

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式
牙醫總額部門

指標名稱	031-牙醫門診當月就診超過9次以上
實施目的	提高醫療品質及保障民眾就醫權益，減少民眾就醫往返的不便，更有效率地運用醫療資源。
指標定義與排除條件	<p>排除下列案件後，按診所代碼及病人身分證號同院所歸戶，當月就診超過9次以上個案(意即第10次起不予支付)，依後列「處理方式」核減超過次數之診察費。</p> <p>排除條件：</p> <p>診察費為0。</p> <p>排除牙科相關之重大傷病案件(1)需積極或長期治療之癌症(ICD-9CM: 140-208) (2)先天性凝血異常(ICD-9CM: 2860,2861,2862,2863) (3)先天性畸形(唇、顎裂)(ICD-9CM: 74901-74904,74911-74914,74921-74925)。</p> <p>中度以上身心障礙案件，係指排除案件分類為16中之特殊治療項目代號為F5、F7、F8、F9案件。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	牙醫門診總額部門
處理方式	不予支付點數＝【(當月就診9次以上病人總就診次數－當月就診9次以上病人人數*9)÷當月就診9次以上病人總就診次數】*當月就診9次以上病人申報之總診察費。
衛生署核准日期及文號	中華民國97年12月29日衛署健保字第0970091390號函
健保局公告日期及文號	中華民國98年1月13日健保審字第0970046317號
實施起日	98年3月1日(費用年月) (本項指標定義實施至99年9月30日)

指標名稱	031-牙醫門診當月就診超過9次以上
實施目的	提高醫療品質及保障民眾就醫權益，減少民眾就醫往返的不便，更有效率地運用醫療資源。
指標定義與排除條件	<p>排除下列案件後，按診所代碼及病人身分證號同院所歸戶，當月就診超過9次以上個案(意即第10次起不予支付)，依後列「處理方式」核減超過次數之診察費。</p> <p>排除條件： 診察費為0。</p> <p>排除牙科相關之重大傷病案件(1)需積極或長期治療之癌症(ICD-9CM: 140-208) (2) 先天性凝血異常(ICD-9CM: 2860,2861,2862,2863) (3)先天性畸形(唇、顎裂)(ICD-9CM: 74901-74904,74911-74914,74921-74925)。</p> <p>排除特殊服務項目醫療服務試辦計畫案件，係指排除案件分類為16之案件。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	牙醫門診總額部門
處理方式	不予支付點數 = $\left[\left(\text{當月就診9次以上病人總就診次數} - \text{當月就診9次以上病人人數} * 9 \right) \div \text{當月就診9次以上病人總就診次數} \right] * \text{當月就診9次以上病人申報之總診察費}$ 。
衛生署核准日期及文號	中華民國99年8月20日衛署健保字第0990020895號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年8月26日健保審字第0990007269號
實施起日	99年10月1日(費用年月)~104年12月31日

指標名稱	031-牙醫門診當月就診超過9次以上
實施目的	提高醫療品質及保障民眾就醫權益，減少民眾就醫往返的不便，更有效率地運用醫療資源。
指標定義	排除下列案件後，按診所代碼及病人身分證號同院所歸戶，當月就診超過9次以上個案(意即第10次起不予支付)，依後列「處理方式」核減超過次數之診察費。 排除條件： 診察費為0。 排除牙科相關之重大傷病案件(1)需積極或長期治療之癌症 ICD-9-CM 140-208；ICD-10-CM/PCS C00-C96, 排除 C944、C946(2)先天性凝血異常 ICD-9CM2860,2861,2862,2863；ICD-10- CM/PCS D66,D67,D681,D682(3)先天性畸形(唇、顎裂) ICD-9CM 74901-74904,74911-74914,74921-74925；ICD-10- CM/PCS Q35,Q36,Q37。 排除特殊服務項目醫療服務試辦計畫案件，係指排除案件分類為16之案件。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	牙醫門診總額部門
處理方式	不予支付點數 = $\left[\left(\text{當月就診9次以上病人總就診次數} - \text{當月就診9次以上病人人數} * 9 \right) \div \text{當月就診9次以上病人總就診次數} \right] * \text{當月就診9次以上病人申報之總診察費}$ 。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
預訂實施起日	105年1月1日(費用年月)

