

全民健保牙醫門診醫療服務台北區抽樣抽審作業原則

99年6月22日修訂、99年10月28日修訂、100年9月22日修訂、
100年12月29日修訂、101年3月26日修訂、101年6月21日修訂、
101年12月22日修訂、102年3月21日修訂、102年6月20日修訂、
102年9月12日修訂、103年3月20日修訂、103年8月29日修訂、
104年1月22日修訂、104年9月17日修訂、104年12月17日修訂、
105年3月24日修訂、105年6月23日修訂、105年12月15日修訂、
106年3月30日修訂、106年6月29日修訂、108年3月28日修訂、
108年6月27日修訂、108年12月26日修訂、109年6月18日修訂、
109年12月24日修訂、110年9月23日修訂、111年3月31日修訂、
112年3月23日修訂、112年6月29日修訂、113年3月21日修訂、
113年6月27日修訂、**113年9月26日修訂**

- 一、依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二十二條規定辦理。
- 二、牙醫送審採總量管制，以申報院所家數22%為上限，送審指標選取**1518%**（A指標為每月必審院所），浮動指標選取**74%**；另每一院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上**限**述家數規範，**故浮動指標最高選取6%為上限**。（104/1/22）（108/6/27）（**113/9/26**）
- 三、指標內容與執行方式：

指標類別	代號	送審指標	權值點數	資料期間	備註	執行期間
必審指標	A1	臺北業務組及台北區審查分會提報之異常名單(含病歷記載不全經審查組會議提報異常)(含違約記點、扣減10倍院所)	15	最近1個月	例：以每月15日前提報之異常名單執行(採論人歸戶)	連續送審3個月(違規自處分確定前)
	A2	輔導管控作業中院所(絕對1項指標輔導、跨區支援輔導、 醫療確認單 、醫療品質監控期)	15	最近1個月	例：抽審月份9907以9907(費用月份)執行名單分析(採論人歸戶104.12.17修訂)(108.12.26修訂)(113.9.26修訂)	依輔導期間
	A3	延遲申報院所	15	當月	例：延遲申報為9907，抽審月份則為9907(費用月份)	延遲申報當月
	A4	終止合約院所	15	最近1個月	例：以每月15日前提報之異常名單執行	發生至終止前
	A5	違規停約院所	15	最近1個月	(採論人歸戶)	連續送審1年(自處分確定起)
	A6	新特約診所	15	最近1個月	(採論人歸戶)	連續送審6個月
	A7	最近1個月核減率>10%院所	15	最近1個月	(104.1.22修訂)	1個月
	A8	最近一季，每病人平均就醫次數最高之前30家院所(1020620)	15	最近1季	代辦案件、重大傷病免部分負擔之案件及診察費為0之案件除外，採論人歸戶排除總醫療點數於本分區最後5百分位(104.1.22修訂)	1個月
	A11	OD點數佔總醫療點數之比率前15百分位且OD平均面數前5百分位或OD點數前2.5百分位(同院所歸戶)	15	最近1個月	(104.1.22新增) 排除總醫療點數於本分區最後5百分位(105.6.23新增備註)	1個月
非必審指標	B1	平均填補顆數前5百分位	8	最近1個月	(104.1.22新增) 排除總醫療點數於本分區最後5百分位(105.6.23新增備註)	1個月
	B3	總點數前3%且每病患季平均醫療點數>1800(同醫師歸戶)	8	最近1個月	總點數≥97百分位(104.12.17新增)	1個月

