牙醫門診總額臺北分區 110 年第 1 次共管會議紀錄

時間：110 年 3 月 25 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

蔡常務委員志明

出席單位及人員：

牙醫門診醫療服務台北區審查分會

呂委員名峯	盧委員彥丞	楊委員家華
林委員昱任	林委員威宏	褚委員文煌
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（請假）
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（請假）	許專門委員忠逸	陳簡任視察蕙玲				
醫療費用三科	楊淑娟	葉惠珠	宋兆喻	劉美慧	吳逸芸	白宗燕
	徐慕容	黃聖陞	周孟盈			
醫療費用四科	余正美	徐梓芳	張芳如			
醫務管理科	王珮琪	李如芳	莫翠蘭	楊臨宜	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

官俊彥	周安平	蘇英文
戴翔琮	林明勳	林順華
趙彥雰（請假）	陳智瑋	鄭翔宇
林浩然	林擁晴	許佳慧
陳碧苓		

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 4 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：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：洽悉。

第三案　　報告單位：臺北業務組

案由：有關牙醫院所健保卡暨檢驗檢查結果(含影像)上傳情形，請牙醫台北區審查分會宣導會員即時上傳。

決定：

一、 109 年第 4 季，臺北區有申報檢驗檢查醫令或醫療影像醫令，但未將結果或影像上傳總計 342 家，包括醫院牙科部門及基層牙醫診所，請分會協助瞭解及宣導會員「有申報即應上傳」之原則。

二、 餘洽悉。

第四案　　報告單位：臺北業務組

案由：辦理「110 年牙醫門診加強感染管制實施方案」書面評核作業。

決定：

一、 有關書面評核不合格及須退件重傳之院所，本組將先行彙整院

所名單提供分會輔導會員，並請依方案相關規定辦理。

二、 餘洽悉。

伍、 討論事項

第一案　　提案單位:牙醫台北區審查分會、臺北業務組

案由：為精簡「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」，爰整併「管控辦法」、「醫管管控調整基準表」、「管控辦法申復調整基準表」及「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指標定義」並修正名稱為「全民健保牙醫門診醫療服務台北區專業審查作業說明（草案）」。

決議:名稱修訂為「全民健保牙醫門診醫療服務台北區管控作業說明(草案)」，修訂內容詳附件 1，請分會於 1 個月內確認內容後回復臺北業務組，本案於費用年月 110 年 6 月起實施。

第二案　　提案單位:牙醫台北區審查分會

案由：有關修訂「管控辦法申復調整基準表」，提請討論。

決議：管控指標 1 之「舉證內容及比例」新增「3.若 2 年內均未落入『管控辦法申復調整基準表』任一指標項目者，且申報點數未超過當月管控指標 1 數據之 110%者，始可申復予以降等。」之規定（附件 2)。

臨時動議　　提案單位:牙醫台北區審查分會

案由：有關分會調閱病歷人員應具備審查醫藥專家身分一案，提請討論。

決議：

一、 依本署「醫療服務審查醫藥專家遴聘原則」第十二點規定，審查醫藥專家「不得將各類審查資料攜出審查場所或拍錄圖像、影像」，且再次審閱之審查醫藥專家以「目前現聘之審查醫藥專

家」為限。

二、 有關分會提及「因會務幹部職責須審視提報案件，並於內部會議報告，惟該等人員如非目前現聘之審查醫藥專家」，是否得調閱病歷一節，請臺北業務組協助請辦署本部釋疑。

散會：下午 5 點 10 分

附件1

~~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~~

全民健保牙醫門診醫療服務台北區~~專業審查~~管控作業說明(草案)修訂對照表

修訂內容	原內容	修正說明
全民健保牙醫門診醫療服務台北區~~專業審查~~管控作業說明	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	**修訂名稱。**
新增目錄	無	**新增目錄。**
刪除緣起	**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 。	**刪除緣起。**
第一章 管控方式		原分會修訂內容管控辦法修訂為管控方式。
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。	**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。	**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。

修訂內容	原內容	修正說明
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 ~~photo~~ 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 ~~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	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。	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。
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。	原執行對象修訂為管控對象。
四、 執行內容 (一)檔案分析：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) 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－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)~~ 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	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	1. 修訂項次。 2. 新增標題「指標項目」。 3. 「管控辦法微調基準表」整併為第三章 指標項目「指標項目表」及「申復調整基準表」。

修訂內容	原內容	修正說明
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~~「管控辦法微調基準表」~~第三章指標項目「~~管控~~指標項目表」、「申復調整基準表」所訂定之排除項目~~內容~~予以向分會舉證且合乎比例者，則解除以下相關指標。	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) 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，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~~（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) 基層診所申報之醫師(含醫院支援診所)，原始申報點數（申請點數+部分負擔）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)	1. 新增「以下統計以月為單位」。 2. 刪除「（以季為單位）」、「(102/8 費用年月實施)」。
刪除相對指標	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	同意刪除。

