牙醫門診總額臺北分區 115 年第 3 次共同管理會議紀錄

時間：115 年 9 月 24 日（星期四）下午 2 時

地點：臺北業務組壽德大樓第 1 會議室（台北市許昌街 17 號 9 樓）

主席：李組長純馥　　紀錄：游博雁

洪常務委員榮杰

出席單位及人員：

牙醫門診醫療服務台北區審查分會

卓委員成吉	林委員順華	陳委員志超
洪委員榮杰	王委員煒鑑	陳委員科維
羅委員中佑	温委員斯勇	張委員維晉（請假）
褚委員文煌（請假）	尹委員西安	莊委員才逸
溫委員育騰	黃委員純偉	蔡委員佩龍
劉委員三奇	林委員信介（請假）	戴委員翔琮
黃委員紀勳	許委員恒瑞	

本署臺北業務組

潘副組長尹婷　朱專門委員文玥

醫療費用三科	黃奕瑄	邱玲玉	游博雁
	徐佳瑜	徐慕容	蕭逸文
	翁瑞鴻	張雅婷	游中濤
醫療費用四科	吳欣穎	林秋伶	
醫務管理科	尤明村	蔡宜臻	

列席單位及人員：

牙醫門診醫療服務台北區審查分會

賴宜姍	廖文堅	盧威利（請假）
黃大維（請假）	黃常樹（請假）	李明遠
官俊彥	蔡宜峰	簡志勳
陳智瑋	阮珮珍	趙彥雰（請假）
許佳慧	林擁晴	陳碧苓

壹、 主席致詞（略）

貳、 前次會議紀錄確認

決定：洽悉。

參、 報告事項

第一案　　報告單位：臺北業務組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、追蹤事項共 6 案，除項次 3「牙醫門診醫療服務台北區審查分會執行概況」外，其餘均解除列管。

二、有關高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)及高風險複合體充填(892XXC)等申報情形，於下次會議報告。

第二案　　報告單位：臺北業務組

案由：牙醫門診總額執行概況。

決定：洽悉。

第三案　　報告單位：牙醫台北區審查分會

案由：牙醫門診醫療服務台北區審查分會執行概況。

決定：洽悉。

第四案　　報告單位：臺北業務組

案由：115 年第 2 次牙醫門診總額研商議事會議重點摘要報告案。

決定：洽悉。

肆、 討論事項

第一案　　報告單位：臺北業務組

案由：有關擬新增修「全民健保牙醫門診醫療服務台北區管控作業說明」，提請討論。

決議：為鼓勵醫師至醫人比較低之地區提供醫療服務，同意「台北區管控作業說明」第一章管控方式四執行內容(四)後續管理第 2 點新增「除支援 1:4500 地區及山地離島地區除外」排除條件，並自 115 年 10 月(費用年月)實施(如附件 1)。

第二案　　報告單位：臺北業務組

案由：有關擬修訂「全民健保牙醫門診醫療服務台北區抽樣抽審作業原則」，提請討論。

決議：

一、必審指標 A2「輔導管控作業中院所(絕對 1 項指標輔導、跨區支援輔導、醫療品質監控期)」及非必審指標 B6「輔導管控作業中院所(新執業輔導、新特約輔導、醫療確認單)」維持現行指標範圍。

二、同意必審指標 A4「終止合約院所」備註新增排除條件「如負責醫師死亡、重症或無法執行業務者，以致無法配合抽審，院所得經台北分會同意並函請臺北業務組取消抽審」，並自 115 年 9 月(費用年月)實施(如附件 2)。

伍、 臨時動議

第一案　　報告單位：牙醫台北區審查分會

案由：有關擬新增修「全民健保牙醫門診醫療服務台北區管控作業說明」及「全民健保牙醫門診醫療服務台北區抽樣抽審作業原則」，請討論案。

決議：

一、「台北區抽樣抽審原則」維持現行作業原則，考量現已有獎勵指標鼓勵院所執行 P3601C 及本區牙統申報量已占全區 36%，為免影響點值，爰不新增相關指標。

二、同意「台北區管控作業說明」第四章申復調整基準二申復調整基準表之絕對指標 5 修訂「牙周病科專科醫療模式」相關規定；及第四章申復調整基準一通則新增牙周病統合性治療第二階段支付(91022C)

申復原則。並自 115 年 10 月(費用年月)實施(如附件 1)。

陸、 散會：下午 4 點 50 分

附件1

全民健保牙醫門診醫療服務台北區

管控作業說明

牙醫門診醫療服務台北區審查分會

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

自115年10月(費用年月)起實施

(屬「醫療品質監控期」後續管理新增規定，自費用年月114年10月實施，連續2季者，自費用年月115年4月起執行)

115年9月24日修訂

目錄

全民健保牙醫門診醫療服務台北區管控作業說明流程圖 1
第一章 管控方式 2
一、緣起 2
二、執行方式 2
三、管控對象 2
四、執行內容 2
第二章 作業說明 8
一、「輔導」等級之作業方式： 8
二、「醫療確認單」等級之作業方式： 8
三、「醫療品質監控期」等級之作業執行方式： 9
表1 牙醫院所就醫日報表 13
表2 全院(診)所申報案件明細表 14
表3 全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」 15
表4 進入台北區管控作業指標醫療院所 申復書 16
第三章 指標項目 17
一、 通則： 17
二、 指標微調： 17
三、 指標項目表 18
第四章 申復調整基準 24
一、 通則： 24
二、 申復調整基準表 29

全民健保牙醫門診醫療服務台北區管控作業說明流程圖

院所每月申報費用上傳至業務組

↓

分會：
每月至健保署執行檔案分析及函業務組申請檔案解密

↓

業務組：
協助解密檔案並函復**分會**

↓

分會：
依序辦理如下

1. 依本作業新名單(絕對指標名單、新執業名單、新特約名單、跨區名單、延遲申報及補報名單)
2. 經分會醫管組會議討論後之名單，通知本分區各縣市牙醫師公會，提供該名單醫師之個人指標及排名，供其檢視或申復。
3. 如院所或醫師有申復，經常委會議討論後將申復結果函知牙醫院所或醫師。
4. 經分會常委會確認之異常執行名單以電子郵件送業務組查詢院所及醫師之執業動態。
5. 上開作業執行一季後，由分會醫管組會議討論，包括升降等、解除。

↔

業務組：
查詢結果以電子郵件回復分會。

↓

分會＆業務組：

1. **分會**將確認執行名單造冊函**業務組**。
2. 發文作業：
   (1) **分會**函院所辦理「輔導」及「醫療確認單」作業並副知**業務組**。
   (2) **業務組**函院所辦理「醫療品質監控期」作業並副知**分會**。

↓

分會：
牙醫院所接獲執行公文後，可於執行中提出申復，再由分會常委會討論。

是 → 回到「分會：依序辦理如下」

否 ↓

牙醫院所依第二章作業說明，
三個等級之作業方式辦理

第一章 管控方式

一、緣起

(一) 依據衛生福利部中央健康保險署牙醫門診醫療服務審查勞務委託契約辦理。

(二) 為改進醫療服務審查業務，建立以檔案分析為主軸之醫療費用異常管理及輔導作業方式，以提升醫療品質。

二、執行方式

(一) 由牙醫門診醫療服務台北區審查分會(下稱分會)，檔案分析及輔導管理，處理結果提報健保署臺北業務組(下稱業務組)。

(二) 管控方式依序分為輔導、醫療確認單及醫療品質監控期等三個等級：

1. 輔導：院所應附輔導醫師個人之牙醫院所就醫日報表(表1)及全院(診)所申報案件明細表(表2)。由分會函知院所辦理並副知業務組
2. 醫療確認單：院所應附輔導醫師個人之牙醫院所就醫日報表(表1)、全院(診)所申報案件明細表(表2)及醫療確認單(表3)。由分會函知院所辦理並副知業務組
3. 醫療品質監控期：院所應附輔導醫師個人之牙醫院所就醫日報表(表1)、全院(診)所申報案件明細表(表2)及「醫療確認單」(表3)，且應附診療相關證明文件。由業務組函知院所辦理並副知分會

三、管控對象

(一) 檔案分析、專業審查發現疑有異常案件，以及應加強輔導管理之異常醫師或院所。

(二) 受管控之醫師，若同時服務於其他院所，則該醫師於其他院所之管控方式亦同。

四、執行內容

(一) 檔案分析：分析資料母體，以醫師歸戶申報資料為樣本，

百分比以申報健保醫師數為母數，依案件屬性歸戶分析排除下列項目費用，不列入計算：

1. 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定，僅排除絕對指標1、絕對指標2、新執業醫師指標1及新特約指標1)
2. 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目
3. 案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目
4. 案件分類為19－特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務
5. 案件分類為19－特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫
6. 案件分類為A3－牙齒預防保健案件
7. 案件分類為B6－職災代辦案件
8. 案件分類為19－定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)
9. 案件分類為19－口腔黏膜難症特別處置(92073C)
10. 案件分類為B7－行政協助門診戒菸部份
11. 初診診察費差額
12. 感染管制診察費差額
13. 山地離島診察費差額
14. 牙醫急診診察費差額
15. 特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)
16. 91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)及P7303C(超音波根管沖洗)、P3601C(特定疾病病人牙科就醫安全)。
17. 「絕對指標1、新執業醫師指標1、新特約院所指標1、絕對指標3」排除高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)專款項目400點。

