

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
高屏區牙醫門診總額 115 年第 2 次共管會會議紀錄

時間：115 年 9 月 15 日（星期二）14 時 00 分整

地點：高屏業務組 7 樓第 1 會議室

主持人：林純美組長、陳建富主任委員

紀錄：廖子喬

出席人員：

牙醫門診醫療服務高屏區審查分會：洪怡育執行長、李明志副主任委員(高雄市牙醫師公會理事長)、王藝文副主任委員(屏東縣牙醫師公會理事長)、歐再富副主任委員(澎湖縣牙醫師公會理事長)、醫管組黃彥豪組長、財務組陳育民組長、長特組梁博欽組長、秘書組鄭胤捷組長、談判組朱書德組長、品質組李耀庭組長、資訊組田明權組長、醫缺組張怡民組長、醫審組徐志宏組長、審查醫藥專家戴年豐召集人

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：陳淑惠專門委員、李金秀科長、詹雪娥視察、黃皓綱複核專員

列席人員：

高雄市牙醫師公會：張毓仁醫師、杜哲光醫師、黃怡彰醫師、鄭啟助醫師、林明堂醫師、施澄裕醫師、楊忠叡醫師

屏東縣牙醫師公會：徐聰俊醫師、林建志醫師、蕭智遠醫師、陳柏同醫師

澎湖縣牙醫師公會：阮議賢醫師、陳永勝醫師

牙醫門診醫療服務高屏區審查分會：葉淑真、蔡童寧

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：吳孜威、廖子喬、許意絃、高菲屏、陳淑青、林碧玉、趙珮君、王藝穎

壹、主席致詞：(略)

貳、宣讀前次會議決議辦理情形：(略)

參、報告事項：

一、高屏區審查分會報告：

115 年第 3 季審查醫師提報異常院所輔導暨健保署移請交付輔導辦理情形。

討論日期	審查召集會議討論							分會委員會討論					
	案件類型				討論結果								
	審查醫師提報	續追蹤	IPL 通報	不符新開業管控辦法	合計(歸戶)	成案	不成案或持續追蹤	成案(到署輔導)	成案(電話輔導)	成案(醫療照相)	成案(個案處理)	成案(續追蹤)	不成案
1150409	1	0	14	0	15	8	7	8	0	0	0	0	0
1150514	0	0	18	3	21	7	14	6	0	0	0	0	1
1150611	0	0	13	0	13	4	9	3	1	0	0	0	0
1150709	0	0	5	0	5	3	2	1	1	0	0	0	1
1150808	0	0	5	0	5	4	1	3	0	0	0	0	1

二、高屏業務組報告：

- (一) 費用申報概況：牙醫近期點值、整體費用申報概況、115Q2 價量分析、牙醫就診利用率、醫令費用成長貢獻前排名及 115Q1 牙醫醫療品質資訊指標。
- (二) 年度管理項目：近期執行 9 項專案管理 93 家次，追扣 3,298,280 點、重申特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)檢核邏輯與提醒同一療程案件，應以實際治療日期填報「醫令執行日期」至年月日與回溯檢核結果、今年度已完成 36 家院所 SOP 實地訪查及說明常見不合格項目及原因。
- (三) 健保宣導事項：儘速更新讀卡機控制軟體至 6.0 版整合多元憑證及雲端服務，提供更即時、穩定與安全之健保服務、推動牙醫院所 3 項作業(71、76、58)全面電子化、即時上傳牙科影像及外科病理報告，病理報告上傳目標 100%，並請申報手術拔除深部阻生齒(92063C)之醫院上傳環口全景 X 光片，上傳時醫令填報 92063C、另提供 VPN 上傳檢驗(查)及影像學資料-下載使用手冊與上傳路徑指引、牙醫 115Q2 民眾申訴及違規統計及醫療機構協助住宿型機構住民移除鼻胃管試辦計畫。

