

107 年度第 4 次「牙醫門診總額臺北分區共管會議」紀錄

時間：107 年 12 月 13 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：王副組長淑華代

紀錄：蔡雅安

蔡常務委員東螢

出席單位及人員：

牙醫門診醫療服務臺北區審查分會

溫常務委員斯勇

蔡常務委員志明

許常務委員明哲

許執行長恒瑞

許審查召集人仕聰

王委員幸宜

曾委員士哲

潘委員建誠

孫委員奕貞

蔡委員欣原

呂委員名峯

劉委員三奇

林委員明勳

本署臺北業務組

施參議志和 鄧專門委員巽釗 許專門委員忠逸

醫療費用三科 林照姬 楊淑娟 劉美慧 蔡雅安

黃昭瑤 吳逸芸 王婷瑜

醫療費用四科 余正美 李幸珊 洪婉婷

醫務管理科 王珮琪 林怡君 楊臨宜

列席單位及人員：

牙醫門診醫療服務臺北區審查分會

周委員安平

蘇委員英文

顏副執行長國濱

官副執行長俊彥

林副執行長順華

許佳慧小姐

陳碧苓小姐

林擁晴小姐

壹、主席致詞（略）

貳、107年第3次共管會議紀錄確認暨會議決議事項辦理情形

決定：確認並洽悉。

參、報告事項

第一案

報告單位：臺北業務組

案由：牙醫門診總額執行概況。

決定：

一、洽悉。

二、有關108年居家醫療照護整合計畫草案修訂意見，請牙醫台北分會提供具體建議後，行文臺北業務組轉陳署本部研參。

三、有關電子轉診平台上傳事宜、「全民健康保險轉診實施辦法」及轉診單格式，臺北業務組將以大量電子通告宣導並請牙醫台北分會協助轉知會員。

第二案

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。

第三案

報告單位：臺北業務組

案由：轉知「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」相關事宜。

決定：有關108年即時查詢病患就醫資訊方案，固接網路月租費支付方式調整乙事，請牙醫台北分會協助輔導會員方案內容已變更，以掌握申請時效。

第四案

報告單位：臺北業務組

案由：「健保醫療資訊雲端查詢系統」相關說明。

決定：洽悉，另有關支援醫師於非支援時段在支援院所無法讀取雲端藥歷乙事，請牙醫台北分會提供實際案例，俾利釐清

確切原因協助處理。

第五案

報告單位：臺北業務組

案由：本（107）年度「牙醫門診加強感染控制實施方案」訪評結果。

決定：為保障病人就醫及人員工作環境安全，請牙醫台北分會加強輔導所轄院所感控軟、硬體設備及執行醫療服務業務時，應確實符合衛生福利部疾病管制署牙科感染管制措施指引。

第六案

報告單位：臺北業務組

案由：轄區牙醫院所處方釋出卻未申報相關醫令輔導專案，請協助輔導會員依規定確實申報。

決定：請牙醫台北分會協助輔導會員如有交付調劑應確實申報處方釋出（以處方交付特約藥局 00121C、00123C 或 00125C 申報）。

第七案

報告單位：臺北業務組

案由：108 年「全民健康保險牙醫門診總額台北分區共管會議」召開會議之時程案。

決定：

- 一、會議召開期程為每三個月召開一次，必要時得召開臨時會議，108 年會議時間如下表，請委員預留時間。

會議名稱	108 年第 1 次	108 年第 2 次	108 年第 3 次	108 年第 4 次
會議日期	108.3.28 (星期四) 14:00	108.6.27 (星期四) 14:00	108.9.26 (星期四) 14:00	108.12.26 (星期四) 14:00
會議地點	9 樓第 1 會議室	9 樓第 1 會議室	9 樓第 1 會議室	9 樓第 1 會議室

- 二、為了解總額受託單位執行牙醫門診醫療服務審查勞務委託辦理情形，108 年度共管會議仍由雙方分別報告牙醫總額執行狀況，以利總額業務推動。

肆、討論事項

提案一

報告單位：牙醫台北區審查分會

案由：有關修訂管控辦法「逾期申報醫療費用之院所」，提請討論。

決議：「全民健保牙醫門診醫療服務台北區加強醫療院所醫療服務品質管控辦法暨作業說明」五、執行內容(五)其他 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，得列為追蹤乙項，增列『申報點數小於 30 萬點(含)得列為追蹤，申報點數大於 30 萬點得列為輔導』(如附件 1)，自即日起生效。

提案二

報告單位：牙醫台北區審查分會

案由：有關修訂本會管控辦法「申復調整基準表」，提請討論。

決議：「管控辦法申復調整基準表」之「資深醫師」排除通則，增列『金門縣牙醫師支援金門縣院所除外』(詳如附件 2)，另為管理需要將不定期監測申復排除之適當性。

提案三

報告單位：臺北業務組

案由：有關本分區 106 年檔案分析結果，相關抑制資源不當耗用之管控策略，提請討論。

決議：

- 一、「非外傷治療性齒列矯正拔牙」分析專案，針對監測人數達 14 人(99 百分位)以上之 18 家院所，排除牙醫台北分會執行名單，餘 5 家院所請牙醫台北分會併同輔導。
- 二、「跨院所拔牙後再處置」分析專案，針對再處置牙位數比率 2.63%(99 百分位)以上之 27 家院所，排除牙全會解密名單及歇業院所，餘 15 家院所請牙醫台北分會併同輔導。

提案四

提案單位：牙醫台北區審查分會

案由：有關社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會各項異常值專案資料後續輔導事宜，提請討論。

