

107 年度中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫

107 年 12 月分科會議紀錄

家醫科

107 年 12 月 25 日

✎ 報告事項：

一、 107 年第三、四季家醫科審查總額概況。(重點摘要)

1. 居家醫療計畫 108 年擬修訂重點
2. 「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」自 108 年 1 月 1 日開始實施
針對六十大類藥品且給藥日份 14 日以上之處方，不符提前領藥規範或特定領藥原因之重複用藥日數>10 天者。當季重複用藥藥費 1,000 元(含)以上者，核扣該藥費。
3. 102 年至 107 年年平均每人醫療費用全國排名第一就醫科別

| 就醫科別 | 外科 | 復健科 | 婦產科 | 精神科 | 神經科 | 內科 | 小兒科 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 中區 | 2,324 | 7,438 | 2,466 | 7,477 | 3,461 | 3,357 | 2,193 |
| 全國第二高 | 1,833 | 6,253 | 2,080 | 6,611 | 3,159 | 3,255 | 2,186 |
| 差距比率 | 26.8% | 19.0% | 18.6% | 13.1% | 9.6% | 3.1% | 0.3% |

註：排除計算案件：代辦、C1、03 案件

4. 107 年第 3 季中區西醫基層預估點值報告

| 分區別 | 浮動點值預估 | 平均點值預估 | 排名 |
|-----------|----------------|----------------|----------|
| 台北 | 0.93737 | 0.95316 | 5 |
| 北區 | 0.94567 | 0.96056 | 3 |
| 中區 | 0.91044 | 0.93487 | 6 |
| 南區 | 0.94423 | 0.96049 | 4 |
| 高屏 | 0.95397 | 0.96721 | 2 |
| 東區 | 1.06293 | 1.04281 | 1 |
| 全署 | 0.93929 | 0.95587 | |

✎ 討論事項：

案一、108 年中區西醫基層修正分科管理試辦計畫運作模式，提請討論。

決議：綜合意見如下

1. 監控值 $R2 = \text{偏離值}(R1) + \text{每人就醫次數}(B)$ ，其校正值要非常正確。
2. 分群資料統計以「前前三個月」，若偏離則抽審三個月，建議改為「前前二個月」，若偏離則抽審二個月，以避免抽審期過長。
3. K 碼分群在病患特質方面在「疾病診斷」部分最好分析前三診斷碼，要不然至少要分析前二診斷碼，因為多重慢性病在檢查及開藥品項比單一慢性病複雜多了。

4. 醫療耗用率應該搭配醫療品質指標,像 DM、CKD、氣喘。
5. 平均診療費應以診療費的季總量除以看診的季人數,不是人次(現行算法)。
6. 必審指標 8 慢箋為調劑比率大於 P90=17.6%,達此指標比率蠻高的,應訂下限
值。(105 年 P90=25%)
7. 監控值有問題,一般指標 2「每人診療費」和 3「平均就醫次數」應該個別
監控,而不是混在一起。
8. 回溯性的審查,回溯時間不宜過長,不宜超過三個月,回溯時間太長的話作
用只有核刪而已,管理的目的是為了導正不是核刪。
9. 日後應讓方案討論詳實完備,再實施。

 臨時動議：無。

----- 小兒科 -----

107 年 12 月 22 日

 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，及管理輔導辦法：

決議：

1. 需要解密抽審的名單為

A、 抽 30 件：r^%&9Jy8, r@%!&#Ep3, r*!%7H79, r%*!S#Qu5,
r%*!S#F8d, r*%#!5Epf, r*%#!#Quc, r!%&29J35, r&!*/9H8s,
x^&#%#E45

B、 r@%!&#Ep3, 針對其醫令 48001D 抽 30 件
r%*!S9Su3, 針對其醫令 54001C 抽 50 件
r*%#!5Ei5, r!%&2#H33, r*!@9J67, 針對其醫令 54001C 抽 30 件
r!%&^9Q67, 針對其醫令 57021C 抽 50 件
r@%!&#Ep3, 針對其醫令 09043C 抽 30 件
r!%&^9Q67, r*#&!9Ji7, 針對其醫令 47041C 抽 30 件
r*%#!5Ei5, 針對其醫令 47041C 抽 50 件
r!%&2#H33, 針對其醫令 54010C 抽 30 件

