

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

102年第2次會議紀錄

時間：102年5月22日下午2時

地點：中央健康保險局18樓禮堂

主席：蔡副局長魯

紀錄：張桂津

出席代表：

吳代表玉琴	吳玉琴	童代表瑞龍	請假
鍾代表美娟	請假	陳代表明豐	黃雪玲代
吳代表志雄	陳瑞瑛代	林代表芳郁	陳雪芬代
孫代表光煥	孫光煥	楊代表育正	林富滿代
謝代表文輝	謝文輝	翁代表文能	翁文能
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	郭守仁
朱代表益宏	請假	邱代表仲慶	鄭煥生代
游代表漢欽	游漢欽	賴代表文德	陳建立代
洪代表政武	洪政武	高代表瑞和	高瑞和
張代表克士	張克士	賴代表振榕	羅仁美代
羅代表永達	羅永達	郭代表義松	郭義松
謝代表景祥	謝景祥	陳代表威仁	陳威仁
蕭代表志文	蕭志文	張代表澤芸	張瑛代
謝代表武吉	謝武吉	張代表孟源	張孟源
趙代表有誠	趙有誠	陳代表宗獻	請假
張代表煥禎	黃東波代	蔡代表魯	蔡魯
周代表思源	周思源	蔡代表淑鈴	蔡淑鈴
吳代表文正	吳文正	梁代表淑政	周雯雯代
陳代表誠仁	陳誠仁	謝代表天仁	謝天仁
蘇代表清泉	嚴玉華代	盧代表瑞芬	盧瑞芬
吳代表鏘亮	吳鏘亮	黃代表立民	黃立民

列席單位及人員：

行政院衛生署
全民健康保險會
台灣醫院協會

周雯雯
林宜靜
何宛青
楊智涵
張櫻淳
吳心華
蔡宛庭
林佩菽

中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺		
中華民國護理師護士公會全國聯合會	曾修儀		
中華民國物理治療師全國聯合會	曹昭懿		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	范紀鎮		
中華民國藥師公會全國聯合會	羅仁美	王韻婷	
本局台北業務組	蔡翠珍	許寶華	
本局北區業務組	林麗雪		
本局中區業務組	陳雪姝		
本局南區業務組	李建漳		
本局高屏業務組	許碧升		
本局東區業務組	羅亦珍		
本局醫審及藥材組	施志和	劉家慧	
本局企劃組	詹孟樵		
本局資訊組	姜義國		
本局醫務管理組	林阿明	張溫溫	林寶鳳
	劉軒秀	楊耿如	劉立麗
	廖子涵	歐舒欣	洪于淇
	楊秀文	鄭正義	

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 102 年第 1 次委員會議」會議紀錄

決定：確定。

三、報告事項

(一)案由：本會 102 年第 1 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：醫院總額執行概況報告。

決定：

1. 本局已於 102 年 2 月 8 日公告實施「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案及其目標值之成長率，為使各特約醫療機構皆能配合辦理，請醫審及藥材組辦理說明會，並邀請台灣醫院協會、醫師公會全國聯合會、牙醫師公會全國聯合會等相關單位參加。
2. 餘洽悉。

(三)案由：101 年第 4 季醫院總額點值結算報告案。

決定：醫院總額 101 年第 4 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

	點值	台北 分區	北區 分區	中區 分區	南區 分區	高屏 分區	東區 分區	全局
101Q4	浮動點值	0.8334	0.8968	0.8915	0.8642	0.9202	0.8685	0.8739
	平均點值	0.9083	0.9319	0.9347	0.9228	0.9479	0.9202	0.9247

(四)案由：「98 年至 100 年醫院總額各分區業務組自墊醫療費用核退統計」報告案。

決定：洽悉。

四、討論事項

(一)案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標「門診同藥理用藥日數重疊率」指標定

義。

結論：依健保局意見修訂如下(附件 1)：

1. 配合修正「保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑」，修正慢箋不納入重複日數計算之案件，由 7 天修訂為 10 天。
2. 配合修正「保險對象如預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量」，對於持慢性病連續處方箋一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件，請依前述情況，正確申報相關特定治療項目代號，俾得以識別。

(二) 案由：醫院總額之類血友病藥費(診斷碼 286.4)擬由一般服務移撥至「血友病及罕見疾病」專款。

結論：本案同意 103 年度醫院總額之類血友病(診斷碼 286.4)使用「血友病及罕見疾病」專款項目之藥費，由一般服務移撥至該專款項目，惟移撥額度於協商 103 年總額時再議定。