決議：

- 一、依「全民健康保險醫療服務實地審查暨輔導作業原則」，若審查委託之受委託機構、團體主辦之輔導，無論採何種輔導方式，應將輔導事由、計畫內容等與本署分區業務組討論，或以書面報請本署分區業務組同意後，據以行文受輔導之服務機構。
- 二、爰牙醫台北分會對於專案異常值處理原則及解密原則，應於確認標的閾值及執行措施後，行文臺北業務組說明具體事實或理由、解密標的及後續用途，並應依勞務委託契約履約標的「醫療服務實地審查暨輔導作業原則」相關規定辦理。

提案五

提案單位：牙醫台北區審查分會

案由：有關修訂「台北區審查分會對健保特約院所溝通輔導及宣導模式作業流程」案，提請討論。

決議：

- 一、有關牙醫台北分會擬於發函輔導院所亦隨函檢附「患者醫療處置明細表」乙事，仍維持現行作業流程（107年第3次共管會議決議），惟流程中(B)①宣導事項文字修訂為『宣導溝通』（如附件3）。
- 二、另牙醫台北分會回復臺北業務組專案輔導結果之函文，建議依個案性質修訂為『如未繳回之院所建請依「台北區審查分會對健保特約院所溝通輔導及宣導模式作業流程」及本保險相關法規規定辦理』。

伍、散會：下午4點40分

全民健保牙醫門診醫療服務台北區
加強醫療院所醫療服務品質管控辦法
暨作業說明

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

107年12月13日通過修正

緣起

由於分區預算自95年度起已100%依人口比例分配，台北分區為全國醫師人數最密集之區，受此因素影響，預算成長率已趨於零，故於點值控管上有先天條件之不足，期許在有限的醫療資源下，能發揮管理的效能。牙醫門診醫療服務台北區審查分會（以下簡稱台北區審查分會）發揮同儕制約精神，修訂『加強醫療院所醫療服務品質管控辦法暨作業說明』（以下簡稱管控辦法），並自92年5月（費用年月）開始實施。

為符合牙醫醫療服務執行常態，台北區審查分會自92.04.26第3-5次、92.06.28第3-6次、92.12.27第3-9次、95.02.18第4-10次、95.04.29第4-11次、95.08.19第5-1次、95.11.04第5-2次、96.04.28第5-5次、96.08.25第5-7次、97.08.30第6-4次、99.6.19第7-2次、100.10.1第7-7次、101.03.24第8-1次、101.07.07第8-2次、101.08.23第8-8次、102.02.26第8-14次、103.01.23、104.06.11、105.02.18、105.03.26、105.05.12、106.03.16等多次委員會議及常務委員會議逐項檢討修訂；管控辦法係針對單項醫療行為極端之情形進行分析管控並配合修正縮小管控層面。專業審查部分，除現行之審查流程制度外，並配合實地審查，以增進審查效能，提升醫療服務品質。

對於上述事項若有良好建議或意見，請以書面提供台北區審查分會做為檢討與修正之參考。本辦法係朝向既有資源之最有效運用，並期許配合以最小槓桿與達到最大效率，執行總額預算最有效利用方式，營造多贏之局面。

全民健保牙醫門診醫療服務台北區

加強醫療院所醫療服務品質管控辦法暨作業說明

修訂日期：99年6月22日、100年3月24日、100年12月29日、101年3月26日、101年6月21日、101年9月20日、102年3月21日、102年6月20日、102年9月12日、103年3月20日、103年8月29日、104年1月22日、104年6月18日、104年12月17日、105年3月24日、105年6月23日、105年12月15日、106年3月30日、107年3月22日、107年6月28日、107年12月13日

一、執行依據

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、目的

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，以提昇醫療品質。

三、執行方式

- (一) 由牙醫門診醫療服務台北區審查分會(以下簡稱台北區審查分會)，每月執行檔案分析及輔導管理，處理結果提報健保署臺北業務組。
- (二) 台北區審查分會及健保署臺北業務組，依『管控辦法』指標項目之檔案分析結果，發函通知列入名單之牙醫院所辦理管控辦法相關作業。
- (三) 管控辦法包括追蹤、輔導、醫療確認單及診療相關證明文件(photo)等作業，相關作業細節依相關規定辦理。
- (四) 管控辦法之後續作業，包括升降等、解除或移送查核等，經台北區審查分會會議決議之名單，造冊送臺北業務組備查，由台北區審查分會及健保署臺北業務組發函通知牙醫院所執行相關作業。

四、執行對象

- (一) 符合檔案分析、專業審查發現疑有異常案件及應加強輔導管理作業需要之異常醫師或院所。
- (二) 執行管控辦法之醫師，若同時服務於其他院所，則該醫師在其他院所，亦需執行管控辦法之相同作業。

五、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。

【註】排除條件：

- (1) 總點數考量人口比做排名調整，人口比每季調整一次，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)

a. 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。

b. 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追蹤作業。

c. 享有人口優惠地區，其季平均門診耗值應低於2000，方可享有優惠，僅適用於絕對指標1(總點數前1%)。

(2) 專科醫師因專科醫療內容使每位患者平均耗用點值進入前 10名者，來文申訴經台北區審查分會常委會決議通過者，取消輔導，專科醫師所從事專科案件須大於其所有申報案件60% 以上方可。

(3) 管控辦法分析資料，比照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則(1041217修訂)，排除下列項目費用，不列入計算：(1050623修訂)

