

高屏區西醫基層總額112年第2次共管會議紀錄

時間：112年6月14日(星期三)下午1時40分

地點：本組7樓第一會議室

主席：林組長淑華、朱主任委員光興

紀錄：林紋年

出席單位及人員：

西基醫療服務審查執行會高屏分會

王副主任委員宏育、江副主任委員俊逸、周副主任委員明河

潘組長繼仁、張組長正忠、林組長工凱、賴委員聰宏、

陳豐偉醫師(代理莊委員維周)

列席單位及人員：

高雄市醫師公會 林醫師耕新、邱醫師俊傑、蔡醫師昌學

高雄縣醫師公會 盧醫師榮福(請假)、林醫師誓揚

屏東縣醫師公會 曾醫師競鋒、鄭醫師英傑

高屏分會會務人員 黃雅惠

本署高屏業務組 蔡副組長逸虹、施科長怡如、李科長金秀、
陳視察瑩玲、陳視察惠玲、陳複核專員榆萍、
詹複核專員雪娥、曾順麟專員、蔡麗伶專員、
許嘉紋專員、葉美伶專員、顏如玉、林耘樞、
陳香吟、何姿瑤、湯于萱、黃蕙凌、黃智晟、
蘇文翎、王豫馨、黃國展、吳珍儀

主席致詞：(略)

壹、前次會議追蹤暨輔導作業事項：(洽悉)

貳、報告事項：

一、本署高屏業務組：

(一) 西醫基層醫療費用申報概況、111Q4點值公告及112Q1點值預估。

(二) 檔案分析暨專案管理：檢查(驗)醫令品項數偏高管理追蹤、西

基20類重要檢查(驗)、Atomoxetine 及重複用藥管理、精神科診療暨關節腔內注射劑管理、白內障手術監測。

(三) 轉知重要訊息：新制部分負擔、防疫新制公告。

(四) 宣導事項：檢驗(查)結果上傳、請協助推動各項品質支付及代謝症候群防治計畫，另協請5家診所網路申辦重大傷病證明。

(五) 其他訊息：專科醫師證書展延、至 VPN 維護4日以上長假期看診服務時段、全年西基申訴統計、違規查核樣態分享、112年1-4月西醫基層查處結果、五年內不予特約、推動無紙化作業及爭審會擬議撤銷之疑義案件等。

二、高屏分會各組工作報告：(略)。

參、討論事項

提案一

提案單位：高屏業務組

案由：有關檢驗(查)高申報量惟上傳率偏低或未上傳院所，經審查發現疑有檢驗(查)不適當情形者，擬加強審查，並請其抽審案件皆需檢附一年內所有書面檢驗(查)結果報告供審查參考，提請討論。

說明：

- 一、檢驗(查)結果即時上傳，有助醫療資訊共享，避免不必要之重複醫療，本轄自費用年月111年10月起，新增「應上傳檢驗(查)量達98百分位以上惟3日內上傳率不足30%」必審指標。惟查本轄112年4月西基檢驗(查)結果3日內上傳率為75.5%，仍低於全區平均值76.3%。
- 二、本組於5月再次輔導25家2月未上傳逾千件且上傳率未達50%之院所，暨15家代檢單位可代上傳惟未上傳逾500筆且上傳率<30%之院所。經追蹤11家已補上傳、6家已委託代檢單位上傳、21家洽資訊廠商或代檢機構協助上傳中、1家等負責醫師回覆中。惟1家月申報檢驗(查)逾7千件診所明確表示拒絕上傳。又查該診所多次因檢驗(查)品項數偏高落入審查，多次專審回饋審查異常如下：疑有套裝檢查、檢查檢驗不符醫療常規、非必要檢查或檢驗、非必要無例行性執行…等。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第22條第4項規定略以，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。又該法第3條第3項規定略以，醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構應於保險人通知後提供，其提供複製本或電子資料送審者，應與正本相符。

四、針對是類檢驗(查)高申報量惟上傳率偏低或未上傳院所，經審查發現有檢驗不適當情形者，為能進一步確認檢驗(查)執行適當性及確實性，擬加強審查，並請其抽審案件需檢附一年內所有書面檢驗(查)報告，俾利審查參考。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：高屏業務組