(三) 案由：器官移植後病人於門診使用非屬專款支應之免疫球蛋白藥費，由一般服務移撥至「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款。

結論：器官移植後病人於門診使用免疫球蛋白藥物，是否符合原專款編列之意旨，由本局另洽台灣移植醫學學會與中華民國免疫學會提供專業意見後再議。

五、與會人員發言摘要，如附件 2。

六、散會(下午 4 時整)。

一、報告事項第一案「本會 102 年第 1 次委員會議結論事項辦理情形」 與會人員發言摘要

主席

本案為「本會 102 年第 1 次委員會議結論事項辦理情形」，請各位代表表達意見，若沒有，本案洽悉。

二、報告事項第二案「醫院總額執行概況報告」與會人員發言摘要

主席

本案為「醫院總額執行概況報告」，請各位代表表達意見。

陳代表瑞瑛(吳代表志雄代理人)

1. 102 年第 1 季的報告，藥費成長最高，門診藥費成長 9.7%，住院成長 1.5%。依我的經驗，第 1 季數值常有指標代表性。
2. 健保局已於 102 年 2 月 8 日公告實施「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案及其目標值之成長率，基期是用去年，目標值成長率是 102 年整體成長率 4.436%，再扣掉中醫後，102 年藥品目標值成長率是 4.582%。如果以今年第 1 季的成長率來看，成長率是超過目標值成長率，可能就會啟動藥價調整程序。
3. 我問了一些醫院，很多醫院還不知道這個計畫，既然這是配合二代健保一定要執行，試辦第一年對醫院還沒有影響，建議健保局舉辦說明會宣導，讓醫界可以瞭解本計畫，瞭解如何配合執行與對未來之影響，以提早因應。
4. 另外，類血友病的藥和器官移植後病人免疫球蛋白的藥也要移到專款，這些藥都很貴，是不是也是這個原因。

主席

謝謝醫院協會代表針對藥品費用分配比率目標制提出建議，我再確認一下，代表是否有二個訴求，一是建議健保局舉辦說明會進行宣導，另一個是類血友病的藥和器官移植後病人免疫球蛋白的藥移撥至專款？有關第二個訴求，已列於討論案第二案與第三案，屆時再討論，請各位代表先針對第一個訴求，有關藥品費用分配比率目標制試辦計畫部分表示意見。

謝代表文輝

1. 試辦計畫與原本實施方式相同，雖然有目標制，但不足還是由一般服務支應，結果與藥費 1 點 1 元的現制相同，因此，對醫院現行醫療服務影響不大。只要藥費 1 點 1 元，基本結構沒有變，就沒辦法管制藥費，就像吃到飽，大家一定拼命吃，大家一定是一點一元的先搶，剩下的再一起承擔。
2. 這個計畫，明年如果藥費超過目標成長率，要進行藥價調整時，才是戰場。
3. 自醫院總額開辦，第 1 季通常一點一元的都大幅成長，常然不是一點一元的也多少成長一些，如果我們覺得它不應該浪費，就不應該給它一點一元。

陳代表雪芬(林代表芳郁代理人)

1. 各分區目前都有一個假性的藥費總額在管理藥費，因此，對這個計畫我們不太擔心。
2. 以前住院費用的簡報，都有 17 項費用分類，是否可以從今年開始，正規把 5 項門診費用分為 17 項費用分類，比較能夠看到細

項分析。

3. 第 24 張投影片，診察費成長 6.3%，但是有些項目的成長是負的，如果有診察費調整等，建議備註說明。
4. 第 32 頁，有關新醫療科技的預算與支出情形，99 年編 14 億元，100 年編 9 億元，101 年編 9.9 億元，後面幾張說明 99 年至 101 年各新增多少項目與支出多少，是否指我們編太多預算？若是用這樣比較會有點問題，因為新藥新科技部份，一個新藥進來，影響是六、七年，以前健保局報告是 99 年進來什麼藥，99 年影響幾億，100 年影響幾億，這樣比較可以看到對於每年的影響金額與其會持續多久，對我們未來醫院總額要協商時的這部份，會比較公平。
5. 第 35~36 頁核減率部分，台北分區核減率都是最高的，北區幾乎都是最低的，台北分區已經很努力去討論如何維持點值，但是核減率卻都還是最高的，到底台北應該怎麼處理？有沒有什麼解決方向或辦法？

