

105 年度中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫

105 年 1 月分科會議紀錄

外 科

105 年 1 月 13 日

會議決議：

- 一、重新整理外科委員會及共管會決議，並嚴格執行，相關依據如下(原已實施)：
 1. 違反大腸直腸外科規範者，一律直接行政核扣
 - A. 內痔結紮當月>2 次
 - B. 內痔結紮 2 個月>3 次
 - C. 內痔結紮半年內>3 次
 - D. 內痔結紮間隔<14 天
 - E. 同日申報內痔結紮及肛門鏡檢查以上為 97 年 8 月 28 日共管會決議
 - F. 肛門鏡檢查間隔少於 3 個月，980904 外科委員會決議
 - G. 同時申報大腸鏡息肉切除及大腸纖維鏡檢查，980904 外科委員會決議
 - H. 痔瘡切除手術後兩週內申報肛門鏡檢查，980904 外科委員會決議
 2. 為維護民眾醫療品質，在外科群組不具「大外科專科」資格者，申報手術碼(6 字頭以上者)一律行政核刪，以免非外科會員躲入外科群組，因佔率指標不高而規避審查管控。(980904 外科委員會)
 3. 凡非「大外科專科」會員，在外科群組申報「48004c~48006c」者，一律列入必審指標，審查醫師並得要求附相片送審，以維護民眾就醫之品質。(980904 外科委員會)
 4. 凡非「大外科專科」會員，在外科群組申報燒燙傷「48014c、48018c 以上者」，一律列入必審指標，審查醫師並將要求檢附相片送審，以維護民眾醫療品質及避免其佔率不高規避審查。(980904 外科委員會)
 5. 凡非「大外科專科」會員，在大外科群組從事處置項目「48001c~48003c」、「48011c~48013C」及其他處置碼總量超出家醫科相同處置碼 P50 者，一律列入必審指標，以免躲入外科群組規避審查。(980904 外科委員會)
 6. 超音波、胃鏡—「非外科或新診所」超過群組 P50 或 10 件以上者，一律列入必審指標；「大外科專科」20 件以上且成長>20%者列入必審。(980904 外科委員會)
 7. 非外科專科群組處置因指標無法管控，若超音波、胃鏡、抽血檢驗、單

日藥量、ENT 處置、皮膚處置、精神病用藥等，超過其該專科別 P50 者，一律必審。(1000121 外科委員會)

8. 不高額折付院所一律必審一年，或依審查醫師建議轉他區審查。(980904、981009、981204、1040821 外科委員會)

二、 外科管理及審查指標共識：

1. 針對「大外科專科」資格會員，為維護醫療品質，送審時一律需附大外科專科證書(號)，以作品質管理之依據。

2. 審查共識

因應台灣已全面實施專科制度，處置外傷及手術等已經為外科生存唯一業務。比照 ENT 處置、眼科手術、皮膚科冷凍處置、心臟科超音波處置、復健科處置等均有其本科之特殊限制條件，他科無法共用。依據外科管理從 97 年至今的審查共識規範決議，總整理讓審查醫師及大外科會員有所依據。

