

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 2 次會議記錄

壹、會議時間：106 年 6 月 5 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、林委員正泰、蘇委員榮茂、
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：潘委員志勤、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：

很感謝大家百忙之中撥冗時間出席今天的會議，今天開議資料不少，會議現在開始，請大家參閱今天會議資料，有任何問題也歡迎大家隨時提出。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:審查組

案由:有關各年度召開之各科審查共識決議，若非限制特殊專科申報之項目，是否一體適用，提請討論？

說明:

- 一. 高屏區各科的審查共識，是由高屏分會與健保署高屏業務組召開會議，並由主任委員、審查組長主持，邀集相關科別審查醫師討論通過，除了公告週知外，各科別審查共識決議，目前都公開在全聯會網站上，故會議決議事項應可適用於高屏區全體基層診所。
- 二. 有關 105 年 8 月 26 日高屏區大內科審查共識決議事項，其中呼吸道抽吸審查標準為：插管病人(氣管內管、鼻胃管)，氣切，意識昏迷或虛弱無法自行有效排痰之病患所作之處置，其操作需有 Suction tube 可以直接到 Airway，且須為無菌操作，非一般單純鼻腔或口腔內之痰液及鼻液抽吸。本案經高屏業務組轉知各科審查醫師，47041C 需依共識結果審查時，部分科別表示該共識屬內、兒科之審查共識。
- 三. 依據今年度(106)高屏區 47041C 申報監控又有大幅成長趨勢。

擬辦:

- 一、西醫基層高屏區分會各科審查共識，全體不分科別，一體適用。
- 二、建議高屏區西醫基層所有科別之審查醫藥專家，有關呼吸道抽吸(47041C)之審查標準，請依 105 年 8 月 26 日通過之審查共識審查。
- 三、後續擬追蹤 47041C 申報成長趨勢，必要時啟動審查專案加強管理。

決議：

二案併呈

<A. 西醫基層高屏區分會各科審查共識，全體不分科別，一體適用；

B. 西醫基層高屏區分會各科審查共識，全體不分科別，不一體適用>，

再由本區四縣市公會理事長討論後做裁決。

提案二

提案單位：審查組

案由：有關院所申報案件的科別，建請依據病患就醫時診斷疾病的科別申報，
提請討論。

說明：

- 一、依據 106 年第 1 次共管會法規會務組工作報告，高屏區之審查時數為六區第 2 名，僅次於台北，除了建請高屏業務組與分會共同檢討抽審指標外，高屏業務組反應需會審他科之案件有增加趨勢，例如：做胃鏡者申報內科，需會審消化內科；參與試辦計劃(DM、初期慢性腎臟病)案件，需會審參與計畫之審查醫師審查；分案後，因有大量三高案件，審查醫師表示非治療三高之專家，需會審內科等情形。
- 二、會審案件增加的結果，將造成行政、時間與審查資源(時數、流程)之耗費。

擬辦：

- 一、建請輔導會員依據病患就醫時診斷疾病之科別申報，此外申報案件中，若有做上消化道鏡檢(胃鏡)、大腸鏡及 B、C 肝用藥之案件，請申報消化

內科(AA)；有做心臟超音波之案件，請申報心臟內科(AB)；糖尿病、初期慢性腎臟病試辦計劃之案件，請申報腎臟內科(AD)或內分泌科(AG)、氣喘試辦計劃之案件，請申報胸腔內科(AC)、或依據審查建議由健保署輔導診所正確科別申報

二、共管會決議後函文請公會佈達會員週知前述建議。

決議:各科審查分案原則及跨科審查事宜，由本分會提案至共管會議討論。

提案三

提案單位：屏東縣醫師公會

案由：讓有病的 75 歲以上長者（含原住民 65 歲以上），就近都有家庭醫師的照護。

前言：我國於 1994 年邁入「高齡化社會」，預估將於 2018 年邁入「高齡社會」，2026 年邁入「超高齡社會」。人口老化所帶來的衝擊，可能包括生產、消費、獨居養老、醫療費用上漲及疾病擴張等問題，以國家中長程發展角度來看，除可能造成政府財政負擔及社會壓力等負面效益，還可能進一步影響國家競爭力、經濟社會發展及人民的生活水準。因此藉由建構老人家庭醫師制度，及早妥善規劃、整合在地多方資源、結合各縣市醫師公會、衛生局（所）、基層診所、醫院、長期照護中心、其他醫事服務機構等，提供完善多元化服務，讓高齡者可在地安心享受晚年生活。