案由：擬刪除「高屏業務組西醫基層專業審查指標」之參與「COVID-19 確診個案居家照護」獎勵指標，提請討論。

說明：該項指標係本轄西醫基層總額111年第2次共管會議決議新增，獎勵適用期間為恢復專業審查起6個月內，有鑑本署專業審查已於111年8月(費用年月)重新啟動，已逾適用期，爰刪除。

決議：照案通過。

提案三

提案單位：高屏分區委員會

案由：建議高屏業務組於專業審查電腦系統增列核減自動計算軟體，以降低審查醫師核算失誤率，請討論。

說明：現行審查醫師在進行專業審查需要核扣時，電腦系統無法計算核減金額及核減比率，需由審查醫師自行手工計算院所核減比例，為避免自行計算有誤亦可提升審查量，建議高屏業務組在電腦系統中增列自動計算軟體。

例如：復健科申報項目有PT(物理治療)、OT(職能治療)、ST(語言治療)，申報有級數複雜-中度-簡單且申報次數有1-6次，因此每次要計算核刪的金額及比例非常複雜，希望利用電腦軟體來幫忙計算。

高屏業務組意見：專業審查屬個案審查(case by case)，若有不符規定之案件應一致處理，不可以計算核減已達某比率即不核減(亦即不能以核減某幾件當代表)。

決議：有鑑專業審查應採一致審查原則，不應以核減率為核刪目標，本案保留。

提案四

提案單位：高屏分區委員會

案由：建請健保署取消吸入劑每月超過一支的行政核刪，請討論。

說明：

- 一、氣喘吸入劑每月一支的規定執行上有困難，大月31日，病患實際上不夠每日使用
- 二、健保署規定病人可最多提前10天來領取慢性病用藥(附件)。
- 三、建議取消吸入劑每月一支的行政核刪，改為專業審核

高屏業務組意見：

- 一、有關行政審查核減有異議者，得以提請申復，若涉專業，將由審查醫藥審查醫藥專家審酌認定。
- 二、本署 REA 系統針對支付標準中明確載明一定期間內使用數量上限者，設有行政查檢機制，此係全區一致性作業，如另有專業見解，建議由高屏分會提案全聯會研議後，提請西醫基層總額研商議事會議討論。

決議：吸入劑每月超過一支之行政核刪有異議者，得提請申復；如另有專業見解，請分會提報全聯會研議後提案研商會議討論。

附件 成人呼吸道疾患吸入製劑給付規定表 (91.8.1、111/3/1)

	定量吸入劑(MDI)	乾粉吸入劑(DPI)	霧化吸入劑 (nebulizer)
支氣管擴張劑 (bronchodilators)	<p>一、短效劑型</p> <p>(1)有症狀時使用，使用頻率每日一般不要超過4到6次。</p> <p>(2)每月處方不得超過1支短效擴張劑。</p> <p>(3)不建議長期規則使用。</p> <p>二、長效劑型</p> <p>(1)長效劑型每日1至2次(QD~BID)。</p> <p>(2)限與類固醇藥物吸入劑合併使用於治療氣喘。</p> <p>(3)可用於治療肺阻塞。</p> <p>(4)合併低劑量吸入型類固醇與formoterol之吸入劑於GINA輕度氣喘可用於有症狀或急性發作時之緩解治療，於中度與重度氣喘則可用於每日維持以及緩解治療。此類吸入劑於輕度與中度氣喘每月至多使用1支；於重度氣喘每月至多可使用2支，但開立時病歷上應詳細記載氣喘發作與控制狀況，並註明上次取藥日期。</p>	<p>使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑(MDI)。</p>	<p>一、阻塞性肺疾病急性發作時，每20分鐘至1小時使用1次。</p> <p>二、急性症狀消失後恢復為每日4到6次。</p> <p>三、乙二型刺激劑(β_2-agonists)</p> <p>(一)視情況繼續居家使用，每次處方以1週為限。</p> <p>(二)每月最大劑量為60小瓶(vial)。</p> <p>四、抗膽鹼藥物(anticholinergics)</p> <p>視情況(*)繼續居家使用，每月最大劑量為120小瓶(vial)。</p>
吸入型類固醇 (inhaled corticosteroid)	<p>1、氣喘治療之維持劑量依嚴重度及控制程度，以及所使用之類固醇藥物吸入劑之不同，依最新版GINA指引之建議給予適當劑量。</p> <p>2、少數控制不佳之患者，以BDP (CFC)為例，其劑量可增加至每日1000 mcg以上(或其他類固醇藥物吸入劑相等劑量)。</p> <p>3、最大處方量每月2瓶，需註明上次取藥日期。</p>	<p>使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑(MDI)。</p>	<p>一、阻塞性肺疾病併有其他不適合口服、靜脈注射的狀況、具有人工呼吸道需要使用類固醇的狀況。</p> <p>二、拔管後、使用固定劑量吸入劑或粉狀吸入劑效果不彰、或使用技巧無法配合等狀況使用。</p> <p>三、適應症或狀況消失後應儘速改用其他劑型，一般使用以不超過一週為原則。</p>

