

副 本

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務審查執行會南區分會 函

地 址：台南市民生路一段 82 號 2 樓
電 話：06-2211971
傳 真：06-2217483
承辦人：周芷好

受文者：如正、副本人員

發文日期：中華民國 107 年 12 月 21 日

發文字號：107 南基總字第 0130 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：107 年度西醫基層醫療服務審查執行會南區分會第四次委員會暨 108 年籌備會會議紀錄

主旨：檢送本會 107 年 12 月 9 日「107 年度西醫基層醫療服務審查執行會南區分會第四次委員會暨 108 年籌備會」會議記錄乙份，請查收。

正本：全體委員、組員、顧問

副本：雲嘉南四縣市醫師公會、西醫基層醫療服務審查執行會、衛生福利部中央健康保險署南區業務組

主任委員

陳 相 國

中華民國醫師公會全國聯合會 西醫基層醫療服務審查執行會南區分會

「107年第四次委員會會議暨108年籌備會」會議紀錄

開會時間：107年12月9日(日)上午10:00

開會地點：新營華味香旗艦店(台南市新營區長榮路二段1020號)

出席人員：陳相國主任委員、吳國榮副主任委員、丁榮哲副主任委員、趙善楷副主任委員、郭宗男秘書長、賴俊良組長、端木梁組長、夏保介副組長、塗勝雄委員、李昭榮委員、蔡瑞頌委員、李森仁委員、鄭熙騰委員、方振崑委員、黃炳燁委員、陳英杰委員、何光哲委員、李明陽組員、殷建智組員、李永輝組員、謝樂偉組員、阮嵩翔組員、杜佳軒組員、李建和組員、葉雲宇組員、陳佩軍組員、林嘉祈組員、王家麟組員、吳南逸組員、朱嘉生顧問、蔡國麟委員、楊忠錫委員、劉維穆委員、林士敦委員、曾立榮委員、顏大翔委員、李朝泰委員、葉士豪委員、周見成委員、吳東泰組員、林士欽組員、周綦佑組員、傅志龍組員、方崇名組員、劉泰成組員、魏培釗組員。

請假人員：徐超群副主任委員、王正坤委員、戴昌隆組長、林信常副組長、陳育堂委員、溫哲暉委員、陳宏曙委員、李龍駒委員、吳長宗委員、賴瑞麟組員、張金石顧問、黃仁享顧問、顏純民顧問、陳炳誠組員、陳兩利組員、侯士欽組員。

主席：陳相國主任委員

會務人員：周芷好

紀錄與整理：周芷好

壹、報告(決行)事項：

1. 這屆委員即將屆滿，感謝各位委員的辛勞，並頒發感謝獎牌。
2. 恭喜賴俊良組長當選108年~109年主任委員。

貳、決議事項

提案一

提案人：基層審查南區分會

案由：建請遴選下屆(108年~109年)主任委員。

說明：因本分會委員任期至107年12月31日止，故須於會中遴選108至109年度主任委員，副主任委員則由雲嘉南四縣市醫師公會推派，並於該次會議辦理新舊委員交接會。

辦法：一、建請於新任委員中，選出唱票、計票及監票人員各乙名。

二、由新任之主任委員任命秘書長一名、三組組長各一名、審查組副組長二名、審查組總召一名、審查組副總召六名，並請委員組員挑選組別。

三、為尊重雲嘉南四縣市委員，全執委之委員，由各縣市委員自行產生。

決議：1. 唱票人員：曾立榮委員；計票人員：李明陽委員；監票人員：蔡國麟委員。

2. 應出席人數：26 人；實際出席人數：24 人；請假：2 人；投票結果：賴俊良委員 24 票，由賴俊良委員當選主任委員。

3. 108 年-109 年副主任委員：台南市：陳相國委員、雲林縣：丁榮哲委員、嘉義縣：徐超群委員、嘉義市：趙善楷委員。

秘書長：蔡國麟委員、審查組長：端木梁委員、審查組副組長：李明陽委員、顏大翔委員、法規組長：何光哲委員、品質資訊組長：劉維穆委員、審查組總召：楊忠錫委員、審查組副總召：李森仁委員、塗勝雄委員、戴昌隆委員、李昭榮組員、殷建智組員、陳炳誠組員。

提案二

提案人：審查組

案由：建請討論修正有關部份 CIS 指標。

說明：中央智慧系統 CIS 為全署一致化執行系統，相關指標資料擷取範圍、計算方式及操作型定義及程式建置等，皆由健保署統一定義及異動。相關修訂指標定義及抽審閾值，由本分會提供專業意見予中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會研議後，統一洽請健保署參考辦理(如附件一)。

