

106 年度中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫

106 年 9 月分科會議紀錄

內 科

106 年 9 月 27 日

會議決議：

- 請各診所鼓勵糖尿病人提早使用胰島素，幫助病人達成糖化血色素治療目標並可因加分而有機會免除抽審。
有關「鼓勵提高糖尿病照護品質」之一般抽審指標，實施 6 個月後效益評估，請中區分會依評估結果檢視指標適當性。

鼓勵提高糖尿病照護品質 註： 以 105 年第 3 季之指標值作為基期參考值 權重分數最多給予+3 分 本項目自 106 年 1 月費用起實施，並於實施 6 個月後進行評估，依評估結果適時調整。	前前季	前前季胰島素注射率 $\geq 15\%$	+2
	前季	較基期新增注射胰島素病人 2 人	+0.5
	前季	較基期新增注射胰島素病人 4 人	+1
	前季	(較基期新增注射胰島素病人 6 人)	+1.5
	前季	較較基期新增注射胰島素病人 8 人	+2
	前季	較基期新增注射胰島素病人 10 人	+2.5
	前季	較較基期新增胰島素注射病人 12 人	+3

- 依 105 年第 4 次共管會議決議，為鼓勵提高糖尿病照護品質，於 106 年 1 月起一般抽審指標，針對胰島素注射率 $\geq 15\%$ 院所，權重加計 2 分及注射胰島素病人新增 2~12 人院所，權重分別加計 0.5~3 分，本指標最多給予 3 分，並於實施後 6 個月評估適時調整。
- 統計各季符合本指標加分家數平均有 200 家。加分後仍需抽審者月平均為 24 家，因加分而免除抽審月平均為 14 家，查免除抽審院所，中區基層胰島素注射率 105Q3 為 7% 而 106Q2 為 8.3%，共增加 18% 故同意繼續推行基層院所胰島素施打獎勵方案。

2. 修改抽審指標

編號	指標名稱	目前指標閾值	新修訂	權重分數
2	每人診療費	每人診療費增加點數 $\geq p90$ 且每人診療費成長率 $\geq 2.5\%$	每人診療費增加點數 $\geq p90$ 且每人診療費成長率 $\geq 2.5\%$ 且診療費為各科 <u>P30</u> 以下或診療費為 3 萬點下院所，排除本指標計算。	-3
		$P75 \leq$ 每人診療費增加點數 $< p90$ 且	$P75 \leq$ 每人診療費增加點數 $< p90$ 且每人診療費成長率 $\geq 2.5\%$ 且診療	-2

	每人診療費成長率 $\geq 2.5\%$	費為各科 P30 以下或診療費為 3 萬點下院所，排除本指標計算。	
--	-----------------------	-----------------------------------	--

中區業務組說明：

綜上，建議每人診療費管理指標仍維持原管理方式，僅調整排除弱勢診所計算權重條件：診療費為各科 P30 以下或診療費為 3 萬點下院所，排除本指標計算。

- 請各診所善用有限的醫療資源，對 106 年 25 項開放表別項目中因有診所 (r*%/!9D7s) 連續三個月醫令比率超高，將予以隨機抽審論人歸戶附送六個月病歷，並連續抽審三個月。
- r!%2&#E88 與 r!2%&#Q7c 兩家診所診療費過高，立意抽審診療費最高 20 件。
- s/&!*#E43 每人合計點數最高 20 件立意抽審二個月。
- 為因應健保署針對 20 類重要檢查(驗)項目門診同病人 28 日再次執行管理專案的新政策，請各位內科前輩前往了解並提建議。

說明：20 類重要檢查(驗)項目門診同病人 28 日再次執行管理專案報表下載方法

步驟一：VPN 首頁憑證登入，左方服務項目點選「保險對象管理」下的「保險對象管理檔案下載」，提供下載日期點選「不限」後，點選查詢後，即可下載報表。

步驟二：點選下載，即可下載報表。

若出現申請按鈕，表示資料被移除，請點選申請按鈕後，隔日至 VPN/服務項目/下載捷徑專區，下載報表。

----- 外 科 -----

106 年 9 月 11 日

會議決議：

主旨：外科全體科委員、審查召集人及副召集人與中區健保分組長官們就外科管理、宣導及審查等相關事宜，做「業務溝通」及初步疑問回答，以期所有外科會員了解並有所依循。內容整理如下：