謝代表武吉

1. 第 15 張投影片，醫院 102 年第 1 季門診件數成長 0.3%，但是西醫基層是負成長 3.4%，是否有移轉情形？
2. 醫院核減率 101 年 Q3，台北 3.42%，北區 1.94%，中區 2.44%，南區 2.31%，高屏 2.38%，東區 2.79%，全局 2.71%，但是西醫基層的核減率，102Q1 核減率，台北 0.69%，北區 0.96%，中區 0.59%，南區 0.33%，高屏 0.66%，東區 0.49%，兩邊核減率差很多，我很羨慕。
3. 最近聯合報連續三天都有相關報導，5/19 報導，怕醫療糾紛，沒有生活品質，選到婦產科醫學生痛哭。你們找了大老要討論 102 年支付標準調整的 50 億元要怎麼處理，難道醫界都沒有人瞭解這些狀況嗎？不應該找那些大老嘛！他們會比我們會處理嗎？5/21，急診六小時賺理賠，健保局要查，這個事情我很早就

跟健保局說了，我們醫生要保護自己的安全，病人來了，要求要寫 6 小時，不寫就要打人，我建議醫界，急診不要做那麼辛苦，急診該怎麼處理就怎麼處理，可是健保局調查好像沒有急診這一塊，第 39 張投影片，是否容易排到病床，有 7 成民眾表示容易，我看不見得吧！我看有些醫院都排了兩百多床，我看這個調查不正確。今天 5/22 的聯合報報導，輕症感冒掛大醫院急診需自費，如果要做就做，不要只讓媒體知道，不然推動起來有很大的困難，我的訴求，就是分級醫療、轉診制度、落實垂直整合。

主席

謝謝各位代表的發言，請行政部門就委員表達的意見回應。

張科長溫溫

1. 門診費用分為 17 項費用分類，作業原則上沒有問題，但本報告投影片資料已經很多，建議將本項放於本局提供之網路資料上，供有興趣的委員下載參閱即可。
2. 有關本次近三年新藥新科技之報告，是因前次會議有代表要求本局於本次會議報告，因此納入本次報告內；新藥之效應，一般都是五年就可以平穩下來，所以費用是估計五年，99 年新藥之各年費用，已提供至 101 年之資料，尚未達 5 年，所以無法提供五年資料供各位代表參考。
3. 有關核減率，因各分區業務組之管控方式不同，所以不宜單以核減率來進行比較。

施專門委員志和

本局定期對藥費都有進行管控，「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案，第一年也與之前執行方式都相同，健保局將於今年年底進行試算，並參考各界意見整體檢討。

陳代表瑞瑛(吳代表志雄代理人)

1. 藥品費用分配比率目標制之前是二年前藥界提出來的，也多次列入費協會議程內討論未通過，送回衛生署參酌辦理。
2. 藥費因為是一點一元，因此大概二年就會有高成長的情形，再經藥價調整就又会降下來，再隔一年又會上來，這個試辦計畫，跟各分區的藥費管控是有關係的，既然健保局要試辦，至少要辦理說明會進行宣導，我聽到基層診所也要擔心，如果超過目標成長率，應該怎麼計算？

主席

既然有代表要求健保局辦理說明會，請醫審及藥材組辦理「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案及其目標值之成長率說明會，並邀請台灣醫院協會、醫師公會全國聯合會、牙醫師公會全國聯合會等相關單位參加。

黃代表雪玲(陳代表明豐代理人)

第 35 張投影片，101 年調查時，回答「普通」者，會進一步追問「偏向滿意」或「偏向不滿意」，為什麼要特別這樣問？是因為滿意度比例不夠高嗎？回達「普通」應該也可以。

羅代表永達

第 44 張投影片，99 年新增支付標準「HLA-B 15102 基因檢測」，如果對所有的 NSAID 的藥物進行本項檢測，將增加醫療費用，由本表數字也可以看得出來，它呈現等比極數的增加，因為如果醫師沒有幫病人做，而病人出現 Steven-Johnson Sym.，醫師是有過失的；而另一項「氟-18 氟化鈉正子造影」，近三年醫令數都有下降的情形，據我所知，全國有 6 部正子造影，一臺這麼貴的機器平均每個月做不到 2 次，應該是適應症審查的比較嚴格或改成自費。請重新檢討適應症。

謝代表武吉

健保局目前有「保險對象特定醫療資訊」查訊平台，有 3 類藥品列入管制，如果要開藥，要連上 VPN 跟健保局連絡，我們地區醫院有要求資訊廠商，如果醫師電腦開立該項藥品時，網路就可以直接連上分區業務組，但是分區業務組沒有收到，怪我們醫院，要以違規記點處分，這樣是很不公道，如果確實醫院有聯絡，電信資料可以查，不可以完全歸責於醫院。