- A. 燒燙傷二度以上 $\geq 5 \times 5 \text{cm}$ 以上者，得申報 48014c(第一次)、48018c(第二次至第五次)、48013c(第六次起)，若為多處 48013c 得依身體六區分佈申報。 $< 5 \times 5 \text{cm}$ 者，採 48001c 申報(第一、二次)，第三次起改採 48013c 申報，可依六區分佈申報。燒燙傷需詳細記錄，並繪圖或照相，必要時審查醫師得要求檢附彩色照片送審。
- B. (1) 臉部裂傷，有縫合者得申報「48033c~48035c」，沒有縫合者則按傷口大小申報「48022c~48024c」，需詳細記錄傷口大小、位置，並繪圖或照相。必要時審查醫師得要求檢附彩色照片送審。
(2) 臉部受傷第二次得申報 48028p。(1000706 外科第四次會議)
- C. (1) 其他部位裂傷、挫裂傷等，有縫合者按傷口大小採「48004c~48006c」申報，需詳細記錄傷口大小、位置，並繪圖或照相，必要時審查醫師得要求檢附彩色照片送審。第二次採 48028p 申報。
(2) 擦傷或未縫合者，按傷口大小及六分區採「48001C~48003C」申報，第二次採 48027p 申報。(1000706 外科第四次會議)
- D. 48028p 及 48027p 乃健保總署考量外科之困境特別針對外傷因素造成之傷口，前幾次均需耗費時間及耗材處置，希望基層外科能擔負起民眾外傷照護之責任，減少醫學中心壓力及等待，特別增設之碼，故僅限外傷之第二次申報。有補助基層外科專科第一次給付不足之精神用意。
- E. 48011c~48013c(簡單傷口)處置，連續就診隔天需採同一療程掛號，不得另外蓋卡。
- F. 所有手術送審時均需檢附大外科專科證書(號)、手術同意書、手術記錄，任何切割組織病灶均需檢附病理切片報告，否則一律不予給付。

G. 骨科 X-ray 之抽審指標比照骨科管理辦法。

H. <新修訂>不參與高額折付診所，除原規定抽審或依必要跨區送審一年外(從不折付月起後一年)，並比照家醫科先前申報金額，依中區總額未折付前預估點值核付其申請金額，已維護公平正義原則，而不是由全體中區已折付之點值申請費用。

請參加外科群組時先詳閱後並簽名依規定辦理。

----- **小兒科** -----

105 年 1 月 9 日

 工作報告：

- 一、 第三季兒科需折付 261 萬，所有兒科會員都同意扣款，感謝所有會員的配合。
- 二、 2015 年 12 月小兒科無超支.維持目前管理制度。

 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，管理輔導辦法：

決議：需要解密的名單為 **r^#&%9G4c**，**r!2&%#Ly8**，**r^%D3s**，**r#!&*#Eu3**，**r^#&%#L76**，**r@%#!&#Ep3**，**r!%&2#L75** 請健保署逕行解密，名單提供給召集人，以了解並輔導其申報情況.並執行 2016 年 02 月(費用年月)立意抽審 04 案件 30 件，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>80**，請健保署逕行**立意抽審 50 件**，請各會員遵守。

2016 年 2 月(費用年月)開始施行。

- 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、 臨時動議：無。

----- **骨 科** -----

105 年 1 月 22 日

104 第三季中區點值結算未達目標點值 0.92，且全區排名第六名，啟動回繳機

制，絕大多數的會員皆配合區委會的決議回繳，謝謝大家的配合。

請會員上健保署的 VPN 去登錄過年期間開診情形，方便民眾查詢。

健保署最近有發現病患沒做復健，卻申報復健的案件，尤其以只做一次復健者最多。請會員注意開完復健處方後，病患有無做復健治療。

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。

骨科最近申報量有增加趨勢，科管控會相對嚴謹，拜託各位會員注意自己的申報情形。新開業的骨科診所，請與科委員連絡，了解申報注意事項。

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。必要時健保署實地訪查。

二、101 年 3 月以前開業加入中區骨科科管特約、且無基期的診所：

- (1) 申請點數以 P50 為基準。
- (2) 大於 P50 者，須接受每件點數最高之 04、09 案件立意抽審 10%，加隨機抽審連續六個月。必要時健保署實地訪查。

三、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）。

四、X 光檢查：

- (1) 診所申請以 20% 為上限，超過上限則隨機抽審。
- (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)。

五、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。

六、高貴藥嚴審，請儘量以同類價位低者取代之。

七、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、48003C)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) 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。
 - (10) 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。
 - (11) 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)。
 - (12) 新增抽審監控指標：板機指手術 64081C、皮下腫囊腫抽吸術 47044C。
- #### 八、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。

