

# 牙醫門診醫療服務中區審查分會

## 輔導管控辦法

103 年第 1 次聯席會暨 9-1 中區審查分會修訂  
103 年第 3 次聯席會暨 9-3 中區審查分會修訂  
104 年第 1 次聯席會修訂  
105 年第 2 次聯席會暨 10-2 中區審查分會修訂  
106 年第 3 次聯席會暨 10-6 中區審查分會修訂  
107 年第 1 次聯席會暨 11-1 中區審查分會修訂  
108 年第 2 次聯席會暨 11-5 中區審查分會修訂  
110 年第 2 次聯席會暨 12-5 中區審查分會修訂  
13-2 中區審查分會修訂  
111 年第 3 次聯席會暨 13-3 中區審查分會修訂  
112 年第 1 次聯席會暨 13-4 中區審查分會修訂  
112 年第 2 次聯席會暨 13-5 中區審查分會修訂  
112 年第 3 次共管會暨 13-6 中區審查分會修訂  
113 年第 1 次共管會暨 14-1 中區審查分會修訂  
113 年第 2 次共管會暨 14-2 中區審查分會修訂  
**114 年第 1 次共管會暨 14-4 中區審查分會修訂**

- 一、依據：衛生福利部中央健康保險署牙醫門診醫療服務審查勞務委託契約辦理。
- 二、目的：為改進醫療服務審查業務，建立以檔案分析為主軸之醫療費用異常管理及輔導作業方式，以提昇醫療品質。
- 三、輔導管控指標：

說明：

\*依人口數/醫師數比，分為 A、B、C、D、E 五分區。

\*申請點數 **13.5** 萬點以下及資深醫師申請點數 15 萬點以下且未支援其他院所之牙醫師，經篩選如有較高之指標項目，需特予考量是否因計算之分母過低致該項指標值偏高等因素，而予從寬認定或排除。

\*各項指標之計算均排除：

- (1) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目。
- (2) 案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。
- (3) 案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。  
(113 年 91021C~91023C 排除 30%、114 年排除 15%，115 年起取消本條。)  
(115 年起 91021C~91023C 納入各項指標計算)
- (4) 案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
- (5) 案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
- (6) 案件分類為 A3—牙齒預防保健案件。
- (7) 案件分類為 B6—職災代辦案件。
- (8) 案件分類為 19—定期性口腔癌及癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌及癌前病變追蹤治療(92091C)。
- (9) 案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
- (10) 案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。
- (11) 加成之點數。
- (12) 初診診察費差額。
- (13) 加強感染管制實施方案診察費差額。
- (14) 山地離島診察費差額。
- (15) 牙醫急診診察費差額。
- (16) 特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。
- (17) 案件分類為 19—自 112 年 4 月(費用年月)起糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。
- (18) 自 112 年 8 月(費用年月)起 P7101C、P7102C、91091C、P7302C、P7303C。
- (19) 自 113 年 9 月(費用年月)起 P3601C、(89204C-89205C、89208C-89210C、89212C、89214C-89215C)差額。

指標內容：

(一) 申請點數

A、一般醫師申請點數管控規定：

| 項次                        | 分區 | A           | B           | C           | D           | E           |
|---------------------------|----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 個別醫師申請點數上限(萬點)            |    | <u>45</u>   | <u>49</u>   | <u>53</u>   | <u>57</u>   | <u>61</u>   |
| 新特約院所醫師半年內申請點數上限(萬點)      |    | <u>30</u>   | <u>34</u>   | <u>38</u>   | <u>42</u>   | <u>46</u>   |
| 新入會或更改執業地點醫師半年內申請點數上限(萬點) |    | <u>40</u>   | <u>44</u>   | <u>48</u>   | <u>52</u>   | <u>56</u>   |
| 支援醫師申請點數上限(萬點)            |    | <u>13.5</u> | <u>13.5</u> | <u>13.5</u> | <u>13.5</u> | <u>13.5</u> |

