# 中華民國醫師公會全國聯合會
# 第 14 屆第 4 次基層醫療委員會會議紀錄

時間：115 年 11 月 5 日(星期四)下午 2 時 0 分

地點：本會第二會議室

出席：王宏育(視訊)、林應然(視訊)、張孟源(視訊)、吳順國(視訊)、洪佑承(視訊)、劉遠祺(視訊)、林旺枝(視訊)、王俊傑(視訊)、吳家淦(視訊)、莫振東(視訊)、吳國治(視訊)、陳志宏(視訊)、陳晟康(視訊)、廖文鎮(視訊)、林煥洲(視訊)、藍毅生(視訊)、陳俊宏(視訊)、林育慶(視訊)、陳宏麟(視訊)、端木梁(視訊)、趙善楷(視訊)、張文祥(視訊)、徐超群(視訊)、魏大倫(視訊)、吳東泰(視訊)、劉維穆(視訊)、楊宜璋(視訊)、蔡昌學(視訊)、潘志勤(視訊)、王逸明(視訊)、周明河(視訊)、江俊逸(視訊)、林釗尚(視訊)

請假：林焜煌、周朝雄、何活發

指導：陳理事長相國

列席：黃啓嘉(視訊)、林誓揚(視訊)、盧榮福(視訊)、周賢章、顏鴻順(視訊)、基層醫療協會－楊敬森理事、基層醫師協會－邱俊傑理事長(視訊)、中華民國診所協會全國聯合會－陳俊宏理事長(視訊)、中華民國眼科醫學會－潘志勤理事(視訊)；張秘書長必正暨秘書處

主席：黃召集委員振國

記錄：蘇慧珂

**壹、主席致詞：**(略)。

**貳、報告事項：**

一、有關 116 年度西醫基層總額一般服務案件之「保障項目及操作型定義」，照案通過。

二、有關 116 年「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」，照案通過，方案內容詳【附件 1，第 8-10 頁】。

三、有關 116 年西醫基層總額專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」支用項目，照案通過。另持續追蹤 2 項「腹部超音波」申報情形，並請相關專科醫學會協助提供管控機制後，據以實施，以免浮濫。

四、有關 116 年西醫基層總額新增專款項目「幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用」，照案通過。

五、有關 116 年西醫基層總額新增專款項目「口腔黏膜癌前病變(OPMD)追蹤照護計畫」，照案通過。

六、餘洽悉。

**參、討論事項：**

一、案由：新增「全民健康保險強化糖心腎症候群（CKM）全人整合照護計畫」案，提請討論。(提案人：秘書處)

**結論：**

**(一) 照護獎勵應避免與家醫計畫及 P4P 重複。計畫內容「肆、三、(二)達標：HbA1c<7%；80 歲以上病人為 HbA1c<8%或 LDL<100mg/dL 或 BMI<25」，由 BMI<25 改為「腰圍減少 3%以上」。**

**(二) 相關治療藥品盡量納入本計畫(例如：SGLT2i、statin、GLP-1 等)，並列入各分區 116 年抽審指標之排除條件。**

**(三) 慢性腎臟病使用 SGLT2 抑制劑部分，建議將 UACR 門檻由草案之 100mg/g 下修至 30mg/g；其餘適用條件及財務影響，併同藥品給付規定修訂研議。**

**(四) 計畫草案詳【附件 2，第 11-16 頁】。**

二、案由：請研議修訂「116 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」本會意見案，提請討論。(提案單位：秘書處)

**結論：**

**(一) 有關方案修訂，本會無修正意見。**

**(二) 另台中市醫師公會建議方案內容「十、(一)、3.、(3)支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用」，改為「加計 3 成之費用」，建請台中市醫師公會提出相關成本分析，作為後續爭取預算之依據。**

**(三) 有關施行區域修訂意見，尚無院所承作巡迴醫療之地區，應優先媒合鄰近之跨縣市西醫基層院所承作，經媒合仍無基層院所承作時，再開放給醫院。**

三、案由：修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案，提請討論。(提案人：秘書處)