(二) 指標項目：依指標進入輔導之院所，依第三章指標項目

「指標項目表」、「申復調整基準表」所訂定之排除項目予以向分會舉證且合乎比例者，則解除以下相關指標。

1. **絕對指標：**符合任一項指標者，列為輔導對象 3 個月，以下統計以月為單位
   (1) 總點數前 1%
   (2) 就醫病患平均耗用值前 15 名
   (3) 高 OD 耗值患者人數前 15 名
   (4) 重補顆數：恆牙(二年自家重補顆數+一年他家重補顆數)+乳牙(一年半自家+半年他家重補顆數)前 5 名
   (5) 基層診所申報之醫師(含醫院支援診所)，原始申報點數最高前 15 名

2. **新執業醫師指標：**分區新執業醫師-(以該 ID number 2年未出現於台北分區健保申報名單內稱之)，符合任一項指標者，得列為輔導對象3個月，管控二年。
   (1) 申報點數（高於全區平均值）列為輔導對象3個月；排除最後15名。申報前15名醫師個人列為醫療品質監控期3個月。
   (2) 平均填補顆數（高於全區前10%）
   (3) 一年他家重複填補率（高於全區前10%）

3. **新特約指標：**新開業/特約院所-（向健保署申請新特約醫事機構，含院所內所有醫師）： 符合任一項指標者，得列 為輔導對象3個月，管控二年。
   (1) 申報點數（高於全區平均值）列為輔導對象3個月；排除最後15名。申報前15名醫師個人列為醫療品質監控期3個月。
   (2) 重複牙結石清除率（高於全區前5%）
   (3) 一年他家重複填補率（高於全區前10%）
   (4) 新開業/特約院所總額指標管控：院所原始申報點數(不扣除鼓勵項目)不得超過70萬點，若超過70萬點，則該院所全部醫師列為輔導對象3個月；

申報點數超過100萬點且為前5名院所，則該院所全部醫師列為醫療品質監控期對象3個月。

(三) 專業審查發現疑有異常案件：

1. 情節重大且有具體事實舉證者，移送查核。
2. 有具體異常事實，但不符移送程度者，得採立意抽審、行文改善、行文見復或進入醫療品質監控期。執行診療相關證明文件作業。符合下列任一異常醫療模式者，後續再有異常醫療模式項目提報經分會醫審組會議決議，得進入醫療品質監控期，執行項目內容由分會醫審組會議決議後轉分會常委會討論通過後執行，每次以執行一季為原則：
   (1) 一年內醫師有異常醫療模式項目經審查醫藥專家提報，且經分會醫審組會議決議行文改善或行文見復紀錄合計達三次(含)以上者。
   (2) 一年內因同類異常醫療模式項目被提報，且經分會醫審組會議決議列入 A1 指標紀錄合計達兩次(含)以上者。
   (3) 審查醫藥專家提報異常案例經業務組續追蹤後，疑有異常者，由醫審組會議行文改善或行文見復討論後，得不列入本章四、執行內容(三)2.(1)之紀錄。
3. 疑有異常情節未具體者，移供檔案分析、審查意見參考或得存檔備查。

(四) 後續管理：

1. 連續輔導6個月未改善之醫師或院所，得升等醫療確認單。
2. 連續醫療確認單6個月未改善之醫師或院所，經分會委員會決議，得升等「醫療品質監控期」**(除支援1：4500地區及山地離島地區除外)**或移送業務組查辦。
3. 醫師或院所進入「醫療品質監控期」，其申報醫療費用時，依二、執行方式(二)第3點「醫療品質監控期」等級之作業規定辦理。
4. 如有不配合本作業之院所及醫師，經分會委員會通過得進入醫療品質監控期。

5. 醫師個人執行醫療品質監控期達2季後仍有指標，第3季起該醫師申報健保之所有院所全部醫師皆需執行相同管控作業(醫院層級除外，僅須執行個人醫療品質監控期)。
6. 後續作業包括升降等、解除或移送查核等，經分會會議決議之名單，造冊送業務組備查，由分會及業務組發函通知牙醫院所執行相關作業。
7. 3個月檢討1次，如有申訴意見，請填具進入管控作業指標醫療院所申復書，於文到7日內逕傳真至分會。
8. 因健保署申報資料有時間落差兩個月，執行輔導作業一季後(如112年9月-112年11月)，於分會會議(112年11月召開)，進行後續檢討指標是否改善(評估112年7月-112年9月)，仍未改善則會發文院所繼續執行管控一季(如112年12月至113年2月)。
9. 若有不接受管控或未改善者，逕送相關單位依法處理。

(五) 其他：

1. 新特約院所(向健保署申請新特約醫事機構)：院所負責醫師第一年未參加「新開業健保業務說明會」課程者，除原有之抽審外，另加抽審一年。
2. 逾期申報醫療費用之院所：
   (1) 逾正常申報期(次月 20 日起)30 日(含)內，申報點數小於30萬點(含)得列為紀錄，申報點數大於30萬點得列為輔導。
   (2) 逾正常申報期(次月 20 日起)31日(含)以上，得列為輔導。
3. 補報醫療費用之醫師：每位醫師(12個月內累計)之補報，超過 20,000點以上者，得列為輔導。
4. 跨區(健保分區)管理：
   (1) 一律進入輔導，院所如有特殊理由，可提出申訴。
   (2) 跨區支援醫師轉回本分區執業即列為新執業醫師。
   (3) 跨區支援醫師連續執行輔導或醫療確認單 6 個月，後續

任一個月申報點數超過 3 萬點，升等原則如下：

A. 醫療確認單升等醫療品質監控期。

B. 輔導升等醫療確認單。

(4) 但連續 3 個月申報點數小於 3 萬點，降等原則如下：

A. 醫療確認單降等輔導。

B. 醫療品質監控期降等醫療確認單。

(5) 跨區支援醫師申報點數為本分區【前5名】且超過3萬點(含)，則立即執行醫療品質監控期3個月，該醫師跨區支援之所有基層診所全部醫師皆需執行相同管控作業」。

(6) 跨區「醫師個人執行醫療品質監控期達2季後仍有指標，第3季起該醫師申報健保之所有院所全部醫師皆需執行相同管控作業。(醫院層級除外，僅須執行個人醫療品質監控期)」。

備註：申報點數定義：該醫師個人於本分區申報費用之所有點數歸戶。

第二章 作業說明

一、「輔導」等級之作業方式：

(一) 絕對指標名單，過去一年內無指標進入者(經申復有效舉證指標不計)，申復可降等留紀錄；若過去一年內有紀錄且申復舉證未通過者，則維持執行輔導作業。

(二) 填寫輔導醫師個人之牙醫院所就醫日報表(表 1)(每日每位病人之診療項目及起迄工時)。

(三) 輔導醫師個人看診之每份實體/電子病歷，應於各處置項目後同時記載診療起迄工時。

(四) 費用申報時依現行規定辦理(即費用年月次月 20 日前)，抽審時均應同時檢附以下資料：

1. 輔導醫師個人之牙醫院所就醫日報表(表 1)。
2. 全院(診)所申報案件明細表，並註明申報醫師姓名(表 2)。
3. 抽審案件之「門診醫療服務點數及醫令清單」與最近 6 個月病歷影本及 X 光片。

(五) 已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者，抽審時上述表單(表 1、表 2)連同醫令清單檢送業務組。

二、「醫療確認單」等級之作業方式：

(一) 填寫醫療確認單醫師個人之牙醫院所就醫日報表(表 1)(每日每位病人之診療項目及起迄工時)。

(二) 醫療確認單醫師個人看診之每份實體/電子病歷，應於各處置項目後同時記載診療起迄工時。

(三) 醫療確認單醫師填寫全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」(表 3)，一式二聯，一聯由院所實貼於病歷當次治療紀錄、一聯交由病人確認留存，請院所使用中文填寫內容，此確認單已視為病歷內容一部份。

(四) 醫療確認單填寫不實，經審查醫藥專家提報分會會議討論

確有疑慮者，則函送業務組依法辦理。

(五) 費用申報時依現行規定辦理(即費用年月次月 20 日前)，抽審時均應同時檢附以下資料：

1. 醫療確認單醫師個人之牙醫院所就醫日報表(表 1)。
2. 全院(診)所申報案件明細表，並註明申報醫師姓名(表 2)。
3. 全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」(表 3)， 院所實貼於病歷當次治療紀錄。
4. 抽審案件之「門診醫療服務點數及醫令清單」與最近 6 個月病歷影本及 X 光片。

(六) 已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者，上述表單表 1、表 2、表 3 (請實貼於當次治療醫令清單上)連同醫令清單檢送臺北業務組。