「031-牙醫門診當月就診超過9次以上」附表

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS	備註
牙醫	031-牙醫門診當月就診超過9次以上	2860	D66	
		2861	D67	
		2862	D681	
		2863	D682	
		140-208	C00-C96	排除 C944、C946
		74901-74904	Q35	
		74911-74914	Q36	
		74921-74925	Q37	

指標名稱	032-牙醫門診申報簡單性拔牙之平均藥費達極端顯著性差異
實施目的	為使醫師更精確、更有效率的使用藥物，同時也讓病患不過度依賴藥物。
指標定義與排除條件	<p>指標定義：</p> <p>分子：牙醫門診申報92013C 案件申報之藥費(包括自行調劑與交付調劑)。</p> <p>分母：牙醫門診申報92013C 之醫令數。</p> <p>公式：分子/分母。</p> <p>排除條件：</p> <p>(1)排除中度以上身心障礙案件，係指排除案件分類為16之案件。</p> <p>(2)排除巡迴醫療之保險對象案件，係指排除案件分類為14之案件。</p> <p>(3)排除預防保健之保險對象案件，係指排除案件分類為 A3之案件。</p> <p>(4)排除職災代辦案件，係指排除案件分類為 B6之案件。</p> <p>(5)排除當次申報 92013C 合併申報 92014C、92015C、92016C、92059C、92063C、92064C 之案件。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所別按月分析
分析範圍	牙醫門診總額部門
處理方式	<p>申報簡單性拔牙案件，每醫令平均申報藥費超過110點者，核減超出110點之藥費。</p> <p>不予支付點數 = (簡單拔牙每醫令平均藥費 - 110) * 92013C 醫令數</p> <p>備註：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 簡單拔牙案件之藥品如為交付調劑，不予支付點數 = $[(\text{藥品品項} * \text{支付單價}) / 92013C \text{ 之醫令數} - 110] * 92013C \text{ 醫令數}$
衛生署核准日期及文號	中華民國99年3月11日衛署健保字第0990005683號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年3月22日健保審字第0990001221號
實施起日	99年5月1日 (費用年月)

指標名稱	034-同院所同醫師同病人施行根管開擴及清創(90015C)往前追溯30天內申報齒內治療緊急處理(90004C)之比率。
實施目的	齒內治療緊急處理程序(90004C)應於患者病症處於緊急醫療狀態下進行，非常規牙髓疾病醫療程序之必要步驟，期望根管治療模式能符合科學與人文關懷之要求。
指標定義與排除條件	<p>指標定義：</p> <p>分子：同院所同一醫師同一病人當月申報90015C之同一牙位往前追溯30天曾申報90004C之顆數。</p> <p>分母：同院所同一醫師同一病人當月申報90015C之顆數。</p> <p>公式：分子/分母。</p> <p>排除條件：</p> <p>(1)排除中度以上身心障礙案件，係指排除案件分類為16之案件。</p> <p>(2)排除巡迴醫療之保險對象案件，係指排除案件分類為14之案件。</p> <p>(3)排除同院所同一醫師當月申報90015C之顆數未達3顆之案件。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所別按月分析
分析範圍	牙醫門診總額部門
處理方式	同院所同一醫師當月申報90015C之顆數3顆(含)以上，施行根管開擴及清創(90015C)往前追溯30天內申報齒內治療緊急處理(90004C)之比率超過40% (含)以上不予支付。
衛生署核准日期及文號	中華民國99年9月1日衛署健保字第0990021673號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年9月9日健保審字第0990007507號
實施起日	99年11月1日 (費用年月)

指標名稱	048-根部齲齒同牙位2年自家再補率
實施目的	1. 為提昇根部齲齒用複合體填補復形之醫療品質。 2. 利用檔案分析檢視異常，訂出相對合理之不予支付指標，加強管控醫療品質。
指標定義	指標定義：同類牙申報複合體充填(89013C)後，往前追溯2年內自家曾申報複合體充填之比率。 分子-當月自家申報複合體充填填補顆數(牙位)往前追溯2年內曾申報複合體充填之顆數。 分母-當月自家申報複合體充填填補顆數。 排除條件： 1. 排除特殊服務項目醫療服務試辦計畫案件，係指排除案件分類為16之案件。 2. 排除巡迴醫療之保險對象案件，係指排除案件分類為14之案件。 3. 排除院所當月申報複合體充填小於等於3顆。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	牙醫門診總額部門
處理方式	根部齲齒同牙位2年自家再填補率超過10%(含)以上的填補顆數則不予支付。 不予支付點數=(自家再填補率-10%)*複合體充填總申報醫令點數
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年7月25日衛部保字第1030121656號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年7月29日健保審字第1030008629號
實施日期	103年11月1日(費用年月)