- 希望取消外科換藥同一療程沒有診察費之不合理規定。
答：相關規定需經署本部或專科醫學會認同並公告實施方可施行。
- 外科 P50 是所有科系中最後一名，監測指標卻最多（有 17 項），可否減少？
答：目前此 17 項監測指標只是回饋告知各診所，從 105 年開始未使用此指標做為抽審依據。附帶一提：因應分級醫療，基層慢性病藥費不列為抽審指標，只列為監控。
(1)前 5%醫令，P90，連續 3 個月(105 年後已非抽審依據)。

(2)目前必審指標各科皆相同，依照權重及排序；診療費用，現在採每人平均費用。

(3)目前以自身值做基準：

- a.是否成長超過 2.5%
- b.成長點數>P50 以上
- c.每人診療費 P30 以下排除
- d.診療費總額<30000 點排除

以上經中區分會資源耗用小組討論決議，目前各科抽審率約 20-25%。

3. 照相相片因沖洗影響相片品質清晰度，且增加許多行政作業及費用，可否以隨身碟代替。

答：隨身碟怕中毒，考慮資安問題，可考慮採電子病歷送審。

4. 外科跨區送審的條件為何？是否能比照其他五區及全聯會決議，先通知分區執委會主委或審召同意，再跨區送審。

答：任何外審均會通過中區分會執行。

常見跨區原因包括：

(1)無人力(專科審查醫師)，因為審查有六十天核覆時效；(2)親友迴避原則；(3)依中區分會決議；跨區送審需『雙區』分會同意。

5. 職災(B6)乃為代辦業務，可否免除 10 次以上行政核刪？

答：已執行。舉凡上下班途中、上班中、外派出勤受傷，只要有勞保皆可申報，請外科會員多多利用。

6. 基層急診比率>10%為抽審指標，殊不合理？

答：目前已無此抽審指標。

7. 嚴重職災傷害病患，尚未列為家醫整合照護對象，是否可爭取？

答：職災尚未列為家醫整合照護對象，未來健保署將會反應署本部。

8. 外科 P50 已居末端，希望長官於法規面能認同科委及審委之審查共識，救救持續沉淪的外科。

答：(1)抽審指標各科相同。

(2)審查共識需經署本部或專科醫學會認同並公告實施方可施行。

9. 外科今年持續為最後一名，但抽審頻率相較往年卻大幅提高，實在不合理。

答：因外科新進診所增加，超支多，故抽審頻率大幅提高。

10. 基層急診可否申報 X 光急診加成？

答：只要符合急診規定，相關處置(含 X 光)皆依規定加成。

----- 骨 科 -----

106 年 9 月 15 日

自 1060501 開始通過一些跨表，基層診所可以執行。骨科部分是 64089B 臍、

韌帶皮下切斷手術。請會員依適應症執行此醫令。執行此醫令時，請附手術紀錄或術中照片。

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。

20 類檢查(驗)項目，門診同病人 28 日再次執行管理專案(骨科 X-ray)，中區分組目前是以輔導為主，指標異常者會寄輔導函，未改善者，必要時立意抽審。

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，或直接連絡科召慶龍醫師(電話 0932629357，line ID 同)。

共管會議也決議，中區分會幹部(科委員、審查醫師、中區分會委員、全聯會執行會委員)要配合超額回繳，若不配合即喪失當幹部之資格。

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，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。