1. 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)
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15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)
5. 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
6. 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
7. 案件分類為 A3—牙齒預防保健案件
8. 案件分類為 B6—職災代辦案件
9. 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)
10. 案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)
11. 案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份
12. 加成之點數
13. 初診診察費差額
14. 感染管制診察費差額
15. 山地離島診察費差額
16. 牙醫急診診察費差額
17. 特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)

(4) 因指標進入輔導追蹤之院所，依「管控辦法申復調整基準表」訂定之內容舉證且合乎比例者，可解除該項指標。

1. 絕對指標：符合任一項指標者，列為輔導對象

- (1) 總點數前1%
- (2) 就醫病患平均耗用值前10名（以季為單位）
- (3) 高 OD 耗值患者人數前10名（以季為單位）
- (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10名。(102/8費用年月實施)

2. 相對指標：符合二項指標者列為追蹤對象，符合三項指標（含）以上者列為輔導對象

- (1) 總點數前 3%
- (2) 就醫病患平均耗用值前2%（以季單位）
- (3) 高 OD 耗值患者人數占率前2%（以季單位）
- (4) 二年恆牙自家重補率前2%

3. 管控指標：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，管控二年(1050922修訂)。

- (1) 申報點數（高於全區平均值）
- (2) 平均填補顆數（高於全區前10%）
- (4) 一年他家重複填補率（高於全區前10%）

4. 新特約指標：新開業/特約院所-(向健保署申請新的醫事機構代碼，含院所內所有醫師稱之)：符合任一項指標者，得列為輔導對象3個月，管控二年。(1050623修訂)

- (1) 申報點數（高於全區平均值）
- (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。

備註：

- 1. 新特約指標(1)申報點數在基隆市、宜蘭縣醫師個人另加5萬點額度。
- 2. 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)。

3. 特殊狀況如：原址更換負責醫師(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、搬遷(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)，或其他特殊原因，得申訴排除管控。
- 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）。
 - 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)，則原址之新、舊醫療機構，不予解除新特約管控。
4. 院所原始申報點數若超過70萬點，可舉證排除15、16案件申報最高30萬點。(增訂，103/09費用年月實施)(1051215修訂點數)
5. 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Photo 作業(增訂，103/09費用年月實施)。另已執行 Photo 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。(增訂，執行月106/4實施)
6. 由台北區審查分會對於刪除之相對指標5「一年恆牙他家重補率前2%」、相對指標6「ENDO 未完成率前2%」、相對指標7「重複牙結石清除率前3%」及管控指標3「重複牙結石清除率（高於全區前10%）」等指標項目，以專案方式每半年（費用年月）進行品質監控，並執行專案檢討。

5. 參考指標：係作為降等之依據

- (1) 前一年 OD 失敗率（恆牙）
- (2) 前一年 OD 失敗率（乳牙）
- (3) 三年自家重補率
- (4) 平均填補面數
- (5) 平均每位 OD 患者填補顆數
- (6) OD 點數比率
- (7) 三年恆牙自家重補率
- (8) 一年半乳牙自家重補率
- (9) 一年半乳牙他家重補率

(二) 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，得採立意抽審或列入管控辦法

作業。

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。

(三) 執行管控辦法作業未改善者：

1. 連續追蹤6個月未改善之醫師或院所，得升等輔導。
2. 連續輔導6個月未改善之醫師或院所，得進行醫療確認單。
3. 連續醫療確認單6個月未改善之醫師或院所，經台北區審查分會委員會決議，得進入「醫療品質監控期」或移送查核。
4. 進入「醫療品質監控期」之醫師或院所，將要求其於申報醫療費用時，依異常情況提供衛生福利部中央健康保險署100年10月3日健保審字第1000075850號令修正之診療相關文件（部分或全部），期限依其規定辦理。
5. 需執行管控辦法作業之醫師或院所，若不配合其作業，經台北區審查分會委員會通過得以進入醫療品質監控期。

(四) 診療相關證明文件：

依衛生福利部中央健康保險署100年10月3日健保審字第1000075850號令修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」【附件】「牙醫門診總額須檢附之相關文件及資料」(100/11/1)（修訂）「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第三條所稱「診療相關證明文件」(1041217修訂)經明確定義如下：

1. 於審查必要時，醫療院所應提供下列文件以利專業審查醫療之所需：
 - (1) X光片。
 - (2) 術前、中、後臨床彩色照片，並註明日期。
 - (3) 保險醫療費用明細表。
 2. 目的：
 - (1) 專業醫療審查所需。
 - (2) 評估醫療是否按臨床治療指引明定之步驟合理執行。
 3. 符合下列任一條件：
 - (1) 根據電腦檔案分析指標擇出。
 - a. 由全國二十項指標中選用八項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質。
 - b. 八項指標共同分析，每項指標取百分位前5%，再依分析結果評量異常程度。
 - c. 異常人數以該區總醫師數1%為上限，並三至六個月檢討一次。
- 八項共同指標如下：
- (a) 就醫病患平均耗用值

- (b) 每位 OD 患者平均 OD 耗用值
- (c) O.D 點數佔率
- (d) 就醫病患平均 O.D 顆數
- (e) 二年內自家 O.D 重補率
- (f) 三年內自家 O.D.重補率
- (g) 二年內他家 O.D.重補率
- (h) 三年內他家 O.D.重補率

(2) 各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經委員會通過。

- a. 異常院所名單以該區總家數或總醫師數之1%為上限，並三至六個月檢討一次。(1040122增修)
- b. 期限：三至六個月為原則，必要時延期一次。

4. 提供時機：依分區委員會實際需求正式通知健保署各分區業務組。

(五) 其他：(102/10費用年月實施)