(四) 116 年度牙醫總額共管會議開會時程如下：

高屏牙醫共管會(星期二)		牙醫研商議事會議(預計)	
會議名稱	會議日期	會議名稱	會議日期
第一次	3 月 16 日	第一次	2 月 23 日
第一次臨時會	6 月 15 日	第二次	5 月 25 日
第二次	9 月 14 日	第三次	8 月 24 日
第二次臨時會	12 月 14 日	第四次	11 月 23 日

肆、討論事項：

提案一

提案單位：牙醫審查分會

案由：擬修訂抽審辦法，提請討論。

說明：

- 一、管理指標新增「醫師個人月申報費用排除後為分區排序前 5 名」，該醫師執登及支援院所則列下月必抽名單中。

編號	指標項目	處理原則
9	醫師個人月申報費用排除後為分區排序前 5 名	該醫師執登及支援院所則列下月必抽名單中 【若排除後總點數在指標規定範圍內則不列入】

二、政策指標建議：

- (一) 修改單季牙周病統合照護方案件數階梯式件數及計分，刪除 ≥ 31 件、 ≥ 36 件項目及計分。

編號	修正前 指標項目	修正前 計分	修正前 指標項目	修正後 計分
8	醫師單季牙周病統合照護方案件數 (跨院所合計，以 91022C 計算) ≥ 31 件 ≥ 36 件 ≥ 42 件 ≥ 60 件	1 2 2+4 2+8	醫師單季牙周病統合照護方案件數 (跨院所合計，以 91022C 計算) ≥ 31 件 ≥ 36 件 ≥ 45 件 ≥ 60 件	1 2 3 6

- (二) 新增「申辦院所員工健保費用自動轉帳」計分為-3 分。

編號	指標項目	計分
9	申辦院所員工健保費用自動轉帳	-3

健保署說明：

- 三、修正「單季牙周病統合照護方案件數」指標影響評估如下：

1、影響院所數從 94 家降低至 25 家，如下表：

修正前			修正後		
件數	計分	影響院所數	件數	計分	影響院所數
≥31 件	1	41	≥31 件	0	0
≥36 件	2	19	≥36 件	0	0
≥42 件	2+4	30	≥45 件	3	21
≥60 件	2+8	4	≥60 件	6	4
總計		94	總計		25

2、114 年度牙周病統合照護方案全國預算執行率僅 81%，依據 109 年費用協定若執行率低於 80%須按比例扣款，又考量高屏區本方案 115 年上半年全署占率由原 15~16%逐年降至 14.1%，且牙周統合品質管理(每位醫師病患總量管理)已列入例行專案定期檢視，擬同意調整本項指標。

四、新增「申辦院所員工健保費用自動轉帳」指標有助於穩定健保財務，目前共計 238 家未申辦自動轉帳，名單會後提供給審查分會協助輔導。擬同意增列本項指標 2 個季度，以減少排擠應列入審查之院所。

決議：同意新增 2 項指標(1)「醫師個人月申報費用排除後為分區排序前 5 名」，處理原則為其執登及支援院所列入必抽名單、(2)「申辦院所員工健保費用自動轉帳」，並自 115 年第 4 季起實施 2 個季度；修改「醫師單季牙周病統合照護方案件數」指標權重計分方式。

提案二

提案單位：牙醫審查分會、高屏業務組

案由：有關 116 年度新開業院所輔導管控辦法之排除地區，提請確認。

說明：

- 一、依據 103 年第 1 次牙醫共管會會議決議略以：於每年第 4 次共管會議提報次年度新開業院所輔導管控辦法之排除地區。
- 二、高屏區新開(執)業院所輔導管控辦法，係參考「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」公告地區，另依院所所在地區醫人

