


# 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 11 月分科會議紀錄

### 內 科


106 年 11 月 29 日

 會議決議：

1. 內科 106Q1 超支比率 3.25%.106Q2 未超支.  
106Q3 超支比率 4.45% .位於各分科中位數，仍應善用醫療資源.
2. 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過高，將予以心臟超音波隨機抽審論人歸戶附送六個月病歷，並連續抽審三個月.
3. r!2&%#Jud 每人合計點數成長過高，每日藥費偏高將予以每日藥費最高 10 位立意抽審二個月.
4. r2!%&#H77 與 r!2%&#Q7c 兩家診所診療費過高，立意抽審診療費最高 10 件，抽審二個月.
5. S/&!\*#E43 每人合計點數最高 20 件隨機抽審二個月.

### 外 科

106 年 11 月 28 日

 會議決議：

1. 針對健保署支付標準表修改，向會員提供新的相關規定（如下）全身以七區計算。

依健保署 106 年 1 月 1 日公告之「全民健康保險醫療費用審查注意事項」外科審查注意事項，傷口之處置、換藥之審查原則：  
多處傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。

2. 有關「燙傷>25cm」  
第一次：48014c  
第二次起 48018C (x4 次)，之後 48013c(但可以按分區部位算)
3. 面積<25cm  
第一次 48001c  
第二次 48001c  
第三次起 48013c  
(註：均可依燙傷部位數，比照七區申報)

依健保署 97 年 5 月 1 日公告之「全民健康保險醫療費用審查注意事項」外科審查注意事項，傷口之處置、換藥之審查原則，燒傷門診病患之處置、換藥燒燙傷部分：

- (1)申報時需註明部位(範圍)、時間、原因、嚴重度。
- (2)小範圍燒燙傷：25 平方公分以內小面積之第 1 度及第 2 度燒燙傷第 1 次及第 2 次以 48001C 申報，第 3 次以後以 48013C 申報，但適用全身分 6 區，可分開申報。(99/4/1)
- (3)大範圍燒燙傷：應為傷口大於 25 平方公分或嬰兒大於 0.5%TBSA(Total body surface area)，已達第二度燒燙傷範圍，及附上清晰之照片，才可以 48014C 申報，之後以 48018C 申報，但不可超過 4 次，如須延長應繪圖詳加說明及附照片，第 5 次以後以 48013C 申報。

## 骨 科

106 年 11 月 17 日

20 項檢查(驗)28 日內再執行率立意抽審，從 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。此議題在中區區委會、醫師公會全聯會、健保署都已積極反映過，沒有得到正面回應。目前骨科醫學會在積極努力溝通中。結果出來以前，請大家注意此抽審指標。

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。

自 1060501 開始通過一些跨表，基層診所可以執行。骨科部分是 64089B 腱、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。目前也在討論明年度跨表的項目，若有增加跨表項目，請大家依常規執行醫令。

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，106 年 10 月分更衝到 11 分科成長第一名。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，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。委員會議決議，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11月15日

### 會議決議：


1. 106年11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)包括：A.局部處置(5400D係指54019, 54027, 54037, 54038這四項都是)，B.內視鏡系列，C.高技術性(專業性)的項目。另外，D.在檢查方面的項目，如22003聽音電阻力檢查。
2. 106年第一季及第二季未超支；第三季累積超支4.11%(目標點值為0.925)。第四季(10月)未超支！
3. 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！

4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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 (恩甯類抗生素)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：不常用藥。管理項目：鼻竇炎 fluoroquinolones (恩甯類抗生素)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 106 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。(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！)


## ----- 皮膚科 -----

**106 年 11 月 9 日**

 **會議決議：**


1. 51017C(不含 51021C、51022C)執行率>7.5%，立意抽審該項醫令 20 件，且不以分科管理指標爆量與否，照常執行。

106年11月

 **會議決議：**

1. 自 10 月 1 日起，健保開放精神科基層診所可以開立失智症藥物。希望會員同仁諄循開立該類藥物的規定。但，因應長照政策及老年人口增加，開立該類藥物，勢必使平均藥費增加！建請中區業務組，專案考慮。
2. 適逢精神醫學會理監事改選，請會員踴躍參加今年醫學會。
3. 尚未愛心捐款的同仁請盡速捐款。
4. 因應藥費調降，原先審查核刪建議，已不合宜。請審查醫師組召委，重新擬定審查建議表，以供同仁申報時參考。

106年11月22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 全署排行 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; r!&%7S7f; r!&%9H48; r%S!\*9S7c: 平均每人費用偏高, 立意抽審費用最高五人。
- C. r^#&%9Htf: 高成長, 高單價, 隨機加強審查, 立意抽審費用最高五人。
- D. 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。
- E. 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。