三、 「醫療品質監控期」等級之作業執行方式：

(一)除原有應做之醫療確認單作業外，醫療品質應符合臨床治療指引審查標準，病歷應記載主訴。

(二)檢附**彩色照片**時，應符合下列規定：

1. 未參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者(電子病歷)
   (1) 照片上應註明患者姓名（姓名條1*4公分）及就診日期。
   (2) 照片至少有三顆（含）牙齒以上【主體及左右鄰牙】。
   (3) 相片須分開**浮貼**或釘於病歷表上，並於照片上註明術前、中、後。

   【註】：

類別	項目	術前	術中	術後
A	91011C	符合支付標準表規定，提供至少一顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度≧5mm 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉 證。	免附	需提供能辨識切除牙齦後的相片舉證。
	91012C	符合支付標準表規定，提供至少四顆牙齒且每顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度≧ 5mm 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。		
	91013C	需提供能辨識有牙齦下齲齒的相片或 x 光片舉證		需提供能辨識牙齦切除後有窩洞或齲齒的相片舉證。
B	91001C 92001C 92012C 92066C 92071C 92094C	需提供能明顯辨識符合診斷之病況部位的相片(口腔內軟、硬組織)舉證。	免附	免附
C	一般 OD 項目： 89001C ~89005C 89008C ~89015C	未治療前	Cavity Prepare 後，soft dentin 清除未充填前	充填後
	89006C	未治療前	清除蛀牙後	Capping 後
D	91006C	符合支付標準表規定，提供全口四區域，各區域至少四顆牙齒且每顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度≧5mm 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。	免附	免附
	91007C	符合支付標準表規定，提供至少四顆牙齒且每顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度≧5mm 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。		
	91008C	符合支付標準表規定，提供至少一顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度≧5mm 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。		

類別	項目	術前	術中	術後
E	91021C 91022C	所有有治療需求之牙齒，提供至少一個部位可佐證牙周囊袋深度≧5mm 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。	免附	免附
	91023	所有有治療需求之牙齒，提供至少一個部位可佐證牙周囊袋深度≧5mm 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。	免附	所有有治療需求之牙齒提供至少一個部位可佐證執行牙周囊袋深度探測且與原有治療需求牙位相符之相片舉證。

(4) 照片最少要（3*5吋）格式清晰可判讀，且應為沖洗之相片紙，不能使用列印方式。

(5) 未滿六歲病患(就醫年月-出生年月≦72個月)及案件分類16專款專用之試辦計畫項目，若無法配合照相者，應逐次請家長或照護者簽名。

2. 已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者

(1) 以電子檔上傳之彩色照片上應註明患者姓名、就診日期及照片至少有三顆(含)牙齒以上【主體及左右鄰牙】並註明術前、中、後者。

(2) 如非電子檔上傳者，得「相片需分開浮貼或釘於醫令清單上，並於照片上註明術前、中、後」。

(三) 費用申報時依現行規定辦理（即費用年月次月 20 日前），抽審時均應同時檢附以下資料：

1. 醫療品質監控期醫師個人之牙醫院所就醫日報表（表1）。
2. 全院(診)所申報案件明細表，並註明申報醫師姓名（表2）。
3. 全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」（表3），院所實貼於病歷當次治療紀錄。
4. 應檢附醫療品質監控期醫師執行處置案件之術前、中、後照片（3x5 吋）。

5. 抽審案件之「門診醫療服務點數及醫令清單」與最近 6 個月病歷影本及 X 光片。
6. 院所如已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者，上述表單表 1、表 2、表 3 (請實貼於當次治療醫令清單上)連同醫令清單檢送臺北業務組。

表1 牙醫院所就醫日報表

醫師姓名：			日期　　年　　月　　日				
號次	就醫序號	病患姓名	身分證字號	病歷號	傷病名稱部位與處置	起迄時間 時 分	合計工時
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

註 1.病人之病歷當次診治欄內，應同時記載該次之診治起迄工時。
2.本日報表每日填寫，不同日期不得填寫於同一張上。
3.日報表請自行影印填寫。

表2 全院(診)所申報案件明細表

案件分類	流水號	病患姓名	病患身分證字號	就醫日期	就醫序號	申報醫師姓名

＊此表請影印使用

表3 全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」

<table>
<tr><td colspan="4">牙醫門診醫療確認單</td><td rowspan="6">本人確認醫師已清楚解釋治療原因、診斷結果及處置內容部份， 並已在口腔內指明治療部位及內容。
特此確認簽名：

日期：</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>就醫日期</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">處置內容明細</td><td>顆</td><td>部位</td><td>起迄看診時間</td></tr>
<tr><td colspan="2">銀粉/複合體充填</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">樹脂/玻璃離子體充填</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">牙周治療或洗牙</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">根管治療</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">拔牙</td><td></td><td></td><td></td><td>院所名稱/代號</td></tr>
<tr><td colspan="2">其他
(請詳列治療項目及部位)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td>診治醫師簽章</td></tr>
<tr><td colspan="4">如有疑義，請洽健保署臺北業務組電話：(02)2348-6381~6392、(02)2348-6303~6304
牙醫台北區審查分會電話：(02)23584515、(02)23975081</td><td></td></tr>
</table>

註：本確認單為協助健保署查證醫療處置完整完成之用途。一式二聯，一聯由院所實貼於病歷當次治療紀錄、一聯交由病人確認，請診所使用中文填寫內容，此確認單已視為病歷內容一部份，其他仍依**管控**作業相關規定進行申報與抽審（此表可影印縮小使用）。

表4 進入台北區管控作業指標醫療院所 申復書

院所名稱　　院所代號　　填寫日期

所屬公會	牙醫師公會	**指標醫師**	
院所電話		專科醫師	□是　　專科，並檢附專科證書；□否
費用年月	年　　月	申復資料	**檢附□病歷□X光片/照片□醫令清單**，□附件(共張)

指標項目	**絕對指標□1□2□3 □4 □5** (符合任一項指標者，列為輔導) **□絕對指標名單，過去一年內無指標進入(經申復有效舉證指標不計)，申復可降等留紀錄。** **新執業醫師指標□1□2** □3 (符合任一項指標者，列為輔導) **□新執業醫師於管控期限內，無符合本作業任一管控指標項目紀錄，且申報點數未超過當月新執業醫師指標1數據之110%者，可申復新執業醫師指標1，通過後予以降等留紀錄。** **新特約指標□1 □2 □3 □4** (符合任一項指標者，列為輔導) **□延遲申報 □補報 □跨區支援**

排除新特約指標項目分析，須符合右列規定：(定義詳管控作業說明)	**新院所合約日期：　　年　　月　　日**		**原院所終止日期：　　年　　月　　日**	
	新院所名稱		**原院所名稱**	
	新院所代號		**原院所代號**	
	新院所負責醫師		**原院所負責醫師**	

□**1.醫師人口比1：4500以上地區不受新開業限制。**前揭「地區」係指本會公告之鄉鎮市地區人口及牙醫師人數分佈表) (每季公告)

□**2.原址更換負責醫師**

1. 新負責人須於原院所服務滿二年，其原負責人需繼續在原址之新特約院所擔任專任醫師並於新特約院所有健保申報紀錄。若該地址已有受新特約管控之診所存在以聯合牙醫診所或同址診所形式經營者，則不予排除新特約院所。
2. 院所負責人死亡個案申復，新負責人需為原院所專任6個月以上資歷醫師並有健保申報紀錄。

※請檢附「衛生單位發給之開業、歇業公文」、「新舊負責人牙醫師證書正反面」及「新舊負責人執業執照影本」，舊負責人於新特約院所申報健保資料(醫令清單1份)。

□**3.遷址**

1. 自歇業日起30日內需與健保署完成特約且二年內未受健保處分或發處分函(受停約或終止特約以上)。
2. 但遷址後之地址已有受新特約管控之診所存在以聯合牙醫診所或同址診所形式經營者，則不予排除新特約院所。

※請檢附「衛生單位發給之開業、歇業公文」、「負責人執業執照影本」。

□4.其他特殊原因且未受健保處分（請於申復原因欄另說明，依會議決議辦理）。

※上述未受健保處分包括新特約診所及原診所

申復原因：(辦理註銷/變更者，請電洽健保署臺北業務組醫務管理科告知，進行系統維護)

申復人簽章：

台北區審查分會連絡電話：(02)23975081、23584515 傳真電話：(02)2341-5109 電子郵件：cadtpi@ms39.hinet.net

第三章 指標項目

一、 通則：

(一) 人口優惠計算方式：總點數考量醫師人口比做排名調整，醫師人口比每季調整一次，分會會議通過後適用，如：3月資料用2月人口數及醫師數統計，通過後適用於 4、5、6月(費用年月)，以此類推。（每一單位點數為7000點數）

1. 縣市人口比率：總醫師人口比平均值大於3000者，加計平均點數，每1000人口增一單位，以10單位為一上限，如宜蘭縣全縣人口比平均5648，加計三單位。
2. 鄉鎮市、地區人口比率：醫師人口比平均超過3000起加計平均點數一單位，每隔500人口加計一單位，以10單位為上限。

依此辦法調整其排名，但不更動其他原排名次序，不影響別人權益，而以其調整後排名進行輔導作業。

二、 指標微調：

(一) 絕對指標、新執業醫師指標及新特約指標＜極小值剔除(絕5除外)

