

中華民國醫師公會全國聯合會

第 11 屆第 12 次基層醫療委員會會議紀錄

時間：107 年 6 月 7 日(星期四)下午 2 時 00 分

地點：本會第一會議室

出席：黃振國、丁鴻志、王正坤、吳國治、吳順國、呂紹達、李紹誠、周慶明、
林育正、林旺枝、林應然、林誓揚、許鵬飛、連哲震、陳晟康、曾梓展、
廖明厚、趙善楷、端木梁、鄭英傑、藍毅生

請假：盧榮福、王欽程、朱建銘、李森仁、周明河、洪德仁、徐超群、張金石、
陳正和、顏鴻順、蘇榮茂

列席：陳炳榮、翁文能、莊維周、張孟源、張必正

主席：黃召集委員啟嘉

指導：邱理事長泰源

記錄：陳哲維

壹、主席報告：(略)。

貳、上次會議結論辦理情形：

一、有關 107 年西醫基層總額醫療服務成本及人口因素成長率(非協商項目)，所增加之預算運用於調整支付標準案，本會業於 107 年 1 月 5 日召開 107 年非協商項目增加之預算運用於調整支付標準討論會議，會議結論如下：有關 107 年西醫基層總額醫療服務成本及人口因素成長率所增加之預算運用於調整支付標準乙節，考量基層科別眾多差異較大，經六分區代表討論，同意基層院所第一階段中 1-30 人次、山地離島地區 1-50 人次及精神科 1-45 人次診察費，調升 8 點。本案於 107 年 5 月 31 日西醫基層總額研商議事會議討論，惟本會反對中央健保署建議納入提高假日開診誘因方案，惟是日會議暫無共識，另提臨時會再議。

二、有關「醫院部門將門診患者下轉至基層院所，以達成醫院部門一年門診量減量 2%之目標案」：行文中央健保署，建議於實施一個月後邀集各層級醫療院所代表，檢討施行成果及改善機制。

參、報告事項：洽悉。

肆、討論事項：

一、案由：有關本會建議修訂非類固醇抗發炎劑外用製劑之給付規定乙案，提請討論。(提案單位：秘書處)

結論：通過，建議修正條文如下：

- 1.1. 疼痛解除劑 Drugs used for pain relief
- 1.1.1. 非類固醇抗發炎劑外用製劑：(88/9/1、92/2/1、94/9/1、○○/○○/1)
1. 不得同時併用口服或其他外用非類固醇抗發炎劑。
 2. 外用軟膏劑每4週至多以處方 40gm 為限；局部貼片劑每4週限處方四片以內。
 3. 局部貼片劑限不適合口服非類固醇抗發炎劑之單一關節(部位)或軟組織風濕症病患使用。

二、案由：有關藥品給付規定修訂建議內涵及必要優先順序，提請討論。(提案單位：秘書處)

結論：依【原議程附件 16】建議彙整表之討論項次，修正對照表詳如【附件 1】略以：

- (一) 通過序號 1-13：「1.2.2.2. Second generation antipsychotics」等 13 項修訂建議，併請中央健保署評估費用衝擊。
- (二) 保留序號 14-16：「1.2.3. Zaleplon、zolpidem、zopiclone、eszopiclone、brotizolam、triazolam 及 flunitrazepam」、「10.7.1.1. 全身性抗疤診病毒劑」及「5.1.糖尿病用藥 Drugs used in diabetes」等 3 項。

三、案由：為提高糖尿病照護的收案率，增進糖尿病照護品質，建議修改支付標準第八部第二章糖尿病之品質獎勵計算方式。(提案人：鄭委員英傑)

結論：通過，修訂對照表詳如【附件 2】。

四、案由：執行會審查組建議研議修訂藥品給付規定第 10 節 10.1.抗微生物劑用藥給付規定通則有關「使用健保第一線以外之抗微生物製劑，其檢驗報告檢附規範」建議案，提請討論。(提案單位：秘書處)

結論：通過，建議修正對照表如下：

執行會審查組建議修訂條文	現行藥品給付規定條文
10.1.抗微生物劑用藥給付規定通則： 10.本保險第一線抗微生物製劑範圍暫訂如附表一，並得視實際需要予以增減。	10.1.抗微生物劑用藥給付規定通則： 10.本保險第一線抗微生物製劑範圍暫訂如附表一，並得視實際需要予以增減。