修訂內容	原內容	修正說明
	(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%	
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~~(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%）	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%）	1. 修訂指標名稱為新執業醫師指標。 2. 新增得列為輔導對象「3 個月」。 3. 刪除「(1050922 修訂)」。
3.新特約指標：新開業/特約院所-（向健保署申請新特約~~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。	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)	1. 新特約指標(2) 重複牙結石清除率維持原內容為 5%。 2. 「向健保署申請新的醫事機構代碼，含院所內所有醫師稱之）」修訂為「向健保署申請新特約醫事機構，含院所內所有醫師）」 3. 刪除備註。 4. 刪除「(1050623 修訂)」。

修訂內容	原內容	修正說明
	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。	
刪除參考指標	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 ~~photo~~。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~~photo~~，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。	(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。	刪除「photo」、「醫審組」。
(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~~3~~ 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 ~~photo~~」或移送業務組~~查核~~查辦。 3. 醫師或院所進入「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~~依二、執行方式(二)第3點「醫療品質監控期」等級之作	(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。	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。~~修訂為 6 個月，維持時效性一致性。 3. 原 2. 移送業務組「查核」修訂為移送業務組「查辦」。 4. 刪除「photo」。 5. 刪除「依異常情況提供衛生福利

修訂內容	原內容	修正說明
業~~其~~規定辦理。 (二、執行方式(二)第3點「醫療品質監控期」等級補超連結) 4. ~~需執行管控辦法作業之醫師或院所，~~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~~photo~~。 5. ~~執行方式管控辦法之~~後續作業~~一~~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。 6. ~~執行方式管控辦法~~3個月檢討1次，如有申訴意見，請填具進入管控作業說明~~辦法指標~~醫療院所申復書，於文到7日內逕傳真至分會。 7. ~~分會醫管檢討後續作業：~~執行輔導作業一季(3個月)後於分會~~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。 8. 若有不接受管控或未改善者，逕送相關單位依法處理。	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。	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）期限規定辦理」，修改為「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」。 ~~6. 原分會修訂內容三、執行方式(四)、(七)至(九)移至本項。~~ 7. 原 4.-6.刪除「管控辦法」。 8. 原 6.「管控辦法指標醫療院所申復書」修訂為「管控作業醫療院所申復書」。 9. 「醫管」修訂為「分會」。
本項刪除	(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 (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	本項刪除。

修訂內容	原內容	修正說明
	(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~~與~~健保署申請新特約醫事機構，含院所內所有醫師~~重新訂定契約者申請新的院所代碼~~)：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。~~(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. 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~~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 3 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 3 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) ~~以上~~跨區支援醫師經檢討後續連續 3 個月，任一個月申報點數超過 3 萬點，維持醫療品質監控期；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 ~~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。	(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)，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： 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。	1. 原「係指向健保署重申請新的院所代碼)」修訂為「~~係指與健保署重新訂定契約者~~向健保署申請新特約醫事機構」。 2. 刪除「(102/05 費用年月)」、「(103/9 費用年月實施)」、「photo」 3. 4(3)、(4)、(5)刪除、(6)修訂為「跨區支援醫師經檢討後連續 3 個月，任一個月申報點數超過 3 萬點，維持醫療品質監控期；但連續 3 個月申報點數小於 3 萬點，降等原則如下。」
第二章　作業說明	**管控辦法作業說明**	修訂為「第二章　作業說明」
本項刪除	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。	同意刪除。

修訂內容	原內容	修正說明
	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。	
本項刪除	二、管控辦法之作業項目及執行方式	同意刪除。
本項刪除	(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。	同意刪除。
一、 輔導等級之作業執行方式： (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) 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。	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. 修訂項次及標題文字。
二、 醫療確認單等級之作業執行方式： (一) 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	(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	1. 已刪除表 1，表 2 至表 4 依序修正項次。

修訂內容	原內容	修正說明
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~~及~~分會會議討論確有疑慮者，~~得專案送交臺北~~則函送業務組依法辦理~~稽核~~。 (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. 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. 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。	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。	2. 為符合一致性，修訂各項附表名稱。 3. 修訂項次及標題文字。 4. (四) 原「得專案送交臺北業務組稽核。」修改為「則函送業務組依法辦理。」
三、「醫療品質監控期等級之 ~~photo」~~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(電子病歷)~~(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。 照片至少有三顆（含）牙齒以上【主體及左右鄰牙】。 (2) 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。 (3) 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。 (4) 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(電子病歷)者~~(1040618 增訂)~~	(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。 (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」。	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. 修訂項次及標題文字。 4. 刪除「photo」、「(1041217 增訂)」「(1040618 增訂)」、「(1050324 修訂)」、「(1060330 新增)」 5. 2.(1) 「phot」修訂為「彩色照片」。 6. 2.(2) 「如否」修訂為「如非電子上傳者」。

