

## 最新高屏分區牙醫院所減量抽審辦法

(費用年月 107 年 1 月起實施-106.12.26 第四次共管會修訂最新完整版)

「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照護計畫 P4001C、P4002C、P4003C、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)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(含部分負擔)及月平均醫療費用點數(含部分負擔)為基準，與今年院所同季之醫療費用點數(含部分負擔)及月平均醫療費用點數(含部分負擔)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(包含部分負擔)不得超過 50 萬		只要醫師個人費用月醫療費用點數超過 50 萬，不論其費用是否內含支援他家院所的金額，且不論本身院所及被支援院所是否符合減量抽審規定，該名醫師有申報費用之院所，其相關院所內的全部醫師皆需填寫三聯單。
(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	<p>例：○○院所 105 年 4-6 月費用醫療費用點數(包含部分負擔)，排除 14、16、A3、B6、B7、矯正機關(JA、JB)案件、P4001C、P4002C、P4003C 及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，分別為 405300、338950、385700，看診各 24、25、24 天，106 年 4-6 月醫療費用點數(包含部分負擔)，排除 14、16、A3、B6、B7、JA、JB 案件、P4001C、P4002C、P4003C 及 92090C、92091C 及 92073C，分別為 395740、387500、439600，看診為 23 天、26 天、26 天，該診所是否有符合費用指標？</p> <p>105.4-6 醫療費用點數(含部分負擔)合計： 405300+338950+385700=1129950 105.4-6 天數合計：73 天 106.4-6 醫療費用點數(含部分負擔)合計： 395740+387500+439600=1222840 106.4-6 天數合計：75 天 因為 105.4-6 月平均月醫療費用點數為 376650，故該診所 106.4-6 只有 1%的成長率 <math>\Rightarrow (1129950 \div 73) \times 75 \times 1.01 = 1172517</math> (106.4-6 符合減量抽審成長上限 1172517) 106.4-6：1222840 &gt; 1172517 不符費用指標</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>5.如不符合今年該季月平均醫療費用&lt;單人院所醫療費用 PR99 者，要送審不需填寫三聯單。</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 2%，且該季月平均就醫次數<1.6 次/人(註)	計算同(2)	
(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)	計算同(2)	去年該季月平均醫療費用點數在 10 萬以下者，若今年當季月平均醫療費用點數超過 10 萬以上，仍應依規定計算其成長率，並受費用指標成長率 10% 限制。
(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)		不需填寫三聯單及符合減量抽審。(若勾稽為異常者除外)

#### 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(包含部分負擔)不得超過 50 萬		只要醫師個人費用月醫療費用點數超過 50 萬，不論其費用是否內含支援他家院所的金額，且不論本身院所及被支援院所是否符合減量抽審規定，該名醫師有申報費用之院所，其相關院所內的全部醫師皆需填寫三聯單。
(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 1%，且該季月平均就醫次數<1.6 次/人(註)	例：○○院所 105 年 4-6 月醫療費用點數(含部分負擔)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，106 年 4-6 月醫療費用點數(含部分負擔)合計為 3259200，該院所是否有符合費用指標？ 105.4-6 醫療費用點數(含部分負擔)合計： 921500+1053000+1015000=2989500 2989500÷(2+3+3)=373687.5 故 106.4-6 的成長率為 1% ⇒2989500×1.01=3019395(106.4-6 符合減量抽審成長上限 3019395) 106.4-6：3259200>3019395 因此不符費用指標	1.多人院所醫師人數增減不列入成長率考量，只要院所不符合減量抽審資格，全院所的醫師其申報案件都需填寫三聯單。 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。

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 2%,且該季月平均就醫次數<1.6 次/人(註)	計算同(2)	

(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)】

C、新院所(凡指醫事服務機構代號變更者)需連續送審及填寫三聯單一年六個月。

【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<58% ②單人院所月平均醫療費用點數>35萬點，O.D 佔率<56% ③多人院所月平均醫療費用點數≤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≤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%	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 申報點數÷總處置申報點數×100	(以整季計算)
(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		1.自費用年月 105 年第 3 季起實施 2.105 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)，不符合者，要送審不需填寫三聯單

## 【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 $\geq 10$  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，需填寫三聯單。
  - 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，需填寫三聯單。
  - 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)公立醫院、衛生所及醫學中心(高醫、榮總、長庚)如不符合減量抽審規定，則要送審不需填寫三聯單。
- (3)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及不需填寫三聯單。(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及是否填寫三聯單)
- (4)如是屬於年度例行性隨機抽樣送審案件，則不需填寫三聯單。
- (5)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(不需填寫三聯單)送審。
- (6)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，免填寫三聯單。
- (7)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。(此項不涉及是否填寫三聯單)
- (8)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。
- (9)新開業院所免填三聯單同意書中之品質及醫管相關規定亦隨之修改。
- (10)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。
- (11)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。
  - 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。
- (12)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。
- 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。

資料彙整： 106.12.26