

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

高屏區牙醫門診總額 114 年第 3 次共管會議會議紀錄

時間：114 年 9 月 16 日（星期二）14 時 00 分整

地點：高屏業務組 7 樓會議室

主持人：林組長淑華、洪主任委員怡育

紀錄：江亭葦

出席人員：

牙醫門診醫療服務高屏區審查分會：黃執行長彥豪、李副主任委員明志(高雄市牙醫師公會理事長)(鄭啟助代)、王副主任委員藝文(屏東縣牙醫師公會理事長)、歐副主任委員再富(澎湖縣牙醫師公會理事長)、醫管組陳組長建富、財務組林組長文吉、長特組田組長明權、秘書組鄭組長胤捷、談判組施組長澄裕、資訊組李組長耀庭(王仕傑代)、醫缺組張組長怡民、醫審組朱組長書德、審查醫藥專家林召集人明堂

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：李科長金秀、林科長惠英(黃複核專員雨潔代)、詹視察雪娥、黃複核專員皓綱

列席人員：

高雄市牙醫師公會：洪醫師堅銘、杜醫師哲光、張醫師毓仁、黃醫師怡彰、蔡醫師政峰、蔡醫師誼德(請假)

屏東縣牙醫師公會：莊醫師世豪、蕭醫師智遠、徐醫師志宏、高醫師春望

澎湖縣牙醫師公會：阮醫師議賢(請假)、陳醫師永勝

牙醫門診醫療服務高屏區審查分會：葉淑真、蔡童寧

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：侯志遠、陳盈秀、張瑛娟、吳孜威、李昀融、江亭葦、游燕資、王藝穎

壹、主席致詞：(略)

貳、宣讀前次會議決議辦理情形：(略)

參、報告事項：

說明：

一、114 年第 1 季開箱 2 次(1/9、3/13)，第 2 季開箱 3 次(4/10、5/8、6/12)，第 3 季開箱 2 次(7/11、9/11)，開箱成案共 27 家，經委員會議討論處理結果如下表：

開箱日期	意見箱討論							委員會討論					
	案件類型				開箱結果								
	審查醫師投箱	續追蹤	IPL 通報	不符新開業管控辦法	合計(歸戶)	成案	不成案或持續追蹤	成案(到署輔導)	成案(電話輔導)	成案(醫療照相)	成案(個案處理)	成案(續追蹤)	不成案
1140109	11	0	0	0	11	5	6	5	0	0	0	0	0
1140313	12	0	0	5	17	4	13	4	0	0	0	0	0
1140410	8	0	0	0	8	6	2	4	0	0	0	0	2
1140508	10	0	0	3	13	4	9	4	0	0	0	0	0
1140612	11	0	0	0	11	4	7	3	0	0	0	0	1
1140710	9	0	0	0	9	1	8	1	0	0	0	0	0
1140911	10	0	0	3	13	7	6	5	0	0	1	0	1

二、健保署高屏業務組：

- (一) 費用申報概況：牙醫近期點值報告、醫療服務供給與利用情形、牙周方案總額費用占率分析、醫令費用成長貢獻前排名、牙醫醫不足巡迴服務情形、特殊醫療服務計畫申報情形。
- (二) 近期執行措施：牙醫門診加強感染管制實地訪查結果、牙周病統合治療方案醫療品質確保專案執行結果、兩項牙醫專案執行結果。
- (三) 轉知重要訊息：「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」行政檢核、自 114 年 9 月 1 日起全面單軌實施「健保卡資料上傳格式 2.0 作業」、自 115 年 1 月 1 日起一律提供雲端安全模組-停止申請及換發實體安全模組卡、民眾申訴及違規、違規查核案例與建議。
- (四) 宣導事項：每 3 個月可以洗牙、塗氟一次之適用對象宣導、無紙化作業-3 項電子化比率統計及落實醫療費用誠信申報等。

肆、討論事項：

提案一

提案單位：高屏審查分會

案由：擬修訂抽審辦法，提請討論。

決議：

- 一、通過抽審指標計 2 項自 115 年第 3 季起實施(指標擷取費用年月 115 年第 1 季申報資料)。
- 二、新增【費用指標】編號 6 非執業於本區之支援醫師管控指標及計分方式如下表：