修訂內容	原內容	修正說明
(1) 以電子檔上傳之 ~~photo~~ 彩色照片~~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~~非電子檔上傳者，得「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」。 (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。	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。	
四、全民健保牙醫門診醫療服務台北區專業審查作業說明流程圖如附件。		
本項刪除	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。	同意刪除。
進入台北區專業審查作業指標醫療院所 申復書 移列至第三章	進入管控辦法指標醫療院所 申復書	修訂申復書名稱。

附件

全民健保牙醫門診醫療服務台北區專業審查作業說明流程圖

院所每月申報費用上傳至業務組

~~台北區審查~~分會：

每月至健保~~署臺北業務組~~健保署執行檔案分析及函業務組申請檔案解密

健保~~署臺北~~業務組：

協助解密檔案並函~~回~~復**~~台北區審查~~分會**

~~台北區審查~~分會：

依序辦理如下

1. ~~執行管控辦法新名單~~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~~5~~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~~醫師提出申復~~。
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~~健保署臺北~~業務組查詢院所及醫師之執業~~情形~~動態。
5. 上開作業執行一季後，由分會醫管組會議討論，~~執行管控辦法後續檢討名單(一季)經醫管組會議討論後續作業，~~包括升降等、解除~~，異常名單轉常委會議繼續討論~~。

~~健保署臺北業務組~~：

查詢結果以電子郵件回復~~台北區審查~~分會。

~~台北區審查~~分會&~~健保署臺北~~業務組：

1. ~~台北區審查~~分會將最後確認執行名單造冊函~~知健保署臺北~~業務組。
2. 發文作業：

(1) ~~台北區審查~~分會函~~知牙醫~~院所辦理「輔導」及「醫療確認單」作業並副知~~健保署臺北~~業務組。

(2) ~~健保署臺北~~業務組函~~知牙醫~~院所辦理「~~診療相關證明文件~~醫療品質監控期(~~photo~~照片)」作業並副知~~台北區審查~~分會。

~~台北區審查~~分會：

牙醫院所接獲執行公文後，可於執行中~~再~~提出申復，再由分會常委會討論。

是

否

牙醫院所依第二章作業說明，三個等級之作業方式辦理

~~「醫管管控調整基準表」、「管控辦法申復調整基準表」、「加強醫療院所醫療服務品質管控辦法指標定義」~~

第三章 指標項目表

本章節指標項目區分為「管控指標項目表」及「申復調整基準表」

一、 管控指標項目表

通則：

一、**人口優惠計算方式：**總點數考量醫人口比做排名調整，醫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）

(一) 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。

(二) 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。

~~(三) 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%)。~~

~~(一)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。~~

二、**申復排除新特約院所原則：**

(一) 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)。

(二) 特殊狀況如：

1. 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。
2. 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)。
3. 或其他特殊原因。

(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) 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)，則原址或搬遷之新、舊醫療機構，不予解除新特約管控。

(三)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」。

~~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。~~

三、**指標微調：**

(一) 絕對指標、~~相對指標、~~管控指標＜極小值剔除

(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。

~~四、**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。~~

~~(2) 牙髓病科：支付標準表第三章第二節根管治療相關醫令。~~

~~(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~~

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目	修正理由
※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)~~診察費+藥費+藥事服務費~~ 2. 排除條件：(OD 點數+洗牙點數)占率~~<50%~~ 40%，得解除輔導 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爰 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)點數 分母：診療點數 註 2：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。~~(費用年月106年3月實施)~~ 3. ~~季平均門診耗值(RBRVS)≦2000，降等為追蹤。~~ 4. ~~限專科醫療(限醫院)可排除：Perio(牙周)、OS(口外)、Pedo(兒牙)、Endo(根管)~~ 註：以上 2項擇一適用~~(費用年月107年4月實施)~~	1. 本項指標於「醫管管控調整基準表 微調內容」併入本表「排除項目」，刪除3、4並定修訂註項次。 2. 刪除「(費用年月106年3月實施)」、「(費用年月107年4月實施)」。
※絕對指標 2	就醫病患平均耗用值（~~季~~月）前 ~~10~~ 15名(降冪)	目的：醫需是否正常(創造醫需) 1. 分子：~~當季~~總點數 2. 分母：~~當季~~看診人數(歸戶) 3. 排除條件：(OD 點數+洗牙點數)占率< ~~50~~ 40%者，得解除輔導 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：~~歸戶：~~為當~~季~~月~~同季~~同醫師同病人為一筆 ~~註 2：「資料期間」為當季月，即逐月按季(例：若當月為 9407，當季為 9405~9407)~~ 註~~3~~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)點數 分母：診療點數 註4：排除週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)	~~限專科醫療可排除：Perio(牙周)、OS(口外)、Pedo(兒牙)、Endo(根管)~~	1. 絕對指標(2)由前10修訂為15名。 2. 「季」修改為「月」。 3. 本項指標於「醫管管控調整基準表 微調內容」與「申復調整基準表」內容重複，本處刪除。

