

全民健康保險西醫基層總額支付制度執行委員會

台北區委員會 99 年度審查醫事人員共識會議會議紀錄

時 間：民國 99 年 11 月 10 日（星期三）下午 12：30

地 點：壽德大樓 7 樓禮堂（台北市中正區許昌街 17 號 7 樓）

主 席：何主任委員博基、王組長佳文

出席單位及人員：

99 年度西醫基層台北區審查醫事人員

列席人員：

台北區分會：何主任委員博基、賴副主任委員明隆、潘副主任委員仁修、石副主任委員賢彥、王組長佳文、張委員嘉訓、王委員火金、蔡委員有成、王委員三郎、周委員慶明、李委員光雄

健保局臺北業務組：周曉馨科長、余復核專員正美、張科員如薰

會務人員：謝郁君、呂蕙如

請假人員：陳副主任委員信雄、黃委員振國

主席：何主任委員博基、王組長佳文

紀錄：呂蕙如

壹、 主席致詞：略

貳、 報告事項：專業審查業務現況報告與宣導

- 一、 本會依據「99 年全民健康保險西醫基層總額審查醫師管理要點」（請參當日議程附件一，第 1~3 頁）及本分區「99 年西醫基層審查醫事人員品質指標評量重點」（請參當日議程附件二，第 4 頁）辦理每季西醫基層審查醫事人員品質指標評量作業，並將評量結果回復全執委及健保局臺北業務組參酌。
- 二、 本會依據「中華民國醫師公會全國聯合會辦理西醫基層總額審畢抽審作業原則」（請參當日議程附件三，第 5~14 頁）辦理本分區審畢抽審作業，每分區一年平均辦理 2 次審畢抽審作業，審畢抽審結果亦做為本分區西醫基層審查醫事人員品質指標評量重點之一。
- 三、 依據「行政院衛生署中央健康保險局醫療服務審查委員會設置要點」第十點之（一）（二）（請參當日議程附件四，第 15~18 頁）及「99 年全民健康保險西醫基層總額審查醫師管理要點」第九點第 1 項規定（請參當日議程附

件一，第 1~3 頁)：「對審查內容或因審查而知悉之公務，應保守秘密，不得洩漏。」、「不得將各類審查案件攜出審查場所。」，惠請審查醫師恪遵審查醫師保密職責，「對審查內容或因審查而知悉之公務，應保守秘密，不得洩漏」，如查有實證者，將依行政院衛生署中央健康保險局醫療服務審查委員會設置要點第十一條之四規定：「違反第十點規定者得解聘之」。

四、為保障基層醫師權益及減少審查爭議，惠請審查醫師在以下列 16 項「專業審查不予支付理由代碼」(請參當日議程附件五，第 19~22 頁)核刪時，必須手寫註明核刪理由，以利被核刪者申復，及讓被核刪者更清楚知道日後如何改善，16 項「專業審查不予支付理由代碼」：101A、102A、109A、111A、112A、202A、219A、220A、307A、308A、309A、310A、323A、326A、332A、502A，此項擬列為本分區審查共識要點。

五、承上，專業審查代碼 323A 不予支付理由：「未經認定使用同藥理或同成分之常用藥品無效，即逕採用高價藥品」，但藥品之價位高低並未有清楚明確定義，故在藥價高低判定上有其困難性，且以此代碼作為核刪理由易增加審查爭議，日後若對被抽審院所醫師之診斷、生理檢查等項目認定有不合理應核刪時，請改以其他專業審查不予支付代碼核刪，盡量不要用 323A 核刪，以保障基層醫師權益及減少審查爭議。

六、洽悉。

七、行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組「專業審查作業紙本病歷替代方案」簡介(請參附件一，第 14~24 頁)。

