

高屏分區牙醫院所抽審辦法

115 年 3 月 24 日 115 年牙醫門診總額高屏分區第 1 次共管會議決議

實施日期：自 **115 年第 4 季起實施**(指標擷取費用年月 **115 年第 2 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 1 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)】	1(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)】	1+2(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；**若屬偏遠牙科支援醫療不易地區，若醫院申請支援，經健保署評估後，提報至共管會決議通過，該牙醫師可排除醫院支援費用，不列入個人每月醫療費用點數超過 55 萬(上限)額度。**
- (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：

- 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 91089C、91090C、P7302C、P7101C、P7102C、P3601C。
- ⑤ 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	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) \geq 3/季	-1
2-3		院所端申報 16 案件(不含醫療團及到宅) \geq 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)	<u>-5</u>
4-2		參加 71-核定電子化作業	<u>-5</u>
4-3		參加 76-申報總表線上確認	<u>-5</u>
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) \geq 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) \geq 31 件 \geq 36 件 \geq 42 件 \geq 60 件		1 2 2+4 2+8