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目	修正理由
※絕對指標 3	高 OD 耗值患者人數（以~~季~~月為單位）前~~10~~ 15名（降冪）	目的：觀察某醫師當~~季~~月特高齲齒率病患人數 1. 高OD耗值患者：以~~該季~~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~~（降冪且高於96年12月每醫師每病患OD點數之前6百分位（降冪）值者，為高OD耗值患者；再計算每位醫師之高OD耗值患者人數~~ 2. 排除條件：乳牙 OD 顆數占率>60% 註1：歸戶：~~同季~~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) 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	1. 絕對指標(2)由前10修訂為15名。 2. 「季」修改為「月」。 3. 刪除「（降冪且高於96年12月每醫師每病患OD點數之前6百分位（降冪）值者，為高OD耗值患者；再計算每位醫師之高OD耗值患者人數」
※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)前~~10~~ 5名(降冪) ~~(102/8 費用年月實施)~~	目的：觀察某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) 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 ~~註5：1001229第4次共管會議修訂~~ ※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 ~~註 6：1020620第2次共管會議~~ ※修改：重補顆數定義 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	重補顆數(恆牙+乳牙)≦12顆~~(費用年月102年12月實施)~~	1. 設定異常標值由前10名下修為前5名，刪除「(102/8 費用年月實施)」 2. 本項指標於「醫管管控調整基準表 微調內容」併入本表「排除項目」，刪除「(費用年月102年12月實施)」。 3. 刪除「(註5：1001229第4次共管會議修訂」、「註 6：1020620第2次共管會議」

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目	修正理由
※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(不排除任何鼓勵項目)	原始申報總點數(申請點數+部分負擔點數)，不排除其他鼓勵項目~~本辦法五、執行內容(一)檔案分析註(1)管控辦法分析資料)~~。	無。	1. 新增絕對指標5。 2. 原「不排除本辦法五、執行內容(一)檔案分析註(1)管控辦法分析資料)」修訂「不排其他何鼓勵項目」。
~~※相對指標1~~	~~總點數前 3% 排名(降冪)~~	~~1. 總點數(申請點數+部分負擔點數)~~ ~~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：季平均門診耗值(RBRVS)≦2000~~ ~~2. 限專科醫療可排除：Perio(牙周)、OS(口外)、Pedo(兒牙)、Endo(根管)~~	刪除
~~※相對指標2~~	~~就醫病患平均耗用值（季）前 2%排名(降冪)~~	~~1. 分子：當季總點數~~ ~~2. 分母：當季看診人數(歸戶)~~ ~~3. 目的：醫需是否正常(創造醫需)~~ ~~註1：歸戶：同季同醫師同病人為一筆~~ ~~註2：「資料期間」為當季，即逐月按(例：若當月為 9407，當季為 9405 9407)~~ ~~註 3：排除週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)~~	~~限專科醫療可排除：Perio(牙周)、OS(口外)、Pedo(兒牙)、Endo(根管)~~	刪除
~~※相對指標3~~	~~高 OD 耗值患者人數占率（以季為單位）前 2%排名(降冪)~~	~~1. 高OD 耗值患者：以該季有 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（降冪）且高於 96 年12 月每醫師每病患 OD 點數之前 6 百分位（降冪）值者，為高OD 耗值患者；再計算每位醫師之高 OD 耗值患者人數~~ ~~2. 排除條件：乳牙 OD 顆數佔率>60%~~ ~~3. 目的：觀察某醫師當季特高齲齒率病患人數~~ ~~註 1：高 OD 耗值患者占率：~~ ~~分子：該季高 OD 耗值患者人數~~ ~~分母：該季 OD 人數~~ ~~註2：牙體復形(89001C＋89002C＋89003C＋89004C＋89005C＋89008C＋89009C＋89010C＋89011C+89012C+89013C+ 89014C+89015C)~~ ~~註 3：乳牙 OD 顆數佔率：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）~~		刪除
~~※相對指標4~~	~~二年恆牙自家重補率（前 2%）前 2%排名(降冪)~~	~~1. 分子：以分母的病人 ID(當月有做恆牙-牙體復形)回推過去二年同院所、同病患、同牙位，重複 1 筆以上之恆牙-牙體復形醫令，則分子為 1~~ ~~2. 分母：當月同醫師、同院所、同病患、同牙位，含有恆牙-牙體復形醫令，則分母為 1(填補總數)~~ ~~3. 目的：觀察恆牙 OD 醫療品質~~ ~~註1：牙體復形(89001C＋89002C＋89003C＋89004C＋89005C＋89008C＋89009C~~	~~1. 分母極小值、恆牙數量 (自家+他家)≦ 10 顆~~ ~~2. 分子極小值、二年恆牙自家重補 ≦ 5 顆~~ ~~3. 去 0 排名~~	刪除