<p>11.使用本表以外之抗微生物製劑超過<u>七日十日</u>時，除需附微生物培養與敏感試驗報告外，尚需附相關檢驗報告(如血、尿...等)與 TPR chart 影本並註明使用抗微生物製劑之規格、劑量、使用日期以利審核。<u>未超過十日得不需附微生物培養與敏感試驗報告。</u></p>	<p>11.使用本表以外之抗微生物製劑超過<u>七日</u>時，除需附微生物培養與敏感試驗報告外，尚需附相關檢驗報告(如血、尿...等)與 <u>TPR chart</u> 影本並註明使用抗微生物製劑之規格、劑量、使用日期以利審核。</p>
---	--

五、案由：執行會審查組建議研議修訂藥品給付規定第 3 節 3.3.1.肝庇護劑有關「肝功能報告有效期限」建議案，提請 討論。(提案單位：秘書處)

結論：通過，建議修正對照表如下：

執行會審查組建議修訂條文	現行藥品給付規定條文
<p>3.3.1.肝庇護劑： 3.使用肝庇護劑應檢附肝功能報告，該報告有效期為<u>三個月六個月</u>，逾期應再複查。</p>	<p>3.3.1.肝庇護劑： 3.使用肝庇護劑應檢附肝功能報告，該報告有效期為<u>三個月</u>，逾期應再複查。</p>

伍、臨時提案

一、案由：病人住院期間至其他院所就診，健保署是否有相關規定規範，例如是否可以欠卡，或只能看醫院所沒有的相關科別，請健保署就相關規定統一發文說明，提請 討論。(提案人：林委員旺枝)

結論：函請中央健保署針對下列全民健康保險醫療辦法部分疑義進行說明，避免造成醫病困擾：

1. 有關第 7 條長期用藥之慢性病人，如有相關特殊情況無法親自就醫者，得委請他人向醫師陳述病情代領藥品乙節，其中受監護或輔助宣告者，已明定受託人需提供法院裁定文件影本，建議經醫師認定失智病人之身分認定，亦應有具體詳細規範，供醫療院所遵循。
2. 有關第 10 條保險對象住院期間，因不同診療科別疾病，經診治醫師研判須立即接受診療，而該醫院並無設置診療科別以提供服務時，得依規定請假外出門診乙節。因基層醫師無法於雲端藥歷查詢該病人住院用藥，可能造成重複用藥核扣問題，屬不可歸責於院所，不應核扣院所費用。
3. 有關第 14 條規定：(1)保險對象未攜帶健保卡就醫，醫師最多僅可

給 30 天藥，其補繳健保卡後，是否僅能於下個月就醫後再開立處方？倘保險對象要求改開給三個月之慢性病連續處方箋，將造成醫病紛擾，院所應如何因應？(2)保險對象領藥後，因藥品遺失或毀損，再就醫之醫療費用，由保險對象自行負擔乙節，前揭「醫療費用」除藥費外，是否包含診察費、診療費及掛號費等費用？又醫療機構是否應刷健保卡？請併予釐清。

二、案由：107 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式案，提請 討論。(提案單位：秘書處)

結論：考量健保會就此項專款預算之協定事項，本會建議基層占率上升時，即表示醫院病人往基層流動，同時設立人次量增加之門檻，兩者達標時，應啟動調整費用機制。

(一) 動支門檻：

1. 第一階段：當季各區西醫基層門診申報人次占率 > 去年各區同期門診申報人次占率(A)
2. 第二階段：全區門診人次須高過 200,000 人次。

(二) 預算執行方式：

1. 預算按季均分，優先支應「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足後，方為當季可支用預算。
2. 107 年度當季西醫基層該分區補助總點數 = [當季該分區門診人次占率 - 去年同期該分區門診人次占率(A)] X 當季該分區西醫整體門診申報人次(C) X 當季該分區西醫基層門診平均每件醫療費用點數(D)。
3. 當季西醫基層該分區補助總點數，按每點 1 元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。
4. 若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(三) 試算資料詳【附件 3】。

