

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  
高屏分會 106 年第 1 次會議記錄

壹、會議時間：106 年 3 月 6 日(星期一)中午 12 時 30 分

貳、會議地點：社團法人高雄縣醫師公會

〈地址：高雄市鳳山區光復路 2 段 241 號 6 樓〉

參、出席單位及參加人員：

高雄市醫師公會

王副主任委員欽程、林組長俊傑、賴委員聰宏、李委員文棟、  
楊委員宗力、黃委員鵬國、楊委員宜璋、潘委員志勤、  
謝委員正毅、邱委員俊傑、馬委員遠成、周委員祖佑

高雄縣醫師公會

盧主任委員榮福、林組長誓揚、莊委員維周、高委員維祥、  
王委員宏育、潘委員繼仁、孫委員銘謙、吳委員柏宗

屏東縣醫師公會

鄭副主任委員英傑、梁組長宏志、陳委員武元、郭仁雄委員、  
江委員俊逸、曾委員競鋒

澎湖縣醫師公會

周副主任委員明河

請假人員：林委員正泰、蘇委員榮茂、徐委員政彥

會務人員：黃雅惠、陳幸慧

記錄：黃雅惠

肆、主席：盧榮福主任委員

伍、主席致詞：

各位大家午安，很感謝大家撥冗時間出席今天的會議，今天開議資料不少，大都與近期全聯會開會議題息息相關，因此待會有任何疑問可提出大家討論，我也會補充說明。另外，今年委託契約款本分會分配費用是與去年一樣，雖然全聯會今年標到的費用較去年少一些(約 2 仟多元)，經會議討論後由全聯會吸收，因此我們分會今年分配費用是與去年一樣沒有增減，現在不擔誤大家寶貴時間，進行下一個議題。

## 陸、提案討論

### 提案一

提案單位:屏東縣醫師公會

案由：為落實健保『壯大基層、分級醫療』政策，就『醫院下轉病人至基層』部分，擬提配套措施。

### 建議：

- 一、請轉出病人的醫院要開立轉診單，並附上相關病歷摘要與醫囑。
- 二、『全民健康保險藥品給付規定』有特別規定的藥品，請醫院一併附上相關的資料（如 Plavix, SGLT2 inhibitor, PPI, DPP4-I 等）。
- 三、於醫院下轉基層時應給病人適當的衛教。
- 四、目前『全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標 006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel (Plavix) 前未使用 aspirin 比率』的處理方式『超過 67% 者，超過部分不予支付』，建議廢除此指標。（附件一）
- 五、目前西醫基層專業審查送審指標的『醫療服務點數成長』與『藥費成長』兩項，建議由原先的篩選最高之 2 百分位院所(第 98 至 100 百分位)修改為篩選最高之 1 百分位院所(第 99 至 100 百分位)。（附件二）
- 六、為求病患最大福祉與避免過度稀釋基層點值，建議先以穩定慢性且 non-complicated 的病人優先考慮下轉，亦即以『月總藥費 2000 元』以下者優先考慮下轉。
- 七、專業審查方面，審查醫師不能因藥費昂貴就進行核刪藥費。
- 八、關於醫院下轉基層之流程應訂定明確。

### 決議：

- 一、建議一涉及『全民健康保險轉診實施辦法』，爰此修改本草案條文第三條內容，如附件三。
- 二、建議二牽涉範圍甚廣，提至內科審查共識會議中討論。
- 三、『全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標 006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel (Plavix) 前未使用 aspirin 比率』的處理方式，請梁宏志組長協助補充說明理由並行文至建全執委會廢除此指標。

四、西醫基層專業審查送審指標的『醫療服務點數成長』與『藥費成長』兩項提案至共管會議討論。

提案二

提案單位：屏東縣醫師公會

案由：近來健保署以抽審核刪率過高之理由，加強抽審 1 個月。

105 年度本人 8 月抽審，20 件核刪四件共六萬多點，之後十二月再多抽審一個月，然而 106 年 1 月又再抽審；打電話給承辦小姐說會再看核刪率。然而 8 月抽審之申複百分之百申複成功，因此本人感覺莫須有之罪名硬扣帽子。在此懇請理事長在健保署及審查委員會開會時可以建議改善。因為本人也不清楚所謂核刪率過高到底多少比率算高。本人開業六年多來，抽審核刪率極低，在 103 年也曾以同樣核刪過高（5 萬多點）被加強抽審，但最終申複之後核刪率也極低。

說明：院所常因「核刪率過高」為由，被健保署連續抽審。

建議：

一段時間沒抽審，又重新抽審，若核刪  $>5\%$  且  $>3$  萬點，則請第二位審查醫師「複審」，若核刪情形仍舊  $>5\%$  且  $>3$  萬點，才算是核刪率過高。若以核刪率過高為繼續抽審的理由，限連續抽審一個月，如次月核刪未達上述門檻，則不再連續抽審。且當申複核定後，應以新的核刪率是否超過  $>5\%$  且  $>3$  萬點來判定繼續抽審與否。

