

健保局中區業務組與牙醫門診醫療服務中區審查分會

102 年第 1 次聯席會議紀錄

時間：102 年 3 月 26 日下午 1 時

地點：健保局中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席人員：（依據姓氏筆劃順序排續）

牙醫門診醫療服務中區審查分會

石委員家璧、何委員欽鈕、吳委員佳漣、
呂委員樹東、李委員俊超、林委員天經、
林委員炳宏、施委員碩和、張委員育超、
張委員標能、郭委員景星、陳委員長泰、
陳委員育志、黃委員尊欽、黃委員立賢、
蔡委員松柏、羅委員界山

健保局中區業務組

陳專委墩仁、楊科長育英、程視察千花、
羅視察國樑、林淑惠、李秀枝、鄧幸宜

列席人員：成錦瑩、陳明麗

請假人員：周委員明勇、陳委員遠謙、劉委員明仁、
顏委員榮俊

主 席：方組長志琳、游主任委員振渥

紀 錄：陳淑英

壹、宣布開會

貳、前次會議決議事項辦理情形追蹤報告（詳會議
資料）

參、主席致詞：（略）

肆、報告事項：

一、業務報告

本轄區牙醫總額執行概況及相關資料分析（詳會議資料）

內容摘要與決定：

（一）總額執行概況

- 1、 101 年供給面與去年同期比較
 - (1) 診所數成長為 1.0%。
 - (2) 醫師數成長為 2.6%。
 - 2、 101 年利用面與去年同期比較：
 - (1) 申報件數成長 2.6%。
 - (2) 醫療點數為 7,563(百萬點)，較去年同期比較成長 3.5% (全局值 4.5%)。
 - (3) 平均每件點數 1,176 (低於北區 1,229、東區 1,181) 較去年同期比較成長 0.9 %。
 - 3、 101 年申報醫療費用點數
 - (1) 案件分類：除牙醫急診為負成長外，其餘(牙醫門診手術、無牙醫鄉服務、牙周病統合照護、特殊服務、其他專案、預防保健..等)皆為正成長。
 - (2) 費用分類：藥服費、診察費、診療費為正成長、藥費為負成長。
 - 4、 101 年整體上四季平均點值成長率為-1.78%。(較其他分區負成長較少-2.47~3.20%)
 - 5、 101 年牙醫申訴案件
 - (1) 申訴案件共計有 62 件，台中市 34 件、台中縣 12 件、彰化縣 2 件、南投縣 14 件。主要申訴以醫療行政或違規事項 25 件最多、其次為疑有虛報醫療費用 20 件。
 - (2) 申訴案件較 100 年增加 13 件，其中以疑有虛報醫療費用增加 12 件最多。
 - 6、 本轄區 101 年第 3 季牙醫總額各項專業醫療服務品質指標數皆在監測值。
- (二) 102 年牙醫門診總額醫療給付費用

牙醫門診醫療給付費用成長率 1.41%，其中一般服務成長率為 0.98%，專款項目全年經費為 1,205.8 百萬元，較 101 年度所核定總額成長 1.42%。

(三) 102 年管理重點

- 1、牙體復形：醫師別之季平均每人牙體復形費用、牙體復形顆數前 90 百分位。
- 2、全口牙結石清除與重複清除率：跨院重複執行人數高於同儕前 90 百分位、全口牙結石清除率（常被民眾申訴、抱怨之項目）。
- 3、支付標準調升項目：調整後申報之合理性，102 年 3 月起調高 69 項診療項目，預估費用增加約 1 億點。
- 4、藥品：同儕平均每人藥費比較。101 年有 1,007 家診所(75.71%)開立處方，藥費合計 6,079 萬點，較 97 年(基期年)多 700 萬點。

二、行政院衛生署於 101 年 12 月 24 日以衛署健保字第 1012660308 號令修正「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」名稱為「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」，自 102 年 1 月 1 日施行。

- (一) 第 3 條：增列保險醫事服務機構提供之複製本等證明文件，應載明或書面聲明與正本相符。
- (二) 第 7 條：增訂第二項，採電子資料網路申報者，以保險人收到傳送醫療費用申報表單之日期為暫付期限起算日期。但書面醫療費用申報表單送達保險人之日期較電子傳送日逾五日者（不含例假日），以書面醫療費用申報表單送達之日算起。
- (三) 第 11 條：增列超過 60 日未提供補件資料者，保險人得逕依申報資料辦理核定。

相關資訊查詢請至行政院衛生署中央健康保險局首頁「健保法令」專區(<http://www.nhi.gov.tw/健保法令/全民健保法相關法規/29.全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法>)。

三、「二代健保法」自 102 年 1 月 1 日起實施，請分會協助轉知會員並加強宣導。

(一) 第 62 條修訂申報期限規定，自 102 年 1 月 (費用年月)起保險醫事服務機構應於提供醫療服務之次月起 6 個月內，向健保局申報。

例如 102 年 1 月份提供之醫療服務費用，應於 102 年 7 月(含)前向本局提出申報。

(二) 第 81 條修訂對詐領保險給付及醫療費用者將加重處罰，原依詐領金額處以 2 倍罰鍰之額度，提高為 2-20 倍，情節重大者公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。