指標類別	代號	送審指標	權值點數	資料期間	備註	執行期間
	B4	OD 點數佔總醫療點數之比率前 20 百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年 OD 點數前 10 百分位(同院所歸戶)	8	最近 1 個月		1 個月
	B6	輔導管控作業中院所(新執業輔導、新特約輔導、 <u>醫療確認單</u>)	8	最近 1 個月	例：抽審月份 9907 以 9907（費用月份）執行名單分析(採論人歸戶)(108.12.26 新增) (<u>113.9.26 修訂</u>)	依輔導期間
	C1	RBRVS 值前 20 百分位（論人歸戶）	4	最近 1 季	排除 15 案件 採論人歸戶審查，排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位 （104.1.22 修訂）	1 個月
	C2	根管治療案件數佔全部案件數最後 20 百分位（同院所歸戶）	4	最近 1 季	排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位（104.1.22 修訂）	1 個月
	C3	單一醫師日平均醫療點數成長前 10 百分位	4	最近 1 個月	(104.1.22 新增)	1 個月
	C4	單一醫師日平均醫療點數前 5 百分位	4	最近 1 個月	(104.1.22 新增)	1 個月
	C5	總點數前 5%(同醫師歸戶)	4	最近 1 個月	95 百分位≤總點數<97 百分位 若院所另有 B3 指標(總點數前 3%)，則本項指標不計(105.6.23 新增備註)	1 個月
	D	浮動指標			非因 A、B、C 類指標權值點數累積送審者，由電腦隨機抽選	1 個月
獎勵指標	E1	參加「醫療費用總表線上確認為作業」院所，得減計 C 指標權值分數	-4	最近 1 個月	(111.3.31 修訂)	1 個月
	E3	有上傳「檢驗（查）結果或醫療影像」院所，得減計 C 指標權值分數	-4	最近 1 個月	(111.3.31 修訂)	1 個月
	E4	91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)、P3601C(特定疾病病人牙科就醫安全)等 6 項醫令中執行任 2 項，且每項至少申報 3 筆，得減計 C 指標權值分數	-4	最近 1 個月	(113.6.27 修訂)	1 個月
	E5	申報「牙醫特殊醫療服務計畫院所」，得減計 C 指標權值分數。	-4	最近 1 個月	(112.3.23 修訂)	1 個月
	E6	參加虛擬健保卡就醫模式計畫院所，得減計 C 指標權值分數	-1	最近 1 個月	(113.3.21 新增)	1 個月
	E7	院所虛擬健保卡申報率≥1%，得減計 C 指標權值分數	-2	最近 1 個月	(113.3.21 新增)	1 個月
註 1、抽審院所每月執行。 註 2、區域級以上醫院執行送審指標時，排除 A2 指標，抽審家數以該層級申報院所家數 30%為上限，送審指標選取 20%，浮動指標選取 10%；醫學中心 8 家至少抽審 2 家（送審指標 1 家、浮動指標 1 家）、區域醫院 19 家至少抽						

指標類別	代號	送審指標	權值點數	資料期間	備註	執行期間
審 5 家（送審指標 3 家、浮動指標 2 家），每一家每年至少應予抽樣審查二次。（99/10/28）（100/09/22）（102/06/20）						
註 3、為落實醫療服務品質管控，區域級以上醫院列入輔導追蹤之醫師，仍應依「管控辦法暨作業說明」執行相關作業，若執行管控辦法作業期間所屬醫院當月不需抽審，則以立意抽審方式辦理：執行相對 3 項、絕對 1 項指標輔導、跨區支援輔導、醫療確認單、photo 之醫師抽樣率 1/10（比照隨機抽樣方式）。（99/10/28）（103/3/20）（109/6/18）						
註 4、送審指標之資料期間為最近一個月（最近 1 季），係以「送審月份減 2」計算；例：抽審月份 9907 以費用月份 9905（9903-9905）執行分析。						
註 5、專業審查核減處理方式：樣本案件-回推核減、非樣本案件-另以追扣辦理。						
註 6、院所當月總醫療點數 6 萬點（含）以下，減除送審指標 A8 至 A11 及 B、C 類權值分數。（106/06/29）						

備註說明：

一、本案修訂後自 100 年 9 月（費用年月）起實施（100/09/22）

註：區域級以上醫院執行送審指標時，排除 C3 指標（100/09/22）修訂。

二、本案修訂後自 101 年 2 月（費用年月）起實施（100/12/29）

註：執行送審指標（代號 B1、B3、C1）時，資料點數計算排除『牙醫門診總額牙周病統合照護計畫』（案件分類 15）項目費用。

三、本案修訂後自 102 年 2 月（費用年月）起實施（101/12/22）

- 註：1. 刪除 A9 指標-「最近一季，牙醫門診就醫次數大於 20 次之病人數大於 2 人之院所」。
2. 修訂 A7 指標-「恆牙二年重補率（自家）前 5 百分位（同院所歸戶）」，權值分數為 8 分。
3. 新增 A9 指標-「乳牙一年半重補率（自家）前 5 百分位（同院所歸戶）」，權值分數為 7 分。

