

一個基層內科腸胃科專科醫師 被健保審查核刪經驗分享

尹書田醫療財團法人書田泌尿科眼科診所 邱展賢

在下只是一位快七十歲在基層聯合診所的醫師，在醫學中心實習，在市立醫院住院醫師訓練，擔任過地區醫院主任，區域醫院的主治醫師及主任。也擔任過衛生局科長及衛生署組長。公職退休後有幸在聯合診所執業為肝膽腸胃科醫師已十五年。想想畢業也有五十年了。因為擔任公會理事，被要求分享一些個人經驗，所以將我個人被審查核刪的經驗與疑慮，供大家參考，也請各位先進賢達指正。

第一項：克拉黴素(clarithromycin)用於幽門桿菌治療，長期規範劑量不足，修改太慢？

依據藥品給付規定第10節抗微生物劑 Clarithromycin 用於消化性潰瘍之胃幽門桿菌消除治療，98年10月規範使用克拉黴素500mg者，則使用總量以14顆為限。所以當時使用克拉黴素14天28顆都會被刪。雖然106年世界消化系醫學會指引已建議用14日28顆500mg，仍未修正。直到111年3月藥品給付規定才修改為用於消化性潰瘍之胃幽門桿菌消除治療，使用期間不得超過14日。使用克拉黴素500mg者，則使用總量以28顆為限。只是依據台灣消化系醫學會111年共識會議發表胃幽門螺旋桿菌篩檢指引，已提出臺灣多數地區 clarithromycin 的抗藥性介於15%-20%之間，幾項臺灣本土大型的隨機分派試驗也顯示10-14天的鉍劑四合一療法優於14天的三合一療法。美國腸胃科醫學會在113年9月份發表了最新的幽門螺旋桿菌治療指引，也排除使用三合一治療。克拉黴素用於幽門桿菌治療修正是否太慢？

第二項：幽門桿菌檢查及治療對象，適用範圍疑慮，只有消化性潰瘍病患？

依據消化性潰瘍用藥用藥規定，消化性潰瘍病患得進行初次幽門螺旋桿菌消除治療，使用時需檢附上消化道內視鏡檢查或上消化道X光攝影報告並註明初次治療(92/10/1)。根據西醫基層醫療費用審查注意事項-內科規定，初次胃鏡檢查有消化性潰瘍者得以取組織檢體施行幽門桿菌檢查（包括病理組織化驗或rapid urease test）。因此病人在上消化道內視鏡檢查時，如果沒有消化性潰瘍是不能做幽門桿菌檢查。但是台灣消化系醫學會111年共識會議發表胃幽門螺旋桿菌篩檢指引提出幽門桿菌感染會造成慢性胃炎、消化性潰瘍、胃癌前病變（萎縮性胃炎、胃黏膜腸化生）或胃癌。除菌治療可以預防消化性潰瘍復發、改善慢性胃炎及胃癌前病變的嚴重度。可是除了消化性潰瘍，其他還是不能做幽門桿菌檢查及治療。所幸113年八月健保放寬幽門螺旋桿菌帶菌者接受除菌治療給付，可經由碳13尿素呼氣檢查、或幽門螺旋桿菌糞便抗原檢查、或上消化道內視鏡切片檢查，確診為幽門螺旋桿菌感染之病人，得進行初次幽門螺旋桿菌消除治療。可是健保規定的幽門桿菌糞便抗原檢查及碳-13尿素呼氣法適應症如下：1.胃出血、幼兒、孕婦、衰老等不適合做胃鏡檢查之消化性潰瘍患者治療前之幽門桿菌感染鑑定檢查。2.已證實為消化性潰瘍合併幽菌感染患者，除菌治療後之療效確認與追蹤，第一次於治療停藥後一個月，第二次於停藥後六個月或一年後。所以未

