

健保署中區業務組與牙醫門診醫療服務中區審查分會

114年第2次共同管理會議

會議紀錄

時間:114年7月31日下午1時整

地點:健保署中區業務組10樓第1會議室

出席人員:(職稱敬略)

牙醫門診醫療服務中區審查分會(依姓氏筆劃順序排序)

石家璧、吳尚書、吳健民、李世賢、李春生、
李泰憲、沈紋瑩、林傳凱、張天俊、許家浚、
陳俊雄、陳進奇、黃怡仁、楊永淙、劉百福、
劉宏鋒、賴聖佑

健保署中區業務組

賴大年、楊惠真、王奕晴、林裕能、戴秀容、
柯依鳳、陳蕙歆、周宛儀、陳瑩霓、陶昱均

列席人員:林純希、陳明麗

請假人員:黃聖峰、陳韋仲、余權航

主 席:劉副組長上惠、黃主任委員立賢

紀 錄:廖錦善

壹、主席致詞:(略)

貳、上次會議決議追蹤:(洽悉)

參、報告事項:

1、 健保署中區業務組業務報告:(略)

2、 轉知及宣導事項

(1) 114年牙醫院所感染管制 SOP 作業實地訪查,依據114年研商會議決議修訂方案,院所抽查比例為4%-6%。本組將於8月密集訪查57家牙醫診所(4.3%),優先訪查未曾訪查、民眾申訴或申報異常者。為保障病人安全,醫師治療前務必查詢就醫患者B、C肝病史,並針對有病史者加強器械消毒。

(2) 自114年5月1日起,「全民健康保險醫療服務給付項目及支

付標準」第三部牙醫通則三、轉診加成醫師資格第3點，修正為「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位」。爾後適用該資格者，由牙醫全聯會逐年提報名單至各分區核定。

- (3) 113年度牙醫門診總額品質保證保留款核發情形，轄區計1,409家參與結算，符合核發資格1,272家(較112年增加15家)，其中1,267家(占參與結算院所89.9%)領取品保款，總計核發3,313萬9,281元，符合資格但未領取的主因為指標達成率為0%。不符合核發資格者，主因為當年度有1個月(含)以上費用未辦理第一次暫付，不符合核發資格的院所數量較前一年度減少8家。
- (4) 114年度牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，自費用年月114年8月起修訂門診醫療費用申報暫付子系統(RAP)之門診費用申報檢核(附件1)。另本計畫不得併報 P7101C、P7102C，自費用年月114年10月起，新增 RAP 檢核(附件2)。
- (5) 114年牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，自114年7月1日起巡迴點可執行牙醫特殊醫療計畫，費用由該計畫專款支應，不再額外加計2成，惟該巡迴點需備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並經牙全會審核。另巡迴服務一級地區論次支付點數，平日每小時由1,800點調升為2,100點；假日由2,100點調升為2,400點。
- (6) 預訂114年8月「特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)」之醫令自動化審查檢核(REA 檢核費用年月114年5月)即將上線，自費用年月115年1月起，未查詢病人資料即申報者將不予支付。請轉知會員正確申報，避免核減相關費用。
- (7) 健保卡資料上傳格式2.0將於114年9月全面單軌實施，目前本轄區仍有7家未改版，請輔導院所儘早改版。
- (8) 依據「即時查詢病患就醫資訊方案」，牙科 X 光影像於1週內上傳完整影像張數，以獎勵金額之100%計算。鼓勵院所上

傳牙科 X 光影像，避免重複拍攝。詳細資訊及上傳方式請參閱本署全球資訊網/健保服務/健保與就醫紀錄查詢/鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案/方案及上傳格式。



- (9) 重申替代役男就醫免部分負擔，申報時自行負擔代號請填「906」。相關補助作業須知及申報方式，請參閱本署全球資訊網/健保服務/行政協助業務/行政協助業務相關規定/替代役。



- (10) 有關「特定疾病病人牙科就醫安全 P3601C」及「鼓勵院所上傳 X 光影像」，分會建議查詢健保醫療資訊雲端查詢系統及上傳 X 光影像時，能有即時回饋機制，可立即得知查詢或上傳結果，例如：出現彈跳視窗顯示「已查詢資料」或「上傳成功/失敗」。

