

西醫基層總額支付中區委員會 98 年 10 月份科管理會議紀錄

內科

☆ 98 年 10 月 17 日

- 一、請內科診所積極參與 H1N1 新型流感防治。可向所屬公會或衛生局報備。
抽審指標將排除 H1N1 相關費用。
- 二、診療醫令輔導名單：X 光申報異常診所共一家，由於申報量仍高於同儕甚多，請該診所抽審時一併來函說明。
- 三、確認院前診所名單(增加南投 XX 診所)，院前診所每月必審，抽審案件須檢附 6 個月內所有相關病歷(反應審查醫師的要求)。
- 四、申報費用每件合計點數 \geq P97，8 月共 4 家。因應 10 月藥價調整，暫停實施，俟 10、11、12 月申報費用確定後再討論。
- 五、依審查醫師共識會議紀錄，CAPD 病患費用申報是否比照血液透析包裹給付，請中區執委會反應給中區分局，以作為審查依據。
- 六、B/C 肝治療健保局將放寬給付規定，俟公告後，請消化系內科醫師能積極參與。
- 七、轉知各內科診所，請依 98.10.7 中區分局函(文號：健保中費二字第 984092161 號)對糖尿病病患施行完整的年度篩檢，以提升糖尿病病患的照顧品質。
- 八、轉知 98.9.12 第二次內科審查醫師共識會議紀錄如下：
 1. 連審○個月之 criteria
共識：異常申報(不符合給付規定，審查注意事項規定，或不符合醫學常理)比例過高者，並經兩位審查醫師認可應連審者。
 2. DM 病人使用降血脂藥物原則為何？
共識：DM 病人符合使用降血脂藥物者，放寬使用(可持續治療不須減量)，但須符合健保規定附初始使用時檢驗報告及 3—6 個月內之定期檢驗報告。high dose statin 可由使用醫師視病人情況調整。
 3. 透析患者併內科疾病用藥之審核
共識：H/D 患者案件因屬包裹制已內含藥物及大部分疾病治療故須嚴格把關，(藥物除降血脂藥、降血糖藥外不予給付，除非有特殊適應症如 peptic ulcer 經胃鏡檢查後給付 PPI；診察費亦不給付)；CAPD 因非屬包裹制，建議科管理委員會向中區分局反應該如何處理。
 4. 使用 COX2 NSAID 者且具潰瘍病史者，需附胃鏡報告嗎？
共識：預防過度使用 COX2 NSAID，具潰瘍病史者，須附胃鏡或上消化道攝影報告；

肝硬化者則須附佐證報告如超音波報告、胃鏡 EV.GV 報告、檢驗如 CBC、PT、A/G、Bilirubin 等數據。

5. IDA 是否應附 Ferritin 報告？藥物使用期限及檢驗頻率？

共識：為對症下藥及預防醫糾，建議須載明相關病史或 Lab. Data(TIBC, Fe or Ferritin) 佐證 IDA，藥物使用 3—6 個月需再驗 Lab data。

6. Methycobal(Mecobalamin)是否要檢附 NCV 報告？

共識：若無 NCV 報告者，只用神經學病徵為用藥依據者，須要檢附神經學病徵報告。(如糖尿病足底檢查異常)

7. Zelpidem 藥物使用新規範討論

共識：依健保局規定：不超過 1# QD 為宜，初診病患第一次就診給藥以不超過 7 日為原則，若超過 6 個月仍繼續給藥，病歷應記載使用之原因。

8. Tumor maker (CEA、a-FP、PSA) 檢驗 indication ？

共識：CEA 只適用於大腸癌術後追蹤且間隔須超過 3 個月；a-FP 適用於 B、C 肝炎帶原病患間隔至少 6 個月，肝硬化患者至少 3 個月間隔為原則(可參考健保局中區分局網站/證據醫學專區/家醫科臨床問題/臨床問題 9)。PSA 適用於 50 歲以上之男性，觸診有硬塊者，且間隔至少一年。