四、本案修訂後自 102 年 8 月（費用年月）起實施（102/6/20）

- 註：1. 調整抽審比率：提高「浮動指標」比率為 10%（原 8%）、降低「送審指標」比率為 15%（原 17%）
2. 刪除原 B2 指標-「二年重補率（他家）前 10 百分位（同院所歸戶）」。
3. 刪除原 B3 指標-「單一醫師日醫療點數成長前 20 百分位（同院所、同醫師歸戶）」。
4. 刪除原 C1 指標-「單一醫師日醫療點數前 10 百分位（同院所、同醫師歸戶）」。
5. 刪除原 C3 指標-「根管治療完成率最後 20 百分位（同院所歸戶）」。
6. 新增 A7 指標-「最近 1 個月核減率 > 16% 院所」，權值分數 15 分。
7. 修訂 A8 指標【最近一季，每病人平均就醫次數最高之前 30（原 20）家院所】，權值分數為 15 分（原 8 分）
8. 修訂 B1（原 A7）指標恆牙二年重補率（自家）前 5 百分位（同院所歸戶），權值分數為 8 分。
9. 修訂 B2（原 A9）指標【乳牙一年半重補率（自家）前 5 百分位（同院所歸戶）】，權值分數為 8 分（原 7 分）
10. 修訂 B3（原 C2）OD 點數佔總醫療點數之百分比前 20 百分位（同院所歸戶），權值分數 8 分（原 3 分）
11. 修訂 B4（原 C5）指標【申報 P4002 案件前 20 名（含），且 19 案件點數達 30 萬點（含）以上（同醫師歸戶）】權值分數 8 分（原指標：無申報牙周病統合照護計劃案件（P1、P2、P3）且無申報初診診察費案件之院所，原權值分數 4 分）。
12. 修訂 C1（原 B4）RBRVS 值前 20 百分位（同院所歸戶），權值分數 4 分。
13. 修訂 C2（原 C4）根管治療案件數佔全部案件數最後 20 百分位（同院所歸戶），權值分數 4 分。

五、本案修訂後自 102 年 10 月（費用年月）起實施（102/9/12）

註：修訂 A6 新特約診所執行期間為連續送審 6 個月（原執行期間：連續送審 1 年，自第 7 個月起得依管控辦法申訴結果排除）

六、本案修訂後自 103 年 4 月（費用年月）起實施（103/3/20）

- 註：1. 修正送審總量管制，以申報院所家數 22% 為上限，送審指標選取 13%（指標 A1-A6 為每月必審院所），浮動指標選取 9%，每一院所每年至少應予抽樣審查一次。（103/3/20）
2. A2 輔導追蹤管控作業中院所：
- (1) 執行「追蹤」作業院所不列入 A2 指標
- (2) 執行「輔導」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件隨機抽審。

(3)執行「輔導暨醫療確認單」作業院所列入A2指標、受輔導醫師當月案件全部審查。

(4)執行「輔導暨醫療確認單+Photo」作業院所列入A2指標、受輔導醫師當月案件全部審查。

七、本案修訂後自 103 年 9 月（費用年月）起實施(103/8/29)

註：1. 修訂B3 恆牙OD點數佔總醫療點數之百分比前20百分位（同院所歸戶），權值分數8分

2. 牙醫送審採總量管制，以申報院所家數22%為上限，送審指標選取14%(原13%)（指標A1-A6為每月必審院所），浮動指標選取8%(原9%)，每一院所每年至少應予抽樣審查一次。（103/8/29）

3. A2 輔導追蹤管控作業中院所：

(1)執行「追蹤」作業院所不列入A2指標

(2)執行「輔導」作業院所列入A2指標、受輔導醫師當月案件隨機抽審。

(3)執行「輔導暨醫療確認單」作業院所列入A2指標、受輔導醫師當月案件隨機抽審。

(4)執行「輔導暨醫療確認單+Photo」作業院所列入A2指標、受輔導醫師當月案件全部審查。

八、本案修訂後自 104 年 2 月（費用年月）起實施(104/1/22)

註：1. 修訂A7指標-「最近1個月核減率>16% 10%院所」。

2. 修訂A8最近一季，每病人平均就醫次數最高之前30家院所(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後5百分位)

3. 新增A9 OD點數佔總醫療點數之比率前20百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年OD點數前10百分位(同院所歸戶)

4. 新增A10未申報牙周照護且申報91XXX佔總醫療點數比率前1百分位(91001C除外)(同院所歸戶)

5. 新增A11 OD點數佔總醫療點數之比率前15百分位且OD平均面數前5百分位或OD點數前2.5百分位(同院所歸戶)

