

108 年度中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫

108 年 2 月分科會議紀錄

外 科

108 年 2 月 19 日

會議決議：

1. 因應外科群組新的審查機制，有八千多項 K 值指標，未來必須就健保分組提供的實際資料立即討論，並提供實際執業可能的方案，以符現況。
2. 因應分級醫療推動，外科處置項目 48011c -48013c，本該鼓勵並交由基層診所來執行的業務，卻出現醫院給付比診所高，而診所處量支付點數連醫護人員所耗工時都不夠的不合理現象，懇請中區分會向全聯會及總署反應！
3. 衛福部推動分級醫療，但外科手術項目給付通則卻出現醫院與診所不同成數狀況，根本無法壯大基層的能量，讓病患簡單手術也被迫到醫院進行，阻礙了分級的推動！更造成偏鄉地區民眾的就醫權利及方便性受損！
4. 外科全國普遍已經成為弱勢科別，整體外科的總申請點數已經連續 5 年都是所有科系最後一名，已經到達必須扶持的地步，而且據公會、衛生局及法院統計外科醫療風險均為所有科系之冠，外科處置的同一療程制度（沒有診療費），變相造成外科醫療爭議事件增加，蓋風險與傷口大小並無絕對關係，沒有診療行為根本無法判斷嚴重程度，建議中區分會提案取消外科同療程制度，給外科一個看診應有的尊嚴！
5. 中區的外科各項管理指標，均依全國基層外科公告通過之審查規範執行之。

小兒科

108 年 2 月 23 日

討論事項：

- 一、 有關健保署交付之”西醫基層 20 類重要檢查項目門診同病人 28 日再次執行管理專案”，因每次皆為同一診所。

決議：

1. 建請健保署中區業務組告知兒科科管會該診所之前抽審之核刪結果。
2. 日後建請健保署中區業務組按規定逕行處理。
- 二、 因健保署鼓勵醫院下轉穩定病患至基層診所，且醫院處方藥費普遍較基層診所高，故建請健保署告知兒科科管會目前藥費及診療費是否仍為監控項目之一。
- 三、 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*%#!5Epf, r&!*/9H8s。

B、r!%&2#H33, 針對其醫令 54001C 抽 30 件

r*%#!S9Su3, 針對其醫令 54001C 抽 50 件

r\%&^9Q67, 針對其醫令 57021C 抽 30 件

r!%&^9Q67, r*#&!9Ji7, 針對其醫令 47041C 抽 30 件

r!%&2#H33 針對其醫令 54010C 抽 30 件

2. 只需解密名單為 r*@!%#K8f, r!%*%9Ky8, r!%&29J35, r%@&!#L67,

r*%#!5Ei5, r2!%&#D39, r*%#!S#Qu5, r*@!%7H79, r@%!&#Ep3,

r*%#!S#F8d, r*%#!#Quc, r*%#!S9E4s, r&%*!9Gt6, x^&#%#E45

r^#&%9G4c

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 2019 年 2 月(費用年月)立意抽審，A.部份抽審 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。

四、 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。

五、 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 -----

108 年 2 月 15 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。說明會已開過，有意見或建議者，請反映給科委員。

清明節長假期間，請醫療院所上 VPN 登錄看診時段，以方便民眾查詢看診資

訊。

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

108 年 2 月

會議決議：

1. 108 年 1 月抽審指標：診療費大於 130/50/P50。

K 值管理數據收集尚未完整之前，我們還是延續之前診療費的管理模式，避免會員無所適從，和自我管理的困難度。

診所內非耳鼻喉科醫師不宜申報(列為必審指標)：

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. 107 年第四季累計超支 0.4%。

3. 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，皆可依法申報。

4. 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。

5. 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%)

6. 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。

*請院所自行至 VPN 下載報表進行自身檢示與管理。

-----**眼 科**-----

108 年 2 月 21 日

 會議決議：

1. 同意○○眼科申請：新增一位眼科專科醫師，自 108 年 1 月起，每月新增基值 15 萬點，倘日後減少一位眼科專科醫師，每月基值亦減少 15 萬點。
2. 13 家特定醫令執行率偏高診所均已於 1 月底輔導完成，並自 2 月份起改善。
3. 配合第三季開始新的管理抽審規則，眼科管理委員會建議，診療費計算排除案件/醫令：60003C、60004C、60005C、60006C、60011C、60012C、60013C、60014C、23702C、23506C。
4. ○○○眼科診所歸屬管理科別，請業務組決定。
5. 下一次開會日期 108 年 3 月 21 日。

-----**復健科**-----

108 年 2 月 26 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%S!*7E68: 平均每人費用偏高(P100),隨機加強審查,並加 立意抽審就醫次數最高 70 人.
- B. r@&!%#E63, r!&2%#K4s: 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.
- C. r%S!*9S7c, r\!&%7S7f, r^#&%9Htf, r/&!*7S3s: 平均每人費用偏高,隨機

審查,並加 立意抽審就醫次數最高 40 人.

D. 就醫次數偏高,隨機審查,並加 立意抽審就醫次數最高 40 人.

E. 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 10 名病患.(排除勞保,及代辦案件).

 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. 科管理超額需啟動管理機制時，新診所超過目標點數的額度將列入超額的計算公式內。