9. 潰瘍用藥如 Famotidine 價格 < 4 元可否不必附胃鏡報告？

共識：依規定可以不用附胃鏡報告。

10. 高血壓患者，uric acid 高者利尿劑之使用原則

共識：單純高血壓，高尿酸但無 Gout attack Hx 可用利尿劑，若有 Gout attack 建議少用利尿劑為宜。但若合併 CHF、edema 可由醫師自行判斷小心使用利尿劑。

11. TZD、Insulin 何時可併用？新藥 Januvia 使用規範 (是否比照 TZD)？

共識：TZD、Insulin 可併用，建議使用於 Insulin resistance 需使用大劑量胰島素或腎衰竭患者預防胰島素過量引起低血糖者。

Januvia 不可單獨使用(除非腎衰竭)，須附有使用前後之肝、腎功能、HbA1C 報告(比照 TZD 之使用規範)。TZD 與 Januvia 不建議合併使用。

12. 患者問卷或量表要請患者簽名。

----- 外科 -----

☆ 98 年 10 月 29 日

一、98 年四月、五月已完全結清折付完畢，98 年六月爆量，暫按公式一次高額折付扣款爆量點值 60%。

二、第三季外科 IC 目標點值-；98 年 7 月爆量點值較大，考慮外科會員連月高額折付，所折付金額達超額金額 82%(現金)，已完全不符該手術處置支出成本，且第四季相對為外科淡季，決議第三季起，外科暫訂逐月高額折付爆量點值 60%。核扣金額發函告知會員簽覆。

三、即使參加高額折付，健保指標值異常被抽審時，一樣公平審查，嚴重申報異常者，一樣刪減扣款。控制會員照實正常申報，不應躲在高額折付保護傘下，

胡亂申報，爆量的結果，全體會員要承受，違反公平正義。正常手術處置，如實申報的會員，不應為難。

四、健保局提供稽核異常成長醫令資料，外科委員會已立即討論，並提出具體方法處理及改善。

五、大腸鏡瘻肉切除，病理切片檢查，原則上決議分升. 橫 降結腸三區各一件申報，但若同一區檢體病理報告為不同種類，不在此限。

----- 小兒科 -----

☆ 98年10月10日

一、請審查醫師研擬 ABC 級抽審新規定, 重點: 成長率按醫師別計算改由診所別計算。

決議：請審查醫師於擇期召開會議，參考其他科規定研擬 ABC 級抽審修改規定，於下個月科管理會議討論定案後送共管會議。

二、9809 高成長率管控方案。

決議：1. 成長率>5%診所增加點數依 p 值排序（總點值 20 萬以下排除）。

2. 並提供該診所申報件數、總點數、就醫次數、診療費且以 p 值表示。

3. 上述診所須註明其上傳日數或月申報日數，以供科管理會了解其成長相關因素。（因常有會員反應成長率大幅增加是因為本月與去年同期申報日數不同所致例如出國）

4. 經科管理委員會決議名單連續立意抽審兩個月（費用年月 2009 年 10 月始）。

5. 立意抽審 50 件其中 04 案件 25 件，01+09 案件 25 件。

三、3S 管控修訂案。

決議：symbicort 每月每家診所 10 件為上限。

seretide 每月每家診所 10 件為上限。

singulair 修改為每月每家診所 15 件為上限。

單項超出上限者全部抽審。本項決議從費用年月 2009 年 10 月開始實施。

----- 眼科 -----

☆ 98年10月15日

一、**眼科診所要求自明年 2 月起，其基準點值不再以 72 萬點為基準，而以今年 2 月起的申報合計點數為基準點數。

決議：同意提案內容。

二、**眼科要求第三季仍維持加入 A 組自我管控組。

決議：同意。

三、眼科第四季 A 組成長率調為 3.25%，其餘維持不變。

決議：依提案內容實施。

----- 皮膚科 -----

☆ 98年10月8日

一、9月份皮膚科預估點數依舊超量

決議:1.就8月份實際申報點數依分科管理加抽原則加強抽審

98年中區西醫基層總額分科管理加抽原則

(一)合計點數大於25萬且成長率大於10%加以抽審

(二)每日藥費大於P90且大於25點

(三)申報合計點數為”正成長”醫療院所平均每件診療費大於P85且大於50點;”負成長”醫療院所平均每件診療費 \geq P95;每件診療費65點以上加強審查,如未改善約談輔導

(四)就醫次數大於P90且大於1.58

(五)非皮膚科專科醫師,合計點數大於20萬且成長率大於0

2.8月份合計點數成長率 $>$ 10%的診所一般抽樣審查,另外一家(申報件數474)也要一般隨機抽審.