比，排除每位醫師服務大於 9,001 人口地區，爰 116 年應排除地區共 33 處如下表(與 115 年相同)：

項目	醫療資源不足地區(27 鄉區)	每位醫師服務大於 9001 人口地區(6 鄉區)
高雄市 (10 區)	田寮區、杉林區、茂林區、桃源區、那瑪夏區、甲仙區、內門區(7 區)	彌陀區、美濃區、永安區(3 區)
屏東縣 (18 鄉)	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、竹田鄉、泰武鄉、來義鄉、崁頂鄉、新埤鄉、佳冬鄉、枋山鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、滿州鄉、車城鄉(15 鄉)	長治鄉、九如鄉、萬巒鄉(3 鄉)
澎湖縣 (5 鄉)	七美鄉、望安鄉、白沙鄉 西嶼鄉、湖西鄉(5 鄉)	

決議：通過 116 年度應排除地區共 33 處。

提案三

提案單位：高屏業務組

案由：有關恆春基督教醫院(1143040010)申請 4 位牙醫師排除該院支援費用，不列入個人每月醫療費用點數超過 55 萬(上限)額度，提請討論。

說明：

- 一、依據高屏區牙醫門診總額 115 年第 1 次共管會議決議，修訂「高屏分區牙醫院所抽審辦法」【費用指標】註：(2)規定略以，醫師個人每月醫療費用之計算...若屬偏遠牙科支援醫療不易地區，若醫院申請支援，經健保署評估後，提報至共管會決議通過，該牙醫師可排除醫院支援費用，不列入個人每月醫療費用點數超過 55 萬(上限)額度。
- 二、目前屏東縣恆春鎮計有 6 家牙醫院所(2 家醫院、4 家診所)，醫師人口比 1：3,264，為「115 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」公告地區。
- 三、4 位牙醫師(顏姓、陳姓、花姓與李姓醫師)115Q2 於該院申報點數總計 725,223 點，預估影響點值 0.00042。

決議：照案通過。

伍、散會：下午 15 時 45 分

陸、下次會議日期：115 年 12 月 15 日(星期二)

高屏分區牙醫院所抽審辦法

115 年 9 月 15 日 115 年牙醫門診總額高屏分區第 2 次共管會議決議

實施日期：自 **116 年第 2 季起實施**(指標擷取費用年月 **115 年第 4 季申報資料**)

【總則】

1. 本辦法除涉管理指標必抽審外，其他採積分制(有正分、負分)，累計分數高者優先抽審，抽審家數以申報院所家數 20% 為上限，惟每院所每 1 年至少應予抽樣審查一次，不受上限家數規範。
2. 以季為單位勾稽檢核，本季是否抽審，由上上季之積分決定(例如：109 年第 4 季抽審，其指標擷取於費用年月 109 年第 2 季申報資料)。
3. 各項指標之醫療費用點數係含部份負擔；另自 106Q2 起同期值亦採最新指標定義，即分子、分母之定義暨排除項目皆以最新修正之指標定義。

【管理指標】

編號	指標項目	處理原則
1	新院所(醫事服務機構代號變更者)	連續送審(以申報費用年月起算)18 個月
2	年度例抽	1. 每家院所每年至少需隨機抽審 1 個月。 2. 若發現異常時，得延長隨機抽審時間(如：核減率高於 5%、病歷塗毀或未依規定方式修正並簽章、醫師未簽章、未填寫卡號...等)。
3	費用未按時申報致季勾稽未滿 3 個月者	抽審當季隨機審查。
4	確定停約處分 1 個月(含)以上者	1. 違規院所：抽審 12 個月。 註：違反本項另新開業者，除原本因新特約應抽審 18 個月外，再續抽審 12 個月。 2. 違規醫師：於處分結束後 12 個月內，抽審其所執業或支援之相關院所該月該醫師之案件。
5	院所如未依通知到署輔導，或輔導時拒絕接受協商，或輔導後仍未改善者	得採立意抽審 3 個月。
6	凡經委員會通知接受輔導並簽具聲明書之院所	輔導期間得以立意抽樣案件送審。
7	民眾申訴、專業審查、行政審查及檔案分析等異常	得採隨機抽審，必要時以立意抽樣案件送審。
8	初核核減率 $\geq 10\%$ 者	核定後即於近期申報費用年月至少加抽審 1 個月。
9	醫師個人月申報費用排除後為分區排序前 5 名	該醫師執登及支援院所則列于月必抽名單中【若排除後總點數在指標規定範圍內則不列入】

