

西醫基層醫療服務審查執行會 中區分會 2018 年 12 月科管理 各科決議事項

【相關疑義請洽 04-25121367

陳詩旻、黃郁喬小姐】

家醫科 107 年 12 月 25 日

報告事項：

一、107 年第三、四季家醫科審查總額概況。
(重點摘要)

- 居家醫療計畫 108 年擬修訂重點
- 「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」自 108 年 1 月 1 日開始實施針對十大類藥品且給藥日份 14 日以上之處方，不符提前領藥規範或特定領藥原因之重複用藥日數>10 天者。當季重複用藥藥費 1,000 元(含)以上者，核扣該藥費。
- 102 年至 107 年年平均每人醫療費用全國排名第一就醫科別

就醫科別	中區	全國第二高	差距比率
外科	2,324	1,833	26.8%
復健科	7,438	6,253	19.0%
婦產科	2,466	2,080	18.6%
精神科	7,477	6,611	13.1%
神經科	3,461	3,159	9.6%
內科	3,357	3,255	3.1%
小兒科	2,193	2,186	0.3%

註：排除計算案件：代辦、C1、03 案件
4. 107 年第 3 季中區西醫基層預估點值報告

分區別	浮動點值預估	平均點值預估	排名
台北	0.93737	0.95316	5
北區	0.94567	0.96056	3
中區	0.91044	0.93487	6
南區	0.94423	0.96049	4
高屏	0.95397	0.96721	2
東區	1.06293	1.04281	1
全署	0.93929	0.95587	

討論事項：

案一、108 年中區西醫基層修正分科管理試辦計畫運作模式，提請討論。

決議：綜合意見如下

- 監控值 R2=偏離值(R1)+每人就醫次數(B)，其校正值要非常正確。
- 分群資料統計以「前前三個月」，若偏離則抽審三個月，建議改為「前前二個月」，若偏離則抽審二個月，以避免抽審期過長。
- K 碼分群在病患特質方面在「疾病診斷」部分最好分析前三診斷碼，要不然至少要分析前二診斷碼，因為多重慢性病在檢查及開藥品項比單一慢性病複雜多了。
- 醫療耗用率應該搭配醫療品質指標，像 DM、CKD、氣喘。
- 平均診療費應以診療費的季總量除以看診的季人數，不是人次(現行算法)。
- 必審指標 8 慢箋為調劑比率大於 P90=17.6%，達此指標比率蠻高的，應訂下限值。(105 年 P90=25%)
- 監控值有問題，一般指標 2「每人診

療費」和 3「平均就醫次數」應該個別監控，而不是混在一起。

8. 回溯性的審查，回溯時間不宜過長，不宜超過三個月，回溯時間太長的話作用只有核刪而已，管理的目的是為了導正不是核刪。
9. 日後應讓方案討論詳實完備，再實施。

臨時動議：無。

小兒科 107 年 12 月 22 日

討論事項：

一、根據健保署提供表 8 診療醫令 P90 監測輔導名單及表 5 實際費用 P90 指標輔導名單，及管理輔導辦法：

決議：

- 需要解密抽審的名單為
A. 抽 30 件：r#%&9Jy8, r@!&#Ep3, r*%!7H79, r*%!S#Qu5, r*%!S#F8d, r*%#!5Epf, r*%#!#Quc, r!%&29J35, r&!*/9H8s, x^&#%#E45
B. r@!&#Ep3, 針對其醫令 48001D 抽 30 件 r*%!S9Su3, 針對其醫令 54001C 抽 50 件 r*%#!5Ei5, r!%&2#H33, r*%!@9J67, 針對其醫令 54001C 抽 30 件 r\%&^9Q67, 針對其醫令 57021C 抽 50 件 r@!&#Ep3, 針對其醫令 09043C 抽 30 件 r\%&^9Q67, r*%&!9Ji7, 針對其醫令 47041C 抽 30 件 r*%#!5Ei5, 針對其醫令 47041C 抽 50 件 r!%&2#H33, 針對其醫令 54010C 抽 30 件
2. 只需解密名單為 r*%#!9Q7s

以上診所請健保署逕行解密，並詳列診療醫令及數量及點數，名單提供給科委召集人及審查召集人，以了解並輔導其申報情況。抽審解密名單之 A, B, 部分，執行 2018 年 12 月(費用年月)立意抽審。A 部分，抽審 04 案件中每人合計點數最高者，或每人合計點數成長率最高者，或每人診療費最高者，若不足則改抽 09 案件。