6. 新增B1平均填補顆數前5百分位

7. 修訂B2申報P4002案件前20名(含)，且19案件點數達30萬點(含)以上(同醫師歸戶)變更指標代號(原B4指標)

8. 修訂C1 RBRVS值前20百分位(論人歸戶)(新增備註：採論人歸戶審查，排除總醫療點數於本分區最後10百分位)

9. 修訂C2根管治療案件數佔全部案件數最後20百分位(同院所歸戶)(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後10百分位)

10. 新增C3單一醫師日平均醫療點數成長前10百分位

11. 新增C4單一醫師日平均醫療點數成長前5百分位

12. 修訂牙醫送審採總量管制，以申報院所家數22%24%為上限，送審指標選取14%-17%(A指標為每月必審院所)，浮動指標選取8% 7%；另每一院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上限家數規範

九、本案修訂後自 104 年 10 月（費用年月）起實施(104/9/17)

註：修訂A10未申報牙周照護且申報91XXX佔總醫療點數比率前1百分位(91001C除外)(同院所歸戶)新增備註排除總醫療點數於本分區最後5百分位

十、本案修訂後自 105 年 1 月（費用年月）起實施(104/12/17)

註：1. 修訂A2輔導追蹤管控作業中院所，抽樣方式由「論件審查」修訂為「論人審查」。

2. 新增B3總點數前3%(同醫師歸戶)，權值分數8分。

3. 新增C5總點數前5%(同醫師歸戶)，權值分數4分。

十一、本案修訂後自 105 年 4 月（費用年月）起實施(105/3/24)

註：新增E1指標-參加「鼓勵醫事服務機構及時查詢病患就醫資訊方案」院所或查詢「健保雲端藥歷系統」得減計C指標權值分數4分

十二、本案修訂後自 105 年 7 月（費用年月）起實施(105/6/23)

1. A11 OD點數佔總醫療點數之比率前15百分位且OD平均面數前5百分位或OD點數前2.5百分位(同院所歸戶)(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後5百分位)

2. B1平均填補顆數前5百分位(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後5百分位)

3. C5指標總點數前5%(同醫師歸戶)(新增備註：若院所另有B3指標(總點數前3%)，則本項指標不計)

十三、本案修訂後自 106 年 1 月（費用年月）起實施(105/12/15)

1. 修訂A10未申報牙周照護且申報91XXX佔總醫療點數比率前1百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C除外)(同院所歸戶)

2. 刪除 B2 申報 P4002 案件前 20 名(含)，且 19 案件點數達 30 萬點(含)以上(同醫師歸戶)

十四、本案修訂後自 106 年 4 月（費用年月）起實施(106/3/30)

1. 原 A9 變更為 B4，OD 點數佔總醫療點數之比率前 20 百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年 OD 點數前 10 百分位(同院所歸戶)
2. 原 A10 變更為 B5，未申報牙周照護且申報 91XXX 佔總醫療點數比率前 1 百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C 除外)(同院所歸戶)
3. 修訂 B3 總點數前 3%且每病患季平均醫療點數>1800 (同醫師歸戶)
4. 修訂 D 浮動指標院所，新增指標定義：非因 A、B、C 類指標權值點數累積送審者，由電腦隨機抽選。
5. 修訂 E1 參加「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所或查詢「健保雲端藥歷系統」「健保醫療資訊雲端查詢系統」得減計 C 指標權值分數。
6. 修訂註 2、區域級以上醫院執行送審指標時，排除 A2 指標，抽審家數以該層級申報院所家數 30%為上限，送審指標選取 20%，浮動指標選取 10%；醫學中心 8 家至少抽審 3-2 家（送審指標 2-1 家、浮動指標 1 家）、區域醫院 19 家至少抽審 6-5 家（送審指標 4-3 家、浮動指標 2 家），每一院所家每年至少應予抽樣審查一-二次。
7. 配合全審作業取消，修訂註 3 及註 6 相關文字
 - (1) 註 3.為落實醫療服務品質管控，區域級以上醫院列入輔導追蹤之醫師，仍應依「管控辦法暨作業說明」執行相關作業，若執行管控辦法作業期間所屬醫院當月不需抽審，則以立意抽審方式辦理：photo-醫師全審。執行輔導、醫療確認單、photo(~~B-類~~)之醫師抽樣率 1/10（比照隨機抽樣方式）。
 - (2) 註 6.~~非全院所全部案件送審者（不得視同全審）~~，專業審查核減處理方式：樣本案件-回推核減、非樣本案件-另以追扣辦理。
8. 為方便日後統計，已修訂刪除之指標不再使用原指標編號