1. 新特約院所：係指向健保署申請新的院所代碼，診所內含所有醫師稱之；含院所及醫師個人。

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)得列為追蹤，申報點數大於30萬點得列為輔導。(1071213修訂)

(2) 逾正常申報期(次月20日起) 31日（含）以上，得列為輔導。

3. 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. 跨區支援之醫師：

(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。(102/05費用年月)

(3) 跨區支援醫師連續輔導6個月且申報點數大於3萬點(含)以上，得升等醫療確認單。(103/9費用年月實施)

(4) 跨區支援醫師連續醫療確認單6個月且申報點數大於3萬點(含)以上，得列為“醫療品質監控期”。(增訂，103/9費用年月實施)

管控辦法作業說明

99年6月22日修訂、101年3月26日修訂、101年6月21日修

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6月18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、106年3月30日修訂

一、管控辦法之用意

1. 以導正、勸導為出發點，並徹底了解院所實際作業狀況。
2. 以醫療資源得以適當運用為目標。
3. 以保障民眾確實享有適切牙醫醫療品質為依歸。

二、管控辦法之作業項目及執行方式

(一) 追蹤作業執行方式：

1. 填寫追蹤醫師個人工時申報表（表1），以傳真或郵寄至台北區審查分會，由分會註記後回傳予院所，資料若有異動，應於一週內向分會報備，內容若無修改，可重覆影印使用（惟每年度皆需更新）。
2. 追蹤醫師個人看診之每份實體病歷，應於各處置項目後同時記載診療起迄工時。
3. 費用申報時依現行規定辦理（即費用年月次月20日前），如符合抽樣抽審作業原則指標，列入抽審時均應同時檢附以下資料：
 - (1) 蓋有台北區審查分會註記章之追蹤醫師個人工時申報表影本（自行保留一份，每月抽審時均應同時檢附該影本）（表1）。
 - (2) 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。
4. 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)連同醫令清單檢送臺北業務組。

(二) 輔導作業執行方式：

1. 填寫輔導醫師個人工時申報表（表1），以傳真或郵寄至牙醫門診醫療服務台北區審查分會（以下簡稱台北區審查分會）。由台北區審查分會註記後回傳予院所，資料若有異動，應於一週內向台北區審查分會報備，內容若無修改，可重覆影印使用（惟每年度皆需更新）。
2. 填寫輔導醫師個人日報表（表2）(每日每位病人之診療項目及起迄工時)。
3. 輔導醫師個人看診之每份實體病歷，應於各處置項目後同時記載診療起迄工時。

4. 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) 蓋有台北區審查分會註記章之輔導醫師個人工時申報表影本（自行保留一份，每月抽審時均應同時檢附該影本）（表1）。
 - (2) 輔導醫師個人日報表（表2）。
 - (3) 全部申報案件流水號明細表，並註明申報醫師姓名（表3）。
 - (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。
5. 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)連同醫令清單檢送臺北業務組。

(三) 醫療確認單作業執行方式：

1. 填寫醫療確認單醫師個人工時申報表（表1），以傳真或郵寄至台北區審查分會，由分會註記後回傳予院所，資料若有異動，應於一週內向分會報備，內容若無修改，可重覆影印使用（惟每年度皆需更新）。
2. 填寫醫療確認單醫師個人日報表（表2）(每日每位病人之診療項目及起迄工時)。
3. 醫療確認單醫師個人看診之每份實體病歷，應於各處置項目後同時記載診療起迄工時。
4. 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4），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。
5. 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) 蓋有台北區審查分會註記章之醫療確認單醫師個人工時申報表影本（自行保留一份，每月抽審時均應同時檢附該影本）（表1）。
 - (2) 醫療確認單醫師個人日報表（表2）。
 - (3) 全部申報案件流水號明細表，並註明申報醫師姓名（表3）。
 - (4) 全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」（表4），院所實貼於病歷當次治療紀錄。
 - (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. 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、表4 (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。

(四) 「診療相關證明文件」作業執行方式：

1. 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。
2. 檢附 photo(彩色照片)時，應符合下列規定：(1041217增訂)
 - 2-1 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(1040618增訂)
 - (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) 相片須分開浮貼或訂於病歷表上，並於照片上註明術前、中、後。

【註】：

執行項目	術前	術中	術後(完成後處置)
牙體復形	未治療前	cavity prepare 後， soft dentin 清除乾淨 未充填前	充填後，咬合調整完成及 必要拋光結束後
口腔內軟硬組織處置	未治療前		該次處置完成後（需符合 支付標準之要點）

- (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 $\leq$ 72個月)，若無法配合照相者，應逐次請家長簽名。(1050324修訂)
 - 2-2 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(1040618增訂)
 - (1) 以電子檔上傳之 photo 應符合本作業規定，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) 如否「相片需分開浮貼或訂於醫令清單上，並於照片上註明術前、中、後」。
3. 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) 蓋有台北區審查分會註記章之管控醫師個人工時申報表影本（自行保留一份，每月抽審時均應同時檢附該影本）（表1）。
 - (2) 管控醫師個人日報表（表2）。
 - (3) 全部申報案件流水號明細表，並註明申報醫師姓名（表3）。
 - (4) 全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」（表4），院所實貼於病歷當次治療紀錄。
 - (5) 應檢附管控醫師執行牙體復形處置案件之術前、中、後照片

(3x5吋)」。(1060330新增)