四、「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」業由行政院衛生署於 101 年 12 月 28 日以衛署健保字第 1012660329 號令修正發布，自 102 年 1 月 1 日起實施；修正重點如下：

(一) 第 5 條：申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，於 5 年內不予特約。

- 1、同址之機構最近 5 年內，受停約或終止特約 2 次以上。
- 2、終止特約執行完畢後 5 年內，再次受停約或終止特約。
- 3、停約執行完畢後 5 年內，再次受終止特約或停約 2 次以上。

(二) 第 12 條：保險醫事服務機構先行提供醫療服務時，應同時造具保險對象未繳驗保險憑證、繳費及退費金額紀錄。

- (三) 第 37 條第 6 款：容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務者，扣減其申報之相關醫療費用之 10 倍金額。
- (四) 第 38 條：增訂保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月：
- 1、違反本法第 68 條、第 80 條第 1 項規定，經保險人分別處罰 3 次後，再有違反。
全民健康保險法第 68 條：保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。
全民健康保險法第 80 條第 1 項：主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險醫事服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢。保險醫事服務機構不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。
 - 2、違反依第 36 條規定受違約記點 3 次後，再有違反。
 - 3、經扣減醫療費用 3 次後，再有前條規定之一。
 - 4、拒絕對保險對象提供適當之醫事服務，且情節重大。
- (五) 第 39 條第 5 款：增訂保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，予以停約 1 個月至 3 個月。
- (六) 第 40 條第 1 項第 4 款：修正保險醫事服務機構容留容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大始終止特約。所稱情節重大，指下列情事之一：
- 1、違約虛報點數超過 10 萬點，並有發給保險對象非醫療必要之藥品、營養品或其他物品。

- 2、 違約虛報點數超過 10 萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。
- 3、 違約虛報點數超過 15 萬點，並有虛報保險對象住院診療。
- 4、 違約虛報點數超過 25 萬點。

相關資訊查詢請至行政院衛生署中央健康保險局首頁「健保法令」專區(<http://www.nhi.gov.tw/健保法令/全民健保法相關法規/23.全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法>)。

五、 關於 102 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫(以下稱計畫)將 101 年計畫原事後結算給與各身障等級不同成數之加成費用方式，改為可先申報加成費用，並追溯自 102 年 1 月 1 日生效各項申報疑義及處理方式如下，請分會協助輔導所屬會員。

(一) 有關 102 年 1-3 月(費用年月)部分可否依 101 年結算方式核算加成費用自動補付乙節：

1、 因結算作業係以新年度之邏輯為主，如由本局依 101 年之計算方式加成，當全年預算不足時，須再研議如何分配預算，屆時資訊作業錯綜複雜；及以往西醫支付標準調增追溯生效未達 9 個月時，或資料量不大時，均由院所以補報方式申報加成差額費用。

2、 故請各院所自 102 年 3 月(費用年月)起透過費用申報作業辦理加成後點數申報及補報 102 年 1-2 月(費用年月)加成差額費用事宜，補報之院所於寄送書面門診醫療服務點數申報總表時，請併送「16 案件補申報加成」申請表(詳附件 1)。

(二) 那些項目可以申報加成及如何申報乙節：

1、 除原按 1 點 1 元計算之醫療團論次費用(P30001)、先

天性唇顎裂(特定治療項目代碼(一)為 F4 案件)、牙醫到宅及特定需要支給統包費用(特定治療項目代碼(一)為 FS 及 FU 之案件)、麻醉費用(醫令代碼前兩碼為 96 者)及藥費(醫令類別為 1)，與其他非牙科診療服務項目不得加成。其餘案件僅同意特定身障者診察費、按西醫支付標準申報之牙醫藥事服務費、計畫所訂之塗氟項目(P30002)及其他牙醫診療服務項目(醫令代碼前兩碼為 34、89~92 者，但不含 89088C 牙體復形、90088C 根管、91088C 牙周及 92088C 口腔外科之轉出費用)得予加成。

2、102 年改為自行申報加成後費用，請依本局申報加成費用規定，於醫令清單檔以可加成之醫令項目單價*醫令總量*支付成數後之點數申報。

(三) 如併有兒童加成，當如何計算乙節：

1、現行牙醫支付標準四歲以下嬰幼兒齲齒防治可兒童加成 30%，其中兒童加成不包括診察費、藥事服務費及轉出費用及先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症醫療服務齒顎矯正之支付標準項目 92101B~92128B。

2、牙醫特殊服務加成項目如同時為兒童加成項目，可累計加成數(如兒童加成 0.3+極重度身障者 0.7=1.0)，申報時「支付成數」欄位請填「200.00」。

(四) 102 年度修訂醫療團服務之限制規定，每診次申報點數以不超過 3 萬點(含論次支付點數)為原則，若遇特殊情形超過 3 萬點以上者，需於該次申報時說明特殊異常之情形何時適用及是否以加成後費用列計乙節：因該項規定係由嚴格改為放寬，避免增加院所提報說明資料作業負擔，故本年仍維持按加成前點數列計，加以判斷。

