

全民健康保險西醫基層總額支付制度第一屆第二次高屏分區委員會

審查組會議記錄

壹、會議時間：98 年 6 月 8 日(星期一)中午十二時三十分

貳、會議地點：高雄市醫師公會四樓會議室

〈地址：高雄市前金區市中一路 225 號 4 樓〉

參、出席單位及參加人員：

高雄市醫師公會 蘇副主任委員榮茂、王組長欽程、黃委員鵬國

高雄縣醫師公會 王委員宏育

屏東縣醫師公會 陳委員武元

澎湖縣醫師公會 周委員明河

請假人員： 孫委員銘謙

紀錄：陳幸慧

肆、主席致詞(略)

伍、報告事項：有關本次會議提案結論均提至本屆審查醫師共識會議再行決議。

陸、提案討論

提案一

提案單位：會務組

案由：有關 97 年 4 月 1 日健保審字第 0970012154 號函文指示，「全民健康保險西醫基層醫療服務審查注意事項」修訂條文(十一)，請 討論。

壹、審查依據及一般原則

增修訂條文	原條文
(十一)第 3 點，抽樣審查之個案，應檢送病歷首頁影本及該案當月之全部病歷影本。	(十一)第 3 點，抽樣審查之個案，應檢送實體病歷首頁影本及該案當月及前一月份就診之全部病歷影本，如該案病患前月未就診，應檢附該案病患前一次病歷影本；若屬

	同療程之治療，則需檢附同療內所有病歷；
	慢性病則應檢附 3 個月病歷以供參考。

說明：部分會員醫師反應，健保局雖已修訂此項條文，但有部分審查醫師，卻還是沿用舊條文，為此深感困擾。

結論：建請健保局高屏分局審查課依據 97 年 4 月 1 日健保審字第 0970012154 號落實最新修訂審查注意事項條文(十一)第 3 點。將此案提至 6/23 日第 3 次高屏分區委員會討論。

提案二：

提案單位：審查組

案由：有關 Zaleplon(Zolpidem)、安眠藥(Stilnox)藥品，依據「全民健康保險藥品給付規定」第 1 章神經系統藥物新修正給付規定裡應否修訂，請 討論。

修正後給付規定
第 2 點，非精神醫師若需開立本類藥品，每日不宜超過一顆，連續治療期間 <u>不宜超過 6 個月</u> 。若因病情需要長期使用，病歷應載明原因，必要時轉精神科專科醫師評做其繼續使用的適當性。
第 5 點，對於首次就診尚未建立穩定醫病關係之病患， <u>限處方 7 日內安眠藥管制藥品</u> 。

說明：

1. 新規定第 2 點，限只能最多給藥 6 個月，超過必須轉診，是否恰當，會不會只是由 A 診所轉到 B 診所換湯不換藥呢？
2. 新規定第 5 點，依新規定而言，對初診病患只能開 7 日藥是否適當，限 7 日藥，反而增加病患就診頻率，造成診察費支出更多。

結論：本案於 98.6.12 日與精神科醫學會理事長陳正宗醫師會開討論結論如下：

1. 失眠症首次就診病患，原則上處方 7 日內安眠藥，但已在其他院所拿藥、服藥者，不算失眠症首次就診。
2. 非精神科醫師，若開立本藥物，每日不宜超過一顆，實際上臨床上很多病患使用 1.5[#]或 2[#]H.S，才有效，且沒有安全性的問題。精神科專科醫師對此規定並無偏見認為非精神專科醫師處方不可超過每日一顆。
3. 若開立此藥物已達 6 個月。若醫師認為病情需要繼續使用，應合乎下述任一原則。
 01. 評估繼續使用的適當性，並在病歷載明。(例如：是否重覆領藥、有無副作用產生、有沒有成癮現象、病患睡眠品質或生活品質是否改善，是否病患適合繼續使用…等)
 02. 或換另一種安眠藥物(任一種安眠藥物，用久都有愈吃愈無效的現象)。
 03. 轉診精神科醫師，評估其繼續使用的適當性。

提案三

提案人：審查醫師(骨科)

案由：有關骨折病人打石膏或副木固定，依目前規定技術費及材料費僅能申報一次。建議特殊情形，可放寬一次，請討論。

說明：骨折病人有時因局部腫脹嚴重，先給予副木固定，待消腫後再改成石膏固定，臨床治療上有其依據及需要。又另一種情形，普通石膏使用一段時間後，可能變軟或折斷，固定效果不佳，應重新更換石膏。

