

109 年度中區西醫基層總額管理方案

109 年 2 月分科管理會議紀錄

內 科

109 年 2 月 13 日

會議決議：

- (一) 本次內科科委會選出 109 年科召陳訓正，副科召葉騰鑫。
- (二) 1081003 第 4 次科委會會議記錄追蹤
 1. 分析追蹤 108 年第一季及第二季科管會議，被決議立意抽審的診所，即使是申覆後的核刪率大於 20% 之診所，核扣點數也未有超過一萬點。因此只能有警示作用，而未能有嚇阻異常申報效果。所以本次的科委會決議，第三季以後，若有明顯的異常申報將可改為隨機抽審。尤其是平均每張處方簽的費用超過 2500 點，若有其必要性，將申請跨區或跨級抽審。會中決議若日後內科的抽審比例過高時，將降低平均每張處方簽費用降至 2200 點。
 2. 雙向轉診壯大基層之健保政策在六區當中，中區的成效較差。有些醫學中心及區域教學醫院，已經成立了多家的附設地區醫院及附設診所。除了有嚴重的侵蝕基層診所之點值，並享有健保署對地區醫院的各項補助。希望本區內科系醫師若有見此訊息，請大家提供資訊，將在科委會會議上提出擴大隨機抽審之機制。
 3. 106 年 107 年壯大基層開放跨表申報之項目是總額外補助款。內科申報的不夠積極，以致次年的基層總額可成長率，相對其他區來的低。希望在 108 年內科在可跨表申報的項目上，應積極並合理的申報。並請各地區的內科科委，能轉知內科基層醫師。
- (三) 結算 108 年第三季基層申報費用中：內科件數成長率 3.10% 為全區第一名，但醫療費用成長 8.05% 為全區第二名（全區平均 7.28 %）。藥費成長率 12.26 % 為全區第二名（全區平均 10.67 %）。所以我們中區內科基層還是要有些管控，尤其是那些費用成長率過高，每人合計點數過高，及新開業無基期的診所費用過高，會被列入抽審。

小兒科

109 年 2 月 20 日

報告事項：

因新冠狀病毒防疫期間，兒科二月科委會改為在 line 群組內討論，並經全體委員同意。

討論事項：

- 一、 根據健保署提供表 5 實際費用 P90 指標輔導名單，及管理輔導辦法：
 - A、 r*%!%7H79 , r@%!&#Ep3 , x^&#%#E45 , r!*/9H8s , x!%*q#E4d , r*%#!5Epf.
 - B、 r%*!S9E4s , r*&!9Fi7 , r!%&2#L75.
- 二、 根據健保署提供表 8 醫令執行率指標輔導名單，及管理輔導辦法：
 - A、 醫令代碼 14065C 及 14066C：r%!S*3E37 , r!2%&#Eu6 , r&*!@9J67 , r*%!%#Dy3 , r&%*!#Kpc , r*!@#5G78.
 - B、 醫令代碼 48001D：r&#%^9Ly9.

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。

➤ 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。

當月申請件數大於一千件及每人合計點數大於一千點 要加重審查，請各會員遵守。

2020 年 5 月(費用年月)繼續施行。

➤ 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。

----- **骨 科** -----

109 年 2 月 14 日

- 疫情嚴峻，提醒看診時查 VPN，注意病患之旅遊史與接觸史 TOCC，也請看診時注意感染管控。
- 中區業務組骨科科管加強管控項目
 1. 中區所有做復健的科別，針對高復健次數加強管控。分兩個級距管控，年復健次數大於 180 次與 150 次(可上 VPN 查詢患者復健次數)。請會員注意高復健頻率的患者。
 2. 中區復健一次完成率全國排名第一。只做一次復健者，表示復健可能是非必要的治療。請會員檢視病患做復健的必要性，以免比率過高被管控抽審。
 3. 不可同時申報 NSAID+局部注射+復健，相類似療效重複申報，請三選二申報。

中區業務組與中區分會會審視各科申報狀況，管控抽審不當申報者。會員有問題，可連絡科委員或科召廖慶龍(0932-629357)協助處理。

因應 108/10 月起，重複用藥以七天以上全部藥品為檢核項目，請會員版更 HIS

系統的 API 程式，以減少重複用藥情形。

「108 年度 30 項重點管理檢查（驗）項目之合理區間」32004C, 03009C, 32010C, 32011C, 32012C, 32013C, 32014C, 32015C, 32016C, 32017C, 32018C, 32022C, 32023C, 32001C, 32002C 以上醫令碼的合理區間改為 14 天，預定於 108 年 7 月上線。

中區分科管理制度 108 年做變動，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。針對診療醫令成長貢獻大的前 50%醫令管控，抽審仍以 P90 為抽審原則，請各位會員合理申報。

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。

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。

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。

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。

(15) 所有的手術都須附術前、術後照片(患部手術部位照片)。

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

109年2月

會議決議:

1. 109年2月抽審指標:診療費大於130/50/P50。
K值管理數據收集中,目前顯示中區耳鼻喉科每人診療費在合理區間,管理尚稱穩妥。
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. 診療費的申報再次強調切勿偏重一項(再次強調切勿偏重一項),且避免短時間成長太多,電腦指標異常,會增加抽審的機會。
健保署通知第三季中區在54005C耳咽管通氣術單側、54006C通氣術雙側、54024C鼻腔沖洗、54035C耳道沖洗、54037C耳鼻喉局部治療、與22004C鼓室圖偏高,要求會員根據VPN回饋資料,自我管理。
22017C平衡檢查需要留有報告,有患者簽名尤佳。
3. 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。
4. 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%)。

- 西醫基層 20 類重要檢查(驗)項目門診同病人 28 日再次執行管理專案_輔導名單：內視鏡指的是 28002C 鼻竇內視鏡加上喉鏡 28004C (分別統計是否在 28 天內重複施做)，計算基礎是以單一診所為單位，並未跨院統計。
- 請院所務必自行至 VPN 下載報表進行自身檢示與管理，VPN 中有許多資訊，可協助諸位自我管理及微調。

復健科

109 年 2 月

會議決議：

一、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。

二、實際費用表格

- A. r%S!*7E68 ; r%S!*9S7c 平均每人費用偏高(P98.5), 隨機加強審查, 並加立意抽審就醫次數最高 60 人
- B. r@&!%#E63 平均每人費用偏高(P97), 隨機加強審查, 並加立意抽審就醫次數最高 50 人
- C. r!&2%#K4s ; r^#&%9Htf ; r!&%7S7f ; 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 40 人

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。