3.8月份每日平均藥費就分管理原則一般抽審.

4.8月份每件平均診療費就分管理原則抽審外,(申請件數2215、3926、1444)3家立意加抽”高診療費”前20件

5.8月份平均就醫次數大於P90且大於1.58(共4家)一般抽審,另外申請件數(3926)立意加抽就醫次數大於6次病歷

二、健保局交辦:”診療醫令前75百分位監測”

決議:1.51017C醫令執行率(P50參考值2.8%)前3家(申請件數6717、4730、5804)立意抽審51017C申報案件20件

2.51017C及51021C醫令執行率總和大於12%一家(申請件數3926)立意抽審51017C申報案件20件.

三、推薦蔡高頌醫師參選11月份皮膚科年會理監事選舉

決議:蔡院長現任中區皮膚科基層審查醫師召集人熟稔審查流程和規定,如能當選,對於基層醫師的意見必能經由學會加強與健保局及衛生署的溝通與協調,爭取更多的保障及權益。

----- 精神科 -----

☆ 98年10月1日

一、繼續實施支援慢性安養機構之診所從嚴審查。

二、強力建議同仁不要新接安養機構支援案,對於既有的支援案件,朝向縮小支援規模的方向努力。

☆ 98年10月14日

一、本月管理依之前決議之管理原則加抽。

二、復健科新診所管控輔導原則

- (一) 新診所第一年申報總額 100 萬點(含部份負擔及釋出)，第二年申報總額 120 萬點(含部份負擔及釋出)。
- (二) 如超出額度，依 7421 法則，超出的第一個 5 萬點以 70%給付(折付 1 萬 5 千點，給付 3 萬 5 千點)，第二個 5 萬點以 40%給付(折付 3 萬點給付 2 萬點)，第三個 5 萬點以 20%給付(折付 4 萬點，給付 1 萬點)，超出 15 萬點部分以 10%給付。
- (三) 例:假設一家第二年新診所，申報總額 150 萬點，依前述公式計算，
以 $120 + 5 \times 0.7 + 5 \times 0.4 + 5 \times 0.2 + 15 \times 0.1 = 128$ 萬點核付(折付 22 萬點)。
- (四) 新診所抽審 2 年，並回朔至現在未滿 2 年之診所。(此項決議請中區委員會法規組確認有無違背當前法規，如無才執行)

三、修正審查管理指標，自費用年月 98 年 9 月開始實施：

C 級：

1. 以診所為單位，舊診所合計點數百分位值 P25~30 且成長率 >15%、合計點數百分位值 P31~80 且成長率 >10%、合計點數百分位值 >P80 且成長率 $\geq 5\%$ 。
2. 以醫師為單位，慢性病每日藥費 $\geq P95$ 且平均就醫次數 $\geq P90$ 、非慢性病每日藥費 $\geq P95$ 且平均就醫次數 $\geq P90$ 。排除申報點數負成長診所。
3. 以醫師為單位，每件診療費 $\geq P95$ 且平均就醫次數 $\geq P90$ 。排除申報點數負成長診所。
4. 以醫師為單位，平均就醫次數 $\geq P95$ 且慢性病每日藥費 $\geq P90$ 、平均就醫次數 $\geq P95$ 且非慢性病每日藥費 $\geq P90$ ，平均就醫次數 $\geq P95$ 且每件診療費 $\geq P90$ 。排除申報點數負成長診所。

B 級：不符上列條件且申報點數總歸戶(含部份負擔)20 萬點以上但成長率 >5% 且平均就醫次數 >P90。

A 級：成長率 $\leq 5\%$ 且平均就醫次數 $\leq P90$ 或申報點數總歸戶(含部分負擔)20 萬點以下且無 C 級項目診所。