

109 年度第 4 次「牙醫門診總額臺北分區共管會議」紀錄

時間：109 年 12 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：劉組長玉娟

紀錄：吳逸芸

呂常務委員名峯

出席單位及人員：

牙醫門診醫療服務台北區審查分會

蔡常務委員志明	盧常務委員彥丞	楊常務委員家華
黃執行長純偉	陳審查召集人瞳緯	褚副執行長文煌
王委員幸宜	方委員致元(請假)	曾委員士哲
許委員明哲(請假)	許委員恒瑞	許委員仕聰
黃委員秉權	孫委員奕貞	張委員香茂
劉委員三奇	蔡委員欣原	蔡委員東螢
葉委員建陽		

本署臺北業務組

林副組長寶鳳	李專門委員待弟	谷專門委員祖棣	許專門委員忠逸
醫療費用三科	楊淑娟	葉惠珠	劉美慧
	徐慕容	黃聖陞	周孟盈
醫療費用四科	余正美	徐梓芳	蔡美真
醫務管理科	王珮琪	楊臨宜	張益誠
		謝京辰	

列席單位及人員：

牙醫門診醫療服務台北區審查分會

官委員俊彥	周委員安平	蘇委員英文
戴委員翔琮	林副執行長明勳	林副執行長順華
趙副執行長彥霽	陳副執行長智瑋	鄭副執行長翔宇
林副執行長浩然	林擁晴小姐	許佳慧小姐
陳碧苓小姐		

壹、 主席致詞（略）

貳、 前次會議紀錄確認

決定：確認並洽悉。

參、 歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：共 3 案，均解除列管。

肆、 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、有關本組及分會 109 年 1 至 11 月專案執行成果統計簡報，將於會後提供分會。
- 二、餘洽悉。

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：

- 一、有關 180 天內重複執行全口牙結石清除專案，請分會提供相關意見如重複執行天數標的、支付標準修訂相關建議等，由本組轉署本部研議。
- 二、餘洽悉。

第三案

報告單位：臺北業務組

案由：有關本組擬於宜蘭聯絡辦公室增設專業審查辦公區案。

決定：

- 一、尊重分會考量宜蘭牙醫審查醫師目前僅 2 位，如有疑義案件須取得 2 位以上審查醫師共識時恐有困難，故俟宜蘭牙醫審查醫師增加 4 位以上再於該辦公區辦理。
- 二、餘洽悉。

第四案

報告單位：臺北業務組

案由：110 年「全民健康保險牙醫門診總額台北分區共管會議」召開時程。

決定：會議時程如下，請委員預留時間。

次數	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次
會議日期	110.03.25 (星期四) 14:00	110.06.24 (星期四) 14:00	110.09.23 (星期四) 14:00	110.12.23 (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

臨時報告案

報告單位：臺北業務組

案由：有關 110 年「牙醫門診加強感染管制實施方案」書面評核案。

決定：

- 一、有關書面評核電子化送審作業，嗣建置於健保資訊服務系統 (VPN) 後，請分會宣導院所以 VPN 上傳，以利於 110 年 6 月限期內完成評核，如有執行上困難，得召開臨時工作小組討論。
- 二、有關分會反應審查院所上傳之影像檔有網路速度緩慢、影像檔開啟時間較長等疑義，本組將請資訊駐區了解並協助排除，以利審查。
- 三、餘洽悉。

伍、討論事項

第一案

提案單位：臺北業務組

案由：「牙醫門診總額臺北分區共管會議設置作業要點」修訂案，提請討論。

決議：酌修文字內容，考量與會各縣市列席員額，調整列席人數以 12 人為上限，修訂後全文與對照表如附件 1。

第二案

提案單位：臺北業務組

案由：民眾申訴至牙醫診所接受自費牙齒治療，惟查詢健康存摺卻發現

診所同時以牙齒疾患申報健保之情事，請轉知會員費用申報應依健保相關規定辦理，提請討論。

決議：洽悉。

第三案

提案單位：牙醫台北區審查分會

案由：有關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：未參與牙醫門診加強感染管制實施方案院所不列入「抽樣抽審作業原則」A指標。

