

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
西醫基層醫療服務白內障手術事後審查及管理方案

執行會 111.5.15 版

- 一、依 111 年西醫基層醫療給付費用總額及分配，編列 1.2 億元預算用於「提升國人視力照護品質」預算之規畫，配合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規範，訂定本管理方案。
- 二、前開支付標準第二部第二章第七節第十七項視器六、水晶體通則規範如下：
 - (一) 限眼科專科醫師施行後申報。
 - (二) 每月門、住診白內障手術(含 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C，以及 97605K、97606A、97607B、97608C 所內含前揭項目)加總超過 40 例之醫師，自事實發生之當月起算，第 41 例以上須於申報費用前，至 VPN「白內障手術個案登錄系統」，取得「登錄完成序號」，並於申報時填列此序號，方得支付。
- 三、白內障手術「分配方式」、「追蹤檢討」、「警示標準」及「管控基期」建議如下：
 - (一) 分配方式：
 1. 4,000 件依分區全年度一般服務預算占率分配各區合理成長件數。
 2. 因支付標準修正公告自 111 年 3 月 1 日起實施，111 年採三期(3~6 月、7~9 月及 10~12 月) 30%、30%、40%，分配成長件數。
 - (二) 追蹤檢討：
 1. 各分會：依「三期」追蹤預算使用情況，滾動式檢討管理機制；如有異常狀況，應立即召開會議因應檢討。
 2. 執行會：依「三期」分析件數成長數據及評估預算使用情況，滾動式檢討管控機制；如有超支情形，應立即召開會議因應檢討。
 - (三) 警示標準：各區得依近年白內障手術實際申報量之 80%~90% 件數，外加各區合理成長件數，作為該區警示標準。
 - (四) 管控基期：各區管控方案及成長率計算，以 108 年數值為比較基期。【註：若院所於 108 年後設立，或無 108 年可比較之數值，得

以 111 年 3 月前「各季平均手術量」為比較基期。】

四、基於分區管理之精神，各區應自主規劃白內障手術管控方案，監控預算使用情形，滾動式檢討管理機制；倘白內障手術申報量已超出各區可承受量時，得參考下列標準，實施加強審查或輔導措施：

(一) 計算方式：

1. 院所總量管理：專任醫師數 × 40 例。
2. 新增專任醫師：第一年每月每位醫師手術量應小於等於 23 例。
3. 報備支援醫師：新院所或超出 5% 成長率之舊院所，報備支援醫師之手術量不得超過該院所總手術量之 50%。【註：排除每月手術量小於等於 10 例之院所】

(二) 管理對象：

1. 高手術量院所：各季成長率大於 5% 者，加強審查。【註：高手術量院所：每季任一個月手術量 > (專任眼科醫師數 - 1) × 23 例 + 40 例之院所】
2. 低手術量院所：手術淨增加件數大量增加者，依各區管控方案管理。【註：低手術量院所：每月手術量 < 40 例之院所】
3. 醫療集團院所：屬同體系及關連院所群者，依各區管控方案管理。
4. 新院所：依各區管控方案管理。
5. 使用車載或其他不當促銷行為，依各區管控方案管理。
6. 久未看診之病人，當日就診即併同實施手術，依各區管控方案管理。
7. 其他異常情形，依各區管控方案管理。