七、審查管理指標之『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

106年9月13日


會議決議：

- 106年09月抽審指標：診療費大於120/40/P50。另外，診所內非耳鼻喉科醫師不宜申報(列為必審指標)局部處置(5400D係指包括54019, 54027, 54037, 54038這四項都是)。
- 106年第一季及第二季未超支；第三季(7-8月)累積超支5.44%(目標點值為0.925)。診療費的申報不宜獨沽一味，如一直申報夾耳垢等，宜採取多元申報。
- 為配合107年將要實施的抽審病歷電子化方案，即日起抽審病歷以繪圖或以文字詳述局部所見及處置均可。但申報內視鏡仍需檢附內視鏡報告。抽審指標雖包含分科管理委員會共識，更包含健保署內部的抽審規範！但是耳鼻喉科分科管理委員會要強調，即使被抽審到，最重要的還是專業考量，審查不會浮濫核刪！
- 請注意，同一病灶不建議申報兩種處置。所謂“合理申報”就是可以做或應該做，而且有做(核實)！而且切記，一定要同時口頭告知病人，有做這些處置，如夾耳垢或止鼻血等。別忘了，有的病人會去看健保署推廣的健康存摺！最新105年版耳鼻喉科健保申報共識修正版已經下來了，各位會員如有需要可以跟小組長索取。
- 106年度西醫基層總額開放表別診療項目(降表)於106/05/01公告已獲通過。降表4項所衍生之診療費排除在抽審指標120/40/P50之外。與耳鼻喉科有關四項，(1)54044C耳石復位術432點，(2)14065C流行性感冒A型病毒抗原150點(驗A流)，(3)14066C流行性感冒B型病毒抗原150點(驗B流)。即流感快篩一次可申報(14065C+14066C, 300)，並取消每月合理申報量5%的限制。(4)12020C肺炎黴漿菌抗體225點。耳石復位術與快篩的結果，原則上是以敘述為主即可。但若為謹慎起見，能附上有病人簽名的報告則更妥當。
- 未來新開業診所(從106/01/01起)的抽審指標及爆量時所需啟動的折付(扣款)機制，將參考友科(如骨科等)現行做法，研議後再行公告。
- 今年起(106)有實施“抑制資源不當耗用”改善方案，包含鼻竇炎 fluoroquinolones (恩菴類抗生素)使用率。請幹部及小組長們轉知院所，此為抽審項目(請正確申報主診斷)！管理指標：合理藥費管控。管理重點：不當用藥。管理項目：鼻竇炎 fluoroquinolones (恩菴類抗生素)使用率。年度目標：較同期下降10%。另外，fluoroquinolones 不建議使用在18歲以下兒童！(還有，在12歲以下之兒童，含codeine成分之藥劑也要謹慎(盡量不)使用。)

8. 從 105 年起健保署中區業務組在中區西醫基層希望推動同儕管理創新模式：經各科調整分群指標後，統計 10606 費用年月資料，篩選以每人醫療費用比每人 K 碼費用(B)之排名前 5%者，並排除 10 萬以下診所，請科召協助輔導。(這次有 18 家次(醫師)上榜，所以煩請加科召的私 Line(先加入『中區團結 Go!』群組)，免得打電話較不方便喔！

----- **眼 科** -----


106 年 9 月 14 日

 **會議決議：**

1. 同意核准○○明眼科增加一名醫師，申請不增加 30 萬點基值一案。
2. 同意核准○明眼科申請自 106 年第三季起由 A 組轉換為 B 組一案，但如該診所 106 年 7 月份費用需接受 B 組抽審，該診所須於收到抽審通知一週內，將抽審資料寄送中區業務組。
3. 同意核准○保眼科，申請 106 年第 2、3、4 季基值比照 103 年第 2、3、4 季一案，但自 107 年第一季起基值恢復以 106 年計算。
4. 重申中區眼科診所 A、B 組轉換申請，應於當年 6 月 10 日前，將書面申請書寄達時任眼科召集人處，過期不予受理。

----- **皮膚科** -----


106 年 9 月 20 日

 **會議決議：**

1. 106 年中區西醫基層皮膚科分科管理加抽原則更改 3. 平均每人診療費 \geq P95 且每人診療費 $>$ 115 點。
2. 本科因前兩季皆未爆量，上次會議有 4 家診所診療費過高之結果追蹤，暫不解密。

----- **精神科** -----


106 年 9 月 16 日

 **會議決議：**

3. 今年度"愛心捐款"，請各會員自願發起。
4. 治療費過高之診所，擬請科委員到現場，積極輔導。
5. 審查醫師請依其專業及共識，執行審查。極端值診所，約 3 家，請加強審查。
6. 審查醫師請務必參加科管理會議。

----- **復健科** -----

106年9月20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。

三、實際費用表格

- A. r&#^%9Lus; r&#%#!#E79; r&#%^9L35 醫令48011C 全局排行P90以上,論人立意抽審換藥次數最多5名病患及淺部創傷處置次數最多5名病患.(排除勞保,及代辦案件)。
- B. r@&!%#E63 就醫次數P100,平均每人費用偏高,立意抽審就醫次數最高五人,費用最高五人。
- C. r@&!%#E63; r\!&%7S7f; r\&!%9H48 : 平均每人費用偏高,立意抽審費用最高五人。
- D. r^#&%9Htf: 高成長,高單價,隨機加強審查,論人立意抽審費用最高10人。
- E. 物理治療每人每日相對值平均超過45人次,未達50人次之診所,寄發警示函提醒合理人力配置,如連續三個月均未改善,予以立意抽審就醫次數最高五名病患。
- F. 物理治療每人每日相對值平均超過50人次(含)之診所,立意抽審就醫次數最高五名病患,並寄發警示函提醒合理人力配置。