

全聯會會務報導精選（健保方面）

本於「以病人為中心，守護醫療核心價值與尊嚴」，陳理事長相國與公會幹部共同爭取改善醫療體制、執業環境，為建構全民健康、安全、幸福齊心努力。

文、圖 / 全聯會秘書處整理

胃幽門螺旋桿菌除菌治療的建議

世界衛生組織已在1994年將幽門螺旋桿菌列為第一級的致癌物，透過幽門螺旋桿菌的篩檢以及根除治療，預期可以大幅降低胃癌的發生率，達到初級預防的效果。篩檢陽性的患者，應積極給予除菌治療。對於幽門螺旋桿菌的篩檢及治療，可參考國健署網站健康手冊專區上的「胃幽門螺旋桿菌篩檢之指引」專業版。

關於幽門螺旋桿菌的除菌治療，主要原則如下：

- (一) 治療以三合一或四合一為主，即一種PPI，加上兩種或三種的抗生素，共同治療。
- (二) 治療的時間原則上以14天為原則。
- (三) 治療的配方組合應根據當地的治療經驗及抗藥性比率的高低來做選擇。原則上應選擇治療成功率在90%以上的配方組合。在低抗藥性的地區可以選擇三合一治療14天，在高抗藥性的地區則應選擇四合一治療14天。
- (四) 不論選擇哪一種PPI (Esomeprazole, Lansoprazole, Pantoprazole, Rabeprazole)，都應處方一天兩次(bid)。Dexlansoprazole目前無幽門螺旋桿菌除菌的適應症，請勿選用。
- (五) Clarithromycin是過去三合一黃金組合的主要藥物，劑量要使用500 mg bid，在低抗藥地區是首選。
- (六) Amoxicillin目前在臺灣屬於抗藥性較低的抗生素，如果沒有對此藥過敏的患者，應優先加入此藥。在抗藥性較低的地區使用劑量為1g bid，在高抗藥性的地區，使用劑量為1g tid or qid。

針對國民健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」篩檢陽性的個案，目前建議篩檢陽性之初篩院所，對於沒有上消化道症狀之個案，可考慮逕行給予除菌治療。治療完成後，在PPI及抗生素停藥一個月後，建議請個案自費施行「糞便胃幽門螺旋桿菌抗原檢測」或「碳13呼氣試驗」，以確認治療是否成功。若初次治療失敗，或個案有上消化道症狀，則建議轉介至消化內科進一步治療。

撰文：洪才力副秘書長

治療方式可簡單分類如下：

對象	藥物療法	治療天數
低抗藥性的地區	三合一療法 PPI bid + Clarithromycin 500 mg bid + Amoxicillin 1 g bid	14天
高抗藥性的地區	鉍劑四合一療法 PPI bid + Bismuth subcitrate 240 mg qid + Tetracycline 500 mg qid + Metronidazole 500mg qid	14天
	非鉍劑四合一合併療法 PPI bid + Clarithromycin 500 mg bid + Amoxicillin 1 g bid + Metronidazole 500 mg bid	14天
對 Penicilline 過敏	鉍劑四合一療法 PPI bid + Bismuth subcitrate 240 mg qid + Tetracycline 500 mg qid + Metronidazole 500mg qid	14天