***霧化吸入劑**

- 一、病人被判斷為無法有效地操作固定劑量吸入劑(MDI)裝置
- 二、病患肺活量低於7mLx1.5/kg 吸氣流量(inspiratory flow)低於每分鐘30公升，或停止呼吸之能力低於4秒時。
- 三、使用定量吸入劑之病患，反覆發作急性呼吸道阻塞損及使用此裝置之能力。
- 四、使用定量吸入劑或乾粉吸入劑(DPI)效果並不理想時，亦可使用小容積化霧器或液態吸入劑，惟必須定期評估。

兒童呼吸道疾患吸入製劑給付規定表 (111/3/1)

*MDI 使用於年紀小者，可配合 spacer 或 aerochamber 使用

	定量吸入劑(MDI)	乾粉吸入劑(DPI)	霧化吸入劑(nebulizer)
支氣管擴張劑 (bronchodilators)	<p>一、短效劑型</p> <p>(一)需要時才使用，不建議長期規則使用。</p> <p>(二)每日最多6次 (puffs)，每月最多100次。</p> <p>二、長效劑型</p> <p>(一)每日1至2次(BID)，急性發作不建議使用。</p> <p>(二)合併低劑量吸入型類固醇與 formoterol 之吸入劑於GINA 輕度氣喘可用於有症狀或急性發作時之緩解治療，於中度與重度氣喘則可用於每日維持以及緩解治療。此類吸入劑於輕度與中度氣喘每月至多使用1支。</p>	<p>使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑 (MDI)。</p>	<p>一、乙二型刺激劑(β_2-agonists)</p> <p>(1) 急性症狀緩解後治療，有需要才使用，每日最多6次，每月最高用量30次。</p> <p>(2) 氣喘病人可合併使用吸入性類固醇，可減少長期使用。</p> <p>(3) 視情況居家使用，以2天為限。</p> <p>二、抗膽鹼藥物 (anticholinergics)</p> <p>沒有急性重症發作時，每月用量30次以內。</p>
吸入型類固醇 (inhaled corticosteroid)	<p>一、有需要應規則使用，配合GINA 氣喘控制評估項目調整。</p> <p>二、維持劑量視個人而定，原則上依最新版GINA 指引之建議，給予適當劑量。</p> <p>三、少數控制不佳之氣喘患者，以BDP (CFC)為例，其劑量可增加至每日1000mcg 以上(或其他類固醇藥物吸入劑相等劑量)。</p> <p>四、每月最大用量1至2瓶。</p>	<p>使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑 (MDI)。</p>	<p>一、阻塞性肺病 (如氣喘) 急性發作，在確定診斷下，每12小時使用1劑 (0.05mg/kg，上限2mg/次)。</p> <p>二、拔管前後之病人，亦適合使用，不超過2天。</p> <p>三、使用1至3天後，應轉成其他MDI 劑型使用。超過3天使用，應說明理由。</p>