1. 醫師有 2 筆以上申報(執業及支援)資料，申請點數歸戶-各分區上限以人口數/醫師數比較低之分區界定(有支援情形醫師請注意此規定)。
2. 新特約院所認定含更換負責醫師、跨區遷址。
3. 超出申請點數上限(含執業及支援)醫師列入 OD 彩色照相舉證及保險醫療處置內容明細確認三聯單 3 個月(以下簡稱確認單)或接受輔導，以上受輔導期間院所需列入抽審。
4. 若半年內超出申請點數上限 3 次(含)列入實地審查。
5. 執業在中區且僅支援南投之醫師(含南投支援南投)，支援南投點數上限放寬 3 萬點，執業+支援點數合計仍以嚴格分區上限認定，但可外加支援南投之點數(以 3 萬點為限)。

B、執業在本轄區之專科醫師申請點數管控規定：

1. 自 107 年 4 月(費用年月)起支援醫師為牙髓病科或口腔顎面外科醫師(須為健保署牙科轉診加成名單)，執行各專科醫令(支付標準第三章第二節根管治療診療項目；第三章第四節第一項處置及第二項門診手術診療項目之 92 醫令)為 100%者，其支援申請點數不設上限，但執業與支援申請點數合計額度，仍依原規定「申請點數歸戶—各分區上限以人口數/醫師數比較低之分區界定」辦理。
2. 自 108 年 8 月(費用年月)起口腔顎面外科醫師(須為健保署牙科轉診加成名單)，執行支付標準第三章第四節第一項處置及第二項門診手術診療項目之 92 醫令為 100%者，個別醫師申請點數歸戶後上限放寬為 E 區 61 萬點(含支援、新特約、新入會、更改執業地點)。超出上限者該院所所有醫師列入病歷全審及確認單 3 個月或接受輔導。
3. 自 113 年 1 月(費用年月)起兒童專科醫師(須為健保署牙科轉診加成名單)，支援院所申報 13 歲以下病人數 100%且向本會報備者，其支援申請點數上限為 15 萬點，但執業與支援申請點數合計額度，仍依原規定「申請點數歸戶—各分區上限以人口數/醫師數比較低之分區界定」辦理。
4. 若半年內超出申請點數上限 3 次(含)列入實地審查。

(二) 病人耗用點數(本項為加權指標)：

1. 院所別或醫師別>各分區 95 百分位列計 1 點。操作型定義：申請點數/總病人數
2. 季醫師別>各分區 99 百分位加計 1 點。操作型定義：前 1 季申請點數/前 1 季總病人數

(三) OD 點數比率>各分區 95 百分位列計 1 點。

操作型定義：OD 處置點數/合計點數

〈89001C~89005C、89008C~89012C、89014C~89015C、89204C~89205C、89208C~89210C、89212C、89214C~89215C〉/診察費+診療費+藥事服務費+藥費〉

附註：1. 申請點數 20 萬點以上且 OD 點數比率居全中區前 3 名需執行 OD 術前、中、後照相舉證 2 個月；個別醫師申請點數 > 20 萬點，且 OD 點數比率排名全中區第 4-10 名者，發函告知其排名。

2. 兒牙醫師申請點數 20 萬點以上且 OD 點數比率居兒牙醫師第 1 名且 > 60% 者，需執行 OD 彩色照相舉證 2 個月。（註：本會兒童專科醫師定義：13 歲（含）以下病人結構佔全部申報案件 7 成以上之醫師且向本會報備者）。

（四）ENDO 未完成率 > 各分區 95 百分位列計 1 點。

操作型定義： $100\% - \text{RCF}(\text{當月及前 2 個月充填合計}) / \text{RCE}(\text{當月及前 2 個月髓腔開擴合計})$  比