耳鼻喉科

105 年 1 月 12 日

會議決議：

1. 抽審指標：(1) 100/20/P50，(2) 未月休 4 天者。
2. 104 年第 4 季，本科預估值超支 0.28%，相較其他科別管控尚可。

3. 104 年第 3 季，僅 1 家未繳回折付同意書，依科管共識，將加強審查三個月。
4. 5400D 局部處置，持續宣導上限為 30%，超過將核刪。
5. 表 5：編號 32(P)每件診療費 105.9312，依指標將予抽審，持續追蹤。
6. 宣導長效型抗組織胺用量，將依使用原則(QD 或 Bid)的每日總量，做為依據標準。

眼 科

105 年 1 月 14 日

會議決議：

1. 上次解密眼科診所每月平均核刪率，請各委員討論是否請審核醫師考慮各診所的情況，給予適度的核刪。決議：通過。
2. 上次解密 XXX 聯合診所去年各科申報佔有率，該聯合診所以眼科作為申報，導致該診所其他科的費用佔用眼科的總額，該診所於 9 及 11 月的眼科佔率低於 50%。請繼續觀察該診所眼科佔率在必要時請健保署將該診所離開眼科，以免佔有眼科的總額。決議：通過。
3. 與健保署討論有關明年眼科成長率，並決定 105 年眼科診所自我管控辦法，擇日寄出，各診所將於 1 月 31 日之前寄到管控主委處以便整理。決議：通過。
4. 彰化區的 XX 眼科診所，申請變更負責醫師，承接去年基值，因為符合區委會認定的「舊診所」定義，所以依程序報請科委會進行追認。決議：通過。
5. 眼科就醫次數已降至最低，有影響病人就醫之權利，不應超過前年的 75%，要求解密 103 年眼科就醫次數以決定是否輔導。決議：通過。

皮 膚 科

105 年 1 月 22 日

會議決議：

1. 關於液態氮冷凍治療之控管部分，51017c、51021c 及 51022c 三項醫令之申報比率總和立意抽審 P95 以上診所已於 105 年開始實施。
2. 診所代碼 r%*!S3Ei6、r%*#!7Ep8、r/&!*9Lic、r^%L79 等診所 51017c 液態氮冷凍治療執行率過高，已執行立意抽審，並請審查委員注意個別診所之執行率，並且加強審查。
3. 健保署已於 105 年 1 月 1 日起全面採用 ICD-10，過去 ICD-9 版本之就醫次數排除之主診斷代碼已無法使用，皮膚科兩個就醫次數排除診斷碼 706.0(Acne varioliformis)在 ICD-10 應設定為 L70.2，707.9(chronic skin ulcer)在 ICD-10 應設定為 L98.491-L98.494、L98.499，另外科委會亦建議新增下

列疾病列入就醫次數排除診斷碼中，其中就醫頻繁之疾病為 L21.9(Seborrheic dermatitis)、B07.9(viral wart)、L85.3(Dry skin dermatitis)、L28.0(Lichen simplex chronicus)、L50.0(allergic urticaria)、L29.9(pruritus unspecified)、L71.9(rosacea)、L91.0(keloid)，可能有生命危險之疾病且需重複就診之診斷碼為 T78.3XXA(Angioneurotic edema)，敬請共管會決議是否納入。

精神科

105 年 1 月 7 日

會議決議：

1. 針對本科爆量，擬先針對每日藥費、每張處方藥物品項、每張處方平均勞務費，申報前 5 名之診所，進行道德勸說，遏止申報量的上升。
2. 爆量尚未遏止之前，繼續要求審查醫師對申報金額異常之診所，從嚴審查。
3. 長效針劑單價每支高於 500 元者，從嚴審查。

復健科

105 年 1 月 23 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、復健科成相對萎縮狀態,請重新檢討全國 P90 專案隨機抽審指標,建議取消該項管控指標,或改為立意抽審.

三、實際費用表格

- A. r*@!%7G7f 就醫次數 P100....寄發警示函警示.
- B. r&#^%9Lus: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).
- C. r&#%^9L35:醫令 48011C 全署排行 P100,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).