**結論：**

**(一) 修訂對照表如下：**

| **116 草案** | **115 年 6 月 26 日<br>健保醫字第 1150112544 號公告** |
|---|---|
| 七、多重慢性病人門診整合費用<br>(一)支付條件：須同時符合下列條件<br>1. 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。<br>本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。<br>2. 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。<br>(二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 **84** ~~**56**~~日(含)以上，每一會員每年度支付 550 點；當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 **168** ~~**169**~~ 日(含)以上，每一會員每年度**再增加**支付 **1,100** ~~**550**~~點**；當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 224 日(含)以上，每一會員每年度支付 2,200 點；當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 280 日(含)以上，每一會員每年度支付 3,300 點**。 | 七、多重慢性病人門診整合費用<br>(一)支付條件：須同時符合下列條件<br>1. 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。<br>本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。<br>2. 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。<br>(二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 550 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 550 點。 |
| 八、糖心腎症候群整合照護提升費<br>(一)依收案會員所具疾病監控下列檢驗項目：<br>1. 糖尿病病人：HbA1c 及 LDL。<br>2. 初期慢性腎臟病病人：LDL 及 UACR。<br>3. ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。<br>(二)支付條件及支付方式： | 八、糖心腎症候群整合照護提升費<br>(一)依收案會員所具疾病監控下列檢驗項目：<br>1. 糖尿病病人：HbA1c 及 LDL。<br>2. 初期慢性腎臟病病人：LDL 及 UACR。<br>3. ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。<br>(二)支付條件及支付方式： |

