

## 高屏分區牙醫院所減量抽審辦法

(費用年月 103 年 4 月起實施-103.6.17 共管會修訂最新完整版)

「本辦法皆排除 14、16、A3、B6、B7 案件及加強感控每件 40、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)」。

註 1：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。

註 2：102 年度醫療費用點數(包含部份負擔) 計算排除 14、16、A3、B6 案件及加強感控每件 40、牙周病統合照護計畫 P4001C、P4002C、P4003C。

**101 年 1-6 月醫療費用點數(包含部份負擔) 計算**排除 14、16、A3、B6 案件及加強感控每件 30、初診診察每件 370、牙周病統合照護計畫 P4001C、P4002C。

**101 年 7-12 月醫療費用點數(包含部份負擔) 計算**排除 14、16、A3、B6 案件及加強感控每件 30、牙周病統合照護計畫 P4001C、P4002C。

註 3：103 年 5 月起新增排除案件分類 B7(代辦門診戒菸治療試辦計畫)。

### 【費用指標】：

#### A、單人診所：

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 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送審。
(2)	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 1%，且平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下。	<p>例：○○診所 98 年 7-9 月費用醫療費用點數(包含部份負擔)分別為 405300、338950、385700，看診各 24、25、24 天，99 年 7-9 月醫療費用點數(包含部份負擔)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>98.7-9 醫療費用點數(包含部份負擔)合計： 405300+338950+385700=1129950</p> <p>98.7-9 天數合計：73 天</p> <p>99.7-9 醫療費用點數(包含部份負擔)合計： 395740+387500+439600=1222840</p> <p>99.7-9 天數合計：75 天</p> <p>因為 98.7-9 月平均月醫療費用點數為 376650，故該診所 99.7-9 只有 1% 的成長率  <math>\Rightarrow (1129950/73) * 75 * 1.01 = 1172517</math></p> <p>99.7-9：1222840 &gt; 1172517，因此○○診所 99.7-9 不符費用指標規定，100.1-3 需抽審</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>

編號	項 目	計算方式	說 明
(3)	院所去年該季月平均醫療費用點數(包含部份負擔)35 萬以下、20 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%，且平均單價(醫療費用點數/件數)1450 以下。	計算同(2)	去年該季月平均醫療費用點數在 20 萬以下者，雖不受成長率限制，唯若今年當季月平均醫療費用點數超過 20 萬以上者，仍應依規定計算其成長率，並受費用指標成長率 2% 限制。
(4)	院所今年該季月平均醫療費用點數(包含部份負擔)20 萬以下、10 萬以上，平均單價 1450 以下。		但其餘各項指標不符者，仍得送審。
(5)	院所今年該季月平均醫療費用點數(包含部份負擔)10 萬以下，平均單價 1450 以下。		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(包含部份負擔)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送審。
(2)	院所去年該季月平均醫療費用點數(院所去年同季健保總點數/醫師人數後平均)(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)與今年同季院所醫療費用點數(包含部份負擔)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。	例：○○院所 98 年 7 月 2 位醫師醫療費用點數(包含部份負擔)921500、8 月 3 位醫師醫療費用點數 1053000、9 月 3 位醫師醫療費用點數 1015000，99 年 7-9 月醫療費用點數(包含部份負擔)合計為 3259200，該院所是否有符合費用指標？ 98.7-9 醫療費用點數(包含部份負擔)合計： $921500+1053000+1015000=2989500$ $2989500/(2+3+3)=373687.5$ 故 99.7-9 的成長率為 1% $\Rightarrow 2989500*1.01=3019395$ 99.7-9：3259200 > 3019395 因此○○院所 99.7-9 不符費用指標規定	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送審。 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)	院所去年該季月平均醫療費用點數(院所去年同季健保總點數/醫師人數後平均)(包含部份負擔)35萬以下,去年該季醫療費用點數(包含部份負擔)與今年同季院所醫療費用點數(包含部份負擔)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。	計算同(2)	

### 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。

<p>(一)排除對象：新開業院所如位於下列地區，不適用本辦法。</p> <p>1、103年4月7日前特約之醫療院所(103年4月8日起生效)。</p> <p>2、牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫公告地區。</p> <p>3、馬公市以外之澎湖縣各地區，包含虎井島與桶盤島。</p> <p>4、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。</p> <p>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。</p>	
<p>(二)費用指標：</p> <p>A、單人診所： 院所每月醫療費用點數：高雄市&lt;30萬點、屏東縣&lt;35萬點、澎湖縣&lt;40萬點</p> <p>B、多人診所： 院所每月醫療費用點數，以專任醫師(非支援兼任)人數計算： 高雄市&lt;30萬點×專任醫師數、屏東縣&lt;35萬點×專任醫師數、澎湖縣&lt;40萬點×專任醫師數</p>	
<p>(三)輔導管控原則：</p> <p>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。</p>	

### 【品質指標】：

編號	項 目	計算方式	說 明
(1)	①月平均醫療費用點數(包含部份負擔)(多人院所以總醫療費用點數/醫師總人數計算) ≤35萬點，O.D估率<60%	OD申報點數/總處置申報點數*100	(以整季計算)
	②月平均醫療費用點數(包含部份負擔)(多人院所以總醫療費用點數/醫師總人數計算) >35萬點，O.D估率<58%		

編號	項目	計算方式	說明
(2)	每季平均就醫次數<1.8 次/人	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)	(以月計算)
(3)	每季就醫病患平均耗用值(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	(以月計算)

#### 【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)一年內未有違規懲處記錄者。(其違規懲處記錄是指經健保署停約處份)
- (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。

#### 【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，需送審。
  - 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，需送審。
  - 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 95 年第一季為資料勾稽，將決定 95 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)凡被「停約」處份之院所，需自停約期滿開始申報費用起，送審一年。
- (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)下列院所，自 97 年第 3 季(費用年月)起，健保署案件抽審由論件隨機抽樣改為論人歸戶隨機抽樣。
  - ①自 97 年 7 月 1 日起，新特約之院所。(論人歸戶隨機抽樣審查一年六個月)
  - ②自 97 年 7 月 1 日起，停約處分之院所。(論人歸戶隨機抽樣審查一年)
  - ③自 97 年 7 月起，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。