說明：

一、為落實家庭責任醫師制度、分級醫療與壯大基層，讓每位有病的 75 歲以上長者（含原住民 65 歲以上）都有家庭醫師的照護。

二、全國 105 年 75 歲以上有 1323897 人，103 年 65-74 歲以上原住民有 16351 位，合計 1340248 位。

三、106 年家醫醫療群的涵蓋率：民眾涵蓋率 17.5%(413 萬/2360 萬)、需照護族群涵蓋率？%(413 萬/? 萬)、診所涵蓋率 39%(4063/10,393)、參加醫師有 5182 位、醫師涵蓋率 12%(5182/45000)。也就是有 82.5%的民眾（?%需照護族群）尚未被家醫醫療群收案。

四、目前的照護方案有：家醫、居家、糖尿病、氣喘、CKD、COPD、BC 肝炎、Pre-ESRD、醫院全人等照護方案，再加上機構進住者與洗腎病患，上述這些都是有比較固定的醫療照顧者。

五、醫療照護供給面上，醫院與基層大約是 2 比 1，其中醫院診治了很多穩定的慢性病患（初級照護？），希望這些能轉到基層來。

六、為提升照護品質，需鼓勵推廣更多的基層醫師加入居家照護計畫，並連結長照 2.0。

七、目前家醫計畫的收案對象是原本就醫於診所的個案為主（如附件 1），與此提案的收案對象不同。

辦法：新增 107 年『家醫整合照護計畫』的收案對象包含：

一、1340248 位民眾，排除在上述說明 4 中被基層收案者（只被醫院收案者不排除），篩選出在醫院就醫的穩定慢性病患，以及衛生局訪視與篩選出有病而未就醫的民眾，都列入收案對象，預計約 50 萬人。

二、收案對象，依距離的遠近，選擇戶籍地最近距離的醫療群診所為家庭醫

師，大多數都會落在數百公尺內，每位家庭醫師大約分配 100 位會員，實際人數將依各地區醫療群醫師與會員人口分佈而定。至於如何劃分，由各縣市衛生局主導。

三、醫療群醫師對分配到的會員以電話、訪視、約診等方式與會員會面，將會員通知書交給會員，告知這計畫的目的與方法，並完成疾病評估收案登記表，才算完成收案動作，需於該年度計畫時間內完成。各衛生所地段護士應協助訪視相關事宜。

四、保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件。

五、依病情需要，建立平行與垂直轉診機制，並與其他醫事服務機構合作，如居護所、衛生所、藥局、物理治療所、檢驗所等，以提供民眾就近於社區之完整性、連續性之醫療，並提高醫療品質。

六、初次訪視評估管理照護費每人 500 元, 預估新增總經費約 2.5 億？，預計可增加 2% ？的民眾涵蓋率(增加 30%？需照護族群涵蓋率)。如果 107 年總額專款預算未獲通過，就不要辦理。

七、65-74 歲原住民可考慮向原住民族委員會申請經費補助？

註：上述有關人數與經費的確切數據，等健保署與衛生局提供資料更新

附件一：

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫 105.12.28 版

收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下：

- (一)慢性病個案：係指前一年全國就醫資料中，屬於主管機關公告 100 種慢性病範圍，其曾門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。
- (二)非慢性病個案：
 1. 非屬前述慢性病個案，依醫療費用選取最高 30%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。
 2. 3-5 歲(含)兒童選取醫療費用最高 60%，連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。
- (三)門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病人患患，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。
- (四)65 歲以上(含)多重慢性病病人。
- (五)參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)個案，保險人已於該方案支付個案管理費，故本計畫的個案管理費(250 元)不另支付；但得納入績效獎勵費用計算範圍。
- (六)前述較需照護之名單，交付名單原則如下：
 1. 慢性病個案，以給藥日份最高診所。
 2. 其餘以門診就醫次數最高的診所收案照顧。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。
- (七)分派未參加本計畫診所之較需照護之名單，保險人得依上述原則交付參加計畫診所，該診所得於 1 個月內上傳會員資料至健保資訊網服務系統 VPN 完成收案。