參、分科討論：略

肆、專業審查業務共識綜合討論

提案一

案由：請確認台北區審查共識要點。

說明：依據中央健康保險局 99 年 5 月 31 日健保審字第 0990051357 號函令修正

之全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項、各科討論單上所列之共識要點進行討論及確認。

議決：

一、99 年度審查醫事人員各科共識要點整理如下表，下表所列之共識要點須經本會審查組討論並確認，再依相關程序辦理後續行政事宜後，本會將另函知確認後之審查共識要點。

二、請本區審查醫事人員於審查共識經相關程序製成正式文件前，仍依行政院衛生署中央健康保險局審查相關規定執行辦理審查業務。

99 年度審查醫事人員各科共識要點整理表：

編號	科別	共識要點
1	內科	<p>1. 依據行政院衛生署中央健康保險局公告之全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項辦理專業審查作業。</p> <p>2. 為保障基層醫師權益及減少審查爭議，在以專業審查不予支付理由代碼：101A、102A、109A、111A、112A、202A、219A、220A、307A、308A、309A、310A、323A、326A、332A、502A，共 16 項專業審查不予支付理由代碼核刪時，必須手寫註明核刪理由。<u>建議刪除其中一項專業審查不予支付代碼 323A。</u></p> <p>3. ACEI、ARB 為同類用藥，宜選用 1 種，但 ACEI 可能因血管張力素 II（Angiotensin II）”逃逸現象”而效果變差，且華人對 ACEI 易引起乾咳，故宜可直接選用 ARB。</p> <p><u>決議：</u></p> <p>(1)單方劑型可第一線使用於高血壓病人。</p> <p>(2)複方劑型仍不宜使用於初診病人，若有使用之必要，請註明理由，從寬認定。</p> <p>※台北市醫學中心林立，高血壓都是處方 ARB，易造成診</p>

所醫師的困擾，且醫院可以處方，診所不可以，確實不妥。

4. 降血脂藥物給付規定表（如**附件二**，第 25 頁），對於無心血管疾病患者的處方規定中，如非藥物治療未達治療目標，得使用降血脂藥物(請附三個月前及本次血脂檢查數據)，前述所指「3 個月前」，所指是多久？

決議：3 個月到 1 年期間，即超過 1 年的數據不予採認。

※3 個月前定義不明，易產生困擾。

5. 降血脂藥物給付規定表（如**附件二**，第 25 頁），開始治療時，對於無心血管疾病患者的處方規定中，其中如已達治療目標得考慮減量至最低有效劑量，並持續衛教治療，定義為何？

決議：

(1)持續減至最低有效劑量治療不必停藥。

(2)但仍需 3 至 6 個月抽血檢查一次，以了解治療效果及調整藥物的依據。

(3)持續治療正常抽血追蹤者，1 年前的數據仍得附上參考。

※JCN7 建議對高血脂患者，積極治療，以減少併發症。

6. **Sitagliptin** (Januvia) 與 TZD 訂定基層醫療院所使用規範：

(1)葡萄糖失耐症 (IGT) 之病人不得作為預防性的治療。

(2)使用第一線藥物兩種以上(含兩種)

(SULFONYLUREAS, α -Glucosidase inhibitor,

MEGLITINIDE, BIGUANIDE)，血糖尚控制不佳時，可以使用。

(3)請檢附治療前後 3 至 6 個月 HbA1c 之報告。

(4)使用此藥(建議四種藥)，請詳細註明使用理由於病歷。

7. 腹部超音波申報原則，依 99 年 5 月 31 日公告修正西醫基

層醫療費用審查注意事項中，B、C 型肝炎患者每 6 個月超音波追蹤一次、肝硬化患者每 3 個月超音波追蹤檢查一次為原則，其申報醫令未明訂？

決議：

(1)B、C 型肝炎患者每 6 個月腹部超音波追蹤檢查一次為原則，以診療代碼：19001C（882 點）為申報醫令。

(2)肝硬化患者及 B、C 型肝炎患者在追蹤中發現有病灶者每 3 個月腹部超音波檢查一次為原則，以診療代碼：19009C（643 點）為申報醫令。

(3)目前醫院及醫學中心對於 B、C 型肝炎者 6 個月以上腹部超音波追蹤檢查，均以診療代碼：19001C（882 點）為申報醫令，全國一體適用，應為妥適。以 6 個月為標準，6 個月以上申報診療代碼：19001C（882 點），6 個月以下申報診療代碼：19009C（643 點）。