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目	修正理由
		~~+89010C+89011C+89012C+89013C+89014C+89015C)~~ ~~註2：二年設定為730天；一年設定為365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~~ ~~註5：1001229第4次共管會議修訂~~ ~~※新增：原三年恆牙自家重補率異動為參考指標7~~		
~~※參考指標1~~	~~前一年OD失敗率(恆牙)~~	~~1. 分子：以分母的病人ID(去年同期有做牙體復形)回推往後一年自、他家院所同病患、同牙位，重複1筆以上的恆牙醫令(牙體復形醫令或根管治療醫令或拔牙醫令)則分子為1~~ ~~2. 分母：去年同期同醫師、同病患、同牙位，含有恆牙牙體復形醫令，則分母為1(填補總數)~~ ~~3. 目的：OD醫療品質~~ ~~註1：牙體復形醫令89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+89013C+89014C+89015C~~ ~~註2：根管治療醫令90015C+90001C+90002C+90003C+90019C+90020C~~ ~~註3：拔牙醫令92013C+92014C+92015C+92016C~~ ~~註4：恆牙牙位代碼：11-18、21-28、31-38、41-48 註5：一年設定為365天~~ ~~註6：資料期間：前一年~~ ~~（例：若當月為9407分母為去年同期9307分子為9307—9407 註7：牙位計算排除19、29、39、49、99及錯誤牙位~~ ~~註8：意義：觀察某醫師去年同期至今年當月恆牙補牙失敗比率~~		刪除
~~※參考指標2~~	~~前一年OD失敗率(乳牙)~~	~~1. 分子：以分母的病人ID(去年同期有做牙體復形)回推往後一年自、他家院所同病患、同牙位，重複1筆以上的乳牙醫令(牙體復形醫令或根管治療醫令或拔牙醫令)則分子為1~~ ~~2. 分母：去年同期同醫師、同病患、同牙位，含有乳牙牙體復形醫令，則分母為1(填補總數)~~ ~~3. 目的：OD醫療品質~~ ~~註1：牙體復形醫令(89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+89013C+89014C+89015C)~~ ~~註2：根管治療醫令90015C+90016C+90018C~~ ~~註3：拔牙醫令92055C~~ ~~註4：乳牙牙位代碼：51-55、61-65、71-75、81-85~~		刪除

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目	修正理由
		~~註 5：一年設定為 365 天~~ ~~註 6：資料期間：前一年~~ ~~（例：若當月為 9407 分母為去年同期 9307 分子為 9307－9407）~~ ~~註7：牙位計算排除 99 及錯誤牙位~~ ~~註 8：意義：觀察某醫師去年同期至今年當月乳牙補牙失敗比率~~		
~~※參考指標3~~	~~三年自家重補率~~	~~1. 分子：以分母的病人 ID(當月有做牙體復形) 回推過去三年同院所、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、同院所、同病患、同牙位，含有牙體復形醫令，則分母為 1 (填補總數)\~~ ~~3. 目的：OD 醫療品質~~ ~~註1：牙體復形醫令(89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+ 89008C + 89009C + 89010C + 89011C +89012C+89013C)~~ ~~註2：牙位計算排除 19、29、39、49、99 及錯誤牙位（詳備註三）~~ ~~註3：三年設定為 1095 天~~ ~~註4：資料期間：當月往前推三年(例：若當月為 9407，往前推三年期間 9107-9407)~~ ~~註 5：意義：觀察某醫師當月補牙醫令有多少比率為重複補牙~~		刪除
~~※參考指標4~~	~~平均填補面數~~	~~1. 分子：牙體復形(89001C+ 89004C+89008C+ 89011C) 醫令數 *1+(89002C+89005C+89009C) 醫令數 *2+(89003C+89010C+89012C) 醫令數*3 合計~~ ~~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 (填補顆數)~~ ~~3. 目的：量化觀察 OD 是否正常~~		刪除
~~※參考指標5~~	~~平均每位 OD 患者填補顆數~~	~~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：牙體復形顆數／當月申報 OD 人數(歸戶)~~ ~~4. 目的：觀察院所醫療模式~~ ~~註1：牙體復形醫令（89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+ 89008C + 89009C + 89010C + 89011C+89012C+89014C+89015C）~~ ~~註 2：歸戶：同月同醫師同病人為一筆~~		刪除
~~※參考指標6~~	~~OD 點數比率~~	~~1. 分子：牙體復形 89001C、89004C、89008C、89011C、89002C、89005C、89009C、89003C、89010C、89012、89014C、89015C 醫令點數合計~~ ~~2. 分母：診療點數合計~~		刪除