106 年度家醫計畫統計表

	105 年	健保署 執行目標	106/5/23 現況	105 年-106/5/23 成長(率)
預算數(億)	11.8	-	15.8	4(33.89%)
執行社區醫療群數	414	494 (+80)	526	112(27.05%)
醫師數	3,789	-	5,182	1,393(36.76%)
診所數	3,057	3,590(+533)	4,063	1,006(32.9%)
收案人數	2,603,757	約 340 萬人 (+80 萬人)	約 413 萬人	約 153 萬人 (58.61%)

資料來源:健保署提供

決議:函文請全聯會，建議納入明年(107 年)協商議程。

提案四

提案單位：屏東縣醫師公會

案由：為壯大基層，提升基層照護氣喘的量能，建請全聯會統合各相關學會，向衛生福利部中央健康保險署提請修改「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」的給付，並建立其合理的抽審與審查機制

說明：

一、中央健康保險署網站公告氣喘照護數據資料：

1、高雄縣市：101年與105年第三季比較：醫院氣喘病患由6762人次，成長至11904人次，成長率76.0%；基層氣喘病患由4148人次，成長至4387人次，僅成長率5.7%。

2、屏東縣：101年與105年第三季比較：醫院氣喘病患由2278人次，成長至3641人次，成長率51.9%；基層氣喘病患由1555人次，成長至1576人次，僅成長率1.4%。

二、依上述的資料推論：

1、依據氣喘盛行率推估，基層氣喘病患應該是嚴重 under diagnosis 及 under treatment.

2、基層氣喘照護相對於醫院，相對非常地弱勢。

三、為探討基層氣喘照護較弱勢的原因，本會徵詢多位氣喘專家與基層醫師的意見，歸納出兩個原因：

1、「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」給付對基層不公。

2、健保審核過於自由心證，基層醫師為了規避核刪而不申報，致參加氣

喘改善方案意願低落。

四、因基層與醫院提供的照護並無差異，需投入相同的時間與人力，建請向衛生福利部中央健康保險署提請修改「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」的給付內容。基層「氣喘年度評估管理照護費」，應比照醫院，P1615C 與 P1614B 皆給付 800 點/次，以符合公平性、合理性。也比照在其他的糖尿病、BC 肝炎、初期慢性腎臟病、PRE-ESRD 等醫療給付改善方案中，基層與醫院的給付皆相同的精神。

五、另建請向衛生福利部中央健康保險署提請建立合理的基層氣喘病患之抽審與審查機制，以避免不當核刪，比如：

- 1、檢驗結果值雖正常，但在符合醫療常規下，不應核刪。
- 2、開立價格較貴的吸入劑，但在符合醫療常規下，不應核刪。
- 3、病歷記載詳實，僅 VPN 上傳有誤或照護記錄本疏忽未填妥，不應核刪。

六、氣喘有關的學會有台灣氣喘衛教學會、台灣兒童胸腔暨重症醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、中華民國免疫學會、社團法人台灣氣喘諮詢協會

決議:函文請全聯會，納入明年(107年)費用成長協商議程中，以俾利爭取費用。

伍、臨時動議

提案一

提案人:楊宜璋委員

案由:有關邇後本分區委員會若有各科別實施管控抽審時，於送往共管會議前，建議皆應送至分區委員會討論。

莊維周委員:再次呼籲若有召開任何科別共識會議，應邀請四縣市公會理事長及審查組組長參與會議，方為妥適。

決議:通過。惟，排除本次議題已做成之決議。

柒、散會:下午 15:30 點整。