陸、散會：下午 4 時 10 分

編號	建議修訂	現行藥品給付規定
1	<p>1.2.2.2. Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如 clozapine、olanzapine、risperidone、quetiapine、amisulpride、ziprasidone、aripiprazole、paliperidone 等)：(91/9/1、92/1/1、92/7/1、94/1/1、95/10/1、97/5/1、99/10/1)</p> <p>1. 略</p> <p>2. 本類藥品不得用於雙極性疾患之鬱症發作。</p> <p>3. 略</p>	<p>1.2.2.2. Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如 clozapine、olanzapine、risperidone、quetiapine、amisulpride、ziprasidone、aripiprazole、paliperidone 等)：(91/9/1、92/1/1、92/7/1、94/1/1、95/10/1、97/5/1、99/10/1)</p> <p>1. 略</p> <p>2. 本類藥品不得用於雙極性疾患之鬱症發作。(95/10/1)</p> <p>3. 略</p>
2	<p>1.3.3. 失智症治療藥品</p> <p>1. 略</p> <p>2. 略</p> <p>3. 略</p> <p>4. 依疾病別及嚴重度，另規定如下： (1) 阿滋海默氏症之失智症由神經科或精神科醫師處方使用。 I. 輕度至中度失智症： 限使用 donepezil、rivastigmine 及 galantamine 口服製劑 (90/10/1、92/1/1、95/6/1、100/3/1、102/8/1、106/10/1)；</p> <p>i. 略</p> <p>ii. 略</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步至 3 分 1 級，則應停用此類藥品。 惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets 等 3 種藥品使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。</p> <p>II. 中重度失智症： 限使用 memantine 口服製劑 (95/6/1、99/10/1、102/8/1、106/10/1)</p>	<p>1.3.3. 失智症治療藥品</p> <p>1. 略</p> <p>2. 略</p> <p>3. 略</p> <p>4. 依疾病別及嚴重度，另規定如下： (1) 阿滋海默氏症之失智症由神經科或精神科醫師處方使用。 I. 輕度至中度失智症： 限使用 donepezil、rivastigmine 及 galantamine 口服製劑 (90/10/1、92/1/1、95/6/1、100/3/1、102/8/1、106/10/1)；</p> <p>i. 略</p> <p>ii. 略</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets 等 3 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。(98/1/1、99/5/1、102/8/1、106/10/1)</p> <p>II. 中重度失智症： 限使用 memantine 口服製劑 (95/6/1、99/10/1、102/8/1、106/10/1)</p>

編號	建議修訂	現行藥品給付規定
3	<p>i. 略</p> <p>ii. 略</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 2 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。</p> <p>III. 重度失智症： 限使用 donepezil 及 memantine 口服製劑 (102/8/1)</p> <p>i. 略</p> <p>ii. 略</p> <p>iii. 略</p> <p>v. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets、Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 5 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。</p> <p>14.1.2. 複方製劑：(92/2/1、101/12/1、104/4/1、106/2/1) 限經單一降眼壓藥物治療後，眼壓仍控制不良之患者第二線(含)以上用藥。(91/12/1、97/8/1、97/9/1、101/12/1)</p> <p>眼壓大於 30mmHg 時，第一次藥物可以 Combine 兩種 1st line 藥或直接使用複方製劑或前列腺素衍生物類：(Prostaglandin analogues) 第二線青光眼藥。</p>	<p>i. 略</p> <p>ii. 略</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 2 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。</p> <p>III. 重度失智症： 限使用 donepezil 及 memantine 口服製劑 (102/8/1)</p> <p>i. 略</p> <p>ii. 略</p> <p>iii. 略</p> <p>v. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets、Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 5 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。</p> <p>14.1.2. 複方製劑：(92/2/1、101/12/1、104/4/1、106/2/1) 限經單一降眼壓藥物治療後，眼壓仍控制不良之患者第二線(含)以上用藥。(91/12/1、97/8/1、97/9/1、101/12/1)</p>
4	<p>14.5. 人工淚液：(87/7/1、93/2/1)</p> <p>1. 乾眼症病患經淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)至少單眼淚液分泌少於 5 mm 者。</p>	<p>14.5. 人工淚液：(87/7/1、93/2/1)</p> <p>1. 乾眼症病患經淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)至少單眼淚液分泌少於 5 mm 者。</p>