(二) 新特約指標4醫師個人當月總點數＜極小值剔除，若該院所全院因極小值排除A2指標，則列入A1抽審。

(三) 延遲申報：7日內(含例假日)不列入。

(四) 跨區支援之醫師：人口優惠區。

(五) 新執業醫師指標1：以往前12個月平均值與當月新執1數值比較取其高者。

三、 指標項目表

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目
※絕對指標 1	總點數前 1%排名(降冪)	1. 總點數(申請點數+部分負擔點數) 2. 排除條件： (1). (OD 點數+洗牙點數)占率< 40%，得解除輔導 (2). 排除高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)專款項目400點。 3. 目的：排除因根管治療，口腔外科手術， 牙周手術而造成申報金額較高之醫師 註 1：(OD 點數+洗牙點數)占率： 分子： 89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+91003C+91004C+ 89013C+89014C+89015C+89204C+89205C+89208C+89209C+89210C+89212C+89214C+89215C點數 分母：診療點數(排除週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)	1. 人口優惠：醫師人口比 1：3000以上且季耗值符合下列(1)或(2)，享優惠 (1) 季平均門診耗值(RBRVS)≦2300 (2) 基隆、宜蘭、金門及馬祖離島地區(RBRVS)≦2600 2. 未超過55萬點(高額折付起點數)且季耗值≦2000(基隆、宜蘭季耗值≦2600)，且無任何其他指標，不列入輔導名單。 註：以上 **2** 項擇一適用
※絕對指標2	就醫病患平均耗用值(月)前 **15** 名(降冪)	目的：醫需是否正常(創造醫需) 1. 分子：總點數 2. 分母：看診人數(歸戶) 3. 排除條件： (1). (OD 點數+洗牙點數)占率< 40%者，得解除輔導 (2). 案件分類為19－牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C) 4. 排除條件目的：排除因根管治療，口腔外科手術，牙周手術而造成申報金額較高之醫師 註1：為當月同醫師同病人為一筆 註2：(OD 點數+洗牙點數)占率： 分子： 89001C+89002C+ 89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+91003C+91004C+89013C+89014C+89015C+89204C+89205C+89208C+89209C+89210C+89212C+89214C+89215C點數 分母：診療點數(排除週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)	無。

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目
※絕對指標 3	高OD 耗值患者人數（以月為單位）前**15**名（降冪）	目的：觀察醫師當月特高齲齒率病患人數 1.　高OD耗值患者：以有OD醫令之病患，依醫師、病患歸戶，將其OD醫令點數加總後，取前2百分位 2.　排除條件： (1)乳牙 OD 顆數占率>60％ (2)排除高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)專款項目400點。 註1：歸戶：同醫師同病人為一筆 註2：牙體復形 89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+ 89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+ 89013C+89014C+89015C+89204C+89205C+ 89208C+89209C+89210C+89212C+89214C+ 89215C 註3：乳牙OD顆數占率：乳牙填補顆數/填補總顆數 （乳牙：以 FDI 牙位表示法乳牙牙位為 51-55、61-65、71-75、81-85；19、29、39、49、99 及錯誤牙位者，不列入計算）	無。
※絕對指標 4	重補顆數：恆牙(二年自家重補顆數+一年他家重補顆數)+乳牙(一年半自家+半年他家重補顆數)前**5**名(降冪)	目的：觀察醫師當月補牙醫令有多少顆數為重複補牙 1. 重補顆數：以當月同醫師、同病患、同牙位，有做牙體復形醫令之病患回推過去恆牙(二年自家（同院所)＋一年他家(跨院所)同病患、同牙位有重複1筆以上的牙體復形醫令，則重補顆數為1。 註1：牙體復形 (89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+ 89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+ 89013C+89014C+89015C+89204C+89205C+ 89208C+89209C+89210C+89212C+89214C+ 89215C) 註2：二年設定為730天；一年設定為365天；一年半為545天；半年為180天。 註3：資料期間：二年(例：若當月為9707，回推過去二年 9507-9707）。 註4：牙位計算排除19、29、39、49、99及錯誤牙位。 ※修改：重補顆數定義 原定義為：恆牙三年自家重補顆數+乳牙二年自家重補顆數+一年半（恆牙及乳牙）他家重補顆數 ※修改：重補顆數定義	重補顆數(恆牙+乳牙)≦12顆

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目
		原定義為：恆牙(二年自家重補顆數+一年他家重補顆數)前10名	
※絕對指標 5	基層診所申報之醫師(含醫院支援診所)，原始申報點數最高前15名	1. 原始申報總點數(申請點數+部分負擔點數)。 2. 排除A3(預防保健)、B7(行政協助門診戒菸部分)	1. 人口優惠：醫師人口比1：4500以上且季耗值符合下列(1)或(2)，享優惠： (1) 季平均門診耗值(RBRVS)≦ 2300 (2) 宜蘭地區(RBRVS)≦2600 2. 金門及馬祖離島地區，不計。 3. 申報點數在基隆市、宜蘭縣醫師個人另加5萬點額度且與人口優惠相比後取其高者。 4. 跨行政區支援醫師人口比適用支援最低醫師人口比之行政區。
※新執業醫師指標 1	總點數高於全區平均值之新執業醫師	1. 總點數(申請點數+部分負擔點數) 2. 新執業醫師：以該ID number 2 年未出現於台北分區申報名單內稱之 3. 排除條件： (1). 申報點數低於總點數平均值者排除 (2). 排除高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)專款項目400點。 註：排除週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)	1. 人口優惠：醫師人口比 1：4500以上且季耗值符合下列(1)或(2)，享優 惠： (1) 季平均門診耗值(RBRVS) ≦2300 (2) 宜蘭地區(RBRVS)≦ 2600 2. 金門及馬祖離島地區，不計。 3. 申報點數在基隆市、宜蘭縣醫師個人另加5萬點額度且與人口優惠相比後取其高者。(但醫師人口比日後若有調降，本點內容應再議。跨行政區支援醫師人口比適用支援最低醫師人口比之行政區)

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目
※新執業醫師指標2	平均每位 OD 患者填補顆數 進入全區前10%排名之新執業醫師(降冪)	1. 分子：當月同醫師、同病患、同牙位，含有牙體復形醫令，則分子為1(填補總顆數) 2. 分母：當月同醫師申報 OD 人數(歸戶) 3. 公式：牙體復形總顆數/當月申報OD人數(歸戶) 4. 排除條件：填補總顆數≦10顆者排除 5. 目的：觀察院所醫療模式 6. 新執業醫師：以該 ID number2年未出現於台北分區申報名單內稱之 註1：牙體復形醫令 (89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+89013C+89014C+89015C+89204C+89205C+89208C+89209C+89210C+89212C+89214C+89215C） 註2：歸戶：同月同醫師同病人為一筆 ※異常值設定修改：原為高於75百分位值	1. 人口優惠：醫師人口比1：4500以上。 2. 金門及馬祖離島地區，不計。
※新執業醫師指標3	一年重補率（他家）進入全區前10%排名之新執業醫師(降冪)	目的：為提升牙體復形醫療品質，觀察醫師當月補牙比率 1. 分子：以分母的病人ID(當月有做牙體復形)回推過去一年自、他家院所，同病患，同牙位，重複1筆以上之牙體復形醫令，則分子為1 2. 分母：當月同醫師、同病患、同牙位，含有牙體復形醫令，則分母為1(填補總數) 3. 排除條件：一年他家重補顆數≦5 顆者排除 4. 新執業醫師：以該 ID number 2 年未出現於台北分區申報名單內稱之 註1：牙體復形 89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+89013C+89014C+89015C+89204C+89205C+89208C+89209C+89210C+89212C+89214C+89215C 註2：牙位計算排除19、29、39、49、99及錯誤牙位 註3：1年設定為365天 註4：資料期間：當月往前推1年(例：若當月為9407，往前推1年期間9308-9407) ※異常值設定修改：原為高於75百分位值	無。

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目
※新特約指標1	總點數高於全區平均值之新特約院所醫師	1. 總點數(申請點數+部分負擔點數) 2. 新特約院所：新開業/特約院所-（向健保署申請新特約醫事機構，含院所內所有醫師） 3. 排除條件： (1). 申報點數低於總點數平均值者排除 (2). 排除高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)專款項目400點。 註1：定義同新執業醫師指標1(總點數高於全區平均值之新執業醫師)。 註2：排除週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。	申報點數在基隆市、宜蘭縣醫師個人另加5萬點額度且與人口優惠相比後取其高 者。(但醫師人口比日後若有調降，本點內容應再議。跨行政區支援醫師人口比適用支援最低醫師人口比之行政區)。
※新特約指標2	重複牙結石清除率進入全區前5％排名新特約院所醫師(降冪)	目的：為提升牙結石清除品質，觀察醫師當月洗牙次數、比率 1. 分子：以分母病患 ID 回推過去半年自、他家院所出現洗牙(91004C)次數 2. 分母：當月同醫師申報牙結石清除(91004C)總次數 3. 排除條件：重複牙結石清除數量≦5 筆者排除 4. 新特約院所：新開業/特約院所-(向健保署申請新特約醫事機構，含院所內所有醫師) 註1：「資料期間」為半年(180天)	無。
※新特約指標3	一年他家重複填補率(高於全區前10%)	目的：為提升牙體復形醫療品質，觀察醫師當月補牙比率 1. 分子：以分母的病人ID(當月有做牙體復形)回推過去一年自、他家院所，同病患，同牙位，重複1筆以上之牙體復形醫令，則分子為1 2. 分母：當月同醫師、同病患、同牙位，含有牙體復形醫令，則分母為1(填補總數) 3. 排除條件：一年他家重補顆數≦5 顆者排除 4. 新特約院所：新開業/特約院所-（向健保署申請新特約醫事機構，含院所內所有醫師） 註1：牙體復形 89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+89013C+89014C+89015C+89204C+89205C+89208C+89209C+89210C+89212C+89214C+89215C 註2：牙位計算排除19、29、39、49、99 及錯誤牙位 註3：1年設定為365天 註4：資料期間：當月往前推1年(若當月為9407，往前推1年期間9308-9407) 註5：定義同新執業醫師指標3(一年重補率(他家)進入全區前10％排名之新執業醫師(降冪))	無。