第四案

提案單位：牙醫台北區審查分會

案由：有關修訂「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」、「醫管管控調整基準表」及「管控辦法申復調整基準表」，提請討論。

決議：鑒於本案內容繁細難以一次修正完成，尚未完成修訂之部分，後續將召開工作小組討論，完成後再提列於下次共管會議(部分完成修訂之對照表如后附件 2)。

臨時動議

案由：有關「全民健保牙醫門診醫療服務台北區抽樣抽審作業原則」已於 108 年 6 月 27 日 108 年第 3 次牙醫門診總額臺北分區共管會議決議修訂二、指標內容與執行方式之註 5 牙醫送審總量管制，以申報院所家數 22%為上限，故送審指標選取應同步修訂為 15%(原為 17%)提請討論。

決議：通過，修訂如附件 3。

散會：下午 5 點 05 分

牙醫門診總額臺北分區共管會議設置作業要點

中華民國 105 年 3 月 24 日訂定
中華民國 107 年 3 月 22 日修訂
中華民國 109 年 12 月 24 日修訂

- 一、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組（以下簡本組）為推動牙醫門診醫療服務審查勞務委託並建立雙方良好合作及溝通機制，特與受託單位牙醫門診醫療服務台北區審查分會（以下稱分會），成立「牙醫門診總額臺北分區共管會議」（以下稱本會議）。
- 二、本會議任務如下：
 - （一）牙醫總額支付制度共同管理守則規劃與溝通協調事宜。
 - （二）本組牙醫醫療費用資源分析與監控相關事宜。
 - （三）本組牙醫醫療服務品質提升及費用管控執行協調事宜。
 - （四）本組牙醫總額醫療服務申報等相關輔導事宜。
 - （五）其他與本組牙醫總額相關事務推動事宜。
- 三、本會議設召集人 1 人，由本組組長兼任；副召集人 1 人，由分會常務委員兼任。
- 四、本會議置委員 28 人，由本組及分會之代表組成。
 - （一）本組代表 8 人：組長（召集人）及支出面相關科室主管。
 - （二）分會代表 20 人：常務委員共 4 人（轄區台北市、新北市、基隆、宜蘭各縣市牙醫師公會理事長或理事長指定代理人），其中 1 人為副召集人。執行長、副執行長、審查醫藥專家召集人及醫院牙科協會代表各 1 人，共 4 人。台北區審查分會推薦委員 12 人。推派委員本人（含代理人）或其所服務之保險醫事服務機構部門（或科別），近 5 年不得有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38-40 條之情事。
 - （三）本會議委員違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，得予更換；其缺額得依本要點辦理改推派事宜。
- 五、會議聯絡人：本組、分會各派 1 人擔任。
- 六、委員任期：
 - （一）本會議委員，應隨其職務任期調整任免，並由原推派單位就變動部分逕予調整指派。
 - （二）分會之常務委員，除隨同各縣市牙醫師公會理事長之任期屆滿

改選而重新推舉外，推派委員變更亦需函文通知本組。

七、本會議運作：

- (一)原則每3個月召開會議一次，開會時間依前一年最後一次會議議定，必要時得召開會前會或臨時會議。
- (二)會議召集人因故未克出席時，由召集人指定委員1人為主席。
- (三)每位委員得指定一位代理人，並於提報委員名單時一併提報；指定代理人隨委員任期變更。
- (四)本會議以不設列席人員與列席單位為原則，如因會議議題涉跨總額或需諮詢專家得由本組視需要邀請。另分會倘有職務傳承之需要，正式來函提供列席人員名單，經本組查無違規情事，函復同意報備後亦得列席，惟列席人數以12人為上限。
- (五)會議決議採合議制共識決，必要時得經主席裁示，採表決方式辦理。
- (六)本會議之召開應有全體委員過半數之出席。
- (七)本會議成員均為無給職。