(4)腹部超音波檢查(19001C)包括肝、膽囊、胰、脾、下腔靜脈、副主動脈、腎及其他腹部超音波在內。依上開規定，腹部超音波檢查(19001C)範圍為腹部整個範圍及其相關器官，但若只做單一器官(如腎臟)或只做系統(如肝、膽囊、動靜脈二器官或三器官)，但未涵蓋腹部超音波規定之各器官，仍應以其他超音波 19005C 診療項目申報。(91 年 6 月 26 日中央健康保險局健保醫字第 0910014221 號函)。

(5)以上皆必須檢附前次腹部超音波檢查報告。

※腹部超音波請見**附件三**，第 26~28 頁中第十三項超音波檢查 Sonography。(全民健康保險醫療費用支付標準規定，99 年 8 月 31 日更新)。

8. H2-blocker（如：Gaster、Quimadine 降至 4 元以下），是否仍需胃鏡報告？

		<p><u>決議：</u></p> <p>(1) 現行潰瘍用藥原則已有規定。</p> <p>(2) 消化性潰瘍用藥已降至 4 元以下，無需胃鏡報告，臨床醫師可依據病患潰瘍症狀進行使用。</p> <p>※消化性潰瘍用藥使用原則請見附件四，第 29~32 頁中 7.1 消化性潰瘍用藥中備註的第 2 點。</p> <p>9. 胃幽門桿菌之滅菌標準為何？</p> <p><u>決議：</u></p> <p>(1) 胃鏡或上消化道攝影有潰瘍依據者，可逕行使用（胃鏡病理報告有無 H.P. 僅供臨床參考）。</p> <p>(2) 胃鏡或上消化道攝影有潰瘍者，經根除治療 1 個月後，可做碳 13-幽門桿菌檢測（U.B.T），如為陽性反應，可在胃鏡報告 4 個月的時間內，進行第二次滅菌。</p> <p>(3) 無潰瘍之幽門桿菌感染病患，無法以健保標準滅菌，高危險群者須自費。</p> <p>※消化性潰瘍用藥使用原則請見附件四，第 29~32 頁中 7.1 消化性潰瘍用藥/2. 使用規定中第(9)、(10)點，特別強調要註明初次治療。</p> <p>10. 專業審查進入申復審查程序時，應限縮於初審部分做申復審核並手寫註明清楚核刪理由，而不應從頭進行初審之核刪行為。</p> <p>11. <u>Zolpidem 成份之用藥以每天用藥 1 粒或 1 粒以下為原則，不得開連續處方。</u></p> <p>12. <u>肝功能 GOT、GPT 以前異常者，則可追蹤同時檢測 GOT 及 GPT。</u></p>
2	家醫科	<p>1. 在以 16 項專業審查不予支付理由代碼核刪時，必須手寫註明核刪理由。</p>

2. ACEI、ARB 為同類用藥，宜選用 1 種，但 ACEI 可能因血管張力素 II（Angiotensin II）”逃逸現象”而效果變差，且華人對 ACEI 易引起乾咳，故宜可直接選用 ARB。

決議：

(1) 單方劑型可用於初診高血壓病人。

(2) 複方劑型仍不可用於初診病人，若有使用必要，須註明理由，從寬認定。

3. 降血脂藥物給付規定表（如**附件二**，第 25 頁），對於無心血管疾病患者的處方規定中，如非藥物治療未達治療目標，得使用降血脂藥物(請附三個月前及本次血脂檢查數據)，前述所指「3 個月前」，所指是多久？