<table>
<tr><th>116 草案</th><th>115 年 6 月 26 日<br>健保醫字第 1150112544 號公告</th></tr>
<tr><td>1. 各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好或進步的檢驗項目數，支付相對應費用：
<table>
<tr><th rowspan="2">疾病組合</th><th colspan="3">檢驗項目控制良好範圍</th><th colspan="3">控制良好或進步檢驗項</th></tr>
<tr><th>HbA1c</th><th>LDL</th><th>UACR</th><th>1項</th><th>2項</th><th>3項</th></tr>
<tr><td>DM</td><td>< 7%；80歲以上病人為<8%</td><td><100 mg/ dL</td><td></td><td>500</td><td><s>600</s><br>800</td><td></td></tr>
<tr><td>CKD</td><td></td><td><130 mg/ dL</td><td><30 mg/gm</td><td>500</td><td><s>600</s><br>800</td><td></td></tr>
<tr><td>ASCVD</td><td></td><td>非常高：<70 mg/dL<br>極高：<55 mg/dL</td><td></td><td>600</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>DM+CKD</td><td>< 7%；80歲以上病人為<8%</td><td><100 mg/ dL</td><td><30 mg/gm</td><td><s>500</s><br>600</td><td><s>600</s><br>900</td><td><s>900</s><br>1,200</td></tr>
<tr><td>CKD+ASCVD</td><td></td><td>非常高：<70 mg/dL<br>極高：<55 mg/dL</td><td><30 mg/gm</td><td>600</td><td>900</td><td></td></tr>
<tr><td>DM+ASCVD</td><td>< 7%；80歲以上病人為<8%</td><td>非常高：<70 mg/dL<br>極高：<55 mg/dL</td><td></td><td>600</td><td>900</td><td></td></tr>
<tr><td>DM+CKD+ASCVD</td><td>< 7%；80歲以上病人為<8%</td><td>非常高：<70 mg/dL<br>極高：<55 mg/dL</td><td><30 mg/gm</td><td><s>600</s><br>800</td><td><s>900</s><br>1,100</td><td><s>1100</s><br>1,400</td></tr>
</table>
2. 控制良好定義：最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍，前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度 7 月 1 日以後。僅具有糖尿病個案，若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。<br>3. 進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上<u>；惟低密度脂蛋白膽固醇（LDL-C）之前測及後測日期應間隔 42 天（含）以上</u>。<br>4. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。<br>5. 醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。<br>6. 若個案當年度未因所具特定疾病(DM、CKD)於收案診所就醫並開立相對應用藥，不予支付。</td><td>1. 各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好或進步的檢驗項目數，支付相對應費用：
<table>
<tr><th rowspan="2">疾病組合</th><th colspan="3">檢驗項目控制良好範圍</th><th colspan="3">控制良好或進步檢驗項目數對應之提升費(點)</th></tr>
<tr><th>HbA1c</th><th>LDL</th><th>UACR</th><th>1 項</th><th>2 項</th><th>3 項</th></tr>
<tr><td>DM</td><td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td><td><100 mg/ dL</td><td></td><td>500</td><td>600</td><td></td></tr>
<tr><td>CKD</td><td></td><td><130 mg/ dL</td><td><30 mg/gm</td><td>500</td><td>600</td><td></td></tr>
<tr><td>ASCVD</td><td></td><td>非常高：<70 mg/dL<br>極高：<55 mg/dL</td><td></td><td>600</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>DM+CKD</td><td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td><td><100 mg/ dL</td><td><30 mg/gm</td><td>500</td><td>600</td><td>900</td></tr>
<tr><td>CKD+ASCVD</td><td></td><td>非常高：<70 mg/dL<br>極高：<55 mg/dL</td><td><30 mg/gm</td><td>600</td><td>900</td><td></td></tr>
<tr><td>DM+ASCVD</td><td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td><td>非常高：<70 mg/dL<br>極高：<55 mg/dL</td><td></td><td>600</td><td>900</td><td></td></tr>
<tr><td>DM+CKD+ASCVD</td><td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td><td>非常高：<70 mg/dL<br>極高：<55 mg/dL</td><td><30 mg/gm</td><td>600</td><td>900</td><td>1100</td></tr>
</table>
2. 控制良好定義：最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍，前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度 7 月 1 日以後。僅具有糖尿病個案，若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。<br>3. 進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。<br>4. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。<br>5. 醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。<br>6. 若個案當年度未因所具特定疾病(DM、CKD)於收案診所就醫並開立相對應用藥，不予支付。</td></tr>
<tr><td>拾壹、計畫評核指標<br>二、過程面指標(28 分)：預防保健達成情形<br>(一)成人預防保健檢查率(6 分)<br>1. 會員接受成人預防保健服務≧較需照護族群 70 百分位數，得 6 分。<br>2. ＜較需照護族群 70 百分位數，但≧較需照護族群 60 百分位數，得 4 分。<br>3. ＜較需照護族群 60 百分位數，但≧較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。<br>4. 計算公式說明：<br>分子：30 歲(含)以上會員於基層院所接受成人健</td><td>拾壹、計畫評核指標<br>二、 過程面指標(28 分)：預防保健達成情形<br>(一)成人預防保健檢查率(6 分)<br>1. 會員接受成人預防保健服務≧較需照護族群 70 百分位數，得 6 分。<br>2. ＜較需照護族群 70 百分位數，但≧較需照護族群 60 百分位數，得 4 分。<br>3. ＜較需照護族群 60 百分位數，但≧較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。<br>4. 計算公式說明：<br>分子：30 歲(含)以上會員於基層院所接受成人健</td></tr>
</table>