關心「白內障手術單日量偏高」之院所，建議轄屬執行會各分會瞭解其手術量偏高之原因，以兼顧醫療品質與病人權益！

會議名稱：基層工作小組第六次會議

出席委員：陳相國理事長、黃振國主任委員及小組委員

本會主張：

依據數據資料分析，部分院所之單日手術量偏高。委員認為，臨床手術應具備完整的術前評估、適當的手術間隔、完善的術後追蹤及合理的

人力配置等整體規劃；倘若規劃不足，恐影響醫療品質與病人就醫體驗。

綜上，在兼顧醫療品質與病人權益的原則下，各分會可建立適當的監測與輔導機制，必要時研議訂定合理管控措施，以確保醫療服務安全與品質。

後續追蹤：

定期分析白內障手術申報情形，提供執行會各分會參考。

有關115年成長率「提升兒童醫療量能」項目，健保署邀集相關單位研議後續政策規劃

會議日期與地點：115年2月26日中央健保署9樓第一會議室

會議名稱：「提升兒童醫療量能」討論會議

出席人員：本會陳相國理事長、各層級醫院協會及臺灣兒科醫學會

會議結論：

綜整與會單位意見如下，將納入政策規劃研參：

- 一、115年健保總額匡列249億元，優先用於保障0-6歲兒童醫療費用，如結算後仍有剩餘預算，再另與醫院協會、醫師全聯會討論分配方式。
- 二、考量醫事司「幼兒專責醫師制度計畫」內容涉及預防保健等非健保給付範圍，與會代表建議相關內容脫鉤處理。
- 三、兒科急重難症等相關支付標準調整需求，請學協公會依現有機制向本署提出。
- 四、另與會代表所提「4歲至6歲兒童部分負擔補助」、「幼兒專責醫師制度之收案對象延伸至6歲」、「增列兒科住院醫師留任獎金」、「精進兒童早期療育相關政策」等議題，將另函送相關司署卓處。

研議115年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

會議日期與地點：115年3月6日中央健保署18樓大禮堂

會議名稱：115年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議

出席委員：顏鴻順副理事長、黃振國常務理事、王宏育常務監事、洪才力副秘書長

會議結論：

- 一、有關血壓控制率定義，以 $<140/90\text{mmHg}$ 作為控制良好定義，並以個案最新一筆血壓值來認定是否達控制。建請高血壓學會納入後續訂定老人病患高血壓照護指引之參考。本會規劃納入115年繼續教育訓練之主題，邀請高血壓學會分享老人病患高血壓照護指引。
- 二、所有醫療群之E1案件皆納入「多重慢性病人門診整合費用」結算。

三、修訂「B、C肝炎篩檢率」及「會員急診率」，及新增「春節期間開診」加分指標。

四、115年起，全面實施家醫計畫2.0。

五、VC-AE排除愛滋病用藥。健保署將檢討計算公式，並研議參考「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」所訂特定排除列計項目之「政策配合事項」，列為計算排除項目。

六、有關鼓勵各縣市醫師公會辦理家醫計畫2.0繼續教育課程，完訓名單統一請本會協助提供健保署。

七、為將家醫計畫與P4P-DM/CKD/DKD整合，擬修訂個案管理費-特定疾病照護費。

(一) 調整「定期檢驗(查)達成加成費」名稱及給付疾病別。

(二) 新增「追蹤管理加成費」。

(三) 新增「糖尿病新收案整合照護費」。

(四) 若收案會員之P4P-DM/CKD/DKD與家醫計畫之收案診所相同，僅支付家醫計畫之個案管理費；並於本項費用結算時，扣除個案之P4P追蹤管理費。

(五) 請健保署研議家醫計畫與P4P-DM/CKD/DKD整合過渡期之P碼申報事宜、家醫費用給付時程調整，另有關115年計畫尚未公告前，已申報P4P-DM/CKD/DKD費用之預算來源，亦請健保署審慎評估預算支應來源。

八、為將家醫計畫與P4P-DM/CKD/DKD整合，修訂「糖心腎症候群整合照護提升費」。

九、為提升三高病人照護率，擬調整第二階段三高病人收案模式。

十、調整過程面指標成人預防保健檢查率、糞便潛血檢查率及B、C肝炎篩檢率等指標之分數級距及自選指標項目改由健保署協助選擇「最優3項」進行評分。

十一、同意調整114年預防保健相關指標及糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率指標計分方式

後續辦理：健保署業提至115年3月12日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議討論，將依該會議結論再進行修正後，依程序提至115年3月26日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報告。