【費用指標】

(1)取消單人院所計算成長率時之看診天數換算。

(2)排除項目：

- ① 14、16、A3、B6、B7、矯正機關(JA 及 JB)之案件
- ② 支付標準適用地區以上醫院之表列(A、B 表)項目及「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務
- ③ 牙周病統合治療實施方案 91021C、91022C、91023C
- ④ 週日及國定假日申報醫療點數【註(1)】
- ⑤ 91089C、91090C、P7302C、P7303C、P7101C、P7102C、P3601C。
- ⑥ 89204C、89205C、89212C、89208C、89209C、89210C、89214C、89215C，8 項醫令排除差額點數 400 點。

編號	指標項目	計分
1	院所之醫師個人每月醫療費用點數超過 55 萬【註(2)】	10
2	院所去年該季醫師月平均醫療費用點數(院所去年同季醫療費用總點數/醫師總人數後平均)36 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率>2%	5
	院所去年該季醫師月平均醫療費用點數(院所去年同季醫療費用總點數/醫師總人數後平均)36 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率排序最高前 10 家	5+3
3	院所去年該季醫師月平均醫療費用點數(院所去年同季醫療費用總點數/醫師總人數後平均)36 萬以下，21 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率>4%	5
	院所去年該季醫師月平均醫療費用點數(院所去年同季醫療費用總點數/醫師總人數後平均)36 萬以下，21 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率排序最高前 10 家	5+3
4	院所去年該季醫師月平均醫療費用點數(院所去年同季醫療費用總點數/醫師總人數後平均)21 萬以下，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，多人院所成長率>4%	5
	院所去年該季醫師月平均醫療費用點數(院所去年同季醫療費用總點數/醫師總人數後平均)21 萬以下，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，多人院所成長率排序最高前 5 家，單人院所成長率排序最高前 10 家	5+3
5	新執業醫師每季申報總額度超過該區季額度【註(3)】<15 萬點(新執業醫師之執登與支援院所皆列計加分)	1
	新執業醫師每季申報總額度超過該區季額度【註(3)】≥15 萬<30 萬點(新執業醫師之執登與支援院所皆列計加分)	2
	新執業醫師每季申報總額度超過該區季額度【註(3)】≥30 萬<60 萬點(新執業醫師之執登與支援院所皆列計加分)	6
	新執業醫師每季申報總額度超過該區季額度【註(3)】≥60 萬點(新執業醫師之執登與支援院所皆列計加分)	10
6	醫師於當季任 1 月有非執登(跨區支援)於本區之情形，且該月於本區申報總點數 10~15 萬點，其於本區支援之全部院所皆列計加分(當季各月獨立計算後累計當季總分)【註(4)】	1(月)

編號	指標項目	計分
6	醫師於當季任 1 月有非執登(跨區支援)於本區之情形，且該月於本區申報總點數>15 萬點，其於本區支援之全部院所皆列計加分(當季各月獨立計算後累計當季總分)【註(4)】	1+2(月)

註：

- (1)院所成長率部分，週日及國定假日申報醫療點數之排除，以院所為單位，每日排除點數上限 60,000 點。假日定義同附表 3.3.3 表列日期，療程案件以申報就醫日期認定。
- (2)醫師個人每月醫療費用之計算，排除該醫師週日及國定假日申報之醫療點數，以全國總費用歸戶加計；若屬偏遠牙科支援醫療不易地區，若醫院申請支援，經健保署評估後，提報至共管會決議通過，該牙醫師可排除醫院支援費用，不列入個人每月醫療費用點數超過 55 萬(上限)額度。
- (3)新執業醫師定義及分區管控額度依據高屏區新開(執)業院所輔導管控辦法辦理，該院所所有多位新執業醫師且皆達指標閾值，則各新執業醫師分數累加計算。
- (4)單家院所當月有多位跨區支援醫師被計分，只採計一位最高分醫師。