主席

請醫審及藥材組回應。

施專門委員志和

「保險對象特定醫療資訊」查訊平台，感謝大家配合執行，目前查閱率才達 40% 左右，仍請各特約醫事機構繼續努力，未來

將請各分區業務組加強與各醫院之聯繫，寄出違規記點處分之前，與各醫院再次進行確認。

主席

請醫務管理組回應。

張科長溫溫

之前之滿意度調查，因與學者專家討論，若回答「普通」之占率偏高，比較無法區分到底是「滿意」或「不滿意」，因此今年才會特別進一步去區分。

謝代表文輝

急診是大家心裡的痛，急診醫師做得很辛苦，看到健保局很勇敢地要改革，我們應該給予鼓掌。但是今天的報導也有看到，急診醫師批評說：「如果病人是分類第四級，建議轉門診，如果在門診倒下去怎麼辦？」所以，建議健保局要把相關周全的配套捉出來正面予以回應，同時也要加強民眾宣導。

主席

有關「保險對象特定醫療資訊」查訊平台之「關懷名單」查詢部分，若醫院有問題，請與各分區業務組的窗口連繫，目前尚在輔導期，不會馬上違規記點處分，另外，各分區業務組在違規記點處分之前，亦會跟醫院再次確認，請大家不用太擔心。

蔡代表淑鈴

支付標準適應症之調整，建議提「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

主席

本局已於 102 年 2 月 8 日公告實施「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案及其目標值之成長率，為使各特約醫療機構皆能配合辦理，請醫審及藥材組辦理說明會，並邀請台灣醫院協會、醫師公會全國聯合會、牙醫師公會全國聯合會等相關單位參加。

三、報告事項第三案「101 年第 4 季醫院總額點值結算報告」與會人員發言摘要

主席

本案為「101 年第 4 季醫院總額點值結算報告」，請各位代表表達意見。

黃代表雪玲(陳代表明豐代理人)

1. 議程第 43 頁 PA101、第 44 頁 OPDGB101，請說明代表意義。
2. 各分區之季費用占率(S 值)都是用 91 年，現在是 102 年，不可提供最近的各分區費用佔率？

主席

請醫務管理組回應。

張科長溫溫

1. PA101 為 101 年支付標準未執行前之扣減，101 年 9 月起公告實施，所以第 3 季開始已經沒有扣除；OPDGB 是調整後之該季門診預算。
2. 下次再配合提供 101 年各分區費用佔率。

陳代表雪芬(林代表芳郁代理人)

這些數字我都確認過，若代表有問題，建議私下提供即可。

主席

如果大家沒有其它問題，「101 年第 4 季醫院總額點值結算報告」確認完成。

四、報告事項第四案「98 年至 100 年醫院總額各分區業務組自墊醫療費用核退統計報告」與會人員發言摘要

主席

本案為「98 年至 100 年醫院總額各分區業務組自墊醫療費用核退統計報告」，請各位代表表達意見，若沒有，本案洽悉。

五、討論事項第一案『修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確

保方案」之專業醫療服務品質指標，「門診同藥理用藥日數重疊率」指標定義」』與會人員發言摘要

主席

本案為修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，請代表表達意見。

謝代表景祥

第 9 頁第(7)項跨院所指標之定義，有「同一醫院同一病患」文字，請問是否誤植。

劉專員家慧

是誤植，本組將再修正。

主席

「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標「門診同藥理用藥日數重疊率」，配合「全民健康保險醫療辦法」修正第 24 條一併修正，摘要如下：

1. 配合修正「保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑」，修正慢箋不納入重複日數計算之案件，由 7 天修訂為 10 天。
2. 配合修正「保險對象如預定出國、返回離島地區、為遠洋漁

船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量」，對於持慢性病連續處方箋一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件，請依前述情況，正確申報相關特定治療項目代號，俾得以識別。

六、討論事項第二案『醫院總額之類血友病藥費由一般服務移撥至「血友病及罕見疾病」專款』與會人員發言摘要

主席

本案為『醫院總額之類血友病藥費由一般服務移撥至「血友病及罕見疾病」專款』，如說明所述，本案前於 102 年 3 月 6 日經本會第 1 次會議決議，提至健保會報告，健保會在 102 年 4 月 26 日第 4 次會議決議，若有移至專款項目之必要性，請健保局於協商 103 年度總額時再提調整建議。針對本案，請各位代表表達意見。