2. 只需解密名單為 r*%#!9Q7s

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。抽審解密名單之 A,B,部分，
執行 2018 年 12 月(費用年月)立意抽審。A 部分，抽審 04 案件中每人合計點數
最高者，或每人合計點數成長率最高者，或每人診療費最高者，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>100，要加重審查，請各會員遵守。

2018 年 5 月(費用年月)繼續施行。

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、 臨時提案：無。

骨 科

107 年 12 月 14 日

中區分科管理制度 108 年可能做變動，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。在 108 年前半年漸進式的磨合建立制度，後半年再全面實施，有新的進展再跟大家報告。

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。

20 項檢查(驗)28 日內再執行率立意抽審，從 106 年 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，會立意抽審，請依專業診療原則送審。

衛服部行文骨科醫學會提意見制訂新的骨科審查規範，各區皆有代表參加。各會員對於審查標準有何建議，請連絡各縣市科委員或科召。

骨科藥品有些指示用藥可能會取消給付，請各位會員注意衛生署公布。

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。

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(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(一年復建超過 180 次)，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。
- (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。

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

107年12月

 會議決議：

- 107 年 12 月抽審指標：診療費大於 130/50/P50。
診所內非耳鼻喉科醫師不宜申報(列為必審指標)包括：
 - 內視鏡系列。
 - 高技術性(專業性)的項目。
 - 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。
- 107 年 10 月超支 3.6%， 107 年 11 月超支 0.2%，季累計超支 1.9%。
- 診療費的申報切勿偏重一項，申報的醫令若超出同儕太多，電腦指標異常，會增加被抽審的機會。確實有執行，皆可依實依法申報。
- 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。
- 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。所以大家與自家過去病歷比對，應可減少。
*輔導條件：再執行率超過全國西醫基層 P75 且再執行醫令件數超過 15 件、有執行鏡檢項目之診所。
*請院所自行至 VPN 下載報表進行自身檢示與管理。
*下載路徑：VPN/保險對象管理/保險對象管理檔案下載，建議用 A4 紙橫向列印，俾利閱讀。
- 107 年 12 月 1 日起 Acyclovir 400mg 劑型，可用於帶狀皰疹、水痘以及單純皰疹，除了用於骨髓移植術後病患外，療程以七日為限。其他劑型按原給付規定。

眼 科

107 年 12 月 20 日

會議決議：

- 通過世紀眼科診所因診所遷移，申請基值承接及以 106 年第四季總點數，做為 108 年第四季基值。
- 重複用藥核扣目前尚未納入眼科藥水及眼科藥膏。
- 明年度中區管理制度改變，爭取自我管控 A 組繼續實行。

4. <少人申報的治療或手術醫令>、<中區申報量比率過高之醫令>，請提出醫令項目及相關文獻，並由眼科委員會及審查醫師共識會議討論後，請中區業務組提供相關數據，以訂出「管理規則」。
5. 下一次開會日期 108 年 1 月 17 日。

----- 精神科 -----

107 年 12 月 27 日

會議決議：

1. 原處置費 P75 抽審指標改為人均處置費 P95 以上隨機抽審。
2. 維持原人均處置費超過 300 之診所，隨機外加立意「處置費最高前五十件」。

----- 復健科 -----

107 年 12 月 18 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%\$!*7E68, 'r@&!%#E63 平均每人費用偏高,隨機加強審查,並加立意抽審就醫次數最高 70 人.
 - B. r%\$!*9S7c 平均每人費用偏高,隨機加強審查,並加立意抽審就醫次數最高 60 人.
 - C. r^#&%9Htf, 'r!\&%7S7f, 'r!&2%#K4s, 'r\&!%9H48, 'r/&!*7S3s, 'r*%#!5S6f 平均每人費用偏高,隨機加強審查,並加立意抽審就醫次數最高 50 人.
 - D. r!%2&9Ei6 語言治療平均每人日相對值偏高,寄發 P100 警示函.
 - E. 同病人 28 日再次執行管理專案,梁○○復健科診所,立意抽審全部 28 日再次執行 X 光病人案件.

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。
 6. 科管理超額需啟動自願回繳機制時，新診所超過目標點數的額度將列入自願回繳的計算公式內。