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目
※新特約指標4	新開業/特約院所總額管控院所原始申報點數(不扣除鼓勵項目)>70萬點	1. 原始申報總點數(申請點數+部分負擔點數)不排除任何鼓勵項目。 2. 新特約院所：新開業/特約院所-(向健保署申請新特約醫事機構，含院所內所有醫師） 3. 16案件可排除，申報最高30萬點。	醫師進入新特約指標4，但個人申報點數在12萬以下，可不升等醫療品質監控期作業。另已執行醫療品質監控期作業者，可作為降等之依據，並以醫療確認單為最高降等原則。

第四章 申復調整基準

一、 通則：

(一) 絕對指標名單，過去一年內無指標進入(經申復有效舉證指標不計)，申復可降等留紀錄。

(二) 新執業醫師於管控期限內，無符合本作業任一管控指標項目紀錄，且申報點數未超過當月新執業醫師指標1數據之110%者，可申復新執業醫師指標1，通過後予以降等留紀錄。

(三) 該醫師於前次申復為有效舉證，指標則不予採計。

(四) 計算顆數：必須為有效顆數，若X光片或照片看不清楚窩洞即判為無效顆數。

(五) 需舉證人數/件數/顆數之計算原則：以須舉證成數計算後之人數/件數/顆數小數點後無條件捨去。

(六) 申復排除**新特約院所原則**：

1. 醫師人口比1：4500以上地區不受新開業限制。(前揭「地區」係指台北區審查分會公告之鄉鎮市地區人口及牙醫師人數分佈表)。
2. 原址更換負責醫師：
   (1)新負責人須於原院所服務滿二年，其原負責人需繼續在原址之新特約院所擔任專任醫師並於新特約院所有健保申報紀錄。若該地址已有受新特約管控之診所存在以聯合牙醫診所或同址診所形式經營者，則不予排除新特約院所。
   (2)院所負責人死亡個案申復，新負責人需為原院所專任6個月以上資歷醫師並有健保申報紀錄。若該地址已有受新特約管控之診所存在以聯合牙醫診所或同址診所形式經營者，則不予排除新特約院所。如遇突發事故或其他特殊原因，經常委會議審議同意後，得排除新特約院所之限制，但需簽具切結書，同意於原址繼續營業，且二年內不得搬遷。

3. 遷址：自歇業日起30日內需與健保署完成特約，且二年內未受健保處分或發處分函(受停約或終止特約以上)。但遷址後之地址已有受新特約管控之診所存在以聯合牙醫診所或同址診所形式經營者，則不予排除新特約院所。
4. 或其他特殊原因。
5. 備註：
   (1)原院所服務滿二年之定義：以在原院所申報健保費用之日起算，累積申報月數達24個月(含)以上，且新特約診所與健保署特約日期與原診所終止日期須有連續關係，二者差距不得大於1個月（以月-月計）。
   (2)院所負責人死亡個案，新負責人需為原院所專任6個月之定義：以負責人死亡之日仍在職並往前追溯累積6個月(含)以上健保申報紀錄，且新特約診所與健保署特約日期與原診所終止日期須有連續關係，二者差距不得大於1個月（以月-月計）。
   (3)「原院所」及「累積申報月數」係指新特約院所代號追溯自前一家為限。
   (4)但若原址醫療機構之任何醫師二年內曾受健保署發處分函或曾受健保處分者(受停約或終止特約以上)，則不予解除新特約管控。
2. 僅限「金門縣」之牙醫院所，醫師曾經於該縣無牙醫鄉開業滿2年以上後歇業，且醫師5年內未有保險醫事服務機構扣減費用、停止特約以上之處分，則5年內於金門縣新開業不受新特約管控。

(七)「新執業醫師」排除：

曾於本分區申報健保滿5年之醫師，因特殊原因(如進修、因病休養、育嬰等) 並提供相關證明文件，且醫師5年內未有保險醫事服務機構扣減費

用、停止特約以上之處分者，予以排除新執業醫師指標分析。

(八)「資深醫師」排除：

僅限「宜蘭縣及金門縣」之牙醫院所醫師，若在該原縣市同一院所服務達5年以上，且未支援其他院所(金門縣牙醫師支援金門縣院所除外)、醫師5年內未有保險醫事服務機構扣減費用、停止特約以上之處分者，在原縣市開業，則視為資深醫師不列入新開業醫師之規定。

(九) 延遲申報、補報及特殊原因申復：

1. 電腦硬體及電腦申報軟體異常需附維修廠商維修狀況具體說明之證明文件，並檢附向健保署報備補上傳之相關資料。
2. 會員生病、車禍或重大事件，檢附證明文件影印本申復。

(十) 跨區支援之醫師：醫院專科醫師可舉證排除。

(十一) 支援新特約「牙醫醫院、醫學中心或醫學院附設醫院牙科部」之醫師管控微調：

1. 支援新特約「牙醫醫院、醫學中心或醫學院附設醫院牙科部」之醫師，領有部定或學會專科醫師證書且執行專科醫療模式，科別如下：口腔顎面外科、牙髓病科、兒童牙科、特殊需求者口腔醫學科、齒顎矯正科、口腔病理科，僅須在該新特約醫院進行管控
2. 檢附舉證資料：
   (1) 支援證明文件
   (2) 專科醫師證書
   (3) 專科醫療模式申報案件月報表。

(十二)P3601C特定疾病病人牙科就醫安全計畫、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)申復原則：

1. 僅限進入「絕對指標1、新執業醫師指標1、新特約指標1」當月申報件數合計達60件之醫師個人除原有「指標項目表」規定之排除

項目外，申復可另加3萬點額度。

2. 檢附舉證資料：當月申報P3601C、P7101C、P7102C案件月報表合計60件。

(十三) 專科醫療模式認定標準：申復時依當月申報模式舉證，申報點數或案件數佔率大於60%即可認定其醫療模式為專科醫療模式。

1. 兒童牙科：未滿13歲之申報點數或案件數大於60%。
2. 口腔顎面外科、牙髓病科、牙周病科、特殊需求者口腔醫學科、齒顎矯正科、口腔病理科：依其單一專科醫療申報點數或案件數大於60%。
3. 專科舉證醫令別：
   (1) 口腔顎面外科：支付標準表第三章第四節口腔顎面外科相關醫令(除92001C、92013C、92088C外)。
   (2) 牙髓病科：支付標準表第三章第二節根管治療相關醫令(除90004C、90006C、90007C、90088C外)，及91009B、92030C~92033C。
   (3) 牙周病科：支付標準表第三章第三節牙周病學(除91001C、91003C、91004C、91088C外)， 及92030C~92033C。
   (4) 特殊需求者口腔醫學科：案件分類16
   (5) 齒顎矯正科：外傷性或唇顎裂
   (6) 口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。

(十四) 91090C(高風險疾病病人牙結石清除-全口)、P7302C (齲齒經驗之高風險病人氟化物治療)申復原則：

僅限進入「絕對指標1、新執業醫師指標1、新特約指標1」：

1. 醫師當月申報 91090C+P7302C+892XXC(差額 400 點)總點數，除「指標項目表」中已列為排除項目外，得提出申復，並可再扣除實際申報的點數額度，扣除上限為 10 萬點。
2. 檢附舉證資料：當月申報91090C、P7302C、892XXC案件月報表(合併計算)。

(十五) 新特約指標4：支援他分區申報案件分類為19－特定治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫，提供案件月報表及支援單位相關證明文件，得排除申報點數。

(十六) 絕對指標5：支援他分區申報案件分類為19－特定治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫，提供案件月報表及支援單位相關證明文件，得排除申報點數。

(十七) 牙周病統合性治療第二階段支付(91022C)申復原則：

1. **僅限進入「絕對指標1、新執業醫師指標1(前15名除外)、新特約指標1(前15名除外)」當月申報91022C件數達3件之醫師個人除原有「指標項目表」規定之排除項目外，申復可另加3萬點額度。**
2. **檢附舉證資料：當月申報91022C醫令清單3件。**