陳代表瑞瑛(吳代表志雄代理人)

本案的藥費 101 年是 2 千 3 百多萬，如果是 103 年度才移撥，好像現在太早提了。

張科長溫溫

補充說明，本案前為台灣血栓暨止血學會 102 年 1 月來函，建議醫院總額「血友病及罕見疾病專款」，增加類血友病藥費(診斷碼 286.4)，經提本會 102 年 3 月第 1 次會議討論，會中健保會代表認為這部分應屬健保會權責，議定的總額範圍要改變，應提到健保會討論，所以本案提至健保會討論，健保會則認為目前類血友病藥費已在一般服務預算支應，若改由專款支應，額度應該由一般服務

移撥至專款才合理，建議若需要，於協商 103 年度總額時再提調整建議，因此，本局本次會議提案討論，是否要將 0.36 億元，於 103 年由一般服務移撥到專款，如果各位代表同意，本局將於本年 9 月協商時提出建議。

陳代表雪芬(林代表芳郁代理人)

那 B、C 肝可以比照辦理嗎？

謝代表文輝

若要在 103 年移撥，應該要用 102 年實際的費用，乘上 103 年協商的成長率，不能用預估數。

主席

本案，請各位代表先就是否同意本項由一般服務移撥到專款表達意見，有共識之後，大家再進一步討論移撥的額度。

黃代表雪玲(陳代表明豐代理人)

目前類血病放在一般服務，分區業務組審查時被列入逐案審，類血友病人是很多醫院不看的病人，我們醫師願意看，還被逐案審，這樣是不公平的，所以，希望大家可以支持移至專款。

蔡代表淑鈴

放在一般服務還是專款，都一樣要審查，有些審查，是針對一些異常還是立意進行審查。

台北業務組許專員寶華

臺北業務組訂定了分級審查作業，如果醫院屬 C 級則會被加強立意抽樣審查，如何立意抽樣訂有一些指標，可能是申報超過一定金額以上才會被抽審，反之，如果醫院是 A 級，則都可以減審。

謝代表文輝

1. 無論是一般服務或是專款，該審就應該要審。
2. 上次會議大家都有共識，類血友病和血友病很類似，費用都很高，血友病在專款，應該就歸一起放在專款，討論到現在，沒人反對由一般服務移到專款。
3. 至於移撥額度，建議用實際數，不用預估數。

主席

本案同意 103 年度由一般服務移撥至「血友病及罕見疾病」專款項目，惟移撥額度於協商 103 年總額時再議定。

七、討論事項第三案『器官移植後病人於門住診使用非屬專款支應之免疫球蛋白藥費，由一般服務移撥至「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款』與會人員發言摘要

主席

本案為禾利行股份有限公司函健保會，建議『器官移植後病人於門住診使用非屬專款支應之免疫球蛋白藥費，由一般服務移

撥至「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款』，目前台灣移植後的病人存活率，與歐美國家相比，已不相上下，移植後都會使用免疫球蛋白，請各位代表或專家學者表達意見，先請醫務管理組進行背景說明。

張科長溫溫

1. 「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款，原本只限當次移植手術住院案件所有費用與術後門診抗排斥用藥，後來在99年第1次醫院支付委員會議，台灣醫學中心協會函建議，HBIG免疫球蛋白納入專款，本局因該用藥與專款名稱不相符，原本的意見是不同意，但當次會議決議是同意納入專款，且當次同意為健保藥碼K000452221。
2. 請見附件7表3，目前使用中的免疫球蛋白計有5種藥品代碼，2家公司，目前只有天行公司的K000452221列入專款，因此，禾利行公司才會希望可以比照；另請看表4，目前免疫球蛋白用在術後的病人，101年屬於一般服務大概是62百萬，屬於專款大概是98百萬，推估103年在一般服務大概是70百萬，專款大概是175百萬。

主席

請各位專家代表提供意見。

盧代表瑞芬

藥品的主要功效是什麼，是否符合納入專款範圍，應有一定的原則性，不然，大家都想把藥品由一般服務往專款挪，是否臨床上可多給資訊以利判斷？

黃代表立民

基本上，HBIG是為預防B型肝炎，這是確定的，IVIG是補充一些免疫球蛋白，除了免疫調節，也可以減少感染，HBIG也是為了預防感染，不過它主要是針對B型肝炎感染，不論是捐贈的器