編號	建議修訂	現行藥品給付規定
2.	<p>因乾眼症導致角膜病變、暴露性角膜病變或其它相關之角膜病變 變必須時之使用。</p> <p>(1)人工淚液眼藥水運用在眼部手術後或是輕微乾眼症病患使用。可依臨床觀察診斷(Tear film status, Punctate epithelial defect, 等)或以 Schirmer test < 10mm 可開立。</p> <p>(2)藥膏凝膠類例如 Duratears、Vidisis gel、Liposic 運用在嚴重乾眼症病患需 Schirmer test < 5mm 或 Recurrent epithelial erosion 病史或角膜上皮細胞病變才可以用。</p> <p>(3)申報費用時，須檢附首次確定診斷及處方當次之病歷影本。</p> <p>(4)Schirmer test 之濾紙因有接觸淚液不宜要求黏貼於病歷上。</p>	<p>2. 因乾眼症導致角膜病變、暴露性角膜病變或其它相關之角膜病變必須時之使用。</p>
5	<p>1.1.7.Pregabalin(如 Lyrica) (101/2/1、102/2/1、105/1/1、106/3/1)</p> <p>1. 使用於帶狀疱疹神經痛或皮膚病灶後神經痛，並符合下列條件：</p> <p>1.3.2.2.Gabapentin (如 Neurontin)、vigabatrin (如 Sabril)、tiagabine (如 Gabitril)、pregabalin(如 Lyrica)、perampanel(如 Fycompa)、lacosamide(如 Vimpat)：(89/9/1、89/2/1、93/6/1、96/3/1、97/1/1、97/10/1、101/2/1、102/1/1、104/6/1、104/11/1、107/2/1)</p> <p>限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之神經痛及治療成人及三歲以上兒童局部癲癇發作之輔助性治療(Add-on therapy)。帶狀疱疹後神經痛。</p>	<p>1.1.7.Pregabalin(如 Lyrica) (101/2/1、102/2/1、105/1/1、106/3/1)</p> <p>1. 使用於帶狀疱疹皮膚病灶後神經痛，並符合下列條件：</p> <p>1.3.2.2.Gabapentin (如 Neurontin)、vigabatrin (如 Sabril)、tiagabine (如 Gabitril)、pregabalin(如 Lyrica)、perampanel(如 Fycompa)、lacosamide(如 Vimpat)：(89/9/1、89/2/1、93/6/1、96/3/1、97/1/1、97/10/1、101/2/1、102/1/1、104/6/1、104/11/1、107/2/1)</p> <p>限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療(Add on therapy)。</p>
6	<p>8.2.4.3.Adalimumab (如 Humira) ; etanercept (如 Enbrel) ; golimumab (如 Simponi) ; secukinumab(如 Cosentyx) (98/8/1、98/11/1、101/1/1、102/1/1、107/1/1)；用於僵直性脊椎炎治療部分</p> <p>1.限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者、復健專科醫師處方。</p> <p>2.略</p> <p>3.需符合下列所有條件：</p> <p>(1)略</p> <p>(2)略</p> <p>(3)略</p>	<p>8.2.4.3.Adalimumab (如 Humira) ; etanercept (如 Enbrel) ; golimumab (如 Simponi) ; secukinumab(如 Cosentyx) (98/8/1、98/11/1、101/1/1、102/1/1、107/1/1)；用於僵直性脊椎炎治療部分</p> <p>1.限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者處方。</p> <p>2.略</p> <p>3.需符合下列所有條件：</p> <p>(1)略</p> <p>(2)略</p> <p>(3)略</p>
7	<p>1.限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者、復健專科醫師處方。</p> <p>2.略</p> <p>3.需符合下列所有條件：</p> <p>(1)略</p> <p>(2)略</p> <p>(3)略</p>	<p>1.限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者處方。</p> <p>2.略</p> <p>3.需符合下列所有條件：</p> <p>(1)略</p> <p>(2)略</p> <p>(3)略</p>