建議：為避免浮濫使用，浪費醫療資源，應改為如果需要重打石膏，應檢附照片，證明石膏不堪使用，或確實因腫脹無法一次固定石膏，但僅以重打一次為限。

結論：保留，因各委員專業領域不同，暫不做任何建議，另 7 月 3 日「骨科審查共識會議」再討論做成建議或決議。

提案四

提案人：審查醫師(家醫科)

案由：有關病歷記載不全之審查原則，請討論。

說明：病歷記載不全之認定，若完全無任何身體檢查記錄者，應予核刪診察費，但若病人看診次數不多，而且 stationary 穩定，慢性病，足以認定診療，vital sign 穩定，足以給予診察費

建議：慢性病穩定中，若有相關血壓脈搏之記錄，而且當月就醫次數 < 6 次，雖然病歷稍嫌簡略，應不予核刪診察費。

結論：同意此建議，並刪除「若有相關血壓脈搏記錄」10 字。

提案五

提案人：審查醫師(家醫科)

案由：有關高血脂用藥請依全民健康保險降血脂藥物給付規定中之處方規定欄，應每 3 至 6 個月抽血檢查一次，以作為繼治療之參考。且此報告應含足以證明為病患所有之 ID、病歷號、生日之其他參考證據，請討論。

建議：僅病歷書寫而無具體之證據(如依病患所述其他醫療院所報告)應不予給付，如附上足夠證明為病患所有之其他醫療院所 6 個月內報告，應予採納。

結論：同意如建議。

提案六

提案人：審查醫師(外科)

案由：有關包莖環切術(50020C)之適應症的第二項，請討論。

原條文	建議增(修)訂條文
2. 曾有發生復發性包皮發炎，並有明確之病歷紀錄達可資證明。	2. 曾有發生復發性包皮發炎，並有明確之病歷紀錄達三次以上給治療程可資證明。
無	6. 須附上手術及麻醉同意書外，再加上「使用健保手術同意書」

說明：由於包莖環切術的爭議很大，往往造成審查醫師標準不一，而且往往有

醫師向病患收取費用之後，再申請健保手術費建議再增加明確之病歷次數規定，並請病患簽立同意以健保手術同意書，以防弊端。

結論：保留，召集人諮詢泌尿科醫師意見，再行決定。

提案七

提案人：審查醫師(內科)

案由：有關降血脂藥物給付規定與審查常見問題，請討論。

1. 如須兩次檢驗，其間隔時間，是否嚴格強調3至6個月內？又如初次治療符合給付規定，達治療目標後停用藥物，6個月後再追蹤；若血脂又升高，是否還需再予以3~6個月非藥物治療，或可逕行給藥。
2. 藥物的選擇？
3. 「已達治療目標，請考慮減量，並持續治療之」。

說明：

1. 醫師無法規定或限制病人回診時間，有時2次檢驗會在3個月內或6個月以上。某些案經治療達目標後停藥，一段時間後再追蹤血脂又升高，再次處方降脂藥物卻被核刪，理由為應予以3~6個月非藥物治療。
2. 以TG高為主的高脂質血症應優先選擇Fibrate類藥物。若以cholesterol高為主也使用fibrate是否核刪？
3. DM, CAD及CVA患者持續減量使用較無爭議，但非DM, CAD, CVA患者是否也終生使用？

建議：

1. 考慮實際就醫生態，如：出國、從商、外出，可以不必「很嚴格」要求間隔。應稍彈性若非初次起始治療，而是停藥後血脂再升高，應可以不必再等3-6個月而逕行處方。
2. 治療追蹤高血脂症時，有時TG高，有時cholesterol高，藥物的選擇與審查應有共識。
3. 非DM, CAD及CVA病人，當血脂已達治療目標，可減量使用，並追蹤TG/chol，連續一年都正常可考慮停藥。

結論：通過如建議。另建議對於Cholesterol高時，以statin治療為主流亦

可使用 Fenofibrate 治療。

提案八

提案人：審查醫師(內科)

案由：有關內科審查注意事項第 14 條修訂，請討論。

原條文	建議增(修)訂條文
14 條病歷記載不全之審查原則 (97/5/1) (1) 病歷完全無身體檢查紀錄者 應予核刪診察費，如及符合用 藥處置或身體檢查之紀錄 者，則相關之藥品處置或檢查 項目，應予核刪。 (2) 申複案件，如再補付 SOAP 記 錄者不予補付。	(1) 病歷完全無身體檢查紀錄 者， 應予核刪診察費 ，如無符 合用藥，處置或身體檢查紀錄 者，則相關之藥品處置或檢查 項目，應予核刪。 (2) 申複案件，如再補付 SOAP 記 錄者不予補付。

