

## 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

### 105 年牙醫門診總額第 1 次共管會會議紀錄

時間：105 年 3 月 22 日（星期二）14 時 00 分整

地點：高屏業務組 11 樓會議室

主席：林立人組長

紀錄：游燕資

出席人員：

牙醫門診醫療服務高屏區審查分會：吳主任委員享穆、陳副主任委員雅光、邱副主任委員俊源、陳副主任委員柏同、阮副主任委員議賢、醫管組組長趙委員文琛、醫審組組長杜委員世偉、資訊組組長印委員憶恆、品質組組長陳委員志賢、秘書組組長李委員耀庭、財務組組長謝委員尚廷、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：林組長立人、丁參議增輝、蔡副組長逸虹、李專門委員建漳、楊科長斐如、謝科長明雪、李視察金秀(請假)、施複核專員怡如

列席人員：

屏東縣牙醫師公會

劉理事長振聲

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：沈佩瑩、張瑛娟、張美卉、侯志遠、趙佩君、陳怡伶(請假)、張慧婉(請假)、邱媧穎(請假)

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：

105 年第 1 季期間共開箱 2 次(1/14、3/10)，開箱成案院所 11 家，經委員會議討論處理結果如下：

(一) 105 年 1 月 14 日開箱討論 13 家：

1、意見箱會議成案提委員會會議討論 4 家：

- (1) 委員會會議成案 4 家(到署輔導 3 家；電話輔導 0 家；建議立意抽審：1 家)。
- (2) 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 9 家。

(二) 105 年 3 月 10 日開箱討論 13 家：

1、意見箱會議成案提委員會會議討論 7 家：

(1) 委員會會議成案 5 家(到署輔導 5 家；電話輔導 0 家)。

(2) 委員會會議不成案 2 家。

2、意見箱會議不成案或持續追蹤觀察 6 家。

二、健保署高屏業務組：

(一) 牙醫近期點值、104 年第 4 季醫療服務供給與利用概況、104 年度牙醫專案執行情形及近期執行措施：健保卡登錄及上傳輔導、健保卡異常代碼監測、103 年度預防保健服務口腔黏膜檢查服務品質費補付作業、鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案結算作業、104 年度民眾申訴案件執行情形暨民眾申訴及違規樣態。

(二) 轉知 105 年度支付標準暨計畫修正項目：醫療資源不足地區改善方案、牙周病統合照護計畫、特殊醫療服務計畫、品質保證保留款實施方案。

(三) 宣導醫缺巡迴診察費申報注意事項、推動醫療費用核定作業電子化、善用健保雲端查詢系統、鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案、全民健保健康存摺、行動快易通 APP 及自行下載醫療費用分列項目參考表及扣繳憑單等。

**肆、討論事項**

**討論事項**

**提案一**

**提案單位：高屏審查分會**

案由：擬建議高屏業務組對於醫缺巡迴醫療診次超過 12 診次的部份予以簡易核定同意，請討論。

**說明：**

一、依據 105 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，巡迴計畫中(2)服務量管控③每位醫師每月巡迴醫療服務診次以

不超過 12 次為原則，特殊情形則以 16 次為限，惟須經所轄保險人分區業務組核定同意。

二、某些偏鄉願意投入服務的新進醫師甚少，且隨著醫療站、偏鄉衛生所、巡迴點的增加，造成某些地區醫師不足的情況，原 12 診次的量對願意前往服務的醫師是有所限制的，新方案可解決這問題。

辦法：為利於事先安排診療時段及減少分區業務組的行政作業，建議如有需要超過 12 診次的部份連同原先的診次，由公會醫療團按規定於前月 20 日前一同將班表函送業務組備查，並註明哪些為超過之診次。若因異動增加而超過 12 診次部份亦同，按規定於次月 15 日前送業務組備查。

### 健保署高屏業務組意見：

一、經個別醫師歸戶檔案分析發現，104 年 1 月至 10 月平均每診 6.35 人次，其中部分為空診次，顯現醫療資源並未充分利用。請公會協助輔導院所委請衛生所、村里長辦公室張貼巡診時間表，並將「全民健保牙醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於明顯處，以增加其利用率。

二、依該方案巡迴服務量之管控規定，每位醫師每月巡迴醫療服務診次以不超過 12 次為原則，特殊情形則以 16 次為限，惟須經所轄保險人分區業務組核定同意。是以各業務組非僅為備查，係負有審核之責，為使同意與否有較一致之準則，建議申請條件如下：