辦法：請討論。

決議：照案通過，修正附件一第11項後並提共管會議討論。

提案三

提案人：黃仁享顧問/殷建智副總召/吳南逸組員

案由：建請討論修訂南區西醫基層專業審查指標第 13 項，俾使更加符合抽審需求。

說明：南區西醫基層專業審查指標第 13 項「精神醫療治療費執行比率」，原操作型定義為「分子：醫令點數。分母：醫療費用。精神醫療治療費醫令 45004C~45102C。」

精神科診所患者抽血的比例很低，亦極少收治糖尿病患者，十分缺乏品質提升的正向指標，如糖尿病照護品質、上傳檢驗(查)結果等。如訂定針對本科的負向指標，須考慮合理性與比例原則，應由原本的 1~5 分修改為 1~3 分。

辦法：擬修改為：

- | | | |
|--------------------|--------------|---|
| | 70~79 百分位 | 1 |
| 一、精神醫療治療費執行比率=>前前季 | 80~89 百分位 負向 | 2 |
| | 90+百分位 | 3 |
- 二、操作型定義=>分子：精神醫療治療費申報總和。
分母：總申報件數。
精神醫療治療費醫令 45004C~45102C。

決議：照案通過，並提共管會議討論。

提案四

提案人：方振崑委員/蘇晉慶醫師

案由：建請討論眼科白內障論病計酬 C1 案件若當月申報超過 40 例，C1 案件應全部送術前審查(目前為年月流水號 41 起才需術前審查)及所檢附之相關資料。

說明：一、早期眼科白內障 C1 案件月申報超過 40 例，當月 C1 要全部送術前審查，通過後才能手術，但近幾年健保局改為當月流水號第 41 例後才需術前審查，導致有醫師利用這個漏洞，將送審未過的案件放到下個月的流水號前 40 例來躲避申復並申報費用，因此有必要明確措施及宣導。

二、對白內障事前審查病例所附照片能有更明確規範，因白內障手術事前審查照片無明確規範，審查時會有爭議，實有必要制定明確規範以供院所遵循，以減少案件補件等行政作業時間。

附件二：1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正項目。

2. 申請事前審查應檢付下列文件：(1) 白內障術前檢查記錄：包括(一)裸視、矯正視力；(二)眼壓；(三)角膜、前房、水晶體；(四)視網膜及玻璃體；(五)DBR 雙眼紀錄(包括角膜弧度、眼軸長度及 IOL 度數)；(六)白內障照片。

辦法：一、眼科白內障論病計酬 C1 案件月申報超過 40 例，應恢復為當月 C1 需全部送術前審查，未通過審查就申報的 C1 案件應行政審查就不予支付。

二、白內障手術凡一個月超過 40 例之院所，下月起白內障手術一律全部送事前審查，依現行規定，白內障手術若超過 40 例，第 41 例起需送事前審查，為防止事前審查未通過之案例被納入下月前 40 例而未申覆逕予開刀，實有必要將超過 40 例以上院所白內障手術案例全部送事前審查。

三、建請南區業務組明確宣導白內障事前審查未通過之個案，若逕予開刀，

不論年齡，一律不予給付，白內障手術事前審查初審若未通過，可於60天內申覆，若於60天期限內未申覆而逕予開刀的案例，應不予給付。

四、對白內障事前審查病例所附照片能有更明確規範：1. 照片應註明左、右眼、姓名、身份證號及拍攝日期，並可清楚辨識，可多附不同角度拍攝的照片。照片仍需與病歷記載相符。

五、建議照片每眼兩張，一張最少全臉2/3，一張散瞳後裂隙燈下白內障照片。(參考附件二之2：眼科審查注意事項複雜性翼狀贅肉)

六、可考慮其他區做法，將事前審查資料(包括照片)留存。

七、送審照片若經兩位審查醫師審查後仍認為無法辨識，或與病歷記錄不符者，請補送新照片以與舊照片共同審查。

決議：一、辦法二第二點修改為：

... 下月起半年內白內障手術一律全部送事前審查...

