

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

高屏區牙醫門診總額 108 年第 2 次共管會議會議紀錄

時間：108 年 6 月 18 日（星期二）14 時 00 分整

地點：高屏業務組 7 樓會議室

主席：林組長淑華

紀錄：黃皓綱

出席人員：

牙醫門診醫療服務高屏區審查分會：陳主任委員雅光、陳副主任委員建富（現任高雄市牙醫師公會理事長）、江副主任委員紘宇（現任屏東縣牙醫師公會理事長）、陳副主任委員立堅（現任澎湖縣牙醫師公會理事長）、醫管組組長蘇委員文藝、醫審組組長陳委員志賢、資訊組組長陳委員學君、品質組組長洪委員堅銘、秘書組組長李委員耀庭、財務組組長劉委員國雄（吳國銘代）、醫缺組組長莊委員世豪、長照組組長許委員峯銘、審查醫師洪召集人怡育

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：林組長淑華、蔡副組長逸虹、許專門委員碧升、楊科長斐如、張科長清雲（黃複核專員璽螢代）、莊複核專員專圓、施複核專員怡如

列席人員：

高雄市牙醫師公會：謝副理事長尚人、蔡常務理事政峰、劉常務理事經文、鄭理事啟助（請假）、吳醫師友仁（現任高雄長庚牙科主任）（請假）、杜醫師哲光（現任高醫牙科主任）

屏東縣牙醫師公會：邱理事廷上、劉顧問振聲、林醫師世澤、陳醫師柏同（請假）

澎湖縣牙醫師公會：楊理事東敏、阮醫師議賢

牙醫門診醫療服務高屏區審查分會：葉淑真、蔡童寧

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：侯志遠、吳建昌、黃皓綱、黃智晟、張瑛娟、張美卉、鍾敏綺、陳怡伶

壹、主席致詞：（略）

貳、宣讀前次會議決議辦理情形：（略）

參、報告事項：

一、牙醫門診醫療服務高屏區審查分會：

(一) 108 年第 1 季審查意見箱輔導暨健保署移請交付輔導資料更新如下：

1. 開箱日期：108 年 3 月 7 日

意見箱討論：11 家(一般案件 8 家、續追蹤觀察 1 家、業務組篩檢不符新開業管控辦法 2 家)

(1) 意見箱會議成案提委員會會議討論：6 家。

委員會會議成案：6 家

甲、到署輔導：6 家。

乙、書面輔導：0 家。

委員會會議不成案：0 家。

(2) 意見箱會議不成案或持續追蹤觀察：5 家。

(二) 108 年第 2 季期間共開箱 2 次(5/9)、(6/13)，開箱成案院所共 10 家，經委員會會議討論處理結果如下：

1. 開箱日期：108 年 5 月 9 日

意見箱討論：15 家(一般案件 14 家、業務組篩檢不符新開業管控辦法 1 家)

(1) 意見箱會議成案提委員會會議討論：9 家。

委員會會議成案：7 家

甲、到署輔導：7 家。

乙、書面輔導：0 家。

委員會會議不成案：0 家。

(2) 意見箱會議不成案或持續追蹤觀察：6 家。

2. 開箱日期：108 年 6 月 13 日

意見箱討論：9 家

(1) 意見箱會議成案提委員會會議討論：1 家。

(委員會會議後續討論結果待下次共管會議時更新)

(2) 意見箱會議不成案或持續追蹤觀察：8 家。

二、健保署高屏業務組：

(一)醫療費用申報概況：牙醫近期點值報告、醫療服務供給與利用情形、108 年第 1 季牙醫專案執行情形。

- (二)近期執行措施及作業：107 年度牙醫醫不足地區改善方案品質獎勵費用核發情形、健保卡登錄及上傳輔導、108 年鼓勵即時查詢方案結算作業、預防保健追扣專案、不符替代役男資格部分負擔追扣、108 年第 1 季民眾申訴案件執行情形、民眾申訴及違規樣態。
- (三)轉知重要訊息：修訂牙醫門診加強感染管制實施方案、牙周病統合治療方案擬修訂規範、居家醫療照護整合計畫、重申「牙體復形」一定期間再填補規定。
- (四)宣導事項：重申醫事人員住院或出國期間不得申報醫療費用、未生產或未輸入達 5 年藥品新增支付註記、請正確申報就醫序號「G000」、善用健保醫療資訊雲端查詢系統、108 年鼓勵即時查詢方案、推動健保醫療費用-無紙化作業、健保卡就醫可用次數調降、健康存摺新增眷屬管理功能。