六、本局為提升健保卡上傳資料之正確性及完整性，特修正特約醫事服務機構配合健保卡上傳作業之實施標準，自102年4月（費用年月）實施，對於未符合規定之特約醫事服務機構發函限期改善，仍未改善者處予違約記點。

標準如下：

- (一) 健保卡登錄後24小時內上傳之件數比率 $\geq 90\%$ 。
- (二) 健保卡上傳件數/申報件數之比率 $\geq 90\%$ 。
- (三) 上傳與申報資料比對「醫事人員ID、醫療費用、部分負擔、醫令、主診斷（藥局及交付機構除外）」每項上傳比率由 $\geq 60\%$ ，修訂為 $\geq 90\%$ 。

七、為利民眾清明節連續假期期間(102年4月4-7日)，於本局全球資訊網查詢各特約醫療院所看診時段，請分會協助輔導院所於102年3月31日前逕至本局健保資訊網服務系統(VPN)，完成登錄清明節連續假期看診資料。

另本局在各特定節日(連續假期)30日前之「特定節日看診時段維護」系統皆會自動提供維護畫面，供特約院所輸入看診資訊，請分會協助宣導院所配合辦理。

八、全民健保18週年「你我正確就醫用藥，全民健保伴您到老」登山健走活動：

本局為呼籲國人重視健康、珍惜健保，支持二代健保，以及宣導正確就醫、正確用藥，共同攜手打造健康台灣。值此健保18週年及自102年實施二代健保之際，謹訂於102年4月13日（星期六）上午6:30~10:30，於國立彰化師範大學寶山校區舉辦「你我正確就醫用藥，全民健保伴您到老」登山健走活動，活動內容相當豐富，除了上述健康齊步走，另有健康園遊會、摸彩活動、免費健檢及衛生教育攤位活動…等，請分會及公會能共襄盛舉，鼓勵會員攜家帶眷踴躍參加。

伍、討論事項

提案一

提案單位：中區審查分會

案由：懇請 貴組將查核之查處案件罰款費用轉予本會做為「自動繳回同意書」的執行，並將該案知會本會與該縣市公會理事長。

說明：

- 一、101 年度(101.1.1~101.12.31)中區查處案件 8 件(全國 22 件)、扣減費用 524,815 點數(全國 860,453)兩項皆全國最高。
- 二、102 年 1~2 月中區查處案件 2 件(全國 2 件)，費用 858,924(點數)，各分區僅中區有違規查處。
- 三、綜上所述，懇請 貴組將查核院所違規情形、處置結果，告知本會與該縣市公會，才能防微杜漸。
- 四、貴組與本會近年來通力合作，已有效提昇中區點值，可否在「可行」的方案下，與查核合作，並將核扣費用轉為「自動繳回同意書」，讓錢回到中區？

中區業務組說明：

- 一、本組 101 年 1~12 月各總額查處家數與比率如下：

	醫院	西基	牙醫	中醫	其他
查處家數	5	43	10	10	32
特約家數	104	2,063	1,278	937	1,196
查處率	4.81%	2.08%	0.78%	1.07%	2.68%

- 二、有關本局查核案件之處分結果，均會函文副知各總額全國聯合會(如中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會)，請分會洽請全聯會轉知相關資訊。
- 三、另有關本局查核醫事服務機構，經裁處停約或扣減處分所產生之罰鍰或扣減金額，皆按行政院主計作業相關規

定, 依法需繳回國庫, 尚無法令依據, 可由行政處分金額改為一般追扣金額扣款。

決議: 請分會宣導會員落實良好醫病溝通, 加強輔導及導正院所正確申報醫療費用。

陸、臨時動議

提案一

提案單位: 中區審查分會

案由: 有關本會輔導控管辦法修訂乙案, 提請討論。

說明:

- 一、依據本會第 8-4 次中區審查分會會議決議辦理。
- 二、牙科初診診察為全聯會鼓勵之執行項目, 執行「初診診察」可協助醫師了解病患整體口腔狀況, 篩檢早期病變, 訂定完整治療計畫, 及增進醫師與病患間的溝通。
- 三、初診診察之執行對於預防保健已見成效, 本會應配合全聯會之政策鼓勵執行此項目, 故建議將「初診診察費差額」排除於申請點數上限及各項指標計算之外。

辦法:

- 一、自 102 年 4 月費用起將初診診察費差額排除於申請點數上限及各項指標計算之外。
- 二、中區初診診察費(每件以 370 點計算)超出 1320 萬點則本項指標回歸控管。

決議: 同意修訂輔導控管辦法, 自 102 年 4 月費用起將「初診診察費差額」排除於申請點數上限及各項指標計算之外, 但「初診診察費差額」月申報超出 1,200 萬點(以 101 年初診診察費差額(每件以 370 點計算)點數加 2 成計算)時, 本項指標仍回歸管控機制。(詳附件 2)

柒、散會: 下午 15 時整。