| **116 草案** | **115 年 6 月 26 日<br>健保醫字第 1150112544 號公告** |
| --- | --- |
| 檢人數<br>分母：(30 歲至 39 歲會員數/5+40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)<br>註：按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「~~已為代謝計畫、~~P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。 | 檢人數<br>分母：(30 歲至 39 歲會員數/5+40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)<br>註：按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。 |
| **(五)胃幽門桿菌篩檢率(4 分)**<br>**1. 符合胃幽門桿菌篩檢資格之會員接受胃幽門桿菌炎篩檢率≧較需照護族群 60 百分位數，得 4 分。**<br>**2. <較需照護族群 60 百分位數，但≧較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。**<br>**3. ＜較需照護族群 55 百分位，但≧較需照護族群 50 百分位數，得 1 分。**<br>**4. 計算公式說明：**<br>**分子：曾做過胃幽門桿菌篩檢之會員人數。**<br>**分母：符合胃幽門桿菌篩檢資格之會員人數。** | |
| 拾、費用申報及支付方式<br>四、社區醫療群收案會員，經費撥付原則如下：<br>(一)個案管理費：<br>1. 支付項目：<br>(3) 特定疾病照護費：<br>B. 支付條件：<br>(B)「追蹤管理加成費」:<br>i. 支付條件：<br>(i) **~~115~~ 116** 年家醫計畫參與院所原已參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，且收案個案已於診所進行 P4P 收案照護。<br>(ii) 每次就醫之主、次診斷及用藥符合該疾病者，支付本項加成費。每年度最多支付 4 次(每次應間隔 10 週以上)，當**~~次就醫~~ 年度**未用藥者不予給付。<br>ii. 支付方式：DM 每人每次追蹤支付 250 元/次，DKD 每人每次追蹤支付 400 元/次。 | 拾、費用申報及支付方式<br>四、社區醫療群收案會員，經費撥付原則如下：<br>(一)個案管理費：<br>1. 支付項目：<br>(3) 特定疾病照護費：<br>B. 支付條件：<br>(B)「追蹤管理加成費」:<br>i. 支付條件：<br>(i) 115 年家醫計畫參與院所原已參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，且收案個案已於診所進行 P4P 收案照護。<br>(ii) 每次就醫之主、次診斷及用藥符合該疾病者，支付本項加成費。每年度最多支付 4 次(每次應間隔 10 週以上)，當次就醫未用藥者不予給付。<br>ii. 支付方式：DM 每人每次追蹤支付 250 元/次，DKD 每人每次追蹤支付 400 元/次。 |
| **(C)**「糖尿病新收案整合照護費」: 針對 **~~115~~ 116** 年已符合 P4P-DM 收案條 | (C)「糖尿病新收案整合照護費」: 針對 115 年已符合 P4P-DM 收案條件(最 |

| 116 草案 | 115 年 6 月 26 日<br>健保醫字第 1150112544 號公告 |
| --- | --- |
| 件(最近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病(ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13)至少同院所就醫達二次以上者，且收案當次就醫之主診斷及用藥應符合糖尿病者)之家醫會員，為鼓勵家醫將其收案照護，支付每人 650 元/年。 | 近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病(ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13)至少同院所就醫達二次以上者，且收案當次就醫之主診斷及用藥應符合糖尿病者)之家醫會員，為鼓勵家醫將其收案照護，支付每人 650 元/年。 |

**(二) 其他建議:自選個案人數由現行名額 200 人增加至 250 人或 300 人，分別試算所需經費及點值影響後研議。**

四、案由：中央健保署函詢有關「116 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」本會修訂意見，提請討論。(提案人：秘書處)

**結論：依本會 115 年 7 月 15 日函送健保署建議修訂品保款案架構下，116 年研議修訂事項：**

**(一) 依評核會評核委員建議，新增指標「糖尿病照護率≧50%」。(權重 3%，第 8 項至第 10 項之權重各由 6%下降為 5%)**

**分子：加入糖尿病 P4P 或家醫計畫照護之病人數**

**分母：診斷為糖尿病之病人數**

**(二) 南區分會建議下修指標第 9 項及第 10 項門檻之方向，予以肯定；惟考量現有達成率及配合政府假日開診率之相關措施，暫維持現行規定，持續觀察。**

五、案由：建請全聯會向衛福部及健保署強力爭取：為確保發展遲緩兒童之早期療育黃金期，針對由復健專科醫師及治療團隊執行之「早期療育復健治療」(健保第二部第二章第四節物理、職能及語言治療項目)，維持現行健保規定與點值，爭取由政府編列「兒童早期復健介入專屬額度」或公務預算獨立支應；並將該兒童療育費用排除於基層一般門診合理量與總額控管之外，以解除總額排擠效應，全面釋放基層復健治療量能，提請討論。(提案人：林委員煥洲、蔡委員昌學)

**結論：**

**(一) 惠請提案人協助，優先檢視既有「早期療育醫療給付改善方案」現行內容，是否已整合 0 至 6 歲相關需求，並規劃兒童復健治療費用納入方案支應之可行性，以減少對基層一般服務預算及點值之影響。**

**(二) 若前述方案修訂難以符合需求，建議另爭取編列公務預算。請提案委員與兒科、復健科及神經科等專科醫學會共同研究，研擬具體方案及管理機制後再提會討論。**

六、案由：建請全聯會向衛生福利部建議，將「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療之醫事人員論次計酬費用，納入《醫療法》第 88 條所得稅免稅適用範圍，提請討論。(提案人：劉委員維穆；附議人：徐委員超群)

