藥物 Drugs used for dyslipidemia</p> <p>2.6.1. 全民健康保險降血脂藥物給付規定表 (86/1/1、87/4/1、87/7/1、91/9/1、93/9/1、97/7/1)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">非藥物治療</th> <th rowspan="2">起點血脂</th> <th colspan="2">血脂濃度</th> <th rowspan="2">≥ 2 個危險因子 (如附註二)</th> <th rowspan="2">TC/HDL-C > 5 或 HDL-C < 40mg/dL</th> <th rowspan="2">治療目標</th> <th rowspan="2">處方規定</th> </tr> <tr> <th>TC</th> <th>LDL-C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">無心血管疾病患者 (如附註一)</td> <td>有下列情況之一者</td> <td>≥ 200mg/dL</td> <td>≥ 130mg/dL</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>< 200mg/dL</td> <td>如非藥物治療未達治療目標，得使用降血脂藥物(精附三個月前及本次血脂檢查數據)，接受藥物治療後，應每三至六個月抽血檢查一次，同時請注意副作用之產生，如已達治療目標得考慮減量至最低有效劑量，並持續追蹤治療。(91/9/1、93/9/1、97/7/1)</td> </tr> <tr> <td>子三至六個月非藥物治療</td> <td>≥ 240mg/dL</td> <td>≥ 160mg/dL</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>< 240mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">有心血管疾病或糖尿病患者</td> <td>同時予以非藥物治療</td> <td>≥ 200mg/dL</td> <td>≥ 130mg/dL</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>< 130mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>同時予以非藥物治療</td> <td>≥ 240mg/dL 或 HDL-C < 40mg/dL (91/9/1)</td> <td>≥ 160mg/dL</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>< 160mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">有心血管疾病或糖尿病患者</td> <td>同時予以非藥物治療</td> <td>≥ 200mg/dL</td> <td>≥ 130mg/dL</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>< 200mg/dL (87/4/1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>同時予以非藥物治療</td> <td>≥ 240mg/dL 或 HDL-C < 40mg/dL (91/9/1)</td> <td>≥ 160mg/dL</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>< 160mg/dL (87/7/1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">有心血管疾病或糖尿病患者</td> <td>同時予以非藥物治療</td> <td>≥ 200mg/dL</td> <td>≥ 130mg/dL</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>≤ 100mg/dL (87/7/1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>同時予以非藥物治療</td> <td>≥ 240mg/dL 或 HDL-C < 40mg/dL (91/9/1)</td> <td>≥ 160mg/dL</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>< 150mg/dL (87/7/1)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>血中三酸甘油酯高於 500mg/dL，具有罹患急性缺血性心臟病危險者，得使用降血脂藥物。(87/4/1、93/9/1)</p> <p>附註一：心血管疾病患者 (一) 冠狀動脈粥狀硬化患者(附檢查報告、醫院名額及日期)。 有心導管檢查證實有心電圖(附心電圖)或住院證實(附檢查報告)。 有心絞痛、有缺血性心電圖變化或運動試驗陽性反應者(附檢查報告)。 (二) 腦血管疾病患者 腦梗塞。 腦內出血 陣發性腦缺血患者(TIA)其症狀性缺血且經血管部動脈起點或血管造影證實者。 (三) 周邊血管疾病患者 1. 有糖尿病者 2. 糖尿病 3 年 3. 有早發性冠心病家族史 5 女性 ≥ 55 歲或成傳經者 4. 有早發性冠心病家族史 5 女性 ≥ 55 歲或成傳經者 5. 有早發性冠心病家族史 5 女性 ≥ 55 歲或成傳經者 6. 吸菸(因吸菸而符合起步治療準則之個案，如要求藥物治療，應以自費治療)。</p>		非藥物治療	起點血脂	血脂濃度		≥ 2 個危險因子 (如附註二)	TC/HDL-C > 5 或 HDL-C < 40mg/dL	治療目標	處方規定	TC	LDL-C	無心血管疾病患者 (如附註一)	有下列情況之一者	≥ 200mg/dL	≥ 130mg/dL	×	×	< 200mg/dL	如非藥物治療未達治療目標，得使用降血脂藥物(精附三個月前及本次血脂檢查數據)，接受藥物治療後，應每三至六個月抽血檢查一次，同時請注意副作用之產生，如已達治療目標得考慮減量至最低有效劑量，並持續追蹤治療。(91/9/1、93/9/1、97/7/1)	子三至六個月非藥物治療	≥ 240mg/dL	≥ 160mg/dL	×	×	< 240mg/dL		有心血管疾病或糖尿病患者	同時予以非藥物治療	≥ 200mg/dL	≥ 130mg/dL	×	×	< 130mg/dL		同時予以非藥物治療	≥ 240mg/dL 或 HDL-C < 40mg/dL (91/9/1)	≥ 160mg/dL	×	×	< 160mg/dL		有心血管疾病或糖尿病患者	同時予以非藥物治療	≥ 200mg/dL	≥ 130mg/dL	×	×	< 200mg/dL (87/4/1)		同時予以非藥物治療	≥ 240mg/dL 或 HDL-C < 40mg/dL (91/9/1)	≥ 160mg/dL	×	×	< 160mg/dL (87/7/1)		有心血管疾病或糖尿病患者	同時予以非藥物治療	≥ 200mg/dL	≥ 130mg/dL	×	×	≤ 100mg/dL (87/7/1)		同時予以非藥物治療	≥ 240mg/dL 或 HDL-C < 40mg/dL (91/9/1)	≥ 160mg/dL	×	×	< 150mg/dL (87/7/1)	