- (11) 近5年牙醫醫事服務機構查處統計：

自109年起至114年6月，本組處分家次計116家次，處分種類最多為「行政追扣（含自清）」54家次、次之為「扣減」26家次。查處案源最主要為檢舉，計78家次，另透過高補卡專案發現異常院所者計14家次。

- (12) 專案報告

1. 113年同醫師跨院所重複洗牙/補牙專案：逕予核扣217家、抽樣專業審查1個月(追蹤前次未改善者)5家、電話輔導31家，請分會宣導院所多利用雲端查詢系統，減少重複處置。
2. 113年牙醫師出國/住院期間申報費用專案：核減計5位醫師89件，本專案每年定期監測與逕扣，請院所應依規定覈實申報。
3. 拔牙後再處置專案：拔牙後再處置之「牙位顆數」P99以上共13家院所，移請分會函請改善；拔牙後再處置之「牙位數比率」P99以上共11家院所，逕扣拔牙後再處置之費用。
4. 複合體充填(89013C)專案2案

4-1. 補牙(OD)醫令併報89013C 專案：全署前50名之中區10家院所，移請分會輔導自清及改善。

4-2. 113年度89013C 之病人<40歲專案：

(1) 89013C 病人<40歲醫令量 P99以上之7位醫師，及89013C 病人<40歲醫令量 P95以上且病人<40歲占率逾20%之10位醫師，共計17位醫師：移請分會輔導自清並改善。

(2) 89013C 醫令量 P95以上，惟病人<40歲占率小於20%之13位醫師，請分會函請改善。

肆、討論事項：

提案一

提案單位：中區審查分會

案由：有關本會輔導管控辦法修訂乙案，提請討論。

決議：尊重分會意見，同意自費用年月114年9月起，牙髓病科、口腔顎面外科、兒童專科等醫師身分認定方式，刪除「須為健保署牙科轉診加成名單」之限制，以支付標準第三章第二節根管治療診療項目醫令100%認定為牙髓病科專科醫師、第四節口腔顎面外科診療項目醫令100%認定為口腔顎面外科專科醫師、支援院所申報13歲以下病人數100%且向分會報備者，認定為兒童專科醫師。將持續監測費用申報情形，試行後滾動式檢討修正。(詳附件3)

提案二

提案單位：中區審查分會

案由：有關增訂本會輔導管控辦法乙案，提請討論。

決議：尊重分會意見，同意自費用年月114年9月起，增訂輔導管控辦法：五、其他相關規定：(十一)醫師支援家數以5家為上限，支援超出5家則全部支援院所列入抽審1個月。(註：支援家數係指以「三、輔導管控指標之排除項目」排除後，申請點數>0的家數列入計算)。(詳附件3)

伍、散會：下午2時10分。

門診醫療費用申報暫付子系統（RAP）檢核邏輯修正對照表

欄位	現行檢核邏輯	修正後檢核邏輯
醫令代碼	一、申報00128C「自閉症、失智症及重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號（一）為下列任一： (一) FG(院所非精神疾病-極重度) (二) FH(院所非精神疾病-重度) (三) FV(院所-發展遲緩兒童) (四) LN(院所-自閉症、失智症) (五) FK(醫療團非精神疾病-極重度) (六) FL(醫療團非精神疾病-重度) (七) FX(醫療團-發展遲緩兒童) (八) LP(醫療團-自閉症、失智症) (九) LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (十) FU(特定需求者-極重度) (十一) FZ(特定需求者-重度) (十二) LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十三) L5(社區醫療站非精神疾病-極重度) (十四) L6(社區醫療站非精神疾病-重度) (十五) LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十六) LS(社區醫療站-自閉症、失智症) (十七) FS(居家-極重度) (十八) FY(居家-重度) (十九) LC(居家-居整病人) (二十) LD(居家-出院準備) (二十一) LE(居家-發展遲緩兒童)	一、申報00128C「自閉症、失智症及重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號（一）為下列任一： (一) FG(院所非精神疾病-極重度) (二) FH(院所非精神疾病-重度) (三) FV(院所-發展遲緩兒童) (四) LN(院所-自閉症、失智症) (五) FK(醫療團非精神疾病-極重度) (六) FL(醫療團非精神疾病-重度) (七) FX(醫療團-發展遲緩兒童) (八) LP(醫療團-自閉症、失智症) (九) LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (十) FU(特定需求者-極重度) (十一) FZ(特定需求者-重度) (十二) LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十三) L5(社區醫療站非精神疾病-極重度) (十四) L6(社區醫療站非精神疾病-重度) (十五) LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十六) LS(社區醫療站-自閉症、失智症) (十七) FS(居家-極重度) (十八) FY(居家-重度) (十九) LC(居家-居整病人) (二十) LD(居家-出院準備) (二十一) LE(居家-發展遲緩兒童)