決議：提至 106 年 3 月 16 日共管會議討論，建議院所核刪率過高抽審，應限抽審 1 個月（1 次）為宜。

提案三

提案單位：屏東縣醫師公會

案由：為落實健保『壯大基層、分級醫療』政策，就『部分高貴藥』部分，擬提修改送審指標的配套措施。

說明：

一、抽審與核刪一直是基層醫師最不能承受之輕。為求送審與審查上更佳的公平性，並兼顧醫療品質，所以底下必要且無可替代的三大類高貴藥物，應屬於是鼓勵項目，因此建議修改西醫基層專業審查送審指標其中的兩項：『醫療服務點數成長』與『藥費成長』指標，如下。

第一類藥：B、C 肝炎抗病毒藥物屬於專款專用，並不影響

點值。

第二類藥：氣喘照護計畫成效顯著，主要是因類固醇吸劑使用關係，而目前高屏區的氣喘照護率與類固醇吸劑使用率仍偏低。

第三類藥：台灣的糖尿病控制情形在亞太地區排名屬後段班，加強飲食運動控制與藥物的介入、與提升糖尿病照護率是我們努力的目標。也因此胰島素與新進的口服(SGLT2)或注射型藥物(GLP-1 agonists)等較昂貴的藥品，也建議排除在抽審指標外。

第四類藥：Pradaxa、Entresto、Plavix等屬於心血管疾病用藥，為照顧好基層的心血管疾病病患、承接醫院下轉的病人、與辦理出院準備服務病人的居家照護，這些都是必備的藥物。

二、因健保署對價格昂貴的藥會定期進行價量管控，這屬於全國事務，分區在這方面不必著墨太多。

三、目前中區已經把胰島素藥費排除在藥費成長的抽審指標建議：

- 一、上述四類藥建議排除在『醫療服務點數成長』與『藥費成長』指標之外。
- 二、專業審查方面，審查醫師不能因藥費昂貴就逕行核刪藥費。

決議：本提案提至106年3月16日共管會議討論。

提案四

提案單位：高雄市醫師公會

案由：本會委員異動乙案，原高雄市醫師公會推薦郭俊宏醫師擔任本委員會委員更改為馬遠成醫師。

決議：通過。

柒、散會：下午14:30點整。

附件一

## 全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

西醫基層總額部門：

指標名稱	006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel (Plavix) 前未使用 aspirin 比率
實施目的	降低不當之醫療處置及用藥型態
指標定義	<p>分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月未使用低劑量 aspirin 人數</p> <p>分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數</p> <p>低劑量 aspirin：指 ATC 藥理分類前5碼為 B01AC (platelet aggregation inhibitors excl. heparin) 之口服單方162mg 以下之 aspirin。</p> <p>註1：初次使用指同一院所、病人當月使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月未使用 ticlopidine 或 clopidogrel 者。</p> <p>註2：ticlopidine (ATC 分類為 B01AC05)或 clopidogrel(ATC 分類為 B01AC04)。</p> <p>排除案件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 分母申報件數小於等於2件之院所</li> <li>2. <u>急診案件</u></li> </ol>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診及住院案件
處理方式	<p><u>比率</u>超過<u>閾值</u>者，超過部分不予支付。</p> <p>不予支付點數=[分子人數-(分母人數×<u>閾值</u>)]/分母人數×初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數(四捨五入至整數)</p> <p><u>閾值：67%</u></p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)

附件二：

西醫基層專業審查送審指標

二、醫療利用類指標

依下列各指標項目分別篩選最高之2百分位院所(第98至100百分位)

指標項目	指標定義	備註
醫療服務點數成長	【本季月平均醫療服務點數－去年同期月平均醫療服務點數】	排代辦案件(B6案件除外)
藥費成長	【本季月平均藥費－去年同期月平均藥費】	排代辦案件(B6案件除外)
診療費成長	【本季月平均診療點數－去年同期月平均診療點數】	排代辦案件(B6案件除外)
每病人月平均就醫次數	【 $(\sum \text{月申報件數} / \text{月申報人數}) \div \text{月數}$ 】	排除代辦案件(B6案件除外)及診察費=0等案件 ※本項指標符合院所若屬西醫基層院所醫療服務點數25(含)百分位以下者，予以排除

附件三

「全民健康保險轉診實施辦法」修訂意見

建議修正條文	說明
<p>第三條</p> <p>特約醫院、診所辦理保險對象轉診，應基於醫療上之需要，並符合醫療法之規定。</p> <p>前項轉診，指保險對象接受特約醫院、診所安排轉至其他適當之各級特約醫院、診所，繼續接受治療，無須逐級轉診。</p> <p>保險對象經轉診治療後，其病情已無需再接受轉診之特約醫院、診所繼續接受治療，亦無第十一條所定情形，而仍有追蹤治療之必要時，接受轉診之特約醫院、診所建議轉回原診治之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。</p> <p><u>特約醫學中心與地區教學醫院應逐年逐步將輕症與穩定的慢性病患，轉診至特約的地區醫院與診所，接受繼續治療。轉出的院所應開立轉診單，並附上相關的檢查報告、手術記錄等資料。</u></p>	<p>一、為落實雙向轉診，明定接受轉診之醫院、診所所有建議保險對象轉回原診治醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續治療追蹤之義務，酌修第三項條文。</p> <p>二、分級醫療的目的是醫學中心與區域教學醫院主要負責急重症病患，地區醫院與診所負責輕症與穩定的慢性病患。因為目前實施的『雙向』轉診，並沒有要求上級醫院應將輕症與穩定的慢性病患轉診至下級醫院與診所繼續診治，故酌修第三項條文。</p>