二、 申復調整基準表

<table>
<tr><th colspan="2">指標項目</th><th colspan="2">舉證內容及比例</th></tr>
<tr><td rowspan="6">OD
舉證</td><td colspan="3">檢附資料：① 術前 X 光片或照片(術後不計算) ②醫令清單 ③半年病歷影本。
【65歲以上】：提供病歷及醫令清單舉證，即為有效舉證顆數。</td></tr>
<tr><td>絕對指標4</td><td>重補顆數：恆牙(二年自家重補顆數+ 一年他家重補顆數)+乳牙(一年半自家+ 半年他家重補顆數)</td><td>1 恆牙：自家：舉證成功率 8 成。(適用所有醫師)
2 他家：舉證成功率 5 成。(適用所有醫師)
3 乳牙：自他家 5 成。(適用所有醫師)
4 兒童牙科專科醫療模式舉證一次，有效期限 3 個月</td></tr>
<tr><td>新執業醫師指標2</td><td>平均填補顆數</td><td>1. 舉證成功率：8 成(以顆數計算)
2. 限專科醫療模式可排除：兒童牙科(舉證申報案件月報表)</td></tr>
<tr><td>新執業醫師指標 3</td><td rowspan="2">一年他家重複填補率</td><td rowspan="2">舉證成功率：8成(以顆數計算)</td></tr>
<tr><td>新特約指標 3</td></tr>
<tr><td>絕對指標3</td><td>高 OD 耗值病人數</td><td>舉證成功率：人數、顆數各 8 成。</td></tr>
<tr><td>重複牙結石清除</td><td>新特約指標 2</td><td>重複牙結石清除率5%</td><td>1. 檢附資料：① 術前 X 光片或照片(全口或至少 3 個象限) ②醫令清單 ③半年病歷影本。
2. 舉證需可看出牙結石堆積或牙齦發炎等現象；照片應內含拍攝可辨識患者 ID、看診日期等資料
3. 舉證成功率：8 成</td></tr>
<tr><td>新執業醫師指標</td><td>新執業醫師指標1</td><td>申報點數（高於全區平均值）</td><td>1. 取得執業執照滿 5 年，專任於「醫院」，專科醫療模式(口腔顎面外科、牙髓病科、兒童牙科、牙周病科)
2. 舉證一次(申報案件月報表)，有效期限 3 個月。</td></tr>
<tr><td>新特約指標</td><td>新特約指標 1</td><td>申報點數（高於全區平均值）</td><td>1. 於醫院任職5年以上或取得專科醫師證書，執行專科醫療模式(口腔顎面外科、牙髓病科、兒童牙科、牙周病科)。
2. 舉證一次(申報案件月報表)，有效期限 3 個月。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">指標項目</th><th>舉證內容及比例</th></tr>
<tr><td>新特約指標</td><td>新特約指標4</td><td>院所原始申報點數70萬點</td><td>「牙醫醫院、醫學中心或醫學院附設醫院牙科部」
1. 屬 A 表 B 表之支付標準項目、特殊需求者口腔醫學科、轉診加成之點數、符合健保署急診定義之牙科門診給付點數、口腔顎面外科點數、牙髓病科點數、兒童牙科點數，可排除。
2. 舉證檢附資料：申報案件月報表</td></tr>
<tr><td colspan="2">絕對指標1</td><td>總點數前1%</td><td>3. 限專科醫療模式可排除：限醫院(全職)口腔顎面外科、牙髓病科、牙周病科、兒童牙科(舉證申報案件月報表)
4. 限牙周病專科醫療模式可排除：扣除91021C、91022C、91023C之點數低於當月絕對指標1之數據。(舉證申報案件月報表)</td></tr>
<tr><td colspan="2">絕對指標2</td><td>就醫病患平均耗用值前15名</td><td>限專科醫療模式可排除：口腔顎面外科、牙髓病科、牙周病科、兒童牙科</td></tr>
<tr><td colspan="2">絕對指標5</td><td>基層診所申報之醫師(含醫院支援診所)，原始申報點數最高前15名</td><td>1. 醫師舉證個人14(醫療不足改善方案)、16(特殊醫療服務計畫)申報案件明細表，扣除上述2項後之點數低於當月絕對指標5且不可高於當月絕對指標1(總點數前1%排名降冪)之數據
2. ~~註：~~第11-15名，醫師個人舉證案件明細表，符合專科醫療模式可排除口腔顎面外科、牙髓病科、~~牙周病科、~~兒童牙科。
3. 醫師個人牙周病科專科醫療模式大於60%，可檢附申報案件月報表申復牙周病統合點數，扣除牙周病統合點數後低於當月絕對指標5數值可排除。</td></tr>
</table>

附件 2

全民健保牙醫門診醫療服務台北區抽樣抽審作業原則

99 年 6 月 22 日修訂、99 年 10 月 28 日修訂、100 年 9 月 22 日修訂、
100 年 12 月 29 日修訂、101 年 3 月 26 日修訂、101 年 6 月 21 日修訂、
101 年 12 月 22 日修訂、102 年 3 月 21 日修訂 、102 年 6 月 20 日修訂
102 年 9 月 12 日修訂、103 年 3 月 20 日修訂、103 年 8 月 29 日修訂、
104 年 1 月 22 日修訂、104 年 9 月 17 日修訂、104 年 12 月 17 日修訂、
105 年 3 月 24 日修訂、105 年 6 月 23 日修訂、105 年 12 月 15 日修訂、
106 年 3 月 30 日修訂、106 年 6 月 29 日修訂、108 年 3 月 28 日修訂、
108 年 6 月 27 日修訂、108 年 12 月 26 日修訂、109 年 6 月 18 日修訂
109 年 12 月 24 日修訂、110 年 9 月 23 日修訂、111 年 3 月 31 日修訂、
112 年 3 月 23 日修訂、112 年 6 月 29 日修訂、113 年 3 月 21 日修訂、
113 年 6 月 27 日修訂、113 年 9 月 26 日修訂、114 年 12 月 23 日修訂
115 年 9 月 24 日修訂

一、 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第二十二條規定辦理。

二、 牙醫送審採總量管制，以申報院所家數 22%為原則，送審指標選取 18%（A 指標為每月必審院所），浮動指標選取 4% ；另每一院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上述家數規範，故浮動指標最高選取 6%為上限。(104/1/22)(108/6/27)(113/9/26)

三、 指標內容與執行方式：

指標類別	代號	送審指標	權值點數	資料期間	備註	執行期間
必審指標	A1	臺北業務組及台北區審查分會提報之異常名單(含病歷記載不全經審查組會議提報異常)(含違約記點、扣減10倍院所)	15	最近 1 個月	例：以每月 15 日前提報之異常名單執行 (採論人歸戶)	連續送審 3 個月(違規自處分確定前)
	A2	輔導管控作業中院所(絕對 1 項指標輔導、跨區支援輔導、醫療品質監控期)	15	最近 1 個月	例：抽審月份 9907 以 9907（費用月份)執行名單分析(採論人歸戶 104.12.17 修訂)(108.12.26 修訂)(113.9.26 修訂)	依輔導期間
	A3	延遲申報院所	15	當月	例：延遲申報為 9907，抽審月份則為 9907（費用月份）	延遲申報當月
	A4	終止合約院所	15	最近 1 個月	例：以每月 15 日前提報之異常名單執行 **排除條件：如負責醫師死亡、重症或無法執行業務者，以致無法配合抽審，院所得經台北分會同意並函請臺北業務組取消抽審。(115.9.24 修訂)**	發生至終止前
	A5	違規停約院所	15	最近 1 個月	(採論人歸戶)	連續送審 1 年(自處分確定起)
	A6	新特約診所	15	最近 1 個月	（採論人歸戶）	連續送審 6 個月
	A7	最近 1 個月核減率＞10%院所	15	最近 1 個月	（104.1.22 修訂）	1 個月
	A8	最近一季，每病人平均就醫次數最高之前 30 家院所(1020620)	15	最近 1 季	代辦案件、重大傷病免部分負擔之案件及診察費為 0 之案件除外，採論人歸戶排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位(104.1.22 修訂)	1 個月
	A11	OD 點數佔總醫療點數之比率前 15 百分位且 OD 平均面數前 5 百分位或 OD 點數前 2.5 百分位(同院所歸戶)	15	最近 1 個月	(104.1.22 新增) 排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位（105.6.23 新增備註）	1 個月
	B1	平均填補顆數前 5 百分位	8	最近 1 個月	(104.1.22 新增) 排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位	1 個月