1、申請院所填寫「申請書」時，應檢附「最近 3 個月巡迴地點看診人數總表」。

2、比照該方案執業巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於 3 人（計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療）之原則，申請醫師最近 3 個月各巡迴地點看診人數平均就診人次不得低於 3 人，如低於 3 人者，應先減少該點之診次後，如仍逾 12 次，始得同意，並於分區業務組核定函文函送之次月起實施。

### 決議：

一、依健保署高屏業務組建議申請條件辦理。

二、申請暨核定以年度為原則，有效期限至提出申請之當年度底。

三、退場機制：執行半年後由健保署高屏業務組評估追蹤是否符合每

月每次平均就診人次不得低於 3 人之原則，未符者由健保署高屏業務組逕予函文通知終止該核定同意案。

## 提案二

提案單位：健保署高屏業務組

案由：惠請協助推動本分區特約醫療院所辦理醫療費用電子化作業，提請討論。

說明：

一、為順應 e 化趨勢，並提供特約醫療院所更多元及便捷之費用申報與核定管道，本署刻正推動實施醫療費用電子化作業，將抽樣函、核定通知函及相關文件放置於 VPN 供院所下載，請鼓勵本分區特約醫療院所儘速填妥申請表(附件 1)向本署申辦，以提高行政效率。

二、惠請分會協助輔導院所申辦本作業。

決議：初步目標值為 10%院所參與，由高屏審查分會分階段進行輔導，優先輔導名單依序為：參加 PASC(85 家)、即時查詢方案(225 家)之院所暨未加入即時查詢方案惟雲端查詢率>20%(107 家)之院所。上述名單由健保署高屏業務組提供，相關輔導結果請高屏審查分會於下次(6 月 21 日)會議中提請評估討論。

## 提案三

提案單位：高屏審查分會

案由：研擬修訂減量抽審辦法，請討論。

說明：

一、為提升點值、減少分次診療，並提升院所加強感染管制 SOP 申報率，擬修訂牙醫院所減量抽審辦法。

二、本次提案修訂內容如附件 2。

辦法：自費用年月105年第2季(4-6月)起開始實施新修訂牙醫院所減量抽審辦法。

決議：

一、D 其他指標維持原案不增修。

二、辦法中有關「本辦法皆排除 14、16、A3、B6、B7 案件、牙周病統

合照護計畫 P4001C、P4002C、P4003C 及矯正機關服務之醫療費用 (JA 矯正機關內門診及 JB 案件戒護就醫)」修訂為「本辦法皆排除 14、16、A3、B6、B7、矯正機關 (JA 及 JB) 案件、牙周病統合照護計畫 P4001C、P4002C、P4003C 之醫療費用」。

### 三、其他照案通過，修訂重點如下：

#### (一) 醫療費用點數排除案件：

- 1、刪除加強感控每件 55 點。
- 2、因應支付標準碼變更：「口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C」修訂為「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」。

#### (二) 費用指標：

- 1、刪除平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下控管。
- 2、新增該季月平均就醫次數<1.6 次/人，10 萬點以下之單人院所則為<1.7 次/人。
- 3、35-50 萬點之單人院所新增今年該季月平均醫療費用<單人院所醫療費用 PR99。
- 4、10-20 萬點之單人院所新增成長率<10%。

#### (三) 品質指標：

- 1、調降 O.D 佔率。
- 2、修訂多人院所 O.D. 佔率級距之計算原則為以院所之月平均醫療費用點數，並修訂級距。
- 3、刪除每季平均就醫次數<1.8 次/人
- 4、新增 20 萬點以上院所需申報加強感染管制之牙科門診診察費(SOP)案件。

#### (四) 醫管指標：指標(1)之「符合減量抽審之醫療院所(久未抽審)>1 年，抽審 1 個月。」文字修訂為「每家院所皆需列入年度例行性隨機抽審 1 個月。」

#### (五) 其他說明：第(7)項文字修訂為：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，除原因新特約應抽審一年半外，再續抽審 1 年。

(六)自費用年月105年第2季(4-6月)起實施新修訂減量抽審辦法，惟新增20萬點以上院所需申報加強感染管制之牙科門診診察費(SOP)案件指標自105年第3季起實施。