肆、討論事項

提案一

提案單位：高屏審查分會

案由：減量抽審辦法新增排除項目，提請討論。

說明：

- 一、週日及國定假日申報點數，以院所為單位，每日排除點數上限 20,000 點(以申報就醫日期認定，同附表 3.3.3 表列日期，僅含連假之週六)。
- 二、支付標準適用地區以上醫院之表列(A、B 表)項目。
- 三、「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。

辦法：上述新增排除項目 107 年基期(分母)比照 108 年計算，修訂自費用年月 108 年第 3 季(7-9 月)起實施。

高屏業務組意見：

有關週日及國定假日申報點數之列計，有鑑療程案件主要處置、費用多發生於療程之起日(即就醫日)，是以建議是類案件之費用統一歸屬就醫日之費用，以就醫日比對是否為週日或國定假日。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：高屏審查分會

案由：修訂新開業輔導管控辦法，提請討論。

說明：為鼓勵新開業醫師執行到宅醫療，擬修訂新開業輔導管控辦法之費用指標(如附件1)。

辦法：自費用年月108年第3季(7-9月)起實施。

決議：照案通過。

提案三

提案單位：高屏審查分會

案由：109年牙周統合治療案件併入一般總額將不列排除項目，提請討論。

說明：

- 一、為鼓勵牙周申報，108年減量抽審辦法之費用計算排除牙周91021C、91022C、91023C醫令，但109年計算成長率時，基期108年原應排除牙周三項醫令，改為不排除，將91021C、91022C、91023C納入基期費用換算成長率。
- 二、因109年牙周91021C、91022C、91023C醫令不列為排除項目，故減量抽審辦法中之相關指標，如：醫師高額、成長率、平均耗值、OD佔率，將於下次委員會會議通過修訂內容提案至共管會議討論。

決議：照案通過。

提案四

提案單位：健保署高屏業務組

案由：為提升民眾牙周病照護品質，惠請協助輔導本轄院所適切申辦牙周病統合治療方案，提請討論。

說明：

- 一、108年第1季本轄牙周病統合照護各階段申報件數大幅減少，較去年同期皆負成長2成以上，負成長幅度僅次於東區。
- 二、查108年第1季本轄559家牙醫院所曾執行牙周相關處置(牙周病統合治療第一至三階段、91006C~91012C、91015C、91016C、91018C)，惟187家未曾以牙周病統合治療方案申報，其中38家牙周相關處置 ≥ 30 件；另牙周相關處置 ≥ 100 件，惟申報方案比率不足10%者計8家。上述申報方案比率偏低院所，惠請分會協助輔導其提供適切照護，以提升醫療品質。

決議：照案通過。

提案五

提案單位：健保署高屏業務組

案由：為鼓勵牙醫院所上傳齒顎全景 X 光片攝影(34004C)或環口全景 X 光初診診察(01271C)等醫療影像，俾利其他院所調閱，減少重複檢驗檢查，抽審指標辦法【其他說明】(9)抽審量調控作業①擬增訂第 G 項 34004C 或 01271C 醫療影像上傳率>30%(如附件 2)，提請討論。

說明：

- 一、為鼓勵牙醫院所上傳醫療影像，俾利其他院所調閱，減少重複檢驗檢查，「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」明訂資料上傳獎勵措施，特約醫事服務機構若於齒顎全景 X 光片攝影(34004C)或環口全景 X 光初診診察(01271C)等檢查後 24 小時內上傳影像，每筆醫令獎勵 2 點，按季以每點 1 元暫付，全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- 二、查本轄 108 年 1~5 月，計 308 家牙醫院所申報 34004C 或 01271C，其中 98 家參與 PACS(醫療影像傳輸系統)送審，惟僅 12 家(2 家診所)上傳醫療影像至健保醫療資訊雲端查詢系統。

決議：照案通過。

伍、臨時動議

(無)

下次會議：108 年 9 月 17 日 (星期二)