指標類別	代號	送審指標	權值點數	資料期間	備註	執行期間
非必審指標					(105.6.23 新增備註)	
	B3	總點數前 3%且每病患季平均醫療點數>1800 (同醫師歸戶)	8	最近 1 個月	總點數≧97 百分位 (104.12.17 新增)	1 個月
	B4	OD 點數佔總醫療點數之比率前 20 百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年 OD 點數前 10 百分位(同院所歸戶)	8	最近 1 個月		1 個月
	B6	輔導管控作業中院所(新執業輔導、新特約輔導、醫療確認單)	8	最近 1 個月	例：抽審月份 9907 以 9907 (費用月份)執行名單分析(採論人歸戶) (108.12.26 新增) (113.9.26 修訂)	依輔導期間
	C1	RBRVS 值前 20 百分位 (論人歸戶)	4	最近 1 季	排除 15 案件 採論人歸戶審查，排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位 (104.1.22 修訂)	1 個月
	C2	根管治療案件數佔全部案件數最後 20 百分位 (同院所歸戶)	4	最近 1 季	排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位 (104.1.22 修訂)	1 個月
	C3	單一醫師日平均醫療點數成長前 10 百分位	4	最近 1 個月	(104.1.22 新增)	1 個月
	C4	單一醫師日平均醫療點數前 5 百分位	4	最近 1 個月	(104.1.22 新增)	1 個月
	C5	總點數前 5%(同醫師歸戶)	4	最近 1 個月	95 百分位≦總點數＜97 百分位 若院所另有 B3 指標(總點數前 3%)，則本項指標不計(105.6.23 新增備註)	1 個月
	D	浮動指標			非因 A、B、C 類指標權值點數累積送審者，由電腦隨機抽選	1 個月
獎勵指標	E1	參加「醫療費用總表線上確認作業」院所，得減計C指標權值分數	-4	最近 1 個月	(111.3.31 修訂)	1 個月
	E2	91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)執行合計60筆，得減計A2指標	-15	最近 1 個月	(114.12.23 新增)	1 個月
	E3	有上傳「檢驗 (查) 結果或醫療影像」院所，得減計C指標權值分數	-4	最近 1 個月	(111.3.31 修訂)	1 個月
	E4	91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口))、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、、P3601C(特定疾病病人牙科就醫安全)等4項醫令中執行任2項，且每項至少申報3筆，得減計C指標權值分數	-4	最近 1 個月	(113.6.27 修訂) (114.12.23 修訂)	1 個月
	E5	申報「牙醫特殊醫療服務計畫院所」，得減計C指標權值分數。	-4	最近 1 個月	(112.3.23 修訂)	1 個月

指標類別	代號	送審指標	權值點數	資料期間	備註	執行期間
	E6	參加虛擬健保卡就醫模式計畫院所，得減計C指標權值分數	-1	最近1個月	(113.3.21 新增)	1 個月
	E7	院所虛擬健保卡申報率≧1%，得減計C指標權值分數	-2	最近1個月	(113.3.21 新增)	1 個月

註 1、抽審院所每月執行。

註 2、區域級以上醫院執行送審指標時，排除 A2 指標，抽審家數以該層級申報院所家數 30%為上限，送審指標選取 20%，浮動指標選取 10%；醫學中心 8 家至少抽審 2 家（送審指標 1 家、浮動指標 1 家）、區域醫院 19 家至少抽審 5 家（送審指標 3 家、浮動指標 2 家），每一家每年至少應予抽樣審查二次。（99/10/28）(100/09/22)(102/06/20)

註 3、為落實醫療服務品質管控，區域級以上醫院列入輔導追蹤之醫師，仍應依「管控辦法暨作業說明」執行相關作業，若執行管控辦法作業期間所屬醫院當月不需抽審，則以立意抽審方式辦理：執行相對 3 項、絕對 1 項指標輔導、跨區支援輔導、醫療確認單、photo 之醫師抽樣率 1/10（比照隨機抽樣方式）。（99/10/28）（103/3/20）(109/6/18)

註 4、送審指標之資料期間為最近一個月（最近 1 季），係以「送審月份減 2」計算；例：抽審月份 9907 以費用月份 9905(9903-9905)執行分析。

註 5、專業審查核減處理方式：樣本案件-回推核減、非樣本案件-另以追扣辦理。

註 6、院所當月總醫療點數 6 萬點（含）以下，減除送審指標 A8 至 A11 及 B、C 類權值分數。（106/06/29）

備註說明：

一、 本案修訂後自 100 年 9 月（費用年月）起實施(100/09/22)

註：區域級以上醫院執行送審指標時，排除 C3 指標(100/09/22)修訂。

二、 本案修訂後自 101 年 2 月（費用年月）起實施(100/12/29)

註：執行送審指標(代號 B1、B3、C1)時，資料點數計算排除『牙醫門診總額牙周病統合照護計畫』(案件分類 15）項目費用。

三、 本案修訂後自 102 年 2 月（費用年月）起實施(101/12/22)

註：1.刪除A9指標-「最近一季，牙醫門診就醫次數大於20次之病人數大於2人之院所」。

2.修訂A7指標-「恆牙二年重補率（自家）前5百分位（同院所歸戶）」，權值分數為8分。

3.新增A9指標-「乳牙一年半重補率(自家)前5百分位（同院所歸戶）」，權值分數為7分。

四、 本案修訂後自 102 年 8 月（費用年月）起實施(102/6/20)

註：1.調整抽審比率：提高「浮動指標」比率為10%（原8%）、降低「送審指標」比率為15%（原17%）

2.刪除原B2指標-「二年重補率（他家）前10百分位（同院所歸戶）」。

3.刪除原B3指標-「單一醫師日醫療點數成長前20百分位（同院所、同醫師歸戶）」。

4.刪除原C1指標-「單一醫師日醫療點數前10百分位（同院所、同醫師歸戶）」。

5.刪除原C3指標-「根管治療完成率最後20百分位（同院所歸戶）」。

6.新增A7指標-「最近1個月核減率＞16%院所」，權值分數15分。

7.修訂A8指標【最近一季，每病人平均就醫次數最高之前30~~(原20)~~家院所】，權值分數為15分(~~原8分~~)

8.修訂B1(~~原A7~~)指標恆牙二年重補率(自家)前5百分位（同院所歸戶），權值分數為8分。

9.修訂B2(~~原A9~~)指標【乳牙一年半重補率(自家)前5百分位（同院所歸戶)】，權值分數為8分(~~原7分~~)

10.修訂B3(~~原C2~~)OD點數佔總醫療點數之百分比前20百分位（同院所歸戶），權值分數8分(~~原3分~~)

11.修訂B4(~~原C5~~)指標【申報P4002案件前20名(含)，且19案件點數達30萬點(含)以上(同醫師歸戶)】權值分數8分(~~原指標：無申報牙周病統合照護計劃案件(P1、P2、P3)且無申報初診診察費案件之院所，原權值分數4分~~)。

12.修訂C1(~~原B1~~)RBRVS值前20百分位（同院所歸戶），權值分數4分。

13.修訂C2(~~原C4~~)根管治療案件數佔全部案件數最後20百分位（同院所歸戶），權值分數4分。

五、 本案修訂後自 102 年 10 月（費用年月）起實施(102/9/12)

註：修訂 A6 新特約診所執行期間為連續送審 6 個月~~(原執行期間：連續送審 1 年，自第 7 個月起得依管控辦法申訴結果排除)~~

六、 **本案修訂後自 103 年 4 月（費用年月）起實施**(103/3/20)

註：1.修正送審總量管制，以申報院所家數 22%為上限，送審指標選取 13%（指標 A1-A6 為每月必審院所），浮動指標選取 9%，每一院所每年至少應予抽樣審查一次。(103/3/20)

2. A2 輔導追蹤管控作業中院所：

(1)執行「追蹤」作業院所不列入 A2 指標

(2)執行「輔導」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件隨機抽審。

(3)執行「輔導暨醫療確認單」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件全部審查。

(4)執行「輔導暨醫療確認單+Photo」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件全部審查。

七、 **本案修訂後自 103 年 9 月（費用年月）起實施**(103/8/29)

註：1.修訂B3 恆牙OD點數佔總醫療點數之百分比前20百分位（同院所歸戶），權值分數8分

2.牙醫送審採總量管制，以申報院所家數22%為上限，送審指標選取14%(原13%)（指標A1-A6為每月必審院所），浮動指標選取8%(原9%)，每一院所每年至少應予抽樣審查一次。（103/8/29）

3. A2 輔導追蹤管控作業中院所：

(1)執行「追蹤」作業院所不列入 A2 指標

(2)執行「輔導」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件隨機抽審。

(3)執行「輔導暨醫療確認單」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件隨機抽審。

(4)執行「輔導暨醫療確認單+Photo」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件全部審查。

八、 **本案修訂後自 104 年 2 月（費用年月）起實施**(104/1/22)

註：1.修訂 A7 指標-「最近 1 個月核減率＞~~16%~~ **10%**院所」。

2.修訂 A8 最近一季，每病人平均就醫次數最高之前 30 家院所(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位)

3.新增 A9 OD 點數佔總醫療點數之比率前 20 百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年 OD 點數前 10 百分位(同院所歸戶)

4.新增 A10 未申報牙周照護且申報 91XXX 占總醫療點數比率前 1 百分位(91001C 除外)(同院所歸戶)

5.新增 A11 OD 點數佔總醫療點數之比率前 15 百分位且 OD 平均面數前 5 百分位或 OD 點數前 2.5 百分位(同院所歸戶)

6.新增 B1 平均填補顆數前 5 百分位

7.修訂 B2 申報 P4002 案件前 20 名(含)，且 19 案件點數達 30 萬點(含)以上(同醫師歸戶)變更指標代號(原 B4 指標)

