

## 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(包含部份負擔)50 萬以下、35 萬以上，去年該季醫療費用點數(包含部份負擔)與今年同季醫療費用點數(包含部份負擔)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 &gt; 1184125，<b>不符指標</b></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  <b>【OD佔率公式】:</b> $OD \text{ 申報點數} \div \text{總處置申報點數} \times 100$	<b>(以整季計算)</b> 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 ⇒ <math>20 + (20 \times 0.4) = 28</math> 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 ⇒ <math>22 + (22 \times 0.4) = 31</math> 件，院所 108.1-3 申報 32 件 (<math>32 &gt; 31</math>)，案件成長率 &gt; 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%	$\lceil (90015C - (90001C + 90002C + 90003C + 90016C + 90018C + 90019C + 90020C)) / 90015C * 100 \rceil$	<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。