**結論：原則認同本案精神，考量涉及稅務法規及相關免稅項目之整體研議，移請醫療事業輔導委員會研議。**

七、案由：有關「鼻淚管淚道氣球擴張術（53033C；18,500 點）」支付標準修訂案，提請討論。(提案單位：秘書處)

**結論：經與眼科醫學會溝通，同意就西醫基層醫療院所執行本項治療採事前審查；本次所議範圍限於西醫基層，不及於醫院。**

**肆、散會：下午 3 時 35 分**

【附件1】

# 中華民國醫師公會全國聯合會建議
# 116 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案(草案)

**壹、依據：**全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

**貳、目的：**反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。

**參、實施期間：**116 年 1 月 1 日至 116 年 12 月 31 日。

**肆、預算來源：**116 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務「因應基層護理人力需求，提高第一階段門診診察費」預算 6.593 億，以及 112 年、113 年、114 年、115 年同項預算(基期)，共 32.965 億元。

**伍、獎勵條件：**聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所。

一、診所及護理人員資格：115 年 12 月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所(不含 116 年新開業診所)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第 2 條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之西醫基層診所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

1、依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

2、本方案公告當月前(含當月)完成 116 年投保金額調薪申請，調薪月份自 116 年 1 月起至公告當月計算；方案公告後，次月起調薪投保金額以生效年月認定。

(二)須依衛生福利部公告 116 年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較 114 年 12 月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於 33,300 元，且符合下列標準予以獎勵：

1、當月聘有 4 位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。

2、當月聘有 5 至 10 位護理人員：調升 90%以上護理人員薪資。

3、當月聘有 11 位以上護理人員：調升 80%以上護理人員薪資。

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於 33,300 元。

註：114 年、115 年、116 年投保金額於 31,800 元以下者，應調升至 116 年投保金額分級表之月投保金額 33,300 元，其他「月投保金額(含 33,300 元)」應增加至少一投保等級。

## 陸、獎勵方式及核發原則

### 一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一)獎勵方式：

1、符合獎勵條件之診所，依該診所申報第一段門診量內門診診察費之案件，加計獎勵 50 點。

2、前項門診診察費醫令代碼範圍：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、P57001、P57002。

(二)核發方式：

1、本項獎勵費用由保險人每季依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點 1 元暫付。

2、診所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，當年 1 月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

(三)點值結算：預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

**二、提升護理照護品質獎勵金：**前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於次年 3 月底前完成撥付。

## 柒、審查方式

一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、本方案每季撥付獎勵款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起 1 個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

## 捌、方案管理機制

一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。

二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

**玖、年度執行目標：**聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 85%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數（含新聘護理人員，且每家診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算）。

分母：聘有護理人員之診所家數。

**玖、評估指標及稽核機制**

一、評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資幅度達標準之比率。

二、稽核機制：每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於 33,300 元。

**壹拾、方案修正程序**

本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

# 116 年西醫基層總額
# 「全民健康保險強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」(草案)

壹、執行目標：降低國人心血管疾病發生率及減少糖尿病相關心腎併發症、住院及後續高額醫療資源耗用，提升健保資源運用效益。

貳、預算來源：116 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「強化糖心腎症候群（CKM）全人整合照護計畫」1,669.5 百萬元。

參、適用對象及藥品：經醫師評估符合下列任一組條件者，得適用本項目。

一、降血脂用藥：

（一）應符合全民健康保險藥品給付規定第2.6.1節及各該藥品之給付規定。

（二）新用藥個案：起始治療當月往前推算2個月內，使用新的降血脂藥物（ATC前四碼為C10A和C10B）者。

（三）轉換用藥個案：已使用Statin類藥品，經醫師評估且符合全民健康保險降血脂藥物給付規定表有調整治療之需要，需轉換成分或廠牌、調整劑量，或依給付規定加用其他機轉降血脂藥品者。