二、新的監控指標：

針對新的診療費監控指標，平均每件診療費_不含 P 碼>100，要加重審查，請各會員遵守。

2018 年 5 月(費用年月)繼續施行。

三、無基期診所及執業滿 1 年未滿 2 年診所管控方案由：

決議：

1. 無基期診所【月申報合計點數】大於當月全科 P30，除例行抽審 20 件外，加抽當月就診次數大於或等於 6 次之全部案件。
2. 執業滿 1 年未滿 2 年診所，【月申報合計點數】大於當月全科 P40 抽當月就診次數大於或等於 6 次之全部案件。

四、臨時提案：無。

骨科 107 年 12 月 14 日

中區分科管理制度 108 年可能做變動，用分群的概念，來更實際反映各科內診所間執業型態的差異。在 108 年前半年漸進式的磨合建立制度，後半年再全面實施，有新的進展再跟大家報告。因應 7/1 開始大醫院下轉病患到診所，請各位會員關注各醫院之下轉模式，提早準備接受轉診。

也注意在電子轉診平台上需 key in 之欄位。各醫院也有組各科 Line 群組，請大家加入，以即時反映訊息。請盡量使用電子轉診平台，上轉要 key in 01036C。接受轉診要 key in 01038C，且要上 VPN 受理”、”回復”才算完成接受轉診。20 項檢查(驗)28 日內再執行率立意抽審，從 106 年 12 月費用年月開始執行，請會員注意 X-ray 28 日內再執行率指標，會立意抽審，請依專業診療原則送審。

衛福部行文骨科醫學會提意見制訂新的骨科審查規範，各區皆有代表參加。各會員對於審查標準有何建議，請連絡各縣市科委員或科召。

骨科藥品有些指示用藥可能會取消給付，請各位會員注意衛生署公布。

請未加入”中區基層骨科聯誼會”群組的會員，加科召 line(ID: 0932629357)，再邀請入群組，許多即時訊息都在此群組發布。

骨科抽審有三種指標：1. 骨科科管理指標，即如下內容，每月發出。2. 中區委員會共管會議決議，年度討論，各縣市醫師公會會寄給大家，各科一致。3. 全國基層管理的指標，全聯會與健保署協商，也是各縣市醫師公會會寄給大家。

骨科目前是高額成長科，所有指標抽審更嚴緊，抽審量很大，請大家合理管控申報。抽審大都是以 P90 為原則。因為行政作業流程，這個月抽審是上個月，甚至上上個月指標異常者。如果對抽審原因有疑問者，請聯絡各縣市科委員，或直接連絡科召廖慶龍醫師(電話 0932629357, line ID 同)。

最近有新開業診所，因不清楚申報方式被核刪。請新開業診所，或是其他骨科科管診所會員，不清楚申報原則者，請與各縣市骨科科委員聯絡。健保署開會，討論非相關專科不可開復健物理治療處方的問題，尤其是多人聯合診所內，非相關專科(骨科復健神內外風濕整外)醫師看診時，不可開復健物理治療處方，此項會列為稽查勾稽重點。可能會訪查病人，詢問是那位醫師看診。請各位醫師診所內非相關專科醫師看診時段，不要開復健物理治療處方，以免被稽查回溯回推放大，甚至停業處分。

高復健利用率之病人(一年復建超過 180 次)，健保署會加強管控，會請醫師提出說明。

請各會員注意醫師本人、眷屬、員工、員工眷屬就診率過高，指標過高者中區業務組會列入監控。有些過度離譜的醫療行為，可能被以詐欺罪起訴。

委員會決議，骨科抽審監控指標如下：

- 一、有基期診所：
 - (1) 與去年同基期比較，零或負成長之診所免抽審。
 - (2) 超過則隨機抽審+立意抽審。必要時健保署實地訪查。
- 二、101 年 3 月以後開業加入中區骨科科管特約兩年內之診所審查管理辦法如下：
 - A. 自費用年月 101 年 4 月開始實施。
 - B. 特約二年內診所第一年申報目標點數 60 萬點(含部份負擔及釋出)，第二年申報目標點數 70 萬點(含部份負擔及釋出)。
 - C. 特約二年內診所如申報額度在上述 B 之目標點數內，每月抽審改為 20 件立意抽審；如申報超過目標點數 2 萬點以上(含)，則當月改為隨機抽審，且每超過 5 萬點，加抽 10 件立意抽樣(例如第一年診所申報 120 萬點，超出 60 萬點，則隨機抽樣 20 件加立意抽樣 120 件共 140 件)。