高屏區新開業院所輔導管控辦法：

公告實施日期：103.4.8

公告修訂實施日期：自 108 年第三季(7-9 月)起

(一)實施對象：自辦法公告日起之新開業醫療院所（含醫事服務機構代號變更者）

【排除對象】：新開業院所如位於下列地區，不適用本辦法。

- 1、牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫公告地區。
- 2、馬公市以外之澎湖縣各地區，包含虎井島與桶盤島。
- 3、不適用高額折付公告地區之每位醫師服務大於 1 萬人口地區，本項符合排除地區共 6 區：湖內區、永安區、內門區、九如鄉、鹽埔鄉及萬巒鄉。

註：排除地區適用 1 年，往後於每年第 4 次共管會議提報最新公告不適用高額折付地區之每位醫師服務大於 1 萬人口地區，做為隔年排除地區之適用標準。

(二)管控期間：自開業日起一年半。

(三)費用指標：(比照減量抽審辦法排除後計算，以季統計管控)

A、單人診所：

1、院所每季月平均醫療費用點數：

高雄市 < 30 萬點、屏東縣 < 35 萬點、澎湖縣 < 40 萬點

2、院所執行到宅牙醫醫療服務：

(1)每季月平均 P3005 申報達 2 件以上(一季 > 6 件)，每月費用指標增加 1 萬點。

高雄市 < 31 萬點、屏東縣 < 36 萬點、澎湖縣 < 41 萬點

(2)每季月平均 P3005 申報達 4 件以上(一季 > 12 件)，每月費用指標增加 2 萬點。

高雄市 < 32 萬點、屏東縣 < 37 萬點、澎湖縣 < 42 萬點

B、多人診所：

1、院所每季月平均醫療費用點數，以專任醫師(非支援兼任)人數計算：

高雄市 < 30 萬點 × 專任醫師數

屏東縣 < 35 萬點 × 專任醫師數

澎湖縣 < 40 萬點 × 專任醫師數

2、院所執行到宅牙醫醫療服務：

(1)每季每位專任醫師月平均 P3005 申報 2 件以上，每月每醫師費用指標增加 1 萬點。

高雄市 < 31 萬點 × 專任醫師數

屏東縣 < 36 萬點 × 專任醫師數

澎湖縣 < 41 萬點 × 專任醫師數

(2)每季每位專任醫師月平均 P3005 申報 4 件以上，每月每醫師費用指標增加 2 萬點。

高雄市 < 32 萬點 × 專任醫師數

屏東縣 < 37 萬點 × 專任醫師數

澎湖縣 < 42 萬點 × 專任醫師數

(四)輔導管控原則：

審查醫藥專家執行專業審查發現違反新開業院所輔導管控費用指標時，即送審查意見箱經組長會通過由審查分會通知院所到署輔導。輔導後，未符合指標者（以輔導日次月起追蹤觀察三個月），則經由審查分會通過執行 OD 照相三個月。

最新高屏分區牙醫院所減量抽審辦法 (費用年月 108 年 7 月起實施-108.6.18 第二次共管會修訂)

本辦法皆排除 14、16、A3、B6、B7、矯正機關(JA 及 JB)之案件及牙周病統合治療實施方案 91021C、91022C、91023C、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)、口腔黏膜難症特別處理(92073C)、週日及國定假日申報點數，以院所為單位，每日排除點數上限 20,000 點(以申報就醫日期認定，同附表 3.3.3 表列日期，僅含連假之週六)、支付標準適用地區以上醫院之表列(A、B 表)項目、「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務之醫療費用。

註：費用指標之計算皆以院所去年該季之醫療費用點數(含部份負擔)及月平均醫療費用點數(含部份負擔)為基準，與今年院所同季之醫療費用點數(含部份負擔)及月平均醫療費用點數(含部份負擔)比較，計算成長率。