編號	指標項目	計分
6	醫師於當季任 1 月有非執登(跨區支援)於本區之情形，且該月於本區申報總點數 10~15 萬點，其於本區支援之全部院所皆列計加分(當季各月獨立計算後累計當季總分)【註(4)】	$\frac{1}{(\text{月})}$
	醫師於當季任 1 月有非執登(跨區支援)於本區之情形，且該月於本區申報總點數 >15 萬點，其於本區支援之全部院所皆列計加分(當季各月獨立計算後累計當季總分)【註(4)】	$\frac{1+2}{(\text{月})}$

註(4)：單家院所當月有多位跨區支援醫師被計分，只採計一位最高分醫師。

- 三、修訂院所之醫師個人每月醫療費用點數超過 55 萬【註(2)】之文字內容：醫師個人每月醫療費用之計算，排除該醫師週日及國定假日申報之醫療點數，以全國總費用歸戶加計。

伍、臨時動議：

提案一

提案單位：高屏審查分會

案由：有關每季就醫病患平均耗用值 >2600 或 >2900 點分別計分 5 分與 8 分，若以口外複雜性以上(難)拔牙處置較多之院所，很容易跨過且加權計分高，建議另予考量。

決議：因應近幾年有多項支付標準點數調升，及考量部分醫令項目有其特殊性，擬請高屏業務組協助提供參考資料，分會將通盤檢討各項抽審指標管控閾值與計分方式，再提案至 114 年 12 月共管會討論。

散會：下午 14 時 40 分。

附件 1 醫院所抽審辦法

114 年 9 月 16 日 114 年牙醫門診總額高屏分區第 3 次共管會議決議

實施日期：自 **115 年第 3 季起實施**(指標擷取費用年月 **115 年第 1 季申報資料**)

【總則】

1. 本辦法除涉管理指標必抽審外，其他採積分制(有正分、負分)，累計分數高者優先抽審，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。
2. 以季為單位勾稽檢核，本季是否抽審，由上上季之積分決定(例如：109 年第 4 季抽審，其指標擷取於費用年月 109 年第 2 季申報資料)。
3. 各項指標之醫療費用點數係含部份負擔；另自 106Q2 起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。

【管理指標】

編號	指標項目	處理原則
1	新院所(醫事服務機構代號變更者)	連續送審(以申報費用年月起算)18 個月
2	年度例抽	1. 每家院所每年至少需隨機抽審 1 個月。 2. 若發現異常時，得延長隨機抽審時間(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)。
3	費用未按時申報致季勾稽未滿 3 個月者	抽審當季隨機審查。
4	確定停約處分 1 個月(含)以上者	1. 違規院所：抽審 12 個月。 註:違反本項另新開業者，除原本因新特約應抽審 18 個月外，再續抽審 12 個月。 2. 違規醫師：於處分結束後 12 個月內，抽審其所執業或支援之相關院所該月該醫師之案件。
5	院所如未依通知到署輔導，或輔導時拒絕接受協商，或輔導後仍未改善者	得採立意抽審 3 個月。
6	凡經委員會通知接受輔導並簽具聲明書之院所	輔導期間得以立意抽樣案件送審。
7	民眾申訴、專業審查、行政審查及檔案分析等異常	得採隨機抽審，必要時以立意抽樣案件送審。

【費用指標】

(1)取消單人院所計算成長率時之看診天數換算。

(2)排除項目：

- ① 14、16、A3、B6、B7、矯正機關(JA 及 JB)之案件
- ② 支付標準適用地區以上醫院之表列(A、B 表)項目及「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務
- ③ 牙周病統合治療實施方案 91021C、91022C、91023C
- ④ 週日及國定假日申報醫療點數【註(1)】
- ⑤ 91089C、91090C、P7302C、P7101C、P7102C、P3601C。
- ⑥ 89204C、89205C、89212C、89208C、89209C、89210C、89214C、89215C，8 項醫令排除差額點數 400 點。

編號	指標項目	計分
1	院所之醫師個人每月醫療費用點數超過 55 萬【註(2)】	10
2	院所去年該季醫師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)36 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率>2%	5
	院所去年該季醫師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)36 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率排序最高前 10 家	5+3
3	院所去年該季醫師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)36 萬以下，21 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率>4%	5
	院所去年該季醫師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)36 萬以下，21 萬以上，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，成長率排序最高前 10 家	5+3
4	院所去年該季醫師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)21 萬以下，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，多人院所成長率>4%	5
	院所去年該季醫師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)21 萬以下，去年該季醫療費用點數與今年同季院所醫療費用點數比較，多人院所成長率排序最高前 5 家，單人院所成長率排序最高前 10 家	5+3
5	新執業醫師每季申報總額度超過該區季額度【註(3)】<15 萬點(新執業醫師之執登與支援院所皆列計加分)	1
	新執業醫師每季申報總額度超過該區季額度【註(3)】≥15 萬<30 萬點(新執業醫師之執登與支援院所皆列計加分)	2
	新執業醫師每季申報總額度超過該區季額度【註(3)】≥30 萬<60 萬點(新執業醫師之執登與支援院所皆列計加分)	6
	新執業醫師每季申報總額度超過該區季額度【註(3)】≥60 萬點(新執業醫師之執登與支援院所皆列計加分)	10
6	醫師於當季任 1 月有非執登(跨區支援)於本區之情形，且該月於本區申報總點數 10~15 萬點，其於本區支援之全部院所皆列計加分(當季各月獨立計算後累計當季總分)【註(4)】	$\frac{1}{(\text{月})}$