欄位	現行檢核邏輯	修正後檢核邏輯
	二、申報00301C「中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」、00312C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號（一）為下列任一： (一) FI(院所非精神疾病-中度) (二) FV(院所-發展遲緩兒童) (三) LF(院所-腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙) (四) LN(院所自閉症、失智症) (五) FM(醫療團非精神疾病-中度) (六) FX(醫療團-發展遲緩兒童) (七) LG(醫療團-腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙) (八) LP(醫療團-自閉症、失智症) (九) LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (十) LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十一) L7(社區醫療站非精神疾病-中度) (十二) LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十三) LH(社區醫療站-腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙) (十四) LS(社區醫療站-自閉症、失智症) (十五) L4(居家-中度) (十六) LC(居家-居整病人) (十七) LD(居家-出院準備) (十八) LE(居家-發展遲緩兒童) (十九) LJ(居家-腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙)	二、申報00301C「中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」、00312C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號（一）為下列任一： (一) FI(院所非精神疾病-中度) (二) FV(院所-發展遲緩兒童) (三) LF(院所-腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙) (四) LN(院所自閉症、失智症) (五) FM(醫療團非精神疾病-中度) (六) FX(醫療團-發展遲緩兒童) (七) LG(醫療團-腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙) (八) LP(醫療團-自閉症、失智症) (九) LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (十) LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十一) L7(社區醫療站非精神疾病-中度) (十二) LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十三) LH(社區醫療站-腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙) (十四) LS(社區醫療站-自閉症、失智症) (十五) L4(居家-中度) (十六) LC(居家-居整病人) (十七) LD(居家-出院準備) (十八) LE(居家-發展遲緩兒童) (十九) LJ(居家-腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙)

欄位	現行檢核邏輯	修正後檢核邏輯
	三、申報00302C「中度以上精神疾病病人診察費」、00313C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病病人診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號（一）為下列任一： (一)FC(院所精神疾病-重度以上) (二)FD(院所精神疾病-中度) (三)FE(醫療團精神疾病-重度以上) (四)FF(醫療團精神疾病-中度) (五)LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (六)L9(社區醫療站精神疾病-重度以上) (七)LA(社區醫療站精神疾病-中度) (八)FS(居家—極重度) (九)FY(居家—重度) (十)L4(居家—中度)	三、申報00302C「中度以上精神疾病病人診察費」、00313C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病病人診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號（一）為下列任一： (一)FC(院所精神疾病-重度以上) (二)FD(院所精神疾病-中度) (三)FE(醫療團精神疾病-重度以上) (四)FF(醫療團精神疾病-中度) (五)LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (六)L9(社區醫療站精神疾病-重度以上) (七)LA(社區醫療站精神疾病-中度) (八)FS(居家—極重度) (九)FY(居家—重度) (十)L4(居家—中度)
	四、申報00303C「輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費」、00314C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號（一）為下列任一： (一)FJ(院所非精神疾病-輕度) (二)FV(院所-發展遲緩兒童) (三)LN(院所自閉症、失智症) (四)FN(醫療團非精神疾病-輕度) (五)FX(醫療團-發展遲緩兒童) (六)L1(醫療團-失能老人) (七)LP(醫療團-自閉症、失智症) (八)LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (九)LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十)L8(社區醫療站非精神疾病-輕度) (十一)LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十二)LS(社區醫療站—自閉症、失智症)	四、申報00303C「輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費」、00314C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號（一）為下列任一： (一)FJ(院所非精神疾病-輕度) (二)FV(院所-發展遲緩兒童) (三)LN(院所自閉症、失智症) (四)FN(醫療團非精神疾病-輕度) (五)FX(醫療團-發展遲緩兒童) (六)L1(醫療團-失能老人) (七)LP(醫療團-自閉症、失智症) (八)LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (九)LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十)L8(社區醫療站非精神疾病-輕度) (十一)LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十二)LS(社區醫療站—自閉症、失智症)