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目	修正理由
~~※參考指標7~~	~~三年恆牙自家重補率~~	~~1. 分子：以分母的病人ID(當月有做恆牙-牙體復形)回推過去三年同院所、同病患、同牙位，重複1筆以上之恆牙-牙體復形醫令，則分子為1~~ ~~2. 分母：當月同醫師、同院所、同病患、同牙位，含有恆牙-牙體復形醫令，則分母為1(填補總數)~~ ~~3. 目的：觀察恆牙OD醫療品質~~ ~~註1：牙體復形(89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C)~~ ~~註2：三年設定為1095天~~ ~~註3：資料期間：三年（例：若當月為9707，回推過去三年9407-9707）~~ ~~註4：牙位計算排除19、29、39、49、99及錯誤牙位（詳備註三）~~ ~~註5：1001229第4次共管會議新增修訂~~ ~~※指標項目異動：原為相對指標4異動為參考指標7~~		刪除
~~※參考指標8~~	~~一年半乳牙自家重補率~~	~~1. 分子：以分母的病人ID(當月有做乳牙-牙體復形)回推過去一年半同院所、同病患、同牙位，重複1筆以上之乳牙-牙體復形醫令，則分子為1~~ ~~2. 分母：當月同醫師、同院所、同病患、同牙位，含有乳牙-牙體復形醫令，則分母為1(填補總數)~~ ~~3. 目的：乳牙OD醫療品質~~ ~~註1：牙體復形(89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+89014C+89015C)~~ ~~註2：牙位計算排除19、29、39、49、99及錯誤牙位（詳備註三）~~ ~~註3：一年半設定為545天~~ ~~註4：資料期間：當月往前推一年半年(例：若當月為9407，往前推一年半期間9301-9407)~~ ~~註5：意義：觀察某醫師當月補乳牙醫令有多少比率為同院所重複補牙~~ ~~註6：1001229第4次共管會議新增修訂~~ ~~※指標項目異動：原為相對指標5異動為參考指標8~~		刪除
~~※參考指標9~~	~~一年半乳牙他家重補率~~	~~1. 分子：以分母的病人ID(當月有做乳牙-牙體復形)回推過去一年半不同院所、同病患、同牙位，重複1筆以上之乳牙-牙體復形醫令，則分子為1~~ ~~2. 分母：當月同醫師、同院所、同病患、同牙位，含有乳牙-牙體復形醫令則分母為1(填補總數)~~ ~~3. 目的：乳牙OD醫療品質~~ ~~註1：牙體復形(89001C+89002C+89003C+89004C+89005C+89008C+89009C+89010C+89011C+89012C+89013C+89014C+89015C)~~ ~~註2：牙位計算排除19、29、39、49、99及錯誤牙位（詳備註三）~~ ~~註3：一年半設定為545天~~ ~~註4：資料期間：當月往前推一年半年(例：若當月為9407，往前推一年半期間9301-9407)~~		刪除

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目	修正理由
		~~註5：意義：觀察某醫師當月補乳牙醫令有多少比率為跨院所重複補牙~~ ~~註 6：1001229 第 4 次共管會議新增修訂~~ ~~※指標項目異動：原為相對指標 7 異動為參考指標 9~~		
※~~管控指標~~ 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：申報點數低於總點數平均值者排除 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)	1. 修正指標項目名稱新執業醫師。 2. 本項指標於「醫管管控調整基準表 微調內容」併入本表「排除項目」。
※~~管控指標~~ 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：牙體復形顆數/當月申報 OD 人數(歸戶) 4. 目的：觀察院所醫療模式 5. 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） 註2：歸戶：同月同醫師同病人為一筆 ~~註3：1001229第4次共管會議修訂~~ ※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，享優惠~~ 2. ~~金門及馬祖離島地區，不計。~~	1. 修正指標項目名稱新執業醫師。 2. 刪除「註3：1001229第4次共管會議修訂。
※~~管控指標~~ 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OD 醫療牙品質，觀察某醫師當月補牙比率 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) 註2：牙位計算排除19、29、39、49、99及錯誤牙位（詳備註三） 註3：1年設定為365天	無。	1. 修正指標項目名稱新執業醫師。 2. 刪除「註5：意義：觀察某醫師當月補牙醫令有多少比率為重複補牙」，合併為目的。 3. 刪除「註6：1001229 第4次共管會議修訂、1070322 第1次共管會議修訂」