八、出、列席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

九、本會委員及列席人員不得複製或公開未成決議之會議資料內容，且會議決議討論過程之資料不應對外發送。

十、會議得採合併視訊會議方式為之，以視訊參與會議者，視同親自出席，簽到方式配合視訊設備功能辦理。

十一、本作業要點經本會議決議後實施，其修正時亦同。

牙醫門診總額臺北分區共管會會議委員
利益揭露聲明書

代表身分：☐本人 ☐代理人

1. 本人應聲明事項

下列專職、兼職、顧問職、其他應包含推薦團體/機關與所擔任職務，及是否擔任保險醫事服務機構之負責醫事人員、保險藥物或特材交易之相關業務人員，或其業務上之利益可能涉及本會議討論事項相關之職務。

	團體/機關單位名稱	職稱
專職		
兼職		
顧問職		
其他 (如：股東)		

2. 配偶或直系親屬應聲明事項

是否擔任保險醫事服務機構之負責醫事人員、保險藥物或特材交易之相關業務人員，或其業務上之利益可能相涉及本會議討論事項相關之職務。

☐是(請續填下列資料) ☐否

稱謂(與本人之關係)	姓名	團體/機關/院所名稱	職稱

註：前揭本人、配偶或直系親屬之聲明事項於本屆任期內有異動者，請於事實發生後一個月內，主動重新填寫本聲明書，提報衛生福利部中央健康保險署。

(表格若不足，請自行增列)

本人已依規定聲明，如有不實，願負法律責任。

聲明人簽名：_____

中 華 民 國： 年 月 日

填表說明

一、依據「牙醫門診總額臺北分區共管會議設置作業要點」第八條規定，本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書(以下簡稱本聲明書)，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

二、其他：

1. 代表之專職、兼職、顧問職、其他皆為應聲明事項，其代理人準用相關規定。
2. 代表部分，舉例：代表擔任○醫院院長、○協會理事、○基金會秘書長或財團法人○查驗中心顧問。
3. 直系親屬包括血親、姻親(不論親等遠近)，例如：祖父母、父母、子女、孫子女、配偶之父母、子女之配偶、孫子女之配偶，僅需揭露擔任保險醫事服務機構之負責醫事人員、保險藥物或特材交易之相關業務人員，或其業務上之利益可能涉及本會議討論事項相關之職務，不需揭露其他職務。
4. 親屬部分，舉例：孫女婿擔任○分院負責醫師；媳婦擔任保險藥物或特材交易相關人員；岳父擔任○醫院採購，皆應提出聲明。
5. 揭露相關利益事項係指涉及本會議討論事項相關之職務較密切者，包括：
 - (1) 保險醫事服務機構之負責醫事人員。
 - (2) 從事保險藥物或特材交易業務相關人員(如保險醫事服務機構之保險藥物或特材採購人員、保險藥物或特材供應商之負責人)。
 - (3) 業務上利益：以一般通俗概念，即可認定涉及本會議討論事項相關者。
6. 若不清楚是否與本會議討論事項利益相涉，建議先填，因所揭露事項主要係供內部查詢，未來僅會針對所揭露之必要範圍對外公開。
7. 資訊公開：揭露程度為必要的最小範圍，且會考量個資法，僅於網站公開必要範圍，供判斷代表之發言有否偏頗。例如：親屬為某院所負責人。