二、糖尿病用藥：

（一）應符合全民健康保險藥品給付規定GLP-1受體促效劑（ATC前五碼為A10BJ）之給付規定。

（二）新用藥個案。

（三）繼續用藥個案者。

三、慢性腎臟病用藥：

（一）使用dapagliflozin或empagliflozin（含其與metformin或DPP-4抑制劑之複方製劑，品項詳附表）治療慢性腎臟病者，且符合下列條件：

1. 起始治療eGFR介於25（含）-60（含）mL/min/1.73m$^2$或UACR介於30（含）-5000（含）mg/g，至少持續3個月。

2. 接受dapagliflozin或empagliflozin治療前應穩定接受最大耐受劑量的ACEI或ARB至少4週。

3. 須排除有以下任一情形：

（1）第1型糖尿病。

（2）已知為多囊腎、紅斑性狼瘡相關腎病，或抗中性粒細胞胞漿抗體

（ANCA）相關血管炎。

（3）六個月內接受化療／免疫抑制治療或其他原發性或繼發性腎臟疾病的免疫治療。

（4）器官移植病史。

（5）急性心肌梗塞、不穩定型心絞痛、中風或12週內短暫性腦缺血發作。

（6）12週內冠狀動脈血運重建術。

（二）使用後eGFR下降至＜15 mL/min/1.73m²，應予停藥。

（三）每日最多處方1粒。

肆、本項目支應範圍：

一、符合本項目適用條件之照護對象，其藥費、因本項目照護所衍生之檢驗（查）費及診察費，均由本項目專款支應。

二、糖心腎衛教費：

（一）獎勵條件用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用有實證醫學改善糖心腎糖尿病藥品（ATC前五碼為A10BJ和C10AA）。

（二）獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增使用糖心腎個案數計算，每新增加一人，獎勵1,000點。持續使用糖心腎個案，每一個個案支付500點/年。

1.糖心腎藥物定義為「使用上述兩個藥物天數達八十四天以上」。

2.新增個案數係指「前一年未使用上述兩個藥物未達二十八天者」。

三、糖心腎獎勵費用：

（一）獎勵條件用對象：糖尿病主診斷就醫且使用有實證醫學改善糖心腎糖尿病藥品（ATC前五碼為A10BJ和C10AA）。

（二）達標：HbA1c<7%；80歲以上病人為HbA1c<8%或LDL<100mg/dL或腰圍減少3%。

（三）控制良好定義：最後一次（或當年度半數以上）檢驗結果位於控制良好範圍，前述最後一次檢驗（查）結果應於當年度7月1日以後。

（四）進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗（查）日期」應於當年度7月1日之後，且前測及後測日期應間隔84天

（含）以上。

（五）資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗（查）數據。BMI數據採計Y00004身高、Y00005體重虛擬檢驗上傳代碼計算。

四、追蹤管理費：(相關細節待討論)。

伍、預期效益評估指標：患者治療前後 LDL 或 HbA1c 之進步率。

陸、檢討期限：本項以 3 年為檢討期限（116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於第 3 年（118 年 7 月前）提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