【品質指標】

排除項目：

- ①14、16、A3、B6、B7、矯正機關(JA 及 JB)之案件
- ② 支付標準適用地區以上醫院之表列(A、B 表)項目及「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務
- ③ 牙周病統合治療實施方案 91021C、91022C、91023C
- ④ 91089C、91090C、P7302C、P7303C、P7101C、P7102C、P3601C。
- ⑤89204C、89205C、89212C、89208C、89209C、89210C、89214C、89215C，8 項醫令排除差額點數 400 點。

編號	指標項目	計分
1	未申報加強感染管制之牙科門診診察費(SOP)案件	10
2	①院所(不分單人、多人) O.D 占率>PR99	10
	②單人院所月平均醫療費用點數≤36 萬點，O.D 占率>52%	5
	③單人院所月平均醫療費用點數>36 萬點，O.D 占率>50%	5
	④多人院所月平均醫療費用點數≤55 萬點，O.D 占率>52%	5
	⑤多人院所月平均醫療費用點數>55 萬點≤100 萬點，O.D 占率>50%	5
	⑥ 多人院所月平均醫療費用點數>100 萬點，O.D 占率>48%	5
3	每季就醫病患平均耗用值(RBRVS)>2600	5
	每季就醫病患平均耗用值(RBRVS)>2900	5+3
4	季平均就醫次數>2.0 次/人	3
5	每季根管治療未完成率>30% 「(90015C-(90001C+90002C+90003C+90016C+90018C+90019C+90020C))/90015C*100」	1
6	根管治療點數占率>30%	-2
7	院所複雜性以上拔牙點數占率>30% 計算方式：92014C、92015C、92016C、92063C 點數／總處置點數	-3

【政策指標】

為配合健保署與全聯會政策。

編號	指標項目		計分
1	未參加全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案。		3
2-1	特殊醫療服務	提供到宅醫療服務並申報是類醫療費用院所	-3
2-2		院所端申報 16 案件(不含醫療團及到宅)>=3/季	-1
2-3		院所端申報 16 案件(不含醫療團及到宅)>=12/季	-2
3	符合「鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案」獎勵之牙科醫療影像醫令上傳率>30%(01271C~73C、00315C~17C、34004C~06B)		-3
4-1	電子化作業	參加 58-病歷電子檔送審(PACS)	-5
4-2		參加 71-核定電子化作業	-5
4-3		參加 76-申報總表線上確認	-5
5	指標費用年月之門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>85%		-1
6	每季星期日看診(當日需申報費用)≥3 天		-1
7	B、C 型肝炎專區查詢>30%		-1
8	醫師單季牙周病統合照護方案件數(跨院所合計，以 91022C 計算) ≥31 件 ≥36 件 ≥45 件 ≥60 件		1 2 3 6
9	*申辦院所員工健保費用自動轉帳		-3

***：115 年第 4 季起實施，擷取當期資料**

修正日期：115.9.15

- (一)實施對象：自辦法公告日起之新開業醫療院所(含醫事服務機構代號變更者)及新執業醫師。
- 新執業醫師定義：首次或重新加入高屏區之醫師，或原高屏區醫師變更服務醫療院所。
- (二)管控期間：自開業日或新執業日起一年半(非新開業院所如有新執業醫師加入，僅管控該新執業醫師)。
- (三)費用指標：(比照抽審辦法排除後計算，以季統計管控)
- 1、(1)依院所所在地區醫病人口比，劃分管控額度點數(如附表)