牙醫門診總額臺北分區共管會議作業要點修正內容對照表

修正條文	現行條文	說明
牙醫門診總額臺北分區共管會 <u>議設置</u> 作業要點	牙醫門診總額臺北分區共管會作業要點	新增會「議設置」等字。
一、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組（以下稱 <u>本組</u> ）為推動牙醫門診醫療服務審查勞務委託並建立雙方良好合作及溝通機制，特與受託單位牙醫門診醫療服務台北區審查分會（以下稱分會），成立「牙醫門診總額臺北分區共管會 <u>議</u> 」（以下稱本會 <u>議</u> ）。	一、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組（以下簡稱臺北業務組）為推動牙醫門診醫療服務審查勞務委託並建立雙方良好合作及溝通機制，特與受託單位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），成立「牙醫門診總額臺北分區共管會」（以下簡稱本會）。	一、新增會「議」一字。 二、臺北業務組簡稱修改為「本組」。 三、台北區審查分會簡稱修改為「分會」。
二、本會 <u>議</u> 任務如下： （一） <u>牙醫總額支付制度共同管理守則規劃與溝通協調事宜。</u> （二） <u>本組牙醫醫療費用資源分析與監控相關事宜。</u> （三） <u>本組牙醫醫療服務品質提升及費用管控執行協調事宜。</u> （四） <u>本組牙醫總額醫療服務申報等相關輔導事宜。</u> （五） <u>其他與本組牙醫總額相關事務推動事宜。</u>	二、本會任務如下： （一）促進全民健康保險牙醫門診總額台北分區醫療資源合理配置，提升醫療資源利用效率及醫療服務品質。 （二）牙醫門診總額台北分區相關事務推動事宜。	修訂會議任務。
三、本會議設召集人 1 人，由本組組長兼任；副召集人 1 人，由分會常務委員兼任。		新增召集人與副召集人。
四、本會議置委員 28 人，由 <u>本組及分會之</u> 代表組成。 （一） <u>本組代表 8 人：組長（召集人）及支出面相關科室主管。</u> （二）分會代表 20 人：常務委員共 4 人（ <u>轄區台北市、新北市、基隆、宜蘭各縣市牙醫師公會理事長或理事長指定代理人</u> ），其中 1 人為副召集人。執行長、副執行長、審查醫藥專家召集人及醫院牙科協會代表各 1 人，共 4 人。台北區審查分會推薦委員 12 人。 <u>推派委員本人（含代理人）或其所服務之保險</u>	三、本會置委員 32 人，委員組成由臺北業務組及台北區審查分會等代表組成。 （一）臺北業務組代表共 12 人：組長、參議、副組長、專門委員及支出面科長、視察。 （二）台北區審查分會代表共 20 人： 1. 常務委員（轄區各縣市牙醫師公會理事長）共 4 人。（台北市、新北市、基隆、宜蘭） 2. 執行長、副執行長、審查醫藥專家召集人及醫院	一、修訂委員為 28 人，本組代表 8 人。 二、新增不得違反特管辦法、情節重大者，經本會議決議後，得予更換相關規定。 三、依牙醫門診醫療服務審查勞務委託契約辦理。

修正條文	現行條文	說明
<u>醫事服務機構部門(或科別)，近5年不得有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38-40條之情事。</u> (三) <u>本會議委員違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，得予更換；其缺額得依本要點辦理改推派事宜。</u>	牙科協會代表各1人，共4人。 3. 牙醫門診醫療服務台北區審查分會推薦委員12人。	
五、<u>會議聯絡人：本組、分會各派1人擔任。</u>		新增會議聯絡人。
六、委員任期： (一) <u>本會議</u>委員，應隨其職務任期調整任免，並由原推派單位就變動部分逕予調整指派。 (二) <u>分會之常務委員，除隨同各縣市牙醫師公會理事長之任期屆滿改選而重新推舉外，推派委員變更亦需函文通知本組。</u>	四、本會委員之任期：台北區審查分會及臺北業務組等代表委員，應隨其職務任期調整任免，並由原推派單位就變動部分逕予調整指派。	一、刪除「本會」文字。 二、新增異動時，應函文通知本組。
七、本會議運作： (一) 原則每3個月召開會議一次，<u>開會時間依前一年最後一次會議議定</u>，必要時得召開會前會或臨時會議。 (二) <u>會議召集人因故未克出席時，由召集人指定委員1人為主席。</u> (三) <u>每位委員得指定一位代理人，並於提報委員名單時一併提報；指定代理人隨委員任期變更。</u> (四) <u>本會議以不設列席人員與列席單位為原則，如因會議議題涉跨總額或需諮詢專家得由本組視需要邀請。另分會倘有職務傳承需要，正式來函提供列席人員名單，經本組查無違規情事，函復同意報備後亦得列席，惟列席人數以12人為上限。</u> (五) <u>會議決議採合議制共識決，必要時得經主席裁示，採表決方式辦理。</u>	五、本會原則每3個月召開會議一次，並由雙方代表各指定1人為會議主持人，必要時得召開會前會或臨時會議。各成員應親自出席，如不克出席，得依序指派1位代理人出席或提出書面意見。 六、本會得視需要邀請其他審查醫藥專家或相關單位派員列席。 七、本會委員及列席人員均為無給職。	一、新增會「議」一字。 二、新增開會時間議定方式。 三、新增代理人相關規範，及列席人員、出席人數及會議決議之相關規定。 四、刪除「本會得視需要邀請其他審查醫藥專家或相關業務人員列席。」