三、X 光檢查：
X-ray 最近申報率異常升高，會加強管控抽審，請會員注意申報。目前抽審管控以 P90 為原則，如果管控效果不佳，

抽審指標會降到 P75。

- (1) 診所申請以 20% 為上限，超過上限則隨機抽審。過多、不合常理的 X 光會加強審查。
- (2) 申報以兩張為原則(AP、Lateral 算兩張)，申報多處、多張 X 光不合常規、常理者嚴審，必要時抽查全月 X 光檢查病歷。(骨折有做徒手復位者須附術前、術後的 AP、Lateral X 光，徒手復位一個部位合理為四張)。

四、復健：

- (1) 簡單-簡單需 10% 以上，未達到者隨機抽審。(計算方法以次數為原則，非件數。如患者掛一次號只做了 3 次復健，就以 3 次為計算)。
- (2) 復健專業人員平均每人每日治療人次，超過每日 40 人次以上者嚴審。

五、高貴藥嚴審，請儘量以同類價位低者取代之。

六、處置：

- (1) 骨折脫臼有做徒手復位者，須附術前、術後 X 光，骨折脫臼位移、成角有改善者才可申報徒手復位術。
 - (2) 過多、不合常理之關節穿刺術(29015C)、肌腱注射(39018C)、關節腔注射(39005C)嚴審。
 - (3) 過多、不合常理之首次淺部傷口處置(48001C、48002C、48003C、48027P、48028P)嚴審。
 - (4) 所有之傷口縫合皆需附相片。
 - (5) 多部位、大面積之傷口處置需附相片。
 - (6) 依全民健康保險醫療費用審查注意事項/外科外科審查注意事項(二十四)：處理傷口含拔指甲者，以淺部創傷處理(48001C)申報；單純拔趾甲者，則以(56006C)申報。
 - (7) trigger finger, De Quervian's disease 皆以 64081C 申報。
 - (8) 48027P, 48028P 只限於非醫源性創傷第二次換藥時使用；醫源性創傷(如手術)之第二次換藥以 48011C 申報。
 - (9) 第二次傷口處理，若無清創(Debrid)，以 48011C 申報。
 - (10) 樹脂石膏同一次事件以使用一次為原則，其它次換石膏請用普通石膏。
 - (11) 燙傷換藥申報原則(比照外科)：第一次與第二次換藥皆申報 48001C，第三次以後換藥皆申報 48013C。
 - (12) 外用貼布原則上一次看診以開一個星期使用量一包(四片)為限，一個月最多開四包(16片)。
 - (13) 新增抽審監控指標：板機指手術 64081C、皮下腫囊腫抽吸術 47044C。
 - (14) 腕隧道症候群，以保守療法為主，若保守療法無效，要申報手術 Decompression of median nerve at wrist (單側 83006C, 雙側 83007C)，要附三個月保守治療病歷。若保守治療未滿三個月，病情需要手術者，要附上神經電氣學檢查報告暨術前患部照片。以上為科管原則，尊重醫師臨床裁量權。腕隧道症候群手術前有神經電氣學檢查報告，若有術後糾紛，可做為佐證。
- #### 七、管理指標之『合計點數成長率』審查指標計算公式修訂為 (本月合計點數-去年同季月平均合計點數)/ (去年同季月平均合計點數) 或 (本月合計點數-去年同月合計點數)/ 去年同月合計點數，兩者取成長率低者列為指標值。(排除勞保及代辦案件)
- #### 八、目前中區骨科整體點值管控不佳，骨骼肌肉系統超音波請不要申報健保。待點值管