- (6) 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。
- (7) 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、表4 (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、其他作業說明

- 1. 台北區審查分會造冊函送健保署臺北業務組備查(包括院所、醫師、輔導方式、輔導期、考核期.....)。
- 2. 通知院所辦理管控辦法之方式：
 - (1) 管控辦法之「追蹤」、「輔導」、「醫療確認單」作業由台北區審查分會函請院所辦理並副知健保署臺北業務組。
 - (2) 管控辦法之「診療相關證明文件(photo)」作業由健保署臺北業務組函請院所辦理並副知台北區審查分會。
- 3. 管控辦法3個月檢討1次，如有申訴意見，請填具進入管控辦法指標醫療院所申復書，於文到7日內逕傳真至台北區審查分會。
- 4. 若有不接受管控或未改善者，逕送相關單位依法處理。
- 5. 管控辦法之後續作業，包括升降等、解除或移送查核等，均須經台北區審查分會會議決議，名單送臺北業務組備查。院所實際數據及醫療模式是否合理，始為最重要的考量依據。

全民健保牙醫門診醫療服務台北區 診療工時申報表

103.03修訂

【填寫範例】

平均最低診療工時 單位：分鐘

所需時間 項目		處置一顆		同時處置二顆		同時處置三顆	
AF 銀粉	單面	7		1 0		1 4	
	雙面	1 0		1 6		2 2	
	三面	1 4		2 1		2 8	
CRF 樹脂	單面	1 0		1 4		1 8	
	雙面	1 2		1 8		2 6	
	三面	1 5		2 3		3 2	
GIF 玻璃 離子體	單面	9		1 3		1 7	
	雙面	1 1		1 7		2 5	
	三面	1 4		2 2		3 1	
RCT 根管 治療	單根	1 0	7	1 5	1 4	2 2	1 9
	雙根	1 5	1 0	2 1	1 8	2 8	2 3
	三根	2 0	1 2	2 9	2 3	4 0	3 2
RCF 根管 充填	單根	9		1 4		1 9	
	雙根	1 2		1 9		2 5	
	三根	1 7		2 6		3 4	
拔牙	簡單	8		1 2		1 6	
	複雜	1 8		2 5		3 7	
牙結石清除		全口 1 9					
單純齒切除術		2 2		2 9		4 3	
複雜齒切除術		3 5		4 2		5 9	

【註】統計資料來源：

第1批至第11批輔導追蹤作業填寫之診療工時表。採隨機抽樣方式抽取200份診療工時表，評估所需處置時間；另抽取100份診療工時表，評估牙結石清除所需時間。拔牙及齒切除術另參考口腔外科專科學會提供之最低合理工時評估表，再照比例縮短為最低診療工時。

全民健保牙醫門診醫療服務台北區 診療工時申報表

104.06修訂

表
1

院所名稱	代號	縣市別
負責醫師姓名	負責醫師身份證字號	
申報醫師姓名	申報醫師身份證字號	
院所連絡電話	院所傳真電話	

所需時間 項目		處置一顆	同時處置二顆	同時處置三顆	分會核章
AF 銀粉	單面				
	雙面				
	三面				
CRF 樹脂	單面				
	雙面				
	三面				
GIF 玻璃 離子體	單面				
	雙面				
	三面				
RCT 根管 治療 (註五)	單根				
	雙根				
	三根				
RCF 根管 充填	單根				
	雙根				
	三根				
拔牙	簡單				
	複雜				
牙結石清除					
單純齒切除術					
複雜齒切除術					

- 註一：本表填寫時間為月平均工時，請參酌填寫範例-最低診療工時。填寫完畢，請以傳真(傳真後請電洽分會確認是否收到，分會於每日17:00前回傳，如未收到回傳請電洽分會查詢)或郵寄至台北區審查分會，由分會核章後回傳或郵寄予院所，做為送審附件使用。
- 註二：病歷上填寫之起迄工時，並非以本表回傳後開始填寫。
- 註三：本表核章後，有效期限內皆可使用(惟每年度皆需更新)，請自行影印留存使用。
- 註四：原填寫之診療工時有異動，請修改後傳真或郵寄至台北區審查分會重新核章，分會核章後回傳或郵寄予院所，才可做送審附件使用。
- 註五：RCT項前格填寫RCE(指根管擴大、成形)時間，後格填寫RCT(每次沖洗、換藥)時間。
- 註六：同時處置以6 Section區分(Section分為：上下牙弓、左側及右側後牙區、上顎及下顎前牙區，共分6 Section)，同一Section內同時處置計算，不同Section則分別計算。
- 註七：RCE、RCT、RCF之工時適用恆牙及乳牙；而拔牙之工時僅適用於恆牙，不適用於乳牙。
- 註八：台北區審查分會傳真電話：(02)2341-5109，聯絡電話：(02)2397-5081、23584-515

填寫日期： 年 月 日

全民健保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。

年 月全民健保牙醫申報案件明細表(全院)

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

全民健保牙醫門診醫療服務台北區

「醫療確認單」

105.06.23修訂

牙醫門診醫療確認單				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：			
姓名			就醫日期				
處置內容明細	銀粉充填	顆部位	起迄看診時間		院所 名稱 代號		診治 醫師 簽章
	樹脂充填	顆部位	起迄看診時間				
	牙結石清除	顆部位	起迄看診時間				
	根管治療	顆部位	起迄看診時間				
	其他		起迄看診時間				
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							

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**管控辦法**作業相關規定進行申報與抽審（此表可影印縮小使用）。