編號	指標項目	計分
6	醫師於當季任 1 月有非執登(跨區支援)於本區之情形，且該月於本區申報總點數>15 萬點，其於本區支援之全部院所皆列計加分(當季各月獨立計算後累計當季總分)【註(4)】	$\frac{1+2}{(\text{月})}$

註：

(1)院所成長率部分，週日及國定假日申報醫療點數之排除，以院所為單位，每日排除點數上限 20,000 點。假日定義同附表 3.3.3 表列日期，僅含連假之週六；療程案件以申報就醫日期認定。

(2)醫師個人每月醫療費用之計算，排除該醫師週日及國定假日申報之醫療點數，以全國總費用歸戶加計。

(3)新執業醫師定義及分區管控額度依據高屏區新開(執)業院所輔導管控辦法辦理，該院所有多位新執業醫師且皆達指標閾值，則各新執業醫師分數累加計算。

(4)單家院所當月有多位跨區支援醫師被計分，只採計一位最高分醫師。

【品質指標】

排除項目：

- ①14、16、A3、B6、B7、矯正機關(JA 及 JB)之案件
- ② 支付標準適用地區以上醫院之表列(A、B 表)項目及「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務
- ③ 牙周病統合治療實施方案 91021C、91022C、91023C
- ④ 91089C、91090C、P7302C、P7101C、P7102C、P3601C。
- ⑤89204C、89205C、89212C、89208C、89209C、89210C、89214C、89215C，8 項醫令排除差額點數 400 點。

編號	指標項目	計分
1	未申報加強感染管制之牙科門診診察費(SOP)案件	10
2	①院所(不分單人、多人) O.D 占率>PR99	10
	②單人院所月平均醫療費用點數≤36 萬點，O.D 占率>52%	5
	③單人院所月平均醫療費用點數>36 萬點，O.D 占率>50%	5
	④多人院所月平均醫療費用點數≤55 萬點，O.D 占率>52%	5
	⑤多人院所月平均醫療費用點數>55 萬點≤100 萬點，O.D 占率>50%	5
	⑥ 多人院所月平均醫療費用點數>100 萬點，O.D 占率>48%	5
3	每季就醫病患平均耗用值(RBRVS)>2600	5
	每季就醫病患平均耗用值(RBRVS)>2900	5+3
4	季平均就醫次數>2.0 次/人	3
5	每季根管治療未完成率>30% 「 $(90015C-(90001C+90002C+90003C+90016C+90018C+90019C+90020C))/90015C*100$ 」	1
6	根管治療點數占率>30%	-2
7	院所複雜性以上拔牙點數占率>30% 計算方式：92014C、92015C、92016C、92063C 點數／總處置點數	-3

【政策指標】

為配合健保署與全聯會政策。

編號	指標項目		計分
1	未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。		3
2-1	特殊醫療服務	提供到宅醫療服務並申報是類醫療費用院所	-3
2-2		院所端申報 16 案件(不含醫療團及到宅)>=3/季	-1
2-3		院所端申報 16 案件(不含醫療團及到宅)>=12/季	-2
3	符合「鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案」獎勵之牙科醫療影像醫令上傳率>30%(01271C~73C、00315C~17C、34004C~06B)		-3
4-1	電子化作業	參加 58-病歷電子檔送審(PACS)	-3
4-2		參加 71-核定電子化作業	-1
4-3		參加 76-申報總表線上確認	-2
5	指標費用年月之門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>85%		-1
6	每季星期日看診(當日需申報費用)≥3 天		-1
7	B、C 型肝炎專區查詢>30%		-1
8	醫師單季牙周病統合照護方案件數(跨院所合計，以 91022C 計算) ≥31 件 ≥36 件 ≥42 件 ≥60 件		1 2 2+4 2+8