決議：三個月前所指為 3 個月到 1 年期間，即超過 1 年的數據不予採認。

4. 降血脂藥物給付規定表（如**附件二**，第 25 頁），開始治療時，對於無心血管疾病患者的處方規定中，其中如已達治療目標得考慮減量至最低有效劑量，並持續衛教治療，定義為何？

決議：

(1) 持續減至最低有效劑量，劑量為初始劑量的 1/2，不必停藥。

(2) 仍需 3 至 6 個月抽血檢查一次，以為調整藥物依據。

5. **Sitagliptin** (Januvia) 與 TZD 訂定基層醫療院所使用規範：

決議：

(1) 須用兩種(含)以上，無特殊理由，如腸胃炎症狀或 Cre ≥ 1.5 mg/dL，則須使用 Metformin ≥ 1500 mg 以上。

(2) HbA1c ≥ 8.0 以上，則屬控制不良，可使用 TZD 或 Januvia，但須用過 Sulfonylureas 與 Metformin 或

		<p><u>acarbose。</u></p> <p>6. 腹部超音波申報原則，依 99 年 5 月 31 日公告修正西醫基層醫療費用審查注意事項中，B、C 型肝炎患者每 6 個月超音波追蹤一次、肝硬化患者每 3 個月超音波追蹤檢查一次為原則，其申報醫令未明訂？</p> <p><u>(1) 追蹤檢查超過 6 個月以上，以診療代碼：19001C（882 點）為申報，6 個月以內以診療代碼：19009C（643 點）為申報。</u></p> <p><u>(2) 附前次腹部超音波檢查報告只限於追蹤性檢查者。</u></p> <p>7. H2-blocker（如：Gaster、Quimadine 降至 4 元以下），是否仍需胃鏡報告？</p> <p><u>決議</u>：依健保局規定。</p> <p>8. 胃幽門桿菌之滅菌標準為何？</p> <p><u>決議</u>：依腸胃科共識會議決議。</p> <p>9. 同意專業審查進入申復審查程序時，應限縮於初審部分做申復審核並手寫註明清楚核刪理由，而不應從頭進行初審之核刪行為。</p> <p>10. 部分院所針對 ZOLPIDEM 成份之用藥被核減提出疑義，建請討論此藥之審查原則與共識為何？</p> <p><u>決議</u>：每次最多 14 至 21 天，其間最長 6 個月(或附精神科轉診單)，但須加強衛教，但涉及公共安全(例如司機)之虞，須更注意。</p>
3	外科	<p>1. 外傷有腫痛、壓痛，可使用 X-ray 檢查，不宜核刪，以避免發生醫療糾紛。</p> <p>2. 同一傷口換藥一個月不宜超出 10 次，超出 10 次後須每次附相關照片以證明確有長期追蹤之需要。</p> <p>3. 原則上，依審查注意事項審核。</p>

4	婦產科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關驗孕(PT)，1 個月內必要時檢查 2 次者須間隔 1 週(含)以上，且須載明病情需要及 LMP、檢查報告或結果。 2. D&C 原則上不申報 CBC 或 EKG，如有特殊情形，須有 indication，並附上正式的報告，此類案件從嚴審查。(EKG 及 O₂ 已含在 IVGA 內) 3. 引產的 case，IVGA 及胎盤取出及會陰切開，依手術通則規定已含在內，不得再申報。若有使用 PGF2α，須限制 2 支以內。 4. 有關胎死腹中或不完全流產，1 個月內申報超音波以 1 次為原則。 5. 有關先兆性流產或迫切流產之超音波檢查，1 個月以申報 2 次為原則，常規制式申報時，應嚴加審查。 6. 婦產科一般用藥應申報原則如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 優先使用口服藥為原則，注射藥品應以不能口服或口服仍不能期待有治療效果時使用，兩種藥品可同時使用，但同療效藥品不能重複(例如：progesterone、針劑和黃體素，僅能擇其一)。 (2) 婦科病人之用藥，塞劑、口服藥、藥膏依病情需要而使用，3 種選擇 2 種申報，但藥膏 1 個月僅能申報 3 條，建議塞劑須每顆 10 元以內、藥膏每條 120 元以內為原則。 (3) 超過 6 元以上之高價止痛藥嚴加審查。 (4) 1 種疾病使用抗生素以 1 種為原則。 7. 子宮頸糜爛原則上不可以申報硝酸銀燒灼。 8. 電燒或冷凍後(菜花、子宮頸糜爛)之換藥，以 1 個月申報 2 次換藥(48011C)為原則，不申報 IVGA。 9. 子宮頸糜爛若要做電燒或冷凍，需附抹片報告，且報告 item
---	-----	---