說明：

1. 刪除(應予核刪診察費)
2. 刪除第二款條文
3. 醫師確實有看診，則其醫病關係責任已確定，不應核刪醫師診察費。本條文之其他原則同意保留。

決議：通過如上述建議增修該項條文，並提至分區委員會(已於 98.5.19 日第二次分區委員會討論)及全執委會。

提案九

提案人：審查醫師(眼科)

案由：有關眼科審查注意事項第 18 條及 21 條增(修)訂，請討論。

原條文	建議增(修)訂條文
(十八)氣壓式眼壓測定(23305C)，應 明定為疾病之診斷，及相關疾病追蹤 檢查，若僅為例行篩檢，應包含於一	(十八)氣壓式眼壓測定(23305C)，應 明定為疾病之診斷，及相關疾病追蹤 檢查，若僅為例行篩檢，應包含於一

般診查費用，申報時須有電腦印表紙……………。	般診查費用，申報時須有 <u>附檢查日期之電腦印表紙</u> ……………。
(二十一)病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述或圖示、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，應不予給付。	(二十一)病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述 <u>與</u> 圖示、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，應不予給付。

說明：

1. 第十八條條文修訂，其實不只氣壓式眼壓測定，自動驗光、自動角膜弧度之電腦列印紙均應標示日期。
2. 第二十一條條文修訂說明，眼科檢查以直接細隙燈或間接眼底鏡系主條文(十一)條與(五)-5，已明文檢查需附上圖示與病情描述，本條文(二十一)若不修改會前後相互矛盾且造成審查上的困擾。

建議：綜合上述說明，應建議增列條文：眼科檢查所見需附圖示與描述，電腦印表紙需附上日期。

決議：通過如上述建議增修該項條文，並提至全執委會。

提案十

提案人：審查醫師(兒科)

案由：有關兒科審查注意事項，建議增修訂條文如下，請 討論。

建議增(修)訂條文	原條文
(一)-3. 臨床上感染性疾病，疑似細菌性感染，但未證實之前得視需要使用第一線抗生素三天。如有必要延長使用，病歷須詳實記載， <u>以疾病用藥原則使用之</u> ；對逕行使用第一線以外之抗生素、或其他高價藥物，應嚴格審查。	(一)-3. 臨床上感染性疾病，疑似細菌性感染，但未證實之前得視需要使用第一線抗生素三天。如有必要延長使用，病歷須詳實記載，以不超過七天為原則；對逕行使用第一線以外之抗生素、或其他高價藥物，應嚴格審查。
(一)-7. 兒科抗生素使用規定(3)抗生素使用：原則上以同時不超過兩種為限，否	(一)-7. 兒科抗生素使用規定(3)抗生素使用：原則上以同時不超過兩種為限，否

則需附病歷並詳實記載，以疾病用藥原則使用之。	則需附相關之微生物學培養報告。
(一)-9 嬰兒肚臍或臀部之塗藥， <u>已申請護理費者</u> ，不得申報 48011C(小換藥十分公以下)。	(一)-9 嬰兒肚臍或臀部之塗藥，應含於護理費在內，不得申報 48011C(小換藥十分公以下)。
(二)門診部分：增訂第 3 點『兒科病患常因頻繁的感染與快速的病情變化，致使平均就診次數比非兒科病患高。審查時不宜只要看到重複就診就核刪，應該根據兒科病患的病情變化與平均就診次數是否位於同儕的極端高值來斟酌判斷。』	
(七)-3 每月每一家基層醫療院所申報案件以不超過五件為原則， <u>但過敏氣喘專科醫師，以不超過 10 件為原則</u> ，陽性率不宜低於 60%，超過五件或陽性率低於 <u>60%</u> 者應嚴審。	(七)-3. 每月每一家基層醫療院所申報案件以不超過五件為原則，陽性率不宜低於 60%，超過五件或陽性率低於 80%者應嚴審。

決議：同意如上修改條文。

提案十一

提案人：審查醫師(兒科)

案由：有關 1 歲以下兒童可否只能由兒科專科醫師執行，請 討論。

決議：恐怕影響家醫科業務層面，基於業務道德，此案不通過。

散會：下午 15:00