

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 7 月分科會議紀錄

內 科

105 年 7 月 14 日

 會議決議：

一、 修訂審查指標

編號	指標名稱	指標閾值	建議修訂為	權重分數
5	慢性病每日藥費	慢性病每日藥費 $\geq$ p90	慢性病每日藥費 $\geq$ p90 且平均就醫次數 $\geq$ p90	-3

因鼓勵病人減少就醫次數成立整合照護門診勢必增加每日藥費故應考量就醫次數。

- 二、 慢箋調劑當日再看診之必要性；本次針對慢箋開立達 30 件以上，且調劑日又申報一筆醫療費用占率大於 p75 之診所計 114 家發函輔導。未來進行追蹤將針對偏離常模診所加強審查，透過審查醫藥專家確定其合理性。經共管會議決議：本案先以輔導為主，日後針對 P90 以上發函輔導，後續追蹤將針對偏離常模診所加強審查，透過審查醫藥專家確定其合理性。
- 三、 對腹部超音波醫令執行率 $>10\%$ ，醫令件數每月 >200 件之三家診所：
r!%2&#E88、r!2%&#Q7c、r*#!5Stf 請中區業務組予以解密並立意抽審 20 件。
- 四、 內科有申報復健治療應以簡單治療之簡單醫令 42003C 為主，若有申報其他治療將送復健科審查。對簡單治療之中度申報比例過高之四家診所
r/&!*9Qpf、r!%&2#Ht6、r%!S*3Kpc、r2!%&#H77 請中區業務組予以解密並立意抽審 20 件

骨 科

105 年 7 月 22 日

 會議決議：

中區共管會議決議，爆量的科別若回繳率不理想，回繳的機制會有所改變。本來以公平正義原則是有成長者回繳即可，若回繳率不理想，可能負成長的診所也要回繳，以達成回繳率。希望業務成長的診所控制成長率，需要回繳時盡量配合；若連負成長診所也要回繳，恐引起同儕間意見分歧。

病患復健治療只做一次比率過高者，中區業務組會啟動抽審檢查，請會員注意此指標。

診所督導考核普查，各縣市已在進行中，請大家注意各縣市之規定，骨科診所 X 光設置標準要注意。

中區業務組篩選 104 年 10 月至 12 月各科「慢性病每日藥費、每人診療費及診療費」成長高於同儕之院所，並統計資料及於費用審查中發現之申報問題進行管控。請會員注意慢性病每日藥費、每人診療費及診療費的成長率，以免受嚴格審查。

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。

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。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：

- (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)。

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、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) 樹酯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。

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。

耳鼻喉科

105 年 7 月 13 日

 追蹤事項：

中區業務組請中區分會輔導之 105Q1 慢性病每日藥費、每人診療費及診療費偏離常規名單，(1) 針對這 5 家診所，先以電話詢問並關心他們的醫療業務狀況。(2) 並將貴會所提供資料內容提報分科管理會議(105/08/17)討論，

後行回報。

 會議決議：

1. 105 年 7 月抽審指標：診療費大於 100/30/P50，及未月休 4 天者(排除巡迴醫療)。
2. 105 年第二季本科未爆量，不啟動攤繳機制
3. 從 105 年 4 月(第二季)開始，如果爆量啟動攤還(扣款)機制，未配合月休四日診所，將依超出可看診天數比例優先扣款。可看診天數，二月以 25 天為上限，其餘各月則是：當月份天數減 4 天為上限。

----- **眼 科** -----

105 年 7 月 21 日

 會議決議：

1. 太平慧明眼科，申請自 105-7 月份由 B 組轉入 A 組。決議通過。
2. 折付機制，診所占率及成長率分配維持原有比例，另建議排除機制，各診所該季折付後點數不低於 120 萬點(每月平均 40 萬點)。
3. 無基期新診所折付機制維持原來條件。
4. 解密六月份成長率及成長金額前三名診所。
5. 彰化三民眼科自 105/7，減少一位醫師。
6. 105Q1 慢性病每日藥費、每人診療費及診療費偏離常模名單-請各分區委員輔導。建議中區業務組排除案件分類包含 C1 案件(雷射：60011、60013)，若未排除則白內障手術案件較多的診所數據會失真。

----- **復健科** -----

105 年 7 月 27 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、r@&!%#E63、r*%!%7G7f、r@&!%#Q88、r\&!%9H48：每人合計點數偏高,立意抽審每月費用最高五人.
- C、r@&!%#Q88：就醫次數 P100, 立意抽審就醫次數最高五人.

三、實際費用表格

- A. 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. 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).