二、其餘照案通過，並提共管會議討論。

提案五

提案人：審查組

案由：避免小兒科申報急診案件過於浮濫，對於申報數量及適應症提出規範。

說明：一、兒科病情瞬息萬變，常造成父母憂心忡忡，時有急診病患至診所求診。

二、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準01015C急診診察費用項目，明訂符合附表2.1.1急診定義及適用範圍(見附件三)。

三、另依據105年衛福部醫事司修訂急診五級檢傷分類標準-兒童版TTAS檢傷級數(見附件三)。

辦法：一、申報急診案件數量，不超過當月申報案件數量5%以上，超過採立意抽審。

二、申報急診案件應於病歷詳實記載病況。

三、避免申報浮濫，適應症建議依據105年衛福部醫事司修訂急診五級檢傷分類標準-兒童版TTAS檢傷級數三級以下方可申報。

決議：一、辦法一修改為：

... 不超過當月申報案件數量3%以上...

二、其餘照案通過，並提共管會議討論。

提案六

提案人：審查組

案由：建請討論南區會員提出有關居家醫療建議。

說明：一、希望以每月 180 次為總量管制，不要分每日多少次，讓醫師自行承擔自己院所的營運即可。

二、有些重症病患如在吃抗凝劑，抗癌藥劑等需 3-6 個月回院，作凝血時間或一些檢查致使病患及其家屬不願全部藥物，讓居家醫療的醫師作整合，希望這些全聯會能夠考慮進去。

三、如附件四。

辦法：請討論。

決議：提共管會議討論。

提案七

提案人：陳相國主任委員

案由：建請討論調整本分會會務人員交通費。

說明：考量本分會會務人員至健保署南區業務組召開審查會議、至各銀行匯款審查醫師費用及辦理相關業務之停車費支出，建議自 107 年 12 月起每個月補助會務人員油資費各 1000 元。

辦法：請討論。

決議：照案通過。

臨時提案一

提案人：審查組

案由：建請討論有關口服抗病毒藥 acyclovir 400mg 審查標準。

說明：一、健保署自 2018 年 12 月 1 日起，新增開放口服抗病毒藥 acyclovir 400mg 於帶狀疱疹之治療。

二、如附件。

辦法：請討論。

決議：一、此提案已於全聯會基層審查委員會決議通過，給付天數最高為 7 天，發疹日無限制。

二、南區審查共識如下：適應症：帶狀疱疹、水痘及單純疱疹；每日最高劑量：帶狀疱疹(4gm)、水痘(4gm)及單純疱疹(1.2gm)；給付天數最高為 7 天。

臨時提案二

提案人：顏大翔醫師

案由：建請討論洗腎病人慢性病藥品申報給付原則。

說明：一、近日健保局告知腎臟科診所申報洗腎病人慢性病藥品申報之核刪碼不宜

以 0217A 及 0303A 為核刪理由。健保局以民國 101 年公文要求依據公文內容含義處理。健保局的要求與南區審查共識明顯有抵觸之處。懇請南區分會核准依照公文內容為審查依據。

二、西醫專業審查不予支付理由代碼：

0217A->屬同療程之（門、急、住診療／手術／麻醉／處置／治療／檢驗／檢查／藥品／特材），不應重複申報 0303A->屬於內含於檢查或處置之藥品／特材，不得另行申報。

辦法：依據公文內容放寬洗腎病人慢性病藥品之給付急性病，如感冒、腸胃炎、關節酸痛、頭痛、頭暈、軟便藥品及其他尿毒症相關症候群藥品（鈣片、氫氧化鋁及維他命 D）不可申報。其他與尿毒症不相關之慢性病治療藥品應依一般門診給付原則執行。

決議：照案通過，提共管會議討論。

參、12:10 散會

3. 單一處方用藥品項(>8)項之案件
=>建議單一處方用藥品項(>8)項之案件並排除 04/慢性病個案
6. 同院所同個案同月開立慢性病連續處方箋(>=4)張
=>建議改為同院所同個案同月開立慢性病連續處方箋>=3 張,並連續>=3 個月(含領藥)
Ps: 最好不要等到一年過去了再回追,及早發出警告較能防弊。
7. Zolpidem 首次就醫開藥>7 日
=>建議增列 3 個月用量>=250 顆(從 1#qd 快速加到>3# qd)
11. 腎功能異常使用 NSAID 藥量異常患者
=>建議改為腎功能異常患者 (Cr>1.5 or CKD stage 3B 以上) 連續使用 NSAID>7 日
12. 同診同院所當月就醫(>=8)次
=>建議改為同診同院所當月就醫(>=9)次
30. 單一案件 31 日內藥費>=5000 點
=>建議改為單一案件 31 日內口服藥費>=5000 點

CIS 指標：1、2、16、17、18、32 及 33 有關復健物理治療指標，請明示操作型定義，以便基層遵循。