修正條文	現行條文	說明
(六) <u>本會議之召開應有全體委員過半數之出席。</u> (七) <u>本會議成員均為無給職。</u>		
八、 <u>出、列席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。</u>		新增利益揭露相關規定。
十、 <u>會議得採合併視訊會議方式為之，以視訊參與會議者，視同親自出席，簽到方式配合視訊設備功能辦理。</u>		新增會議得採合併視訊會議方式為之。
十一、 本 <u>作業</u> 要點經 <u>本</u> 會議決議後實施，其修正時亦同。	九、 本要點經共管會議決議後實施，其修正時亦同。	修訂文字。

備註：畫線部分為建議修訂之文字。

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對照表

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
保留原名稱		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	暫保留原名稱，待全部條文修訂完成後在予以調整。
第一章 管控 <u>方式</u>	第一章 管控辦法		原分會修訂內容管控辦法修訂為管控 <u>方式</u> 。
<u>一、緣起</u> (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。	維持	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。	合併原一、執行依據及二、目的為一、緣起。
合併至一、緣起。	維持	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。	合併原一、執行依據及二、目的為一、緣起。
<u>二、執行方式</u> (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 <u>方式依序分為</u> 輔導、醫療確認單及醫療品質監控期 photo 等三個等級： 1. <u>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</u>	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或專業審查疑有異常狀況院所，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 <u>追蹤</u> 、輔導、醫療確	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或專業審查疑有異常狀況院所，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	1. 修訂項次。 2. 牙醫門診醫療服務台北區審查分會簡稱修訂為「分會」，健保署臺北業務組簡稱修訂為「本組」。 3. 刪除「追蹤」。 4. 管控方式三個等級於本項說明應附表件及發函通知院所執行單位。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
<u>件明細表(表2)。由分會函知院所辦理並副知業務組</u> 2. <u>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</u> 3. <u>醫療品質監控期 photo：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)及全民健保牙醫門診醫療服務台北區「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</u>	認單及診療相關證明文件(<u>醫療品質監控期 photo</u>)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。 (五) <u>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。</u> (六) <u>管控辦法之「診療相關證明文件(醫療品質監控期 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。</u> (七) <u>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。</u> (八) <u>醫管檢討後續作業：執行輔導追蹤作業一季(3個月)後於醫管組會議進行後續檢討指標是否改善，仍未改善則會發文院所繼續執行3個月。</u> (九) <u>若有不接受管控或未改善者，逕送相關單位依法處理。</u>	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。	5. 分會修訂內容(四)、(七)至(九)移至四、執行內容(四)後續管理。
三、<u>管控</u>對象 (一) 檔案分析、專業審查發現疑有異常	維持	四、執行對象 (一) 符合檔案分析、專業審查發現疑有	原執行對象修訂為管控對象。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
案件及應加強輔導管理之異常醫師或院所。 (二) <u>受管控</u>之醫師，若同時服務於其他院所，則該醫師於其他院所之<u>管控方式亦同</u>。		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。	
四、執行內容 (一) 檔案分析：<u>依案件屬性歸戶分析</u>，排除下列項目費用，不列入計算： - 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定) - 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目 - 案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目 - 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)(1080627修訂) - 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 - 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 - 案件分類為A3－牙齒預防保健	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	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) (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	- 修訂項次。 - 新增標題「指標項目」。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
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. 初診診察費差額 13. 感染管制診察費差額 14. 山地離島診察費差額 15. 牙醫急診診察費差額 16. 特定牙周保存治療 (91015C、91016C)、牙周病支持性治療 (91018C) (二) 指標項目: 依指標進入輔導之院所, 依「<u>管控辦法微調基準表</u>」(附件 X) 所訂定之內容予以向分會舉證且合乎比例者, 則解除以下相關指標。	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務委員會決議通過者, 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。 (1) (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: - 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定) - 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目 - 案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目 - 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)(1080627修訂) - 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	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務委員會決議通過者, 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) - 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定) - 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目 - 案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目 - 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)(1080627修訂)	