編號	建議修訂	現行藥品給付規定
8	<p>(4)略 (5)略 (6)略 (7)必須附有(1)風濕或免疫專科且具有保險人核定復健處方權之醫師所開立之運動衛教證明書和(2)病患自身在家運動狀況說明書(3)<u>復健科專科醫師開立</u>。</p> <p>(8)略 (9)略 4.略 5.略 6.略 7.略 ◎附表二十一之一：全民健康保險僵直性脊椎炎使用生物製劑申請表(107/1/1) ◎附表二十一之二：NSAID 藥物副作用</p> <p>8.1.4.Immunoglobulin (如：ATG-Fresenius、Thymoglobuline inj、Lymphoglobuline inj) (90/11/1、96/2/1、97/8/1、99/2/1)： 1.限符合下列適應症病患檢附病歷摘要(註明診斷、相關檢查報告及數據、體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效…等) (1)嚴重再生不良性貧血經傳統方法治療無效且不適合作骨髓移植之病例。 (2)器官移植病患併發嚴重之急性排斥反應。 (3)急性 graft versus host disease。 (4)心臟移植病人使用呼吸器，並可能併發腎功能不全者。 (5)ATG-Fresenius 及 Thymoglobuline inj.可用於預防腎臟移植引起之急性排斥。(99/2/1) (6)腎移植病患經切片證實急性(或慢性)抗體排斥。 2.略</p>	<p>(4)略 (5)略 (6)略 (7)必須附有(1)風濕或免疫專科且具有保險人核定復健處方權之醫師所開立之運動衛教證明書和(2)病患自身在家運動狀況說明書。 (8)略 (9)略 4.略 5.略 6.略 7.略 ◎附表二十一之一：全民健康保險僵直性脊椎炎使用生物製劑申請表(107/1/1) ◎附表二十一之二：NSAID 藥物副作用</p> <p>8.1.4.Immunoglobulin (如：ATG-Fresenius、Thymoglobuline inj、Lymphoglobuline inj) (90/11/1、96/2/1、97/8/1、99/2/1)： 1.限符合下列適應症病患檢附病歷摘要(註明診斷、相關檢查報告及數據、體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效…等) (1)嚴重再生不良性貧血經傳統方法治療無效且不適合作骨髓移植之病例。 (2)器官移植病患併發嚴重之急性排斥反應。 (3)急性 graft versus host disease。 (4)心臟移植病人使用呼吸器，並可能併發腎功能不全者。 (5)ATG-Fresenius 及 Thymoglobuline inj.可用於預防腎臟移植引起之急性排斥。(99/2/1) 2.略</p>

編號	建議修訂	現行藥品給付規定
3.略	3.略	3.略
9	<p>9.20. Rituximab 注射劑(如 Mabthera, 不同劑型之適用範圍需符合藥品許可證登載之適應症): 用於抗腫瘤部分(91/4/1、93/1/1、95/3/1、97/2/1、102/1/1、103/2/1、104/6/1、106/9/1)於</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.復發或對化學療效有抗性之低惡度 B 細胞非何杰金氏淋巴瘤。(91/4/1) 2.併用 CHOP 或其他化學療法, 用於 CD20 抗原陽性之 B 瀰漫性大細胞非何杰金氏淋巴瘤之病患。(93/1/1、95/3/1) 3.併用 CVP 化學療法, 用於未經治療之和緩性(組織型態為濾泡型) B 細胞非何杰金氏淋巴瘤的病人。(95/3/1) 4.作為濾泡性淋巴瘤患者於接受含 rituximab 誘導化學治療後產生反應(達 partial remission 或 complete remission)之病患, 若在接受含 rituximab 誘導化學治療前有如下列情形之一者, 得接受 rituximab 維持治療, 限用八劑, 每三個月使用一劑, 最多不超過二年。(97/2/1、104/6/1) (1)-(6)略... 5.慢性淋巴瘤性白血病:(103/2/1) (1)-(3)略... 6.與類固醇併用, 治療嗜中性白血球細胞質抗體(ANCA)陽性之肉芽腫性血管炎及顯微多發性血管炎病人:(103/9/1) (1)-(5)略... 7.使用於 1、4、5 及 6 病人時, 需經事前審查核准後使用。(102/1/1、103/2/1、103/9/1) 8.腎移植病患經切片證實急性(或慢性)抗體排斥。 	<p>9.20. Rituximab 注射劑(如 Mabthera, 不同劑型之適用範圍需符合藥品許可證登載之適應症): 用於抗腫瘤部分(91/4/1、93/1/1、95/3/1、97/2/1、102/1/1、103/2/1、104/6/1、106/9/1)於</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.復發或對化學療效有抗性之低惡度 B 細胞非何杰金氏淋巴瘤。(91/4/1) 2.併用 CHOP 或其他化學療法, 用於 CD20 抗原陽性之 B 瀰漫性大細胞非何杰金氏淋巴瘤之病患。(93/1/1、95/3/1) 3.併用 CVP 化學療法, 用於未經治療之和緩性(組織型態為濾泡型) B 細胞非何杰金氏淋巴瘤的病人。(95/3/1) 4.作為濾泡性淋巴瘤患者於接受含 rituximab 誘導化學治療後產生反應(達 partial remission 或 complete remission)之病患, 若在接受含 rituximab 誘導化學治療前有如下列情形之一者, 得接受 rituximab 維持治療, 限用八劑, 每三個月使用一劑, 最多不超過二年。(97/2/1、104/6/1) (1)-(6)略... 5.慢性淋巴瘤性白血病:(103/2/1) (1)-(3)略... 6.與類固醇併用, 治療嗜中性白血球細胞質抗體(ANCA)陽性之肉芽腫性血管炎及顯微多發性血管炎病人:(103/9/1) (1)-(5)略... 7.使用於 1、4、5 及 6 病人時, 需經事前審查核准後使用。(102/1/1、103/2/1、103/9/1)
10	<p>1.3.4. 帕金森氏症治療藥品:(91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/6/1、101/6/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.略 2.略 	<p>1.3.4. 帕金森氏症治療藥品:(91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/6/1、101/6/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.略 2.略