進入管控辦法指標醫療院所 申復書

10703修訂

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光及 ☐ 醫令清單， ☐ 附件(共 張)
指標項目	絕對指標 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 (符合任一項指標者，列為輔導)		
	相對指標 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 (符合二項指標者列為追蹤，符合三項指標以上列為輔導)		
	管控指標 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 4 (符合任一項指標者，列為輔導)		
	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：費用年月： 年 月，點數： ，逾期天數： 天		
	☐ 補 報：費用年月： 年 月，點數： ； ☐ 跨區支援：自 年 月 日		
排除 新特約指 標項目分 析，須符 合右列規 定：(定 義詳管控 辦法)	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(原院所申報滿二年)，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所有健保申報紀錄 ※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)。 ☐ 3.搬遷且未受健保處分。(自歇業日起30日內需與健保署完成特約) ※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		
※申復註銷支援、支援到期者，請檢附申請通過註銷之「醫事人員報備支援申請書」；離職者，請檢附離職證明文件。(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) 申復原因：			
申復人簽章：			

台北區審查分會 連絡電話：(02)2397-5081、2358-4515 傳真電話：(02)2341-5109

附件：指標項目參照表

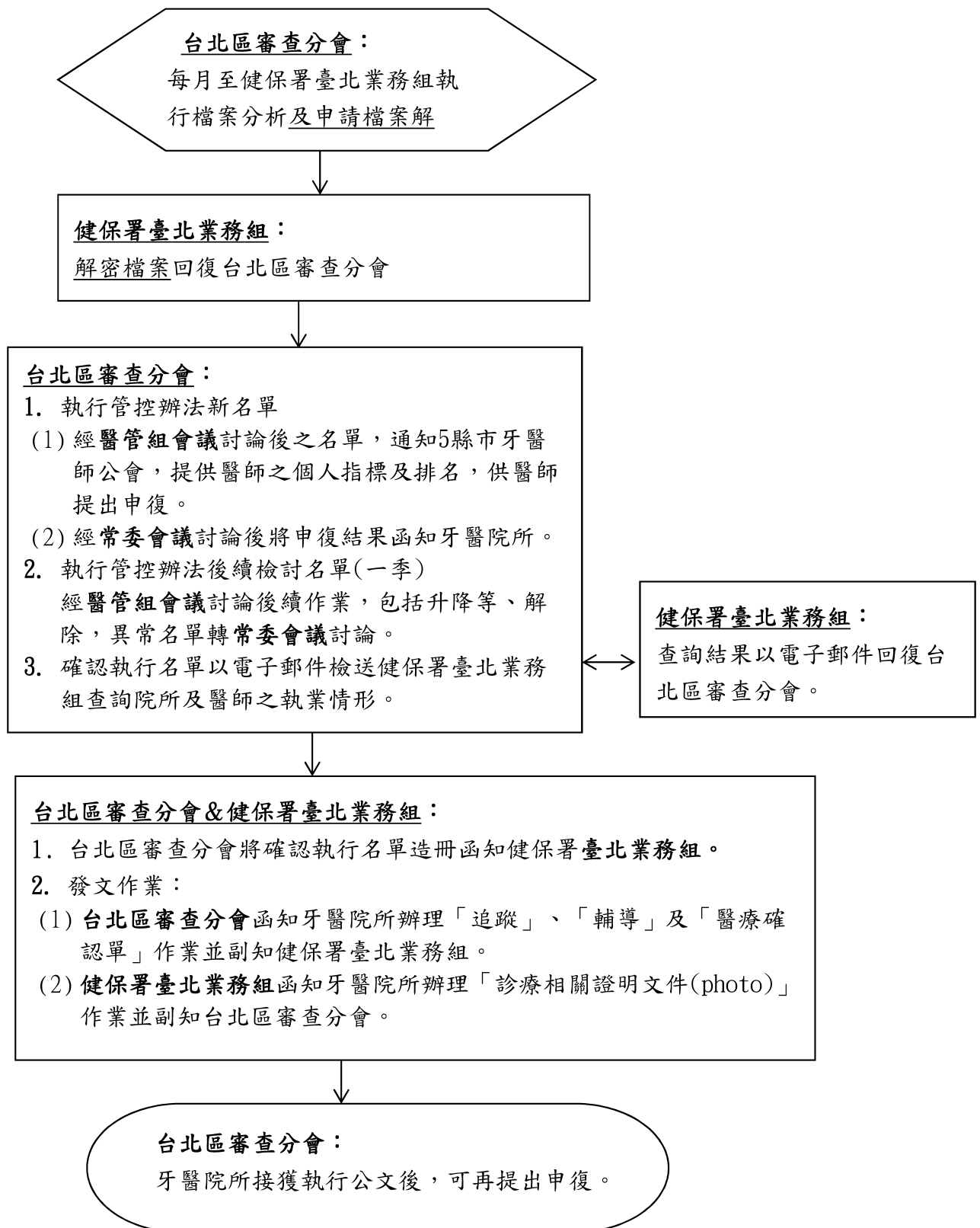
項目	指標內容	備註
絕對指標	1. 總點數前 1% 2. 就醫病患平均耗用值前10名（以季為單位） 3. 高 OD 耗值病人數前10名（以季為單位） 4. 重補顆數：恆牙(二年自家重補顆數+一年他家重補顆數)+乳牙(一年半自家+半年他家重補顆數)前10名	
相對指標	1. 總點數前 3% 2. 就醫病患平均耗用值前 2%（以季單位） 3. 高 OD 耗值患者人數佔率前2%（以季單位） 4. 二年恆牙自家重補率前2%	
管控指標	1. 申報點數（高於全區平均值） 2. 平均填補顆數（高於全區前10%） 4. 一年他家重複填補率（高於全區前10%）	
新特約指標	1. 申報點數（高於全區平均值） 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(院所原始申報點數>70萬點)	
參考指標	1. 前一年 OD 失敗率（恆牙） 2. 前一年 OD 失敗率（乳牙） 3. 三年自家重補率 4. 平均填補面數 5. 平均每位 OD 患者填補顆數 6. OD 點數比率 7. 三年恆牙自家重補率 8. 一年半乳牙自家重補率 9. 一年半乳牙他家重補率	