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
	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 12. 13.初診診察費差額 13. 14.感染管制診察費差額 14. 15.山地離島診察費差額 15. 16.牙醫急診診察費差額 16. 17.特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C) (2) (4)因指標進入輔導追蹤之院所，依<u>第二章五、「管控辦法微調基準表」</u>訂定之內容舉證且合乎比例者，可解除該項指標。	訂) 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「<u>管控辦法申復調整基準表</u>」訂定	

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
		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 15 名（以季為單位） (3) 高 OD 耗值患者人數前 15 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 5 名。(102/8 費用年月實施) (5) <u>基層診所申報之醫師(含醫院支援診所)</u>，原始申報點數最高前 15 名(不排除任何鼓勵項目)	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 1015 名（以季為單位） (3) 高 OD 耗值患者人數前 1015 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 105 名。(102/8 費用年月實施) (5) <u>基層診所申報之醫師(含醫院支援診所)</u>，原始申報點數最高前 15 名(不排除任何鼓勵項目)	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)	同原分會修訂內容。
刪除相對指標	刪除	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%	同意刪除。
2. 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	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	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	同原分會修訂內容。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
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%） (3) 一年他家重複填補率（高於全區前10%）	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%）	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%）	
3. 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。	3. 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%） (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)。	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)。	新特約指標(2) 重複牙結石清除率維持原內容為5%。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
	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. 院所原始申報點數得扣除16案件及91021C、91022C、91023C點數最高30萬點。(增訂，103/09費用年月實施)(1051215修訂點數)(1080627修訂) 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)	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. 院所原始申報點數得扣除16案件及91021C、91022C、91023C點數最高30萬點。(增訂，103/09費用年月實施)(1051215修訂點數)(1080627修訂) 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)。	

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
	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。	另已執行 Photo 作業，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。	
刪除參考指標	4. 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	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	刪除參考指標。
(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	維持	(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、行文改善、行文見復或進入醫療品質監控期執行	修訂「醫療品質監控期 photo」文字與前方一致。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
<u>photo</u>。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(異常醫療模式項目請參考「診療相關證明文件」作業執行方式第2點備註規定)，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 <u>photo</u>，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. 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。		診療相關證明文件作業。 符合下列任一異常醫療模式者(異常醫療模式項目請參考「診療相關證明文件」作業執行方式第2點備註規定)，後續再有異常醫療模式項目提報經台北區審查分會醫審組會議決議，得進入醫療品質監控期，執行項目內容由台北區審查分會醫審組會議決議後轉台北區審查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，且經台北區審查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，且經台北區審查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. 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<u>升等</u>醫療確認單。 2. 連續醫療確認單<u>3</u>個月未改善之醫師或院所，經分會委員會決議，得<u>升等</u>「醫療品質監控期<u>photo</u>」或移送<u>業務組查辦</u>。	(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。 <u>1. 2.</u>連續輔導6個月未改善之醫師或院所，得進行醫療確認單。 <u>2. 3.</u>連續醫療確認單<u>6</u>3個月未改善之	(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	1. 修定項目名稱。 2. 連續醫療確認單升等月由6個月修訂為3個月。 3. 原 3. 移送查核修訂為移送<u>業務組查辦</u>。 4. 原分會修訂內容三、