非藥物治療	起始藥物治療血脂值	血脂目標值	處方規定																																																																																										
心血管疾病或糖尿病患者	與藥物治療可並行	TC < 160mg/dL 或 LDL-C ≥ 100mg/dL	第一年應每 3-6 個月抽血檢查一次，第二年以後應至少每 6-12 個月抽血檢查一次，同時請注意副作用之產生如肝功能異常、橫紋肌溶解症。																																																																																										
2 個危險因子或以上	均應前應有 3-6 個月非藥物治療	TC < 200mg/dL 或 LDL-C < 130mg/dL																																																																																											
1 個危險因子	均應前應有 3-6 個月非藥物治療	LDL-C ≥ 130mg/dL 或 TC < 240mg/dL																																																																																											
0 個危險因子	均應前應有 3-6 個月非藥物治療	LDL-C ≥ 160mg/dL 或 LDL-C < 190mg/dL																																																																																											
非藥物治療	起點血脂	血脂濃度		≥ 2 個危險因子 (如附註二)	TC/HDL-C > 5 或 HDL-C < 40mg/dL	治療目標	處方規定																																																																																						
		TC	LDL-C																																																																																										
無心血管疾病患者 (如附註一)	有下列情況之一者	≥ 200mg/dL	≥ 130mg/dL	×	×	< 200mg/dL	如非藥物治療未達治療目標，得使用降血脂藥物(精附三個月前及本次血脂檢查數據)，接受藥物治療後，應每三至六個月抽血檢查一次，同時請注意副作用之產生，如已達治療目標得考慮減量至最低有效劑量，並持續追蹤治療。(91/9/1、93/9/1、97/7/1)																																																																																						
	子三至六個月非藥物治療	≥ 240mg/dL	≥ 160mg/dL	×	×	< 240mg/dL																																																																																							
有心血管疾病或糖尿病患者	同時予以非藥物治療	≥ 200mg/dL	≥ 130mg/dL	×	×	< 130mg/dL																																																																																							
	同時予以非藥物治療	≥ 240mg/dL 或 HDL-C < 40mg/dL (91/9/1)	≥ 160mg/dL	×	×	< 160mg/dL																																																																																							
有心血管疾病或糖尿病患者	同時予以非藥物治療	≥ 200mg/dL	≥ 130mg/dL	×	×	< 200mg/dL (87/4/1)																																																																																							
	同時予以非藥物治療	≥ 240mg/dL 或 HDL-C < 40mg/dL (91/9/1)	≥ 160mg/dL	×	×	< 160mg/dL (87/7/1)																																																																																							
有心血管疾病或糖尿病患者	同時予以非藥物治療	≥ 200mg/dL	≥ 130mg/dL	×	×	≤ 100mg/dL (87/7/1)																																																																																							
	同時予以非藥物治療	≥ 240mg/dL 或 HDL-C < 40mg/dL (91/9/1)	≥ 160mg/dL	×	×	< 150mg/dL (87/7/1)																																																																																							