官還是接受者有 B 型肝炎的時候，是很重要的；IVIG 的重要性，也是有，本案應回歸專案的原意，如果專案是原意是移植後的一段時間，要增加移植的成功率，看起來，這兩種藥的性質是類似，都跟移植本身沒有關係，都是為了預防移植導致的併發症。

蔡代表淑鈴

1. 器官移植後的病人打免疫球蛋白，可能是長期的，本案今天應該討論的，應該是免疫球蛋白是否應該放在專款？如果不該，就應該將免疫球蛋白全部移回一般服務。
2. 成立專款，是為鼓勵誘因，但長期之後，應回歸到一般預算為宜。今天有兩案都要從一般預算移到專款，這都要審慎考量專款項目是否必要。

郭代表守仁

建議可以請專家的代表學會，例如移植醫學會等，提供專業意見，通盤考量再議。

謝代表天仁

如果是目前健保已經有給付，是否要移到專款，建議還是請專業的學會表示意見為宜。

謝代表文輝

同意函請專業學會提供意見後再議。

主席

器官移植後病人於門診使用免疫球蛋白藥物，是否符合原專款編列之意旨，由本局另洽台灣移植醫學學會與中華民國免疫學會提供專業意見後再議。

主席

若無其他提案，本次會議結束，謝謝大家。

附件 1

指標項目	修正定義 (如畫底線段)	現行定義
<p>門診同藥理用藥日數重疊率</p> <p>(1)同院所門診口服降血壓藥理用藥日數重疊率(DA 1157.01)</p>	<p>1.同右。</p> <p>2. 同右。</p> <p>3.本項指標允許慢性病連續處方箋提早拿藥，即同 ID、同院所給藥日數≥ 28天,且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 28天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許<u>10天</u>的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號</p>	<p>1.本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括精神分裂、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用佔率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。</p> <p>2.前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理：</p> <p>(1)降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼為 C07 或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(2)降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(3)降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX</p> <p>(4)精神分裂藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX。</p> <p>(5)憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</p> <p>(6)安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</p> <p>3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數≥ 28天,且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 28天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 7 天的空間不計入重疊日數。</p>

指標項目	修正定義 (如畫底線段)	現行定義
	<p>(一)~(四)為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、<u>HD 者。</u></p> <p>4. 指標定義： 分子：<u>同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。</u> 分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>5. 同右。</p>	<p>4. 指標定義： 分子：同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數(允許慢性病連續處方箋提早拿藥)。 分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>5. 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。</p>
(2)同院所門診口服降血脂藥理用藥日數重疊率(DA 1158.01)		
(3)同院所門診降血糖藥理用藥日數重疊率(DA 1159.01)		
(4)同院所門診抗精神分裂藥理用藥日數重疊率(DA 1160.01)		
(5)同院所門診抗憂鬱症藥理用藥日數重疊率(DA 1161.01)		
(6)同院所門診安眠鎮靜藥理用藥日數重疊率(DA 1162.01)		
(7)跨院所門診口服降血壓藥理用藥日數重疊率(DA 1163.01)	1.同右。	1. 本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括精神分裂、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用占率高之藥品，進

指標項目	修正定義 (如畫底線段)	現行定義
	<p>2. 同右。</p> <p>3.本項指標允許慢性病連續處方箋提早拿藥，即同 ID、跨院所給藥日數≥ 28天,且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 28天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許<u>10天</u>的空間不計入重疊日數，<u>且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</u></p> <p>4.指標定義： 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥</p>	<p>行跨院所同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。</p> <p>2. 前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理：</p> <p>(1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼為 C07 或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX</p> <p>(4) 精神分裂藥物： ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX</p> <p>(5) 憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</p> <p>(6) 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)： ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</p> <p>3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、跨院所給藥日數≥ 28天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數≥ 28天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 7 天的空間不計入重疊日數。</p> <p>4. 指標定義： 分子：藥物重疊用藥日數(允許慢性病連續處方箋提早拿藥)</p>

指標項目	修正定義 (如畫底線段)	現行定義
	<p><u>日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。</u></p> <p>分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>5. 同右。</p>	<p>分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>5. 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。</p>
(8)跨院所門診口服降血脂藥理用藥日數重疊率(DA 1164.01)		
(9)跨院所門診降血糖藥理用藥日數重疊率(DA 1165.01)		
(10)跨院所門診抗精神分裂藥理用藥日數重疊率(DA 1166.01)		
(11)跨院所門診抗憂鬱症藥理用藥日數重疊率(DA 1167.01)		
(12)跨院所門診安眠鎮靜藥理用藥日數重疊率(DA 1168.01)		