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
3. 進入「醫療品質監控期photo」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(詳附件X)。 4. 需執行管控辦法作業之醫師或院所，若不配合其作業，經分會委員會通過得進入醫療品質監控期photo。 5. <u>管控辦法之後續作業，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。</u> 6. <u>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日內逕傳真至分會。</u> 7. <u>醫管檢討後續作業：執行輔導作業一季(3個月)後於醫管組會議進行後續檢討指標是否改善，仍未改善則會發文院所繼續執行3個月。</u> 8. <u>若有不接受管控或未改善者，逕送相關單位依法處理。</u>	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photo」或移送查核。 3. 4.進入「醫療品質監控期photo」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。 4. 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photo。	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。	執行方式(四)、(七)至(九)移至本項。
本項改列附件 X	維持	(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	本項改列附件

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
		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	

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
		次。 八項共同指標如下： (a) 就醫病患平均耗用 (b) 每位 OD 患者平均 OD 耗用值 (c) O.D 點數佔率就醫 (d) 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)：<u>院所負責醫師</u>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	(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)：<u>院所負責醫師</u>，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。	(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	同原分會修訂內容。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
(含)內，申報點數小於 30 萬點(含)得列為<u>紀錄</u>，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. <u>補報醫療費用之醫師</u>：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 <u>3</u> 個月且申報點數大於 3 萬點(含)，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 <u>3</u> 個月且申報點數大於 3 萬點(含)，得列為“醫療品質監控期 photo”。(增訂，103/9 費用年月實施) (5)跨區支援醫師執行醫療品質監控期 photo，檢討後續任一個月申報點數超過 3 萬點(含)，維持醫療品質監控期 photo (6)跨區支援醫師檢討後續連續 3 個月申報小於 3 萬點，降等原則如下： A. 醫療確認單降等輔導。	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<u>追蹤紀錄</u>，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. <u>補報醫療費用之醫師</u>：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 <u>6-3</u> 個月且申報點數大於 3 萬點(含)，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 <u>6-3</u> 個月且申報點數大於 3 萬點(含)，得列為“醫療品質監控期 photo”。(增訂，103/9 費用年月實施) (5)跨區支援醫師執行醫療品質監控期 photo，檢討後續任一個月申報點數超過 3 萬點(含)，維持醫療品質監控期 photo (6)跨區支援醫師檢討後續連續 3 個	(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)，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)，得列為“醫療品質監控期”。(增訂，103/9 費用年月實施) (5)跨區支援醫師執行 photo(醫療品質監控期)，檢討後續任一個月申報點數超過 3 萬點(含)，維持 photo(醫療品質監控期) (6)跨區支援醫師檢討後續連續三個月申報小於 3 萬點，降等原則如下：	