指標名稱	050-牙醫門診每位醫師每月申報口內切開排膿（92003C）醫令數大於20次
實施目的	口內切開排膿係因病人罹患蜂窩性組織炎或相關疾病而進行之牙科治療，為使有限的醫療預算得到最好的利用，本指標對統計數值中常態分佈的極端值不予給付。惟雖以20件訂為不予支付之閾值，牙醫師仍應本著專業判斷對患者實際病情給予適當的治療，倘有違背醫學倫理或相關醫學專業，仍應依相關規定辦理。
指標定義	牙醫門診每位醫師每月申報口內切開排膿（92003C）20次以上 分母：同院所同一醫師每月申報口內切開排膿（92003C）醫令數 分子：分母案件中，申報口內切開排膿（92003C）醫令數超過20次以上者，自第21次起不予支付。 排除對象：申請轉診加成之口腔顎面外科、口腔病理科專科醫師。
指標屬性	負向
分析單位	依同一院所及醫師按月分析
分析範圍	牙醫門診總額部門
處理方式	同院所同一醫師每月申報口內切開排膿（92003C），自第21次起不予支付。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年10月14日衛部保字第1040130744號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年10月21日健保審字第1040036481號函
實施起日	104年12月1日(費用年月)

指標名稱	052-同院所同醫師當月申報簡單性口內切開排膿(92071C)大於40次
實施目的	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使有限的醫療預算得到最好的利用，排除口腔顎面外科、口腔病理科專科醫師及申請牙醫門診總額支付制度專科轉診加成之牙髓病科、牙周病科、兒童牙科、口腔顎面外科醫師後，對統計數值中常態分佈的極端值不予支付。 2. 牙醫師應依專業判斷及醫學倫理，針對患者實際病情，給予適當的治療並如實申報，倘有違背醫學倫理或相關醫學專業，仍應依相關規定辦理。
指標定義	<p>同院所同一醫師每月申報簡單性口內切開排膿(92071C)超過40次以上者，自第41次起不予支付。</p> <p>排除對象：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生福利部認定口腔顎面外科、口腔病理科專科醫師。 2. 申請牙醫門診總額支付制度專科轉診加成之牙髓病科、牙周病科、兒童牙科、口腔顎面外科醫師。
指標屬性	負向
分析單位	依同一院所及醫師按月分析
分析範圍	牙醫門診總額部門
處理方式	同院所同一醫師每月申報簡單性口內切開排膿（92071C），自第41次起不予支付。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月26日衛部保字第1051260779號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月4日健保審字第1050044923號函
實施日期	106年2月1日

指標名稱	056-同院所同醫師當月申報牙齦切除術(91013C)大於24次
實施目的	<p>1.使有限的醫療預算得到最好的利用，排除口腔顎面外科、口腔病理科專科醫師及申請牙醫門診總額支付制度專科轉診加成之牙體復形科、牙髓病科、牙周病科、兒童牙科、口腔顎面外科醫師後，對統計數值中常態分佈的極端值不予給付。</p> <p>2.牙醫師應依專業判斷及醫學倫理，針對患者實際病情，給予適當的治療並如實申報，倘有違背醫學倫理或相關醫學專業，仍應依相關規定辦理。</p>
指標定義	<p>同院所同一醫師每月申報牙齦切除術(91013C)超過24次以上者，自第25次起不予支付。</p> <p>排除對象：</p> <p>1.巡迴醫療之保險對象案件，係指案件分類為14之案件。</p> <p>2.特殊醫療服務計畫案件，係指案件分類為16之案件。</p> <p>3.衛福部認定口腔顎面外科、口腔病理科專科醫師、申請牙醫門診總額支付制度專科轉診加成之牙體復形科、牙髓病科、牙周病科、兒童牙科、口腔顎面外科醫師。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依同一院所及醫師按月分析
分析範圍	牙醫門診總額部門
處理方式	同院所同一醫師每月申報牙齦切除術(91013C)，自第25次起不予支付。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國106年9月21日衛部保字第1061260412號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年10月2日健保審字第1060012750號函
實施起日	107年1月1日（費用年月）