控穩定時，再行討論開放現有的健保診療項目。

耳鼻喉科 107 年 12 月

會議決議：

1. 107 年 12 月抽審指標：診療費大於 130/50/P50。
診所內非耳鼻喉科醫師不宜申報(列為必審指標)包括：
A. 內視鏡系列。
B. 高技術性(專業性)的項目。
C. 在檢查方面的項目，如 22003 聽音電阻力檢查，鼻阻壓計檢查 54025C(590 點)等。
2. 107 年 10 月起支 3.6%，107 年 11 月起支 0.2%，季累計超支 1.9%。
3. 診療費的申報切勿偏重一項，申報的醫令若超出同儕太多，電腦指標異常，會增加被抽審的機會。確實有執行，皆可依實依法申報。
4. 106/05/01 公告通過西醫基層總額開放表別診療項目(降表)中，請各位會員注意，耳石復位術，原則上是以敘述報告為主即可。但若為謹慎起見，能附上有病人簽名的報告則更妥當。
5. 107 年 8 月 1 日起，診所非耳鼻喉科專科醫師開放申報 54019c 54027c 54037c (僅限該醫師看診病人診斷為上呼吸道感染者的 5%)
計算基礎是以單一診所為單位，並未跨院統計。所以大家與自家過去病歷比對，應可減少。
*輔導條件：再執行率超過全國西醫基層 P75 且再執行醫令件數超過 15 件、有執行鏡檢項目之診所。
*請院所自行至 VPN 下載報表進行自身檢示與管理。
*下載路徑：VPN/保險對象管理/保險對象管理檔案下載，建議用 A4 紙橫向列印，俾利閱讀。
7. 107 年 12 月 1 日起 Acyclovir 400mg 劑型，可用於帶狀皰疹、水痘以及單純皰疹，除了用於骨髓移植術後病患外，療程以七日為限。其他劑型按原給付規定。

眼科 107 年 12 月 20 日

會議決議：

1. 通過世紀眼科診所因診所遷移，申請基值承接及以 106 年第四季總點數，做為 108 年第四季基值。
2. 重複用藥核扣目前尚未納入眼科藥水及眼科藥膏。
3. 明年度中區管理制度改變，爭取自我管控 A 組繼續實行。
4. <少人申報的治療或手術醫令>、<中區申報量比率過高之醫令>，請提出醫令項目及相關文獻，並由眼科委員會及審查醫師共識會議討論後，請中區業務組提供相關數據，以訂出「管理規則」。
5. 下一次開會日期 108 年 1 月 17 日。

精神科 107 年 12 月 27 日

會議決議：

1. 原處置費 P75 抽審指標改為人均處置費 P95 以上隨機抽審。
2. 維持原人均處置費超過 300 之診所，隨機外加立意「處置費最高前五十件」。

復健科 107 年 12 月 18 日

會議決議：

- #### 一、科管隨機抽審：
- A. 物理治療，簡單簡單件數小於 3%(不含)(排除勞保，及代辦案件)。
 - B. 當月實際費用(排除勞保，小兒加成及代辦案件)超過 200 萬點(含)以上。
 - C. 開業兩年內之診所
- #### 二、科管立意抽審：
- A. X 光案件超過 20%(不含，且排除除勞保及代辦案件)，立意抽審 X 光張數最高(論人單月總合，排除勞保，代辦案件)之前 5 名病患。
 - B. 平均每人費用偏高，隨機加強審查，並加立意抽審就醫次數最高 70 人。
 - C. 平均每人費用偏高，隨機加強審查，並加立意抽審就醫次數最高 60 人。
 - D. 語言治療平均每人日相對值偏高，寄發 P100 警示函。
 - E. 同病人 28 日再次執行管理專案，梁○○復健科診所，立意抽審全部 28 日再次執行 X 光病人案件。
- #### 復健科科管兩年內新診所管理辦法：
- (一)對象：中區復健科科管兩年內之診所。
- (二)辦法：
1. 復健專科診所(有復健科專科醫師)，第一年診所申報目標點數 60 萬點(含部份負擔，含處方釋出)，第二年申報目標點數 80 萬點(含部份負擔，含處方釋出)。
 2. 非復健專科診所(無復健科專科醫師)，診所第一年及第二年之目標點數均為 40 萬點(含部份負擔，含處方釋出)。
 3. 第一年內新診所，如申報未超出目標點數，按規定隨機抽審 20 本。如申報超過目標點數，以 5 萬點為單位，論人立意加抽醫療費用最高 5 人(例：超出 1 點至 5 萬點，加抽 5 人；超出 50001 點至 10 萬點，論人加抽 10 人，以此列推)。
 4. 第一年至第二年內新診所，如申報未超出目標點數，每月抽審改為申報金額最高的 20 本立意抽審。如果申報超過目標點數，則繼續隨機抽審 20 本，並以 5 萬點為單位，論人立意加抽醫療費用最高 5 人(例：超出 1 點至 5 萬點，加抽 5 人；超出 50001 點至 10 萬點，論人加抽 10 人，以此列推)。
 5. 審查醫師發現有不合理申報，將提報科管會改為隨機抽審並加強審查 3 至 6 個月。
 6. 科管理超額需啟動自願回繳機制時，新診所超過目標點數的額度將列入自願回繳的計算公式內。