		<p>4(含)級以上 ASCUS 才可施行。</p> <p>10. 有關婦產科同類腫瘤之超音波檢查，每 3 個月可以申報 1 次，原則上需大於 3 公分，且要附上超音波正本照片加註日期及正式報告，模糊不清者，不予支付。治療不孕症時，注射 HMG 或 FSH 引起之 Follicular Cyst 不得申報。</p> <p>11. 有關婦科腫瘤手術，申報原則如下：</p> <p>(1) 子宮肌瘤或卵巢瘤，以超過 5 公分為原則(子宮內膜異位瘤及畸胎瘤除外)。</p> <p>(2) 腹壁或會陰之子宮內膜異位瘤，應以皮下腫瘤切除術申報(參照外科之原則)。</p> <p>(3) 子宮內膜肌瘤性息肉，以子宮蒂瘤切除術申報並附病理，但若有子宮鏡可以用 TCR 的話，可以申報肌瘤切除術(DRG，論病歷計酬)，但以大於 2 公分為原則。</p> <p>12. 安胎之住院</p> <p>(1) 申報安胎須妊娠 20 週以上至 37 週以下，以住院 7 天以內為原則，但需附每天之 NST(FAD)之報告，報告上需附日期。原則上 Yutopar 每天限用 3 支，口服 Yutopar 不可併用。</p> <p>(2) 依個案狀況申報 Blood、Urine-Routine(以排除因子宮內膜炎及尿路感染所引發之早產)。</p> <p>13. Threatened Abortion 原則上不宜申報住院給付(另 PID 或急性腎盂炎住院不在基層診所給付範圍)。</p> <p>14. 住院病歷(含 Admission note、Operation note、Anesthesia note (NSD 除外)、Order sheet、Sonar report、Progress note、Discharge note、護理記錄)不完整者，整筆不予支付。</p> <p>15. PV 之內容：如 vulva、vagina、cervix、uterus、adnexa、discharge 至少須寫 3 條以上。</p>
--	--	---

		16. 賀爾蒙藥膏(Qestrogel)須有肝功能異常及胃鏡報告異常者方能使用。
5	小兒科	<p>1. 小兒科，尿一般檢查，必說明理由，若以第一天發燒，無其他理學檢查，不宜送檢，若持續兩天高燒，可作尿液檢查。</p> <p>2. 小兒氣喘長期用藥，送審時，就應附上有被要求的附件病歷說明，否則被核刪後，再送件說明，一律不被採納。又如小兒 Singular 之類用藥，不是非氣喘照護方案者才可使用，病歷完備即可。</p> <p>3. Chest X-ray，非小兒科高燒、急診之 routine 檢查項目，須詳載其 indication，CBC 亦然。</p> <p>4. 小兒科，抗過敏用藥若使用 2 種以上者，送醫時，必備用藥用意。</p> <p>5. 小兒「324A」用藥說明遇發燒用藥，使用 2 種以鎮痛、退燒、消炎用藥時，必備說明。</p>
6	耳鼻 喉科	<p>1. 申報內容請詳載病歷內容及病名代碼，以作為申報及審查依據。</p> <p>2. 建議耳鼻喉科審查注意事項第(六)項最後一行之原文為： 「另須於病歷上詳細記錄檢查所見及繪圖備查」，建議將前述字句之「及」更改為「或」，修正為：「另須於病歷上詳細記錄檢查所見或繪圖備查」。</p> <p>3. 建議刪除耳鼻喉科審查注意事項第(十三)項之條文：「過敏性鼻炎患者開立鼻噴劑以一個月一瓶為原則，初診患者得若併用口服抗組織胺以一週為原則，超過此劑量者加強審查；送審資料應檢附前幾個月病歷以瞭解口服藥品使用情形，如初診病患逕行開立噴劑則應在病歷上記載之前於其他院所之用藥情形，否則加強審查。(97/5/1)」。</p>