註：

1. 依據106年12月14日106年第4次暨107年3月22日107年第1次共管會議決議，並自107年3月（檔案分析費用年月107年1月）起實施：
 - (1) 刪除相對指標5「一年恆牙他家重補率前2%」、相對指標6「ENDO 未完成率前2%」、相對指標7「重複牙結石清除率前3%」及管控指標3「重複牙結石清除率（高於全區前10%）」。

- (2) 修訂新特約指標2：重複牙結石清除率（高於全區前10%），修訂為（高於全區前5%）。
- (3) 管控指標4：一年自他家重複填補率，修訂為一年他家重複填補率。
- (4) 新特約指標3：一年自他家重複填補率，修訂為一年他家重複填補率。

**全民健保牙醫門診醫療服務台北區
加強醫療院所醫療服務品質管控辦法作業流程圖**



管控辦法申復調整基準表

修訂日期：1050623 第 2 次牙醫共管會議、1050922 第 3 次牙醫共管會議、1051215 第 4 次牙醫共管會議、1060330 第 1 次牙醫共管會議、1060824 健保北字第 1061640366 號函、1070108 健保北字第 1061027019 號函、1070308 健保北字第 1071055374 號函、1070412 健保北字第 1071038108 號函、1070830 健保北字第 1071043698 號函、1071023 健保北字第 1071044674 號函、**1071213 第 4 次牙醫共管會議**

通則：

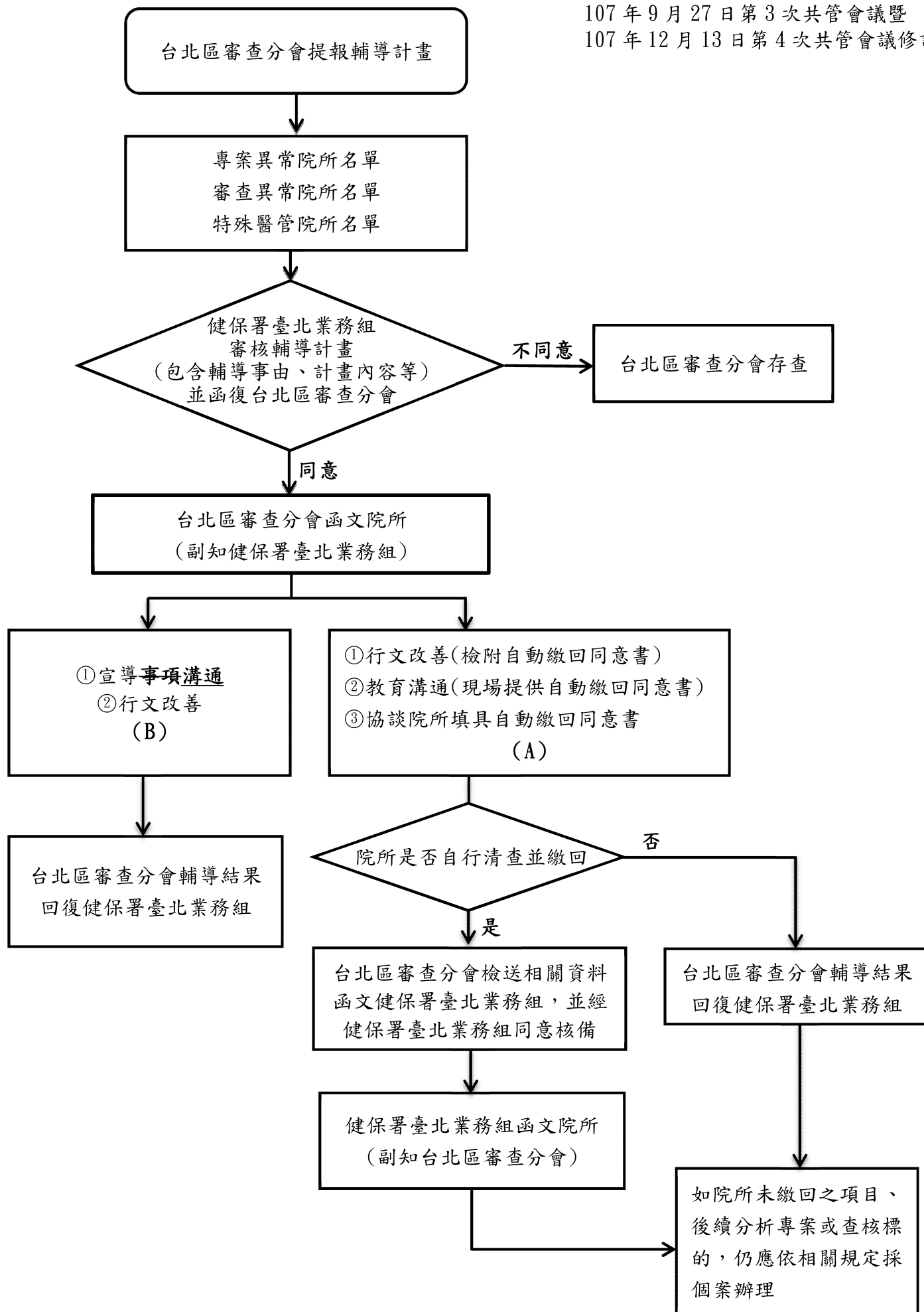
1. 新名單查詢過去一年或半年(總點數<30%)內原始資料(經醫管微調及申復有效舉證指標不計)無指標進入，可作為降等依據。
2. 該醫師於前次申復為有效舉證，指標則不予採計。
3. 計算顆數：必須為有效顆數，若 X 光片或照片看不清楚窩洞即判為無效顆數。
4. 需舉證人數/件數/顆數之計算原則：以須舉證成數計算後之人數/件數/顆數小數點後無條件捨去。
5. 申復離職、停止支援原則：進入管控名單之院所自發生日起，該醫師申報之所有院所皆須執行該批次相關作業三個月。