※減量抽審辦法自 105 年 4 月(費用年月)以後，不再排除加強感控點數差額※

※自 106Q2 起各項指標之同期值亦採最新指標定義，即分子、分母之定義暨排除項目皆以最新修正之指標定義。

【費用指標】：

A、單人院所：

編號	項 目	計算方式	說 明
(1)	院所之醫師個人每月醫療費用點數(包含部份負擔)不得超過 51 萬		(108Q1 修訂實施)
(2)	單人院所去年該季月平均醫療費用點數(包含部分負擔)50 萬以下、35 萬以上，去年該季醫療費用點數(包含部分負擔)與今年同季醫療費用點數(包含部分負擔)比較，成長率未超過 2%，且該季平均就醫次數 < 2.0 次/人(註)，且今年該季月平均醫療費用 < 單人院所醫療費用 PR99	<p>例：○○院所 107 年 4-6 月費用醫療費用點數(包含部份負擔)，排除 14、16、A3、B6、B7、JA、JB 案件、P4001C、P4002C、P4003C 及 92090C、92091C、92073C，分別為 405300、338950、385700，看診各 24、25、24 天，108 年 4-6 月醫療費用點數(包含部份負擔)，排除 14、16、A3、B6、B7、JA、JB 案件、91021C、91022C、91023C 及 92090C、92091C 及 92073C，分別為 395740、387500、439600，看診為 23、26、26 天，該診所是否有符合費用指標？</p> <p>107.4-6 醫療費用點數(含部份負擔)合計： 405300+338950+385700=1129950 107.4-6 天數合計：73 天 108.4-6 醫療費用點數(含部份負擔)合計： 395740+387500+439600=1222840 108.4-6 天數合計：75 天 因為 107.4-6 月平均月醫療費用點數為 376650，故診所 108.4-6 有 2% 的成長率 ⇒(1129950÷73)×75×1.02=1184125 (108.4-6 符合減量抽審成長上限 1184125) 108.4-6：1222840 > 1184125，不符指標</p>	<p>1. 如果去年看診天數少於今年天數者，該費用可經由看診天數換算後再計算是否有超過成長限制，但若去年看診天數多於今年者，則不需再做天數的換算。</p> <p>2. 看診天數是以申報案件中的就診日期與治療完成日共同計數。</p> <p>3. 件數的定義為申報件數。(同一療程在當月完成以一件計算，跨月完成則以二件計算)</p> <p>4. 季費用成長率是以一季加總後計算，不得以單月去做天數換算或成長率統計。</p> <p>(108Q1 修訂實施) 註.109 年起比對 108 年，自動調整為 51 萬以下、35 萬以上</p>

編號	項 目	計算方式	說 明
(3)	單人院所去年該季月平均醫療費用點數(包含部分負擔)35萬以下、20萬以上，去年該季醫療費用點數(包含部分負擔)與今年同季醫療費用點數(包含部分負擔)比較，成長率未超過5%，且該季平均就醫次數<2.0次/人(註)	計算同(2)	(108Q1 修訂實施)
(4)	單人院所去年該季醫師月平均醫療費用點數(包含部分負擔)20萬以下、12萬以上，去年該季醫療費用點數(包含部分負擔)與今年同季醫療費用點數(包含部分負擔)比較，成長率未超過15%，且該季平均就醫次數<2.0次/人(註)	計算同(2)	去年該季月平均醫療費用點數在12萬以下者，若今年當季月平均醫療費用點數超過12萬以上，仍應依規定計算其成長率，並受費用指標成長率15%限制。 (108Q1 修訂實施)
(5)	單人院所今年該季醫師月平均醫療費用點數(包含部分負擔)12萬以下，且該季平均就醫次數<2.0次/人(註)		(108Q1 修訂實施)

B、多人院所：

編號	項 目	計算方式	說 明
(1)	院所之醫師個人每月醫療費用點數(包含部份負擔)不得超過51萬		(108Q1 修訂實施)
(2)	多人院所去年該季月平均醫療費用點數(院所去年同季醫療費用總點數/醫師總人數後平均)(包含部分負擔)50萬以下、35萬以上，去年該季醫療費用點數(包含部分負擔)與今年同季院所醫療費用點數(包含部分負擔)比較，成長率未超過2%，且該季平均就醫次數<2.0次/人(註)	例：○○院所 107年4-6月醫療費用點數(含部份負擔)及4-6月醫師數分別為4月921500、2位醫師，5月1053000、3位醫師，6月1015000、3位醫師，108年4-6月醫療費用點數(含部份負擔)合計為3259200，該院所是否有符合費用指標？ 107.4-6醫療費用點數(含部份負擔)合計： 921500+1053000+1015000=2989500 2989500÷(2+3+3)=373687.5 故108.4-6的成長率為2% ⇒2989500×1.02=3049290(108.4-6符合減量抽審成長上限3049290) 108.4-6：3259200>3049290 不符指標	1.多人院所醫師人數增減不列入成長率考量。 2.多人院所費用成長率計算不可換算天數。 3.今年當季健保醫療費用申報醫師數>1人，即認定為多人院所。 (108Q1 修訂實施) 註.109年起比對108年，自動調整為51萬以下、35萬以上