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
B. 醫療品質監控期 photo 降等醫療確認單。 備註：申報點數定義：醫師個人於本分區申報之所有點數歸戶。	月申報小於 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 photo 降等醫療確認單。 備註：申報點數定義：醫師個人於本分區申報之所有點數歸戶。	A. 醫療確認單降等輔導。 B. photo(醫療品質監控期)降等醫療確認單。 備註：申報點數定義：醫師個人於本分區申報之所有點數歸戶。	
第二章 作業說明	第二章 管 控辦法 作業說明	管 控 辦法 作業說明	同原分會修訂內容。
本項刪除	刪除	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。	同意刪除。
本項刪除	刪除	二、 管控辦法之作業項目及執行方式	同意刪除。
本項刪除	刪除	(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	同意刪除。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
		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。	
一、輔導作業執行方式： <u>(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。</u> <u>(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)。</u> <u>(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。</u> <u>(四) 費用申報時依現行規定辦理</u>	一、(二)輔導作業執行方式： 1. <u>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)。</u> <u>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。</u> 2. 填寫輔導醫師個人日報表(表2)	(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。	1. 已刪除表1，表2至表4依序修正項次。 2. 為符合一致性，修訂各項附表名稱。 3. 修訂項次。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
(即費用年月次月 20 日前)，抽審時均應同時檢附以下資料： <u>1. 輔導醫師個人之牙醫院所就醫日報表</u> (表 1)。 <u>2. 全院(診)所申報案件明細表</u>，並註明申報醫師姓名 (表 2)。 <u>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。</u> <u>(五)</u> 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，<u>抽審時</u>上述表單(表 1、表 2)連同醫令清單檢送業務組。	(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/電子病歷，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)。 <u>(1) (2)</u> 輔導醫師個人日報表 (表 2)。 <u>(2) (3)</u> 全部申報案件流水號明細表，並註明申報醫師姓名 (表 3)。 <u>(3) (4)</u> 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。	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。	
<u>二、醫療確認單作業執行方式：</u> <u>(一)</u> 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	<u>二、(三)醫療確認單作業執行方式：</u> <u>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</u>	(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	1. 已刪除表 1，表 2 至表 4 依序修正項次。 2. 為符合一致性，修訂各項附表名稱。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
時)。 <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>(四) 醫療確認單填寫不實，經審查醫藥專家提報及分會會議討論確有疑慮者，得專案送交臺北業務組稽核。</u> <u>(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：</u> <u>1. 輔導醫師個人之牙醫院所就醫日報表(表 1)。</u> <u>2. 全院(診)所申報案件明細表，並註明申報醫師姓名(表 2)。</u> <u>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</u>	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)。 1. 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)。 2. 3.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。 3. 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。 4. <u>醫療確認單填寫不實，經審查醫藥專家提報及本會會議討論確有疑慮者，得專案送交臺北業務組稽核。</u> 5. 費用申報時依現行規定辦理(即費用年月次月 20 日前)，抽審時均應及項次修正同時檢附以下資料： (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)。	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. 修訂項次。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
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。	(1) (2)輔導醫師個人日報表(表2)。 (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)。 (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。 (4) (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。	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。	
三、「<u>醫療品質監控期 photo</u>」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 photo(彩色照片)時，應符合下列規定：(1041217 增訂) 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)	三、(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。	(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	1. 已刪除表1，表2至表4依序修正項次。 2. 為符合一致性，修訂各項附表名稱。 3. 修訂項次。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
(1)照片上應註明患者姓名(姓名條 1*4 公分)及就診日期。 照片至少有三顆(含)牙齒以上【主體及左右鄰牙】。 (1) 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。 (2) 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。 (3) 未滿六歲病患(就醫年月-出生年月≤ 72 個月)，若無法配合照相者，應逐次請家長簽名。(1050324 修訂) 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」。	(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。 (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)，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)。 (1)(2)輔導醫師個人日報表(表 2)。	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。 (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)，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	

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
(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. 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. 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) 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。	(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）。 (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。 (4)(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) (5)(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。 (6)(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。	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。	
本項刪除	刪除	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	同意刪除。

修訂內容	原分會修訂內容	原內容	本組說明
		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

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、指標內容與執行方式：

代號	送審指標	權值 點數	資料期間	備註	執行期間
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	輔導追蹤管控作業中院所(相 對 3 項、絕對 1 項指標輔導、 跨區支援輔導、醫療確認單、 Photo)	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)	依輔導追蹤期間
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	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 (105.6.23 新增備註)	1 個月
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
B5	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、	8	最近 1 個月	(108.12.26 修訂)	1 個月

代號	送審指標	權值 點數	資料期間	備註	執行期間
	91016C、91017C、91018C 除外)(同院所歸戶)				
B6	輔導追蹤管控作業中院所(新執業輔導、新特約輔導)	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)	依輔導追蹤期間
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
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「健保醫療資訊雲端查詢系統」得減計 C 指標權值分數	-4	最近 1 個月	(105.3.24 新增)	1 個月
E2	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	最近 1 個月	(108.3.28 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、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 15%（A 指標為每月必審院所），浮動指標選取 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。(104/1/22)(108/6/27)

註 6、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 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。（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B4)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 個月起得依管轄辦法申訴結果排除)

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 佔總醫療點數比率前 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 佔總醫療點數比率前 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 佔總醫療點數比率前 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 佔總醫療點數比率前 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 家(送審指標 2 家、浮動指標 1 家)、區域醫院 19 家至少抽審 6 家(送審指標 4 家、浮動指標 2 家)，每一院所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。