院所每季月平均醫療費用點數，以專任醫師(非支援兼任)人數計算：所在地區管控額度點數×專任醫師數，且個人每季月平均點數亦不得超過該區額度。

 - (2)新加入執業醫師每季月平均申報額度亦不得超過該區額度。
 - 2、院所執行到宅牙醫醫療服務：
 - (1)每季每位專任醫師月平均 P30005 申報 2 件以上，每月每醫師費用指標增加 1 萬點。
 - (2)每季每位專任醫師月平均 P30005 申報 4 件以上，每月每醫師費用指標增加 2 萬點。 - 3、管控額度計算以院所(或新執業醫師)加入高屏區當年度公告之管控額度為標準，不溯及既往。
- (四)輔導管控原則：
- 審查醫藥專家執行專業審查發現違反新開(執)業院所輔導管控費用指標時，即送審查意見箱經組長會通過由審查分會通知院所到署輔導。輔導後，未符合指標者(以輔導日次月起追蹤觀察三個月)，則經由審查分會通過執行 OD 照相或其他醫療費用項目照相三個月。

新開(執)業院所各地區輔導管控額度點數表

項目	高雄市		屏東縣		澎湖縣	
	地區	管控點數	地區	管控點數	地區	管控點數
1:<1000	前金區	31 萬				
	新興區	31 萬				
	左營區	31 萬				
	三民區	31 萬				
	苓雅區	31 萬				
	鳥松區	31 萬				
1:1000~1:2500	燕巢區	33 萬	屏東市	33 萬	馬公市	40 萬
	鳳山區	33 萬	東港鎮	33 萬		
	岡山區	33 萬	林邊鄉	33 萬		
	鼓山區	33 萬	潮州鎮	33 萬		
	大社區	33 萬	麟洛鄉	33 萬		
	鹽埕區	33 萬				
	前鎮區	33 萬				
	仁武區	33 萬				
	楠梓區	33 萬				
	路竹區	33 萬				
	小港區	33 萬				
	旗山區	33 萬				
1:2501~1:5000	六龜區	40 萬	恆春鎮	40 萬		
	林園區	40 萬	萬丹鄉	40 萬		
	橋頭區	40 萬	枋寮鄉	40 萬		
	大寮區	40 萬	恆春鎮	40 萬		
	梓官區	40 萬	新園鄉	40 萬		
	阿蓮鄉	40 萬				
1:5001~1:9000	旗津區	45 萬	南州鄉	45 萬		
	茄萣區	45 萬	琉球鄉	45 萬		
	大樹區	45 萬	里港鄉	45 萬		
	湖內區	45 萬	高樹鄉	45 萬		
			鹽埔鄉	45 萬		
			內埔鄉	45 萬		

項目	高雄市		屏東縣		澎湖縣	
	地區	管控 點數	地區	管控 點數	地區	管控 點數
>1:9001	桃源區 (非高額折付地區)	無	瑪家鄉 (執業地區)	無	西嶼鄉 (馬公以外地區)	無
	彌陀區	無	來義鄉 (執業地區)	無	白沙鄉	無
	美濃區	無	竹田鄉 (非高額折付地區)	無	湖西鄉	無
	永安區	無	長治鄉	無	望安鄉	無牙
	田寮區	無	九如鄉	無	七美鄉	無牙
	甲仙區	無牙	佳冬鄉	無		
	杉林區	無牙	車城鄉	無		
	內門區	無牙	萬巒鄉	無牙		
	茂林區	無牙	新埤鄉	無牙		
	那瑪夏區	無牙	滿洲鄉	無牙		
			坊山鄉	無牙		
			三地門鄉	無牙		
			霧台鄉	無牙		
			泰武鄉	無牙		
			春日鄉	無牙		
			獅子鄉	無牙		
			牡丹鄉	無牙		
			崁頂鄉	無牙		

備註: 管控點數“無”表示該區未管控最高申報點數; “無牙”表示該區目前為無牙醫鄉。