編號	項目	計算方式	說明
(3)	多人院所去年該季月平均醫療費用點數(院所去年同季醫療費用總點數/醫師總人數後平均)(包含部分負擔)35萬以下,去年該季醫療費用點數(包含部分負擔)與今年同季院所醫療費用點數(包含部分負擔)比較,成長率未超過5%,且該季平均就醫次數<2.0次/人(註)	計算同(2)	(108Q1 修訂實施)

(註)：該季平均就醫次數計算方式：(108Q2 修訂實施)

【季平均就醫次數：季總申報件數÷季總申報病患數】(不含同一療程)

(例)：以整季計算，同病患一季三個月，每個月皆就診申報1次，季申報件數3件，申報病患數1人。

C、新院所(凡指醫事服務機構代號變更者)需連續送審一年六個月。

【品質指標】：

編號	項目	計算方式	說明
(1)	①單人院所月平均醫療費用點數≤35萬點，O.D佔率<56% ②單人院所月平均醫療費用點數>35萬點，O.D佔率<54% ③多人院所月平均醫療費用點數≤51萬點，O.D佔率<56% ④多人院所月平均醫療費用點數>51萬點≤100萬點，O.D佔率<54% ⑤多人院所月平均醫療費用點數>100萬點，O.D佔率<52%	院所月平均醫療費用點數=季醫療費用總點數÷申報月數 【OD佔率公式】： $OD \text{ 申報點數} \div \text{總處置申報點數} \times 100$	(以整季計算) 1.自費用年月107年第3季起實施 2.單人、多人院所之O.D佔率全部調降2% 3.自108年1月起，原項目之③、④多人院所50萬點調整為51萬點
(2)	每季就醫病患月平均耗用值(RBRVS)<1900	月醫療費用點數÷月就醫人數 註：先計算出每月之平均耗值(計算至小數點第1位，四捨五入，取整數)，再將1季3個月之平均耗值相加後÷3	
(3)	院所月平均醫療費用點數20萬點以上，需申報加強感染管制之牙科門診診察費(SOP)案件		自費用年月105年第3季起實施

編號	項目	計算方式	說明
(4)	院所(今年該季 91022C ≤ 20 件), 或(今年該季 91022C > 20 件且 91022C 案件數與去年同期 P4002C 案件數比較成長率 ≤ 40%)	<p>案件成長數採四捨五入計算。</p> <p>例：</p> <p>1. ○○院所 108 年 1-3 月申報 91022C 共 20 件，則 108 年 7-9 月符合指標規定。</p> <p>2. ○○院所 108 年 1-3 月申報 91022C 共計 28 件、107 年 1-3 月 P4002C 申報 20 件 ⇒ $20 + (20 \times 0.4) = 28$ 件，108.1-3 案件成長率 ≤ 40%，則 108 年 7-9 月符合指標規定。</p> <p>3. ○○院所 108 年 1-3 月申報 91022C 共計 32 件、107 年 1-3 月 P4002C 申報 22 件 ⇒ $22 + (22 \times 0.4) = 31$ 件，院所 108.1-3 申報 32 件 ($32 > 31$)，案件成長率 > 40%，則 108 年 7-9 月不符合指標規定。</p>	<p>(以整季計算)</p> <p>1. 新增指標項目</p> <p>2. 以院所為單位</p> <p>3. 自費用年月 108 年第 1 季起實施</p> <p>4. 不符合者，列入隨機抽審名單</p>
(5)	每季根管治療未完成率 < 30%	$\left[\frac{90015C - (90001C + 90002C + 90003C + 90016C + 90018C + 90019C + 90020C)}{90015C} \times 100 \right]$	<p>(以整季計算)</p> <p>1. 新增指標項目</p> <p>2. 排除當季 90015C ≤ 10 顆之院所</p> <p>3. 自費用年月 108 年第 2 季起實施</p>

【醫管指標】：

- (1) 每家院所皆需列入年度例行性隨機抽審 1 個月。若發現異常時，例如：核減率高於 5%、病歷塗毀或未依規定方式修正並簽章、醫師未簽章、未填寫卡號...等，得延長隨機抽審時間。
- (2) 一年內未有停約處分紀錄者(全部院所適用)。
- (3) 減量抽審之院所若經查涉有虛浮報情事，得依當月核扣金額回推 12 個月。
- (4) 醫療團特殊醫療服務點數 ≥ 10 萬點，符合指標者，得列入減量抽審：
 計算公式：加總(案件分類 16、特定治療項目代號-非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN；精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF；發展遲緩兒童：FX；失能老人：L1)之醫療費用(以加成後論量支付點數計算)
 註：如有停約處分、接受異常輔導與檔案分析異常經查證屬實者，即停止本項獎勵措施。