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目	修正理由
		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-9407) ~~註5：意義：觀察某醫師當月補牙醫令有多少比率為重複補牙~~ ~~註6：1001229第4次共管會議修訂、1070322第1次共管會議修訂~~ ※異常值設定修改：原為高於75百分位值		
※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~~局~~署申請新特約~~的~~醫事機構~~代碼~~，含院所內所有醫師~~稱之~~） 3. 排除條件：申報點數低於總點數平均值者排除 註1：~~1010326第1次共管會議修訂※新增，~~定義同~~管控~~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)。	1. 註1「管控指標1」修訂名稱為「新執業醫師指標1」 2. 原2.「新開業/特約院所-（向健保局申請新的醫事機構代碼，含院所內所有醫師稱之）」修訂為「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. 刪除「註1：1010326第1次共管會議修訂※新增」 4. 本項指標於「醫管管控調整基準表 微調內容」併入本表「排除項目」。
※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，觀察某醫師當月洗牙次數、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~~(98年第1次共管)~~ 4. 新特約院所：新開業/特約院所-(向健保~~局~~署申請新特約~~的~~醫事機構~~代碼~~，含院所內所有醫師~~稱之~~） 註1：「資料期間」為半年(180天)，~~(例：若當月9407，回推過去半年9401-9407)~~ ~~註2：半年設定為180天~~ ~~註3：意義：觀察某醫師當月洗次數有多少比率為重複牙結石清除~~ ~~註4：1010326第1次共管會議修訂、1070322第1次共管會議修訂~~	無。	1. 刪除「註3：意義：觀觀察某醫師當月洗次數有多少比率為重複牙結石清除」，合併為目的。 2. 原4.「新開業/特約院所-（向健保局申請新的醫事機構代碼，含院所內所有醫師稱之）」修訂為「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. 註1刪除「(例：若當月9407，回推過去半年9401-9407)」 4. 刪除註2至註4。

指標項目	設定異常值	指標定義	排除項目	修正理由
※新特約指標3	~~一年重補率(他家)進入全區前10%排名新特約院所醫師(降冪)~~ 一年他家重複填補率(高於全區前10%)	目的：為提升OD醫療牙品質，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~~局署~~申請新特約~~的~~醫事機構~~代碼~~，含院所內所有醫師~~稱之~~）。 註1：牙體復形(89001C +89002C +89003C +89004C +89005C +89008C + 89009C + 89010C + 89011C+89012C+89013C+ 89014C+89015C) 註2：牙位計算排除19、29、39、49、99 及錯誤牙位（詳備註三） 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-9407) ~~註5：意義：觀察某醫師當月補牙醫令有多少比率為重複補牙~~ 註6：~~11010326第1次共管會議修訂、1070322第1次共管會議修訂，~~定義同~~管控~~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。	1. 設定異常值由「一年重補率(他家)進入全區前10%排名新特約院所醫師(降冪)」修訂為「一年他家重複填補率(高於全區前10%)」。 2. 刪除「註5：意義：觀察某醫師當月補牙醫令有多少比率為重複補牙」，合併為目的。 5. 原4.「新開業/特約院所-（向健保局申請新的醫事機構代碼，含院所內所有醫師稱之）」修訂為「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）」 6. 刪除註6「11010326第1次共管會議修訂、1070322第1次共管會議修訂」。
※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~~本辦法五、執行內容(一)檔案分析註(1)管控辦法分析資料)~~。 2. 新特約院所：新開業/特約院所-(向健保~~局署~~申請新特約~~的~~醫事機構~~代碼~~，含院所內所有醫師~~稱之~~） ~~註：11010326第1次共管會議修訂 ※新增~~	1. 91021C、91022C、91023C及16案件(申報清單)可排除，申報最高30萬點。 2. 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~~ 醫療品質監控期作業。另已執行~~Photo~~ 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。	1. 原「不排除本辦法五、執行內容(一)檔案分析註(1)管控辦法分析資料)」修訂為「不排除任何鼓勵項目」。 2. 原2.「新開業/特約院所-（向健保局申請新的醫事機構代碼，含院所內所有醫師稱之）」修訂為「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. 刪除註1。 4. 本項指標於「醫管管控調整基準表 微調內容」併入本表「排除項目」，「Photo」修訂為「醫療品質監控期」。

二、管控辦法申復調整基準表

通則：

一、絕對指標名單，新名單查詢過去一年或半年(總點數<30%)內原始資料無指標進入(經醫管微調及申復有效舉證指標不計)，申復可作為降等留紀錄依據。

二、該醫師於前次申復為有效舉證，指標則不予採計。

三、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。

四、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。

五、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。

六、「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。

七、「資深醫師」排除通則：

八、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：

(一) 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。

(二) 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、 牙周病統合性治療第二階段支付(91022C)申復原則：

(一) 僅限進入「絕對指標1、相對指標1、管控指標1、新特約指標1」當月申報91022C件數達3件之醫師個人除原有「醫管管控微調基準表」另加3萬點額度。

(二) 檢附舉證資料：當月申報91022C申報明細表及醫令清單3件。

十二、 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：

(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，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

(二) 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。

(一) 兒童牙科：未滿 13 歲之申報點數或案件數大於 60%。

(二) 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%。

(三) 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。
2. 牙髓病科：支付標準表第三章第二節根管治療相關醫令。
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

