

高屏分區牙醫院所抽審辦法

111 年 12 月 20 日 111 年牙醫門診總額高屏分區共管會議第 1 次臨時會決議

實施日期：自 **112 年第 3 季起實施**(指標擷取費用年月 **112 年第 1 季申報資料**)

【總則】

- 1.本辦法除涉管理指標必抽審外，其他採積分制(有正分、負分)，累計分數高者優先抽審，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。
- 2.以季為單位勾稽檢核，本季是否抽審，由上上季之積分決定(例如：109 年第 4 季抽審，其指標擷取於費用年月 109 年第 2 季申報資料)。
- 3.各項指標之醫療費用點數係含部份負擔；另自 106Q2 起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。

【管理指標】

| 編號 | 指標項目 | 處理原則 |
|----|----------------------------------|---|
| 1 | 新院所(醫事服務機構代號變更者) | 連續送審(以申報費用年月起算)18 個月 |
| 2 | 年度例抽 | 1. 每家院所每年至少需隨機抽審 1 個月。 2. 若發現異常時，得延長隨機抽審時間(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)。 |
| 3 | 費用未按時申報致季勾稽未滿 3 個月者 | 抽審當季隨機審查。 |
| 4 | 確定停約處分 1 個月(含)以上者 | 1. 違規院所：抽審 12 個月。 註:違反本項另新開業者，除原本因新特約應抽審 18 個月外，再續抽審 <u>至滿</u> 12 個月。 2. 違規醫師：於處分 <u>函發函日次月起</u> 結束後 12 個月內，抽審其所執業或支援之相關院所該月該醫師之案件 <u>至滿 12 個月</u> 。 |
| 5 | 院所如未依通知到署輔導，或輔導時拒絕接受協商，或輔導後仍未改善者 | 得採立意抽審 3 個月。 |
| 6 | 凡經委員會通知接受輔導並簽具聲明書之院所 | 輔導期間得以立意抽樣案件送審。 |
| 7 | 民眾申訴、專業審查、行政審查及檔案分析等異常 | 得採隨機抽審，必要時以立意抽樣案件送審。 |
| 8 | <u>終止特約院所</u> | <u>終止特約前之費用案件。</u> |

【費用指標】

(1)取消單人院所計算成長率時之看診天數換算。

(2)排除項目：

- ① 14、16、A3、B6、B7、矯正機關(JA 及 JB)之案件
- ② 支付標準適用地區以上醫院之表列(A、B 表)項目及「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務
- ③ 牙周病統合治療實施方案 91021C、91022C、91023C
- ④ 週日及國定假日申報醫療點數【註(1)】

| 編號 | 指標項目 | 計分 |
|----|--|-----|
| 1 | 院所之醫師個人每月醫療費用點數超過 52.5 萬【註(2)】 | 10 |
| 2 | 院所去年該季醫師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)36 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率>2% | 5 |
| | 院所去年該季醫師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)36 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率排序最高前 10 家 | 5+3 |
| 3 | 院所去年該季醫師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)36 萬以下，21 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率>4% | 5 |
| | 院所去年該季醫師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)36 萬以下，21 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率排序最高前 10 家 | 5+3 |
| 4 | 院所去年該季醫師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)21 萬以下，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，多人院所成長率>4% | 5 |
| | 院所去年該季醫師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)21 萬以下，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，多人院所成長率排序最高前 5 家，單人院所成長率排序最高前 10 家 | 5+3 |

註：

- (1)院所成長率部分，週日及國定假日申報醫療點數之排除，以院所為單位，每日排除點數上限 20,000 點。假日定義同附表 3.3.3 表列日期，僅含連假之週六；療程案件以申報就醫日期認定。
- (2)醫師個人每月醫療費用之計算，排除該醫師週日及國定假日申報之醫療點數。

【品質指標】

排除項目：

- ① 14、16、A3、B6、B7、矯正機關(JA 及 JB)之案件
- ② 支付標準適用地區以上醫院之表列(A、B 表)項目及「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務
- ③ 牙周病統合治療實施方案 91021C、91022C、91023C

| 編號 | 指標項目 | 計分 |
|----|--|-----|
| 1 | 未申報加強感染管制之牙科門診診察費(SOP)案件 | 10 |
| 2 | ①院所(不分單人、多人) O.D 占率>PR99 | 10 |
| | ②單人院所月平均醫療費用點數 \leq 36 萬點，O.D 占率>54% | 5 |
| | ③單人院所月平均醫療費用點數>36 萬點，O.D 占率>52% | 5 |
| | ④多人院所月平均醫療費用點數 \leq 52.5 萬點，O.D 占率>54% | 5 |
| | ⑤多人院所月平均醫療費用點數>52.5 萬點 \leq 100 萬點，O.D 占率>52% | 5 |
| | ⑥ 多人院所月平均醫療費用點數>100 萬點，O.D 占率>50% | 5 |
| 3 | 每季就醫病患平均耗用值(RBRVS)>2600 | 5 |
| | 每季就醫病患平均耗用值(RBRVS)>2900 | 5+3 |
| 4 | 季平均就醫次數>2.0 次/人 | 3 |
| 5 | 每季根管治療未完成率>30% 「(90015C-(90001C+90002C+90003C+90016C+90018C+90019C+90020C))/90015C*100」 | 1 |
| 6 | 根管治療點數占率>30% | -2 |
| 7 | 院所複雜性以上拔牙點數占率>30% 計算方式：92014C、92015C、92016C、92063C 點數/總處置點數 | -3 |

【政策指標】

為配合健保署與全聯會政策。

| 編號 | 指標項目 | 計分 |
|----|---|-----------------|
| 1 | 未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。 | 3 |
| 2 | 提供到宅醫療服務並申報是類醫療費用院所 | -3 |
| 3 | 符合「鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案」獎勵之牙科醫療影像醫令上傳率>30%(01271C~73C、00315C~17C、34004C~06B) | -3 |
| 4 | 參加紙本病歷替代方案-病歷電子檔送審 | -1 |
| 5 | 指標費用年月之門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>85% | -1 |
| 6 | 參加醫療費用電子化作業 | -1 |
| 7 | 每季星期日看診(當日需申報費用)≥3天 | -1 |
| 8 | B、C型肝炎專區查詢>30% | -1 |
| 9 | 醫師單季牙周病統合照護方案件數(跨院所合計，以 91022C 計算) (排除所有醫院層級) ≥36 件 ≥42 件 ≥60 件 | 2 2+4 2+8 |