欄位	現行檢核邏輯	修正後檢核邏輯
	(十三)L2(居家-失能老人) (十四)LC(居家-居整病人) (十五)LD(居家-出院準備) (十六)LE(居家-發展遲緩兒童)	(十三)L2(居家-失能老人) (十四)LC(居家-居整病人) (十五)LD(居家-出院準備) (十六)LE(居家-發展遲緩兒童)
	五、申報00318C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號(一)為下列任一： (一) FG(院所非精神疾病-極重度) (二) FV(院所-發展遲緩兒童) (三) LN(院所-自閉症、失智症) (四) FK(醫療團非精神疾病-極重度) (五) FX(醫療團-發展遲緩兒童) (六) LP(醫療團-自閉症、失智症) (七) LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (八) FU(特定需求者-極重度) (九) LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十) L5(社區醫療站非精神疾病-極重度) (十一) LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十二) LS(社區醫療站-自閉症、失智症) (十三) FS(居家-極重度) (十四) LC(居家-居整病人) (十五) LD(居家-出院準備) (一) LE(居家-發展遲緩兒童)	五、申報00318C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號(一)為下列任一： (一) FG(院所非精神疾病-極重度) (二) FV(院所-發展遲緩兒童) (三) LN(院所-自閉症、失智症) (四) FK(醫療團非精神疾病-極重度) (五) FX(醫療團-發展遲緩兒童) (六) LP(醫療團-自閉症、失智症) (七) LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (八) FU(特定需求者-極重度) (九) LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十) L5(社區醫療站非精神疾病-極重度) (十一) LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十二) LS(社區醫療站-自閉症、失智症) (十三) FS(居家-極重度) (十四) LC(居家-居整病人) (十五) LD(居家-出院準備) (十六) LE(居家-發展遲緩兒童)
	六、申報00311C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號(一)為下列任一： (一) FH(院所非精神疾病-重度) (二) FV(院所-發展遲緩兒童) (三) LN(院所-自閉症、失智症) (四) FL(醫療團非精神疾病-重度)	六、申報00311C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」，案件分類應為16，且特定治療項目代號(一)為下列任一： (一) FH(院所非精神疾病-重度) (二) FV(院所-發展遲緩兒童) (三) LN(院所-自閉症、失智症) (四) FL(醫療團非精神疾病-重度)

欄位	現行檢核邏輯	修正後檢核邏輯
	(五) FX(醫療團-發展遲緩兒童) (六) LP(醫療團-自閉症、失智症) (七) LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (八) FZ(特定需求者-重度) (九) LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十) L6(社區醫療站非精神疾病-重度) (十一) LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十二) LS(社區醫療站-自閉症、失智症) (十三) FY(居家-重度) (十四) LC(居家-居整病人) (十五) LD(居家-出院準備) (十七)LE(居家-發展遲緩兒童)	(五) FX(醫療團-發展遲緩兒童) (六) LP(醫療團-自閉症、失智症) (七) LT(醫療團-其他具身心障礙證明者) (八) FZ(特定需求者-重度) (九) LR(特定需求者-自閉症、失智症) (十) L6(社區醫療站非精神疾病-重度) (十一) LB(社區醫療站-發展遲緩兒童) (十二) LS(社區醫療站-自閉症、失智症) (十三) FY(居家-重度) (十四) LC(居家-居整病人) (十五) LD(居家-出院準備) (十六) LE(居家-發展遲緩兒童)

自費用年月 114 年 8 月起刪除表內 50 項特定治療項目代號。

門診醫療費用申報暫付子系統（RAP）檢核邏輯新增表

欄位	新增檢核邏輯
藥品(項目) 代號(p4)	自費用年月114年10月起，申報案件分類16同一流水號項下，不得申報「114年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之醫令(P7101C、P7102C)。

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
114 年第 2 次共管會暨 14-5 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，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**口腔顎面外科診療項目**)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，執行支付標準第三章第四節**口腔顎面外科診療項目**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，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。

(十一) 醫師支援家數以 5 家為上限，支援超出 5 家則全部支援院所列入抽審 1 個月。(註：支援家數係指以「三、輔導管控指標之排除項目」排除後，申請點數>0 的家數列入計算)

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。