指標項目			舉證內容及比例	修正理由
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。			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)	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	無。
	~~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)~~	刪除相對指標。
	~~管控~~ 新執業醫師指標2	平均填補顆數	1. 舉證成功率：8 成(以顆數計算) 2. 限專科醫療模式可排除：兒童牙科(舉證申報案件月報表)	修正指標項目名稱新執業醫師。
	~~管控~~ 新執業醫師指標4	一年他家重複填補率	舉證成功率：8成(以顆數計算)	修正指標項目名稱新執業醫師。
	新特約指標3			無。
	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。	刪除相對指標。
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	無。
~~管控~~ 新執業醫師指標	~~「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。~~	本項移至通則。
	~~管控~~ 新執業醫師指標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。	修正指標項目名稱新執業醫師。
新特約指標	~~「資深醫師」排除通則~~		~~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。~~	本項移至通則。
	~~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」。~~	本項移至通則。

指標項目			舉證內容及比例	修正理由
	~~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. 舉證檢附資料：~~ ~~(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。~~	本項移至通則。
	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 年以上且執行專科醫療模式(口腔顎面外科、牙髓病科、兒童牙科)。 2. 舉證一次(申報案件月報表)，有效期限 3 個月。	無。
	新特約指標4	院所原始申報點數70萬點	舉證91021C、91022C、91023C 及16案件(申報清單)可排除，申報最高30萬點。	無。
	新特約指標4	院所原始申報點數70萬點	「牙醫醫院、醫學中心或醫學院附設醫院牙科部」 1. 舉證 91021C、91022C、91023C 之醫令(申報清單)可排除，申報最高 30 萬點。 2. 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。 3. 舉證檢附資料：申報案件月報表	無。
絕對指標1		總點數前1%	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)	無。
~~相對指標1~~		~~總點數前3%~~	~~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(舉證申報案件月報表)~~	刪除相對指標。
絕對指標2		就醫病患平均耗用值前10名(季指標)	1. 限專科醫療模式可排除：口腔顎面外科、牙髓病科、牙周病科、兒童牙科 2. 舉證一次(申報案件季報表)，有效期限 3 個月。	無。
~~相對指標2~~		~~就醫病患平均耗用值前2%(季指標)~~		刪除相對指標。
~~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~~	本項移至通則。
~~「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。~~	本項移至通則。

指標項目	舉證內容及比例	修正理由
專科醫療模式認定標準	申復時依當月申報模式舉證，申報點數或案件數占率大於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。 (2). 牙髓病科：支付標準表第三章第二節根管治療相關醫令。 (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：外傷性或唇顎顎裂 (6). 口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。	
~~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、相對指標 1、管控指標 1、新特約指標 1」當月申報 91022C 件數達 3 件之醫師個人除原有「醫管管控微調基準表」另加 3 萬點額度。~~ ~~2. 檢附資料：當月申報 91022C 申報明細表及醫令清單~~	本項移至通則。
~~跨區支援~~	~~醫院專科醫師可舉證排除~~	本項移至通則。

牙醫門診醫療服務台北區審查分會

附件2

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、1080227 健保北字第 1081047678 號函、1090213 健保北字第 1091640046 號函、1090721 第 1 次牙醫共管臨時會、1090924 第 3 次牙醫共管會議、**1100325 第 1 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) 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
	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. 限專科醫療模式可排除：兒童牙科(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
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」，專科醫療模式(口腔顎面外科、牙髓病科、兒童牙科)

2021/3/30

指標項目			舉證內容及比例
			2. 舉證一次(申報案件月報表)，有效期限 3 個月。 3. **<u>若 2 年內均未落入「管控辦法申復調整基準表」任一指標項目者，且申報點數未超過當月管控指標 1 數據之 110%者，始可申復予以降等。</u>**
新特約指標	「資深醫師」排除通則		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。
	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」。
	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. 舉證檢附資料：(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。
	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 年以上且執行專科醫療模式(口腔顎面外科、牙髓病科、兒童牙科)。 2. 舉證一次(申報案件月報表)，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 91021C、91022C、91023C 及 16 案件(申報清單)可排除，申報最高 30 萬點。
	新特約指標 4	院所原始申報點數 70 萬點	「牙醫醫院、醫學中心或醫學院附設醫院牙科部」 1. 舉證 91021C、91022C、91023C 之醫令(申報清單)可排除，申報最高 30 萬點。 2. 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。 3. 舉證檢附資料：申報案件月報表
絕對指標 1		總點數前 1%	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)
相對指標 1		總點數前 3%	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(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. 限專科醫療模式可排除：口腔顎面外科、牙髓病科、牙周病科、兒童牙科 2. 舉證一次(申報案件季報表)，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

指標項目	舉證內容及比例
	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。 (2). 牙髓病科：支付標準表第三章第二節根管治療相關醫令。 (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：外傷性或唇額裂 (6). 口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。
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、相對指標 1、管控指標 1、新特約指標 1」當月申報 91022C 件數達 3 件之醫師個人除原有「醫管管控微調基準表」另加 3 萬點額度。 2. 檢附資料：當月申報 91022C 申報明細表及醫令清單
跨區支援	醫院專科醫師可舉證排除