		4. 濕氣吸入治療 57007C 之適應症加入「氣喘」之適應症。
7	眼科	<p>1. 直接眼底鏡檢查即可檢查者(23501C)，不要申報 23702C，若正常無 finding 儘量自行吸收。RD 術後每個月可申報一次 23702C，以 6 個月為限。</p> <p>2. 打 PRP 前，必須附 FAG 或 color fundus 的相片。</p> <p>3. 申報霰粒腫手術(87025C)必須附眼部相片備查。</p> <p>4. OCT、VF 申報時，需附 finding 或報告，若正常儘量自行吸收。</p> <p>5. 白內障手術，兩眼必須間隔 2 星期。</p> <p>6. 每次申報最多只有兩項檢查一項處置。</p> <p>7. 弱視檢查(23812C)必須含最佳視力、眼位檢查、立體感檢查等。</p> <p>8. 白內障事前審查原則上以一次申報 1 眼。若報第 2 眼必須附第 1 眼的結果及視力。</p>
8	皮膚科	<p>1. 口服 Antihistamine(抗組織胺)藥最多不超過 2 種，但以一長一短或二短為原則。長效指 QD 或 BID，短效指 TID 或 Q1D。</p> <p>2. Common warts(尋常疣)，如施以冷凍治療不得同時處方 Duofilm(水楊酸外用藥)。</p> <p>3. 以美容為目的之看診不可以健保申報診療費。</p>
9	復健科	<p>1. 開立外用 NSAID 藥膏及藥布，需於病歷記載「不適合口服 NSAID 之理由」，並需符合適應症，不宜常規開立。</p> <p>2. 診所申報兒童早期療育案件，如無身心障礙手冊、重大傷病證明或醫院級的整體評估報告，請院所於申報時詳附詳盡之病歷描述及評估，院所自行之評估報告及各專業治療師(PT、OT 或 ST)之評估及病程紀錄(評估報告不宜使用制式勾選之方式)。</p>
10	腎臟科	1. 透析達 1 年以上，將以透析前 creatinine 值來做審查透析頻

		<p>率之重點。</p> <p>2. 健保醫字第 0970002499 號(97 年 9 月 1 日起施行)寫明 58027C 支付點數 4100 限符合所列 5 點條件者申報，其中(1)是領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭)，這樣子，如病患另有一張重大傷病卡，則可以 4100 點申報，是否如此？請我們健保當局解釋清楚。</p> <p>3. 如血液透析次數大於 14/13(大/小月)，請附明異動表，並說明清楚。</p>
	精神科	<p>符合下列指標者，詳加審查：</p> <p>1. 回診率：平均複診率 > 1.8。</p> <p>平均開藥天數 < 10 天，且處置費用也高者。</p> <p>2. 處置：申報心理治療或處置，卻未能有相符的紀錄內容。</p> <p>3. 藥物：a. 平均日藥費 > 40 元(釋出處方箋之診所請附上平均日藥費相關資料)。</p> <p>b. 用藥數量不合理者。</p> <p>c. 大量開立高貴藥品，無法提出令人信服的理由者。</p> <p>4. 申報量：每張申報 > 1400 點。</p> <p>5. 病歷：a. 疑似有「造假」嫌疑者。</p> <p>b. 所附病歷內容無法支持診斷者。</p> <p>6. 對於過去有重大違規嫌疑的「院所」，持續追蹤，加強審查。</p>

伍、 臨時動議：無

陸、 散會：下午 3 時 20 分