（五）二年垂直重補率 > 各分區 95 百分位列計 1 點。

操作型定義： $(\text{乳牙 1.5 年} + \text{恆牙 2 年之自家重補顆數}) / \text{當月 OD 總顆數}$

（六）二年交叉重補率 > 各分區 95 百分位列計 1 點。

操作型定義： $(\text{乳牙 1.5 年} + \text{恆牙 2 年之他家重補顆數}) / \text{當月 OD 總顆數}$

（七）院所別就醫患者之平均 OD 填補顆數 > 各分區 95 百分位列計 1 點。

操作型定義：當月 OD 總顆數 / 總病人數

#### 四、各級管控辦法：

（一）【A 級管控】：實地審查或病歷全審半年或 OD 術前、中、後臨床彩色照相舉證 3 個月。

（二）【B 級管控】：4 點（含）以上者連續 3 個月填寫確認單；

院所新特約未達六個月-放寬 5 點（含）以上者連續 3 個月填寫確認單。

（三）【C 級管控】：3 點者列入協談輔導；院所新特約未達六個月-放寬 4 點者列入協談輔導，另將醫管組、醫審組會議列入協談院所，一併交由輔導組進行協談。

（四）【D 級管控】：1-2 點者列入函請改善並列入追蹤；2 點（含）以上者列入抽審。

#### 五、其他相關規定：

（一）新特約、新入會、更改執業地點醫師、每季爭審駁回率 100% 院所

1. 每月第二週星期二舉辦健保業務說明會，無故未參加者，需填寫確認單。

2. 未達六個月者，須將每月申報數據統計表於次月 20 日前寄至本會。

（二）各項指標初犯或情節輕微者需參加健保業務說明會，無故未參加將升等輔導。

（三）聘請支援醫師院所需填寫支援申報明細表及看診診次表，並於次月 20 日前寄至本會，若連續通知通知 2 次仍未改善者，則列入協談。

（四）支援醫師指標篩選方式為申報資料歸戶，計點方式為執業、支援院所皆計點。

（五）不分院所及醫師別篩選重複全口牙結石清除率前 10 名，前 1-3 名其全口牙結石清除案件須填寫填寫確認單 3 個月，4-10 名函請改善，排除申請點數 12 萬以下或兒童專科醫師後執行。

（註：重複全口牙結石清除率定義： $\text{當月重複全口牙結石清除人數} / \text{13 歲以上就醫人數}$ ）。

（六）一般醫師與兒童專科醫師分別管控，兒童專科醫師採管控病人耗用點數及 OD 點數比率兩項指標，其記點方式為列入兒牙 90 百分位記 2 點。

（七）被申訴且查證屬實之院所依申訴情節研判是否列入實地審查作業及連續 3 個月填寫確認單。

（八）經健保署查核違規者（違反特約管理辦法第 36-40 條及 44-45 條）抽審 1 年，另自 108 年 8 月（費用年月）起處停約院所增列該抽審期間院所所有醫師列入 OD 彩色照相舉證及填寫確認單。

（九）檔案分析、牙醫全聯會交辦、審查醫藥專家提報等案件，得列入各級輔導。

- (十) 審查醫藥專家提報案件列入抽審條件：兩項以上提報指標或單項指標列入函請改善但重複提報，經醫審組、醫管組會議通過後得列入抽審。

六、追蹤辦法：

- (一) 醫管組依受輔導院所之受輔導原因，再比對輔導(協談)後之申報情形，討論升、降除名等。上列決議事項均於會議中討論完成，審慎考量事實後決定，完全排除人情關說或其他途徑尋求改變。
- (二) 針對協談輔導紀錄之院所連續追蹤半年，仍超出標準者採升等輔導。
- (三) 對於嚴重異常或不接受輔導或經追蹤未改善者，得實施術前、中、後臨床彩色照相舉證 3-6 個月、病歷全審、實地審查、逕送相關單位依法處理。

為使本會與中區所屬會員之申訴暨溝通管道暢通，特公開設立意見箱（E-mail：twmsoffice2016@gmail.com）聯絡電話：(04) 22658901，對於本會之輔導或管控辦法，有需要申訴或建議之處，請善加利用本信箱或專線電話。