十五、本案修訂後自 106 年 6 月（費用年月）起實施(106/6/29)

增訂註 7：院所當月總醫療點數 6 萬點（含）以下，減除送審指標 A8 至 A11 及 B、C 類權值分數。

十六、本案修訂後自 108 年 5 月（費用年月）起實施(108/3/28)

新增 E2 指標-每月申報牙周病統合治療方案 91022C(牙周病統合治療第二階段支付)得減計 C 指標權值分數 4 分。

十七、本案修訂後自 108 年 6 月（費用年月）起實施(108/6/27)

牙醫送審總量管制上限從 24%修訂為 22%。

十八、本案修訂後自 109 年 1 月（費用年月）起實施(108/12/26)

A2 指標（權值 15 分）新特約及新執業院所，移列至新增 B6 指標（權值 8 分），以及 B5 指標（未申報牙周照護且申報 91XXX 佔總醫療點數比率）閾值修訂為前 30 百分位。另 B6 指標院所名單，請牙醫台北區審查分會於每月 10 號前提供臺北業務組。

十九、本案修訂後自 111 年 4 月（費用年月）起實施(111/3/31)

1. 修訂 E1 指標-參加「醫療費用總表線上確認作業」院所，得減計 C 指標權值分數 4 分。
2. 新增 E3 指標-有上傳「檢驗（查）結果或醫療影像」院所，得減計 C 指標權值分數 4 分。

二十、本案修訂後自 112 年 4 月（費用年月）起實施(112/3/23)

1. 新增 E4 指標：91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、P7301C(高齲齒率患者氟化物治療)、P6701C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次)、P6704C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次)、P6705C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)等 10 項醫令中執行任 2 項，且每項至少申報 3 筆，得減計 C 指標權值分數 4 分。
2. 新增 E5 指標：申報「牙醫特殊醫療服務計畫」院所，得減計 C 指標權值分數 4 分。

二十一、本案修訂後自 112 年 7 月（費用年月）起實施(112/6/29)

P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)為 112 年 3 月 1 日新增之鼓勵項目。E4 指標新增「P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)」，項目由原本 10 項同步修訂為 11 項。

二十二、本案修訂後自 113 年 4 月（費用年月）起實施(113/3/21)

1. 新增 E6 指標：參加虛擬健保卡就醫模式計畫院所，得減計 C 指標權值分數 1 分。
2. 新增 E7 指標：院所虛擬健保卡申報率 $\geq 1\%$ ，得減計 C 指標權值分數 2 分。

3. 修訂 E4 指標：刪除 P7301C(高齲齒率 患者氟化物治療)、P6701C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診 治療-第一次)、P6704C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療 -第二次)、P6705C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)，項目由 11 項同步修訂為 5 項。

二十三、 本案修訂後自 113 年 6 月（費用年月）起實施(113/3/21)

1. 刪除 B5 指標：未申報牙周照護且申報 91XXX 占總醫療點數比率前 30 百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C 除外)(同院所歸戶)權值點數 8 分。
2. 刪除 E2 指標：每月申報牙周病統合治療方案 91022C(牙周病統合治療第二階段支付)得減計 C 指標權值分數 4 分。

二十四、 本案修訂後自 113 年 7 月（費用年月）起實施(113/6/27)

修訂 E4 指標：新增 P3601C(特定疾病病人牙科就醫安全)，項目由 5 項同步修訂為 6 項。

二十五、 本案修訂後自 113 年 9 月（費用年月）起實施(113/9/26)

1. 修訂牙醫送審採總量管制，以申報院所家數 22%為上限，送審指標選取 ~~15~~18% (A 指標為每月必審院所)，浮動指標選取 74% ；另每一院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上限述家數規範，故浮動指標最高選取 6%為上限。
2. 修訂 A2 指標：刪除醫療確認單，移列至 B6 指標。輔導管控作業中院所(絕對 1 項指標輔導、跨區支援輔導、醫療品質監控期)權值點數 15 分。
3. 修訂 B6 指標：增列醫療確認單。輔導管控作業中院所(新執業輔導、新特約輔導、醫療確認單)權值點數 8 分。