8.修訂 C1 RBRVS 值前 20 百分位（論人歸戶）(新增備註：採論人歸戶審查，排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位)

9.修訂 C2 根管治療案件數佔全部案件數最後 20 百分位（同院所歸戶）(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位)

10.新增 C3 單一醫師日平均醫療點數成長前 10 百分位

11.新增 C4 單一醫師日平均醫療點數成長前 5 百分位

12.修訂牙醫送審採總量管制，以申報院所家數 ~~22%~~24%為上限，送審指標選取 ~~14%~~ 17%（A 指標為每月必審院所），浮動指標選取 ~~8%~~ 7%；另每一院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上限家數規範

九、 **本案修訂後自 104 年 10 月（費用年月）起實施(104/9/17)**

註：修訂 A10 未申報牙周照護且申報 91XXX 占總醫療點數比率前 1 百分位(91001C 除外)(同院所歸戶)新增備註排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位

十、 **本案修訂後自 105 年 1 月（費用年月）起實施(104/12/17)**

註：1.修訂 A2 輔導追蹤管控作業中院所，抽樣方式由「論件審查」修訂為「論人審查」。

2.新增 B3 總點數前 3%(同醫師歸戶)，權值分數 8 分。

3.新增 C5 總點數前 5%(同醫師歸戶)，權值分數 4 分。

十一、**本案修訂後自 105 年 4 月（費用年月）起實施(105/3/24)**

註：新增 E1 指標-參加「鼓勵醫事服務機構及時查詢病患就醫資訊方案」院所或查詢「健保雲端藥歷系統」得減計 C 指標權值分數 4 分

十二、**本案修訂後自 105 年 7 月（費用年月）起實施**(105/6/23)

1. A11 OD 點數佔總醫療點數之比率前 15 百分位且 OD 平均面數前 5 百分位或 OD 點數前 2.5 百分位(同院所歸戶)(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位)
2. B1 平均填補顆數前 5 百分位(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位)
3. C5 指標總點數前 5%(同醫師歸戶)(新增備註：若院所另有 B3 指標(總點數前 3%)，則本項指標不計)

十三、 本案修訂後自 106 年 1 月（費用年月）起實施(105/12/15)

1. **修訂 A10 未申報牙周照護且申報 91XXX 占總醫療點數比率前 1 百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C 除外)(同院所歸戶)**
2. **刪除 B2 申報 P4002 案件前 20 名(含)，且 19 案件點數達 30 萬點(含)以上(同醫師歸戶)**

十四、 本案修訂後自 106 年 4 月（費用年月）起實施(106/3/30)

1. 原 A9 變更為 B4 ，OD 點數佔總醫療點數之比率前 20 百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年 OD 點數前 10 百分位(同院所歸戶)
2. 原 A10 變更為 B5，未申報牙周照護且申報 91XXX 占總醫療點數比率前 1 百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C 除外)(同院所歸戶)
3. 修訂 B3 總點數前 3%且每病患季平均醫療點數>1800（同醫師歸戶）
4. 修訂 D 浮動指標~~院所~~，新增指標定義：非因 A、B、C 類指標權值點數累積送審者，由電腦隨機抽選。
5. 修訂 E1 參加「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所或查詢~~「健保雲端藥歷系統~~」「健保醫療資訊雲端查詢系統」得減計 C 指標權值分數。
6. 修訂註 2、區域級以上醫院執行送審指標時，排除 A2 指標，抽審家數以該層級申報院所家數 30%為上限，送審指標選取 20%，浮動指標選取 10%；醫學中心 8 家至少抽審 ~~3~~2 家（送審指標 ~~2~~1 家、浮動指標 1 家）、區域醫院 19 家至少抽審 ~~6~~5 家（送審指標 ~~4~~3 家、浮動指標 2 家），每一~~院所~~家每年至少應予抽樣審查~~一~~二次。
7. 配合全審作業取消，修訂註 3 及註 6 相關文字
   (1) 註 3.為落實醫療服務品質管控，區域級以上醫院列入輔導追蹤之醫師，仍應依「管控辦法暨作業說明」執行相關作業，若執行管控辦法作業期間所屬醫院當月不需抽審，則以立意抽審方式辦理：~~photo 醫師全審~~。執行輔導、醫療確認單、photo~~(B 類)~~之醫師抽樣率 1/10（比照隨機抽樣方式）。
   (2) 註 6.~~非全院所全部案件送審者（不得視同全審）~~，專業審查核減處理方式：樣本案件-回推核減、非樣本案件-另以追扣辦理。
8. 為方便日後統計，已修訂刪除之指標不再使用原指標編號

十五、 本案修訂後自 106 年 6 月（費用年月）起實施(106/6/29)

增訂註 7：院所當月總醫療點數 6 萬點（含）以下，減除送審指標 A8 至 A11 及 B、C 類權值分數。

十六、 本案修訂後自 108 年 5 月（費用年月）起實施(108/3/28)

新增 E2 指標-每月申報牙周病統合治療方案 91022C(牙周病統合治療第二階段支付)得減計 C 指標權值分數 4 分。

十七、 本案修訂後自 108 年 6 月（費用年月）起實施(108/6/27)

牙醫送審總量管制上限從 24%修訂為 22%。

十八、 本案修訂後自 109 年 1 月（費用年月）起實施(108/12/26)

A2 指標（權值 15 分）新特約及新執業院所，移列至新增 B6 指標（權值 8 分），以及 B5 指標（未申報牙周照護且申報 91XXX 占總醫療點數比率）閾值修訂為前 30 百分位。另 B6 指標院所名單，請牙醫台北區審查分會於每月 10 號前提供臺北業務組。

十九、 本案修訂後自 111 年 4 月（費用年月）起實施(111/3/31)

1. 修訂 E1 指標-參加「醫療費用總表線上確認作業」院所，得減計 C 指標權值分數 4 分。
2. 新增 E3 指標-有上傳「檢驗（查）結果或醫療影像」院所，得減計 C 指標權值分數 4 分。

二十、 本案修訂後自 112 年 4 月（費用年月）起實施(112/3/23)

1. 新增 E4 指標：91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、P7301C(高齲齒率患者氟化物治療)、P6701C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次)、P6704C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次)、P6705C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)等 10 項醫令中執行任 2 項，且每項至少申報 3 筆，得減計 C 指標權值分數 4 分。
2. 新增 E5 指標：申報「牙醫特殊醫療服務計畫」院所，得減計 C 指標權值分數 4 分。

二十一、　本案修訂後自 112 年 7 月（費用年月）起實施(112/6/29)

P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)為 112 年 3 月 1 日新增之鼓勵項目。E4 指標新增「P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)」，項目由原本 10 項同步修訂為 11 項。

二十二、　本案修訂後自 113 年 4 月（費用年月）起實施(113/3/21)

1. 新增 E6 指標：參加虛擬健保卡就醫模式計畫院所，得減計 C 指標權值分數 1 分。
2. 新增 E7 指標：院所虛擬健保卡申報率≧1%，得減計 C 指標權值分數 2 分。
3. 修訂 E4 指標:刪除 P7301C(高齲齒率 患者氟化物治療)、P6701C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診 治療-第一次)、P6704C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療 -第二次)、P6705C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)，項目由 11 項同步修訂為 5 項。

二十三、　本案修訂後自 113 年 6 月（費用年月）起實施(113/3/21)

1. 刪除 B5 指標：未申報牙周照護且申報 91XXX 占總醫療點數比率前 30 百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C 除外)(同院所歸戶)權值點數 8 分。
2. 刪除 E2 指標：每月申報牙周病統合治療方案 91022C(牙周病統合治療第二階段支付)得減計 C 指標權值分數 4 分。

二十四、　本案修訂後自 113 年 7 月（費用年月）起實施(113/6/27)

修訂 E4 指標：新增 P3601C(特定疾病病人牙科就醫安全)，項目由 5 項同步修訂為 6 項。

二十五、　本案修訂後自 113 年 9 月（費用年月）起實施(113/9/26)

1. 修訂牙醫送審採總量管制，以申報院所家數 22%為上限原則，送審指標選取 ~~15~~18%（A 指標為每月必審院所)，浮動指標選取 ~~7~~4% ；另每一院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上~~限~~述家數規範，故浮動指標最高選取 6%為上限。
2. 修訂 A2 指標：刪除醫療確認單，移列至 B6 指標。輔導管控作業中院所(絕對 1 項指標輔導、跨區支援輔導、醫療品質監控期)權值點數 15 分。
3. 修訂 B6 指標：增列醫療確認單。輔導管控作業中院所(新執業輔導、新特約輔導、醫療確認單)權值點數 8 分。

二十六、　本案修訂後自 115 年 1 月（費用年月）起實施(114/12/23)

1. 新增 E2 指標：91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)執行合計 60 筆，得減計 A2 指標權值點數 15 分。
2. 修訂 E4 指標：刪除 91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)，項目由 6 項同步修訂為 4 項。

二十七、　本案修訂後自 115 年 9 月（費用年月）起實施(115/9/24)

A4 指標備註新增排除條件：如負責醫師死亡、重症或無法執行業務者，以致無法配合抽審，院所得經台北分會同意並函請臺北業務組取消抽審。