#### 提案四

提案單位：高屏審查分會

案由：建議擴大分會幹部參與共管會議，請討論。

說明：為提升分會幹部對健保事務之了解，俾利高屏分會會務之傳承，建議由分會幹部中推舉4人列席參與，所屬代表公會分別為高雄市2人、屏東縣1人、澎湖縣1人。

決議：照案通過。

伍、下次會議：105年3月22（星期二）

## 醫療費用電子化作業同意申請表

(院所代號：\_\_\_\_\_ ) 同

意自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月(費用年月)起依據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 33-1 條(詳註)規定辦理。

連絡人姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

E-MAIL：\_\_\_\_\_

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事服務機構地址：\_\_\_\_\_

代表人(公立醫事服務機構適用)/負責醫事人員

姓名：\_\_\_\_\_ (簽章)

醫事服務機構

用 印

中 華 民 國 年 月 日

註：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 33-1 條：

保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。

◎請將本申請表郵寄至高雄市三民區九如二路 157 號  
電話：(07)323-3123 FAX：(07)313-3791

## 105 年第 2 季起修訂牙醫醫院所減量抽審辦法項目說明(簡版)

指標項目	現行指標內容(值)	擬修訂指標內容	說明
醫療費用點數排除案件	本辦法皆排除 14、16、A3、B6、B7 案件及加強感控每件 55 點、牙周病統合照護計畫 P4001C、P4002C、P4003C、及矯正機關服務醫療費用(JA 矯正機關內門診及 JB 案件戒護就醫)口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C 及口腔黏膜難症特別處理 92073C(全部院所適用)	本辦法皆排除 14、16、A3、B6、B7 案件、牙周病統合照護計畫 P4001C、P4002C、P4003C 及矯正機關服務之醫療費用(JA 矯正機關內門診及 JB 案件戒護就醫)、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 及口腔黏膜難症特別處理 92073C」	1.刪除：加強感控每件 55 點 2.支付碼變更
A 費用指標	1.醫師個人每月醫療費用點數<50 萬(全部院所適用)	不變	不變
	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 1%，且平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下。	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 1%，且該季月平均就醫次數<1.6 次/人(註)，且今年該季月平均醫療費用<單人院所醫療費用 PR99。	1.刪除：平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下 2.新增：該季月平均就醫次數<1.6 次/人 3.新增：單人院所今年該季月平均醫療費用<單人院所醫療費用 PR99
	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 2%，且平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下。	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 2%，且該季月平均就醫次數<1.6 次/人(註)	1.刪除：平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下 2.新增：該季月平均就醫次數<1.6 次/人
	4.單人院所今年該季月平均醫療費用點數(包含部分負擔)20 萬以下、10 萬以上，平均單價 1450 以下。	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、10 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 10%，且該季月平均就醫次數<1.6 次/人(註)	1.刪除：平均單價 1450 以下 2.新增：該季月平均就醫次數<1.6 次/人 3.新增成長率<10%
	5.單人院所今年該季月平均醫療費用點數(包含部分負擔)10 萬以下，平均單價 1450 以下。	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)10 萬以下，且該季月平均就醫次數<1.7 次/人(註)	1.刪除：平均單價 1450 以下 2.新增：該季月平均就醫次數<1.7 次/人
	6.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 1%，且平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下。	6.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 1%，且該季月平均就醫次數<1.6 次/人(註)	1.刪除：平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下 2.新增：該季月平均就醫次數<1.6 次/人
	7.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 2%，且平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下。	7.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 2%，且該季月平均就醫次數<1.6 次/人(註)	1.刪除：平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下 2.新增：該季月平均就醫次數<1.6 次/人
	8.新院所(醫事服務機構代號變更者) 申報費用年月起算 18 個月	不變	不變