【其他說明】：

- (1) 費用未按時申報的院所(季勾稽未滿三個月者)不符合減量抽審辦法。
 - ① 已確認為未按時申報院所(費用已申報)：不符合減量抽審辦法。
 - ② 待確認是否為未按時申報院所(分析指標時不足 3 個月申報資料)：
 - A. 事前已向衛生主管機關報備全月休診者：屬符合減量抽審辦法(依醫管檔資料判定)。
 - B. 未事前完成報備程序者：若費用指標與品質指標皆符合監測值，僅因本項指標不符減量抽審辦法，經通知後若院所表示「當月(全月)不會有醫療費用產生(即不會申報)」，則請院所具函至健保署高屏業務組說明當月無費用產生之原由，俾憑高屏業務組簽辦審理。
 註：針對【費用未按時申報的院所(季勾稽未滿三個月者)】指標，若院所自行評估將會全月休診者，請務必事前向衛生主管機關報備，以避免違反「醫事服務機構特約及管理辦法第十五條」規定。
- (2) 對於減量抽審辦法中以季為單位勾稽檢核，必須符合所有指標規定才得以於下下季減量抽審。(例如：以 105 年第一季為資料勾稽，將決定 105 年第三季是否減量抽審)
- (3) 凡經委員會通知接受輔導並簽具聲明書之院所，輔導期間雖因符合減量抽審辦法列為減量

抽審者，仍需以立意抽樣案件送審。

- (4)凡經健保署高屏業務組醫務管理科受理民眾申訴案件，如無法由費用端行政判定是否異常時，將依其異常點加強審查，採立即性抽查一個月。
- (5)違規院所經停約處分1個月(含)以上確定者，抽審1年；違規醫師經停約處分1個月(含)以上確定者，於處分結束後1年內，抽審其所執業或支援之相關院所該月該醫師之案件。違反本項另新開業者，除原本因新特約應抽審一年半外，再續抽審1年。
- (6)凡符合減量抽審辦法之院所，如因隨機抽審(一個月)案件在程序審查作業中發現異常(如：病歷塗毀或未依規定方式修正並簽章、醫師未簽章、未填寫卡號...等)時，將自發現時由承辦人員以電話通知，延長隨機抽審時間，直至院所檢附之資料正確為止。
- (7)符合減量抽審獎勵對象，如有停約處分、接受異常輔導與檔案分析異常經查證屬實者，即停止本項獎勵措施。

(8)下列院所案件抽審由論件隨機抽樣改為論人歸戶隨機抽樣。(106.12.26 修訂)

- ①新特約之院所。(論人歸戶隨機抽樣審查一年六個月)
 - ②停約處分之院所。(論人歸戶隨機抽樣審查一年)
 - ③經委員會約談拒絕接受協商輔導或輔導後仍未改善之院所，於要求輔導改善期間列入論人歸戶隨機抽樣審查，**並得提案共管會議決定後續加重審查措施。**
- (9)本減量抽審辦法抽審家數以申報院所家數20%為上限，惟每院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上限家數規範。

抽審量調控作業以積極配合健保政策之院所優先，次為偏離指標閾值較少者，針對特約滿一年六個月以上，未落入減量抽審辦法醫管指標之院所依下列原則進行抽審量調控：

- ①前前季平均核減率小於0.3%，且至少符合下列其中3項(含)以上之診所，依符合品項數較多者為優先，若品項數相同者，則依下列順序：
 - A.提供到宅醫療服務並申報是類醫療費用院所。
 - B.參加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。
 - C.指標費用年月之門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>70%。
 - D.參加紙本病歷替代方案-病歷電子檔送審。
 - E.近三個月每月至少一週週日開診，且需於前一個月於VPN登錄公告。
 - F.參加醫療費用電子化作業。
 - G. 34004C 或 01271C 醫療影像上傳率>30%
- ②經前項調控後，抽審家數仍逾申報院所家數20%，則以前前季平均核減率等於0%，按偏離指標閾值較少者優先免於抽審。
- ③抽審量調控作業應符合減量抽審辦法【其他說明】之原則。