來如何認定消化性潰瘍患者，又符合不適合做胃鏡檢查條件患者，將會成為申報與審查爭議的焦點了。非消化潰瘍患者幽門桿菌患者仍然不能用健保治療。

第三項：奧美拉唑(Omeprazole)處方疑慮，它是高價藥品？

依據健保92年10月後消化性潰瘍用藥規定，氫離子幫浦阻斷劑使用於治療活動性(active)或癒合中(healing)之消化性潰瘍及逆流性食道炎。申報費用時需檢附四個月內有效之上消化道內視鏡檢查或上消化道X光攝影報告。但是在9備註2提及醫療院所使用單價新台幣四元（含）以下之消化性潰瘍用藥時，得由醫師視病情決定是否需要上消化道內視鏡檢查。依此規範身為腸胃專科醫師應可依據病人病情給與奧美拉唑(Omeprazole)治療，因為健保價在104年以後每粒2.51元。可是我還是經常被核刪，刪除理由皆是沒檢附四個月內有效之上消化道內視鏡檢查或上消化道X光攝影報告，以0308A適應症／種類／用量（劑量／天數等）不符藥品/特材給付規定／醫療常規核刪。有些則以0323A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，或高價藥使用比例過高核刪。問題我只給病人一種藥就是奧美拉唑20mg每日一粒2.51元。比較用胃乳片，艾胃逆服咀嚼錠一天四次，每粒3.29元。Peptidin百胃樂錠一天三次，每粒1.5元。Famotidine 20mg（乙型組織胺受體阻斷劑），一天兩次，每粒1.57元。實在無法理解哪種是高價藥品，一個月的藥費不到80元，算

高價藥品嗎？

第四項：胃鏡與大腸鏡不宜同時申報的困擾，只有基層消化內科專科醫師受限？

106年12月後西醫基層醫療費用審查注意事項-內科，增訂門診胃鏡與大腸鏡不宜同時申報，如有需求應於病歷詳述理由。目前是立意審查重點。我提出的理由包括病情符合同時檢查，年老不宜重複麻醉，疫情期間減少就診次數等皆不被接受，回復核刪理由是不急於同時檢查。所以後來這種病人皆去醫院完成同日檢查，且投訴我。還好有核刪紀錄，才沒被上級處分。建議所謂不宜及理由給個標準，不然直接改成只有醫院可同時申報檢查。

第五項：SGOT該不該做，認定疑慮？

早期慢性肝炎檢查只能做SGPT，後來健保署有明確肝功能檢查包括SGOT及SGPT。但是在脂肪肝炎及服用降血脂藥物追中，就會遇到刪除SGOT案例，原因是SGPT即可。可是教科書及國建署的衛教資料皆強調完整肝功能檢查包含SGOT及SGPT。但是刪除次數多了，也只能在SGPT異常時再加做SGOT做鑑別診斷，病人比較倒楣，再多一次門診及抽血。至於該不該同時做，也只有學會及專家委員裁量決定了。

第六項：內視鏡息肉切除申報的困擾，息肉切除定義，病理申報部位疑慮？

1. 該申報切片還是息肉切除？

教科書將息肉切除分成小於0.5公分的息肉用切片夾摘除，大於0.5公分的息肉用鐵線

圈套住切除。健保上消化道內視鏡息肉切除術分兩種申報，47074C是基層診所申報。至於47077B上消化道息肉切除術不適用於基層診所申報，要經由上消化道內視鏡檢查後，依病情需要加做處置，本項目不含鏡檢費用。且限胃息肉大於0.5公分（含）以上，使用snear套環切除且送病理切片之案件，需檢附snear套環切除過程照片。可是在基層審查，我用snear套環切除息肉才能申報47074C上消化道內視鏡息肉切除術。如果用切片夾摘除息肉，只能申報內視鏡檢查及經內視鏡切片，如果申報47074C上消化道內視鏡息肉切除術就會被核刪。

2. 病理切片，部位的申報定義不明？

我胃鏡切片在幽門及底部有病兆，申報兩件，可是被認為是同一部位核刪，只能申報一件。大腸鏡在盲腸及乙狀結腸有息肉切除，申報兩件，也被認為是同一部位核刪只能申報一件，幸好在申覆後通過了。只是一兩年還是會來一件，也只能認真詳實回復，寄望得到審查委員的了解核付。

第七項；腹部超音波檢查，只能申報異常發現個案？

這是健保審查重點，只要檢查正常，申報就非常會被核刪，意見是病例記載不詳實，不符檢查適應症。次數多了，只好只申報有異常發現個案。有幾次委員以病兆圖像不清楚核刪，也只好檢查時要將圖像照得很清楚加上註釋。

以上是個人在基層聯合診所被核刪的經歷，分享給在基層服務的消化專科醫師，或許是我還不夠了解健保的規範，常被刪除，還請大家多給我指導，讓我能減少寫申覆的經驗。