編號	建議修訂	現行藥品給付規定
11	<p>3.略</p> <p>4.Rasagiline：(101/6/1)</p> <p>(1)可單獨使用，每日最高劑量為 1 mg；或與 levodopa 或是其他抗帕金森藥物併用，rasagiline 每日最高劑量為 0.5 mg。</p> <p>(2)本品不得與 levodopa 以外之其他帕金森氏症治療藥品併用。</p> <p>1.3.4.帕金森氏症治療藥品：(91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/6/1、101/6/1)</p> <p>1.略</p> <p>2.略</p> <p>3.略</p> <p>4.略</p> <p>5.略</p> <p>6.Rotigotine 貼片劑(如 Neupro Patch)，限用於原發性帕金森氏症，每日使用上限為 16mg/day。限用一片，且不得併用其他 dopamine agonist 之口服藥品 agonist 之口服藥品(100/6/1)</p>	<p>3.略</p> <p>4.Rasagiline：(101/6/1)</p> <p>(1)可單獨使用，每日最高劑量為 1 mg；或與 levodopa 併用，rasagiline 每日最高劑量為 0.5 mg。</p> <p>(2)本品不得與 levodopa 以外之其他帕金森氏症治療藥品併用。</p> <p>1.3.4.帕金森氏症治療藥品：(91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/6/1、101/6/1)</p> <p>1.略</p> <p>2.略</p> <p>3.略</p> <p>4.略</p> <p>5.略</p> <p>6.Rotigotine 貼片劑(如 Neupro Patch)，限用於原發性帕金森氏症，每日限用一片，且不得併用其他 dopamine agonist 之口服藥品 (100/6/1)</p>
12	<p>9.34.Sorafenib (如 Nexavar)：(98/10/1、100/6/1、101/8/1、104/6/1、105/11/1、106/1/1)</p> <p>1.晚期腎細胞癌部分： 略...</p> <p>2.晚期肝細胞癌部分：(101/8/1、105/11/1)</p> <p>(1)略</p> <p>(2)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以首次處方日算起 2 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 2 個月評估一次。</p> <p>3.用於放射性碘治療無效之局部晚期或轉移性的進行性 (progressive)分化型甲狀腺癌(RAI-R DTC)：(106/1/1)</p> <p>(1)略...</p> <p>(2)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以首次處方日算起 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。</p>	<p>9.34.Sorafenib (如 Nexavar)：(98/10/1、100/6/1、101/8/1、104/6/1、105/11/1、106/1/1)</p> <p>1.晚期腎細胞癌部分： 略...</p> <p>2.晚期肝細胞癌部分：(101/8/1、105/11/1)</p> <p>(1)略</p> <p>(2)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 2 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 2 個月評估一次。</p> <p>3.用於放射性碘治療無效之局部晚期或轉移性的進行性 (progressive)分化型甲狀腺癌(RAI-R DTC)：(106/1/1)</p> <p>(1)略...</p> <p>(2)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。</p>