柒、配套措施：需修訂全民健康保險藥品給付規定 GLP-1 受體促效劑及 SGLT-2 抑制劑之給付規定（修訂條文詳附件修訂對照表)。

## 附件

## GLP-1 受體促效劑及 SGLT-2 抑制劑藥品給付規定修訂對照表

| 擬修改條文 | 現行條文 |
| --- | --- |
| 5.1.3.2. Liraglutide （如 Victoza）、dulaglutide （如 Trulicity）、lixisenatide（如 Lyxumia） 、semaglutide（如 Ozempic）（101/10/1、105/5/1、105/8/1、107/4/1、107/7/1、109/5/1、109/8/1、109/9/1、109/12/1、115/○/○） | 5.1.3.2. Liraglutide （如 Victoza）、dulaglutide （如 Trulicity）、lixisenatide（如 Lyxumia） 、semaglutide（如 Ozempic）（101/10/1、105/5/1、105/8/1、107/4/1、107/7/1、109/5/1、109/8/1、109/9/1、109/12/1） |
| 1.限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin 及/或 sulfonylurea 類藥物，且併用下列藥品之一持續 6 個月之後，HbA1c 仍~~高~~大於或等於 8.0%~~8.5%~~以上之第二型糖尿病患者：（109/5/1、115/○/○）<br>（1）SGLT-2 抑制劑<br>（2）DPP-4 抑制劑<br>（3）SGLT-2 抑制劑合併 DPP-4 抑制劑複方藥品<br>~~（4）Insulin~~ | 1.限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin 及/或 sulfonylurea 類藥物，且併用下列藥品之一持續 6 個月之後，HbA1c 仍高於 8.5%以上之第二型糖尿病患者：（109/5/1）<br>（1）SGLT-2 抑制劑<br>（2）DPP-4 抑制劑<br>（3）SGLT-2 抑制劑合併 DPP-4 抑制劑複方藥品<br>（4）Insulin |
| 2.當患者已接受~~前述口服降血糖藥物，及/或基礎~~胰島素治療~~仍未達理想血糖控制時，與口服降血糖藥物及/或基礎胰島素併用~~持續 6 個月，HbA1c 仍大於或等於 7.5%之第二型糖尿病患者。（115/○/○） | 2.當患者已接受前述口服降血糖藥物，及/或基礎胰島素治療仍未達理想血糖控制時，與口服降血糖藥物及/或基礎胰島素併用。 |
| 3.發生重大心血管事件，如心肌梗塞、接受冠狀動脈或其他動脈血管再通術（revascularization）、動脈硬化相關之缺血性腦中風~~等之病人~~或 BMI 大於等於 30 公斤/平方公尺之第二型糖尿病病患，於接受過最大耐受劑量的 metformin 後，~~仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病患~~HbA1c 仍大於或等於 7.0%者，可考慮不須使用其他口服降血糖藥品而考慮使用 liraglutide 或 dulaglutide 或 semaglutide。（109/12/1、115/○/○） | 3.發生重大心血管事件，如心肌梗塞、接受冠狀動脈或其他動脈血管再通術（revascularization）、動脈硬化相關之缺血性腦中風等之病人，於接受過最大耐受劑量的 metformin 後，仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病患者，可考慮不須使用其他口服降血糖藥品而考慮使用 liraglutide 或 dulaglutide 或 semaglutide。（109/12/1） |
| 4.本藥品不得與 DPP-4 抑制劑、SGLT-2 抑制劑併用。 | 4.本藥品不得與 DPP-4 抑制劑、SGLT-2 抑制劑併用。 |
| 5.~~109~~115 年 5○月 1○日前已依生效前之給付規定使用本類藥物之病人，得繼續 | 5.109 年 5 月 1 日前已依生效前之給付規定使用本類藥物之病人，得繼續使用原 |