指標項目		舉證內容及比例
OD 舉 證	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。	
	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) 1. 恆牙：自家：舉證成功率 8 成。(適用所有醫師) 他家：舉證成功率 5 成。(適用所有醫師) 2. 乳牙：自他家 5 成。(適用所有醫師) 3. Pedo 舉證一次，有效期限 3 個月
	相對指標 4	二年恆牙自家重補率 舉證成功率：8 成(以顆數計算)
	管控指標 2	平均填補顆數 1. 舉證成功率：8 成(以顆數計算) 2. 限專科醫療可排除：Pedo(舉證申報案件月報表)
	管控指標 4 新特約指標 3	一年他家重複填補率 舉證成功率：8 成(以顆數計算)
	絕對指標 3 相對指標 3	高 OD 耗值病人數(季指標) 1. 檢附資料：① 術前 X 光片或照片。 ② 醫令清單 ③半年病歷影本。 2. 舉證成功率：人數、顆數各 8 成。 3. 舉證一次，有效期限 3 個月 4. 執行中申復：舉證某月份的全部 OD 案件。
重複牙結石清除	新特約指標 2	重複牙結石清除率 5% 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

指標項目			舉證內容及比例
管 控 指 標	「新執業醫師」排除通則		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。
	管控指標 1	申報點數(高於全區平均值)	1. 取得執業執照滿 5 年，專任於「醫院」，專科醫療申報點數或案件數大於 60%。 2. 舉證一次(月報表)，有效期限 3 個月。
新 特 約 指 標	「資深醫師」排除通則		僅限「基隆市、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(<u>金門縣牙醫師支援金門縣院所除外</u>)、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。
	新特約院所排除通則		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」。
	<u>支援新特約「醫學院附設醫院及醫學中心」之醫師管控微調</u>		1. 支援新特約「醫學院附設醫院」及「醫學中心」之 Pedo、Endo 專科醫師，僅須在該新特約醫院進行管控。 2. 舉證支援證明文件及 Pedo、Endo 專科醫師證書(專科醫療模式醫師不適用)。
	新特約指標 1	申報點數(高於全區平均值)	1. 於教學醫院任職 5 年以上，且執行專科(OS、Endo、Pedo)比例為 60%以上。 2. 舉證一次(月報表)，有效期限 3 個月。
	新特約指標 4	院所原始申報點數 70 萬點	舉證 15、16 案件(申報清單)可排除，申報最高 30 萬點。
絕對指標 1		總點數前 1%	限專科醫療可排除：限醫院(全職)Perio、OS、Pedo、Endo (舉證申報案件月報表)
相對指標 1		總點數前 3%	限專科醫療可排除：Perio、OS、Pedo、Endo (舉證申報案件月報表)
絕對指標 2		就醫病患平均耗用值前 10 名(季指標)	1. 限專科醫療可排除：Perio、OS、Pedo、Endo 2. 舉證一次(季報表)，有效期限 3 個月。
相對指標 2		就醫病患平均耗用值前 2%(季指標)	
特殊原因申復			如會員生病、車禍或重大事件，附證明文件影印本申復
「延遲申報」及「補報」申復原則			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。
專科醫師認定標準			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. pedo：13 歲以下申報點數或案件數大於 60% 2. OS、Endo、Perio：依其專科醫療申報點數或案件數大於 60%。

台北區審查分會對健保特約院所溝通輔導及宣導模式作業流程

107 年 9 月 27 日第 3 次共管會議暨
107 年 12 月 13 日第 4 次共管會議修訂



自動繳回同意書

院所名稱：_____ 醫事機構代碼：_____

基於全民健康保險牙醫門診總額支付制度之同儕制約精神，本人願意在自主管理的前提下，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 46 條簽訂本自動繳回同意書，願意自動繳回_____年_____月至_____年_____月（費用年月）醫療費用計_____點整，並請自本院所近期已申報未核付之醫療費用扣減。

本人同時聲明：放棄向衛生福利部中央健康保險署臺北業務組及所有相關單位提出申復之一切權利。恐口說無憑，特立本同意書為據。

※本表填寫完畢請寄至台北區審查分會，若對相關繳回流程有疑義者，請電洽台北區審查分會 陳小姐(TEL：02-23975081)

立同意書人：

(簽章)

身分證字號：

院所負責醫師：

(簽章)

身分證字號：

(院所用印)

中華民國

年

月

日