編號	建議修訂	現行藥品給付規定
13	<p>1.3.5.Methylphenidate HCl 緩釋劑型 (如 Concerta Extended Release Tablets) ; atomoxetine HCl (如 Strattera Hard capsules)(93/9/1、96/5/1、96/9/1、97/5/1、106/3/1)</p> <p>1.略</p> <p>2.略</p> <p>3. Atomoxetine HCl 原則上每日限使用 1 粒，惟每日劑量需超過 60mg 時，應於病歷中記載理由，則每日至多可使用 2 粒，每日最大劑量為 100mg。(97/5/1)</p>	<p>1.3.5.Methylphenidate HCl 緩釋劑型 (如 Concerta Extended Release Tablets) ; atomoxetine HCl (如 Strattera Hard capsules)(93/9/1、96/5/1、96/9/1、97/5/1、106/3/1)</p> <p>1.略</p> <p>2.略</p> <p>3. Atomoxetine HCl 原則上每日限使用 1 粒，惟每日劑量需超過 60mg 時，應於病歷中記載理由，則每日至多可使用 2 粒，每日最大劑量為 100mg。(97/5/1)</p>

建議修訂條文	原條文
<p>五、品質獎勵措施：</p> <p>(一)門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質獎勵之評比對象。</p> <p>1. 新收案率：</p> <p>➤ 定義：指當年度符合收案條件(最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 同院所就醫達二次(含)以上之病人)中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案或已經接受洗腎治療的人數後，新被收案的比率。</p> <p>➤ 門檻目標值：醫師新收案率須\geq30%以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。</p> <p>2. 收案人數\geq50 人。</p> <p>(二) 品質加成指標</p> <p>1. 個案完整追蹤率：</p> <p>➤ 定義：</p> <p>(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第四季新收案之人數。</p> <p>(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。</p> <p>A. 已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C)次數達三次者。</p> <p>B. 已申報新收案者 (P1407C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。</p> <p>a. 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。</p> <p>b. 如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。</p> <p>c. 如為第三季申報新收案，其當</p>	<p>五、品質獎勵措施：</p> <p>(一)門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質獎勵之評比對象。</p> <p>1. 新收案率：</p> <p>➤ 定義：指當年度符合收案條件(最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 同院所就醫達二次(含)以上之病人)中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。</p> <p>➤ 門檻目標值：醫師新收案率須\geq30%以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。</p> <p>2. 收案人數\geq50 人。</p> <p>(二) 品質加成指標</p> <p>1. 個案完整追蹤率：</p> <p>➤ 定義：</p> <p>(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第四季新收案之人數。</p> <p>(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。</p> <p>A. 已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理 (P1408C 或 P1410C)次數達三次者。</p> <p>B. 已申報新收案者 (P1407C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。</p> <p>a. 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。</p> <p>b. 如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。</p> <p>c. 如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。</p>

年度追蹤管理次數達一次者。

(3)當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0%之次數比率。

3. HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0%之次數比率。

4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

5. LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其

(3)當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0%之次數比率。

3. HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0%之次數比率。

4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

5. LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL<100mg/dl 之次數比率。

LDL<100mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

6. 胰島素注射率

➤ 定義：

(1)分母：該院所本年度收案總人數。

(2)分子：本年度收案者有接受胰島素注射天數≥28 天之人數。

7. 新收案率

(三) 品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為二組(以新收案率≤ 55%及> 55%予區分，合計共分為二組)。
2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率、胰島素注射率、新收案率等五七項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率、胰島素注射率、新收案率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 $\frac{1}{5}$ 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

➤ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估(P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。

(四) 品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率、胰島素注射率、新收案率等五七項指標為基準年，計算品質獎勵進步

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

(三) 品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為二組(以新收案率≤ 55%及> 55%予區分，合計共分為二組)。
2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 $\frac{1}{5}$ 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

➤ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估(P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。

(四) 品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基

獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用)。

2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。

3. 各組依兩年度之五項品質指標比率相減，五項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。

(五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的 30%。

(六) 若是基層院所則改以全院所計。

準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用)。

2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。

3. 各組依兩年度之五項品質指標比率相減，五項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。

(五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的 30%。