## 105年第2季起修訂牙醫醫院所減量抽審辦法項目說明(簡版)

指標項目	現行指標內容(值)	擬修訂指標內容	說明
B 品質指標	1.①月平均醫療費用點數(包含部分負擔)(多人院所以醫療費用總點數/醫師總人數計算) $\leq 35$ 萬點，O.D.佔率 $<60\%$ 。(全部院所適用)	1.①單人院所月平均醫療費用點數 $\leq 35$ 萬點，O.D.佔率 $<58\%$ ②單人院所月平均醫療費用點數 $> 35$ 萬點，O.D.佔率 $<56\%$	1.調降單人院所 O.D.佔率 2.(1)修訂多人院所 O.D.佔率標準認定，改以院所之醫療費用總點數計算，不再以(醫療費用總點數/醫師總人數)計算，並修訂級距 (2)調降多人院所 O.D.佔率
	②月平均醫療費用點數(包含部分負擔)(多人院所以醫療費用總點數/醫師總人數計算) $> 35$ 萬點，O.D.佔率 $<58\%$ 。(全部院所適用)	③多人院所月平均醫療費用點數 $\leq 50$ 萬點，O.D.佔率 $<58\%$ ④多人院所月平均醫療費用點數 $> 50$ 萬點 $\leq 100$ 萬點，O.D.佔率 $<56\%$ ⑤多人院所月平均醫療費用點數 $> 100$ 萬點，O.D.佔率 $<54\%$	
	2.每季平均就醫次數 $<1.8$ 次/人(全部院所適用)	刪除	刪除
	3.就醫病患平均耗值 $<1900$ (全部院所適用)	2.就醫病患平均耗值 $<1900$ (全部院所適用)	修改：項目編號，內容不變
		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。	1.新增項目，自費用年月 105 年第 3 季起實施 2.例如：105 年 9 月 30 日前有申報 SOP，105 年第 3 季即符合此指標(提醒 SOP 要前一月向業務組申請，次月方能申報)
C 醫管指標	1.符合減量抽審之醫療院所(久未抽審) $>1$ 年，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。(全部院所適用)	不變	不變 高屏業務組意見： 為符合目前作業方式，擬文字修正為：「每家院所皆需列入年度例行性隨機抽審 1 個月」。
	2.一年內未有停約處分記錄者(全部院所適用)	不變	不變 高屏業務組意見： 為使指標定義能明確說明現有執行方式，擬修訂【其他說明】(7)為：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，除原因新特約應抽審一年半外，再續抽審 1 年。
	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	不變	不變

## 105年第2季起修訂牙醫醫院所減量抽審辦法項目說明(簡版)

指標項目	現行指標內容(值)	擬修訂指標內容	說明
D 其他指標	<p>1. 減量抽審指標參考基準季費用未按時申報者(全部院所適用)</p> <p>(1) 已確認為未按時申報院所(費用已申報)：依原共識抽審 3 個月。</p> <p>(2) 是否為未按時申報院所(分析指標時不足 3 個月申報資料)待確認：</p> <p>A.事前已向衛生主管機關報備<u>全月休診者</u>：屬符合減量抽審辦法(依醫管檔鍵入資料判定)。</p> <p>B.未向衛生主管機關報備休診者：若費用指標與品質指標皆符合減量抽審辦法，僅因此項指標需抽審，經抽審後若院所表示「當月(全月)未看診不會有費用產生(即不會申報)」，則請院所具函至局說明當月休診起迄日期與原由，由本業組簽辦審理。</p>	不變	
	2. 檔案分析異常輔導者(全部院所適用)	不變	
		<p>3.今年該季月平均醫療費用點數與同級距院所比較，若 OD 佔率 &gt; 該級距 PR90，得立意抽審。(全部院所適用)</p> <p>※級距範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤月平均醫療費用點數 <math>\geq 50</math> 萬點</li> <li>➤月平均醫療費用點數 <math>\geq 35</math> 萬點、<math>&lt; 50</math> 萬</li> <li>➤月平均醫療費用點數 <math>\geq 20</math> 萬點、<math>&lt; 35</math> 萬</li> <li>➤月平均醫療費用點數 <math>\geq 10</math> 萬點、<math>&lt; 20</math> 萬</li> <li>➤月平均醫療費用點數 <math>&lt; 10</math> 萬</li> </ul>	<p>新增項目 高屏業務組意見：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>依本辦法之指標項目分類原則，D 其他指標項目係用以說明上述各項指標之不足，不宜將其他統計類之指標歸類於此。</li> <li>相關醫療耗用之管理建議整合於同一指標，以利院所之自主管理，本項指標之管控已修正於B品質指標之第1項，是以建議暫不於此處新增。</li> </ol>

(註)：該季月平均就醫次數計算方式：先算出每個月的平均就醫次數後加總÷計算月數。【月平均就醫次數：(月申報件數/月申報病患數)】