| 擬修改條文 | 現行條文 |
| --- | --- |
| 使用原藥物至醫師更新其處方內容（109/8/1、115/○/○）。 | 藥物至醫師更新其處方內容（109/8/1）。 |
| 2.16.Dapagliflozin(如 Forxiga)、empagliflozin（如 Jardiance 10mg)：(111/5/1、111/8/1、114/3/1、115/○/○)<br>1.慢性收縮性心衰竭：(略)<br>2.慢性腎臟病：(114/3/1、115/○/○)<br>(1)限用於參加「初期慢性腎臟病照護整合方案」或「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」之慢性腎臟病病人，應完全符合下列條件：<br>Ⅰ.接受 dapagliflozin 或 empagliflozin 治療前應穩定接受最大耐受劑量的 ACEI 或 ARB 至少 4 週。<br>Ⅱ.起始治療 eGFR≧25 且≦60mL/min/1.73m2。<br>Ⅲ.~~uACR≧200~~ UACR≧30 且≦5000mg/g。<br>Ⅳ.須排除有以下任一情形：<br>i.第 1 型糖尿病。<br>ii.已知為多囊腎、紅斑性狼瘡相關腎病，或抗中性粒細胞胞漿抗體(ANCA)相關血管炎。<br>iii.六個月內接受化療/免疫抑制治療或其他原發性或繼發性腎臟疾病的免疫治療。<br>iv.器官移植病史。<br>v.急性心肌梗塞、不穩定型心絞痛、中風或 12 週內短暫性腦缺血發作。<br>vi.12 週內冠狀動脈血運重建術。<br>(2)使用後 eGFR 下降至 <15mL/min/1.73m$^2$，應予停藥。<br>3.每日最多處方 1 粒。 | 2.16.Dapagliflozin(如 Forxiga)、empagliflozin（如 Jardiance 10mg)：(111/5/1、111/8/1、114/3/1)<br>1.慢性收縮性心衰竭：(略)<br>2.慢性腎臟病：(114/3/1)<br>(1)限用於參加「初期慢性腎臟病照護整合方案」或「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」之慢性腎臟病病人，應完全符合下列條件：<br>Ⅰ.接受 dapagliflozin 或 empagliflozin 治療前應穩定接受最大耐受劑量的 ACEI 或 ARB 至少 4 週。<br>Ⅱ.起始治療 eGFR≧25 且≦60mL/min/1.73m2。<br>Ⅲ.uACR≧200 且≦5000mg/g。<br>Ⅳ.須排除有以下任一情形：<br>i.第 1 型糖尿病。<br>ii.已知為多囊腎、紅斑性狼瘡相關腎病，或抗中性粒細胞胞漿抗體(ANCA)相關血管炎。<br>iii.六個月內接受化療/免疫抑制治療或其他原發性或繼發性腎臟疾病的免疫治療。<br>iv.器官移植病史。<br>v.急性心肌梗塞、不穩定型心絞痛、中風或 12 週內短暫性腦缺血發作。<br>vi.12 週內冠狀動脈血運重建術。<br>(2)使用後 eGFR 下降至 <15mL/min/1.73m$^2$，應予停藥。<br>3.每日最多處方 1 粒。 |

# 附表
## 納入本計畫「慢性腎臟病用藥」適用範圍之 SGLT-2 抑制劑複方製劑品項

| 藥品代碼 | 中文品名 | 英文品名 | 成分及含量 | ATC 代碼 | 給付規定 |
|---|---|---|---|---|---|
| BC27117100 | 釋多糖持續性藥效膜衣錠 10 毫克/1000 毫克 | Xigduo XR 10mg/1000mg | dapagliflozin 10mg／metformin 1000mg | A10BD15 | 5.1.5. |
| BC27467100 | 控糖穩膜衣錠 5 毫克/10 毫克 | Qtern 5mg/10mg | dapagliflozin 10mg／saxagliptin 5mg | A10BD21 | 5.1.7. |
| BC27035100 | 恩美糖膜衣錠 5/500 毫克 | Jardiance Duo 5/500mg | empagliflozin 5mg／metformin 500mg | A10BD20 | 5.1.5. |
| BC27036100 | 恩美糖膜衣錠 5/850 毫克 | Jardiance Duo 5/850mg | empagliflozin 5mg／metformin 850mg | A10BD20 | 5.1.5. |
| BC27037100 | 恩美糖膜衣錠 5/1000 毫克 | Jardiance Duo 5/1000mg | empagliflozin 5mg／metformin 1000mg | A10BD20 | 5.1.5. |
| BC27038100 | 恩美糖膜衣錠 12.5/500 毫克 | Jardiance Duo 12.5/500mg | empagliflozin 12.5mg／metformin 500mg | A10BD20 | 5.1.5. |
| BC27039100 | 恩美糖膜衣錠 12.5/850 毫克 | Jardiance Duo 12.5/850mg | empagliflozin 12.5mg／metformin 850mg | A10BD20 | 5.1.5. |
| BC27040100 | 恩美糖膜衣錠 12.5/1000 毫克 | Jardiance Duo 12.5/1000mg | empagliflozin 12.5mg／metformin 1000mg | A10BD20 | 5.1.5. |
| BC27074100 | 糖順平膜衣錠 10/5 毫克 | Glyxambi 10/5mg | empagliflozin 10mg／linagliptin 5mg | A10BD19 | 5.1.6. |
| BC27073100 | 糖順平膜衣錠 25/5 毫克 | Glyxambi 25/5mg | empagliflozin 25mg／linagliptin 5mg | A10BD19 | 5.1.6. |

註：品項以健保收載且仍在有效期間者為限，日後新收載之同成分複方製劑比照適用。