

# 健保署中區業務組與牙醫門診醫療服務中區審查分會 115年第1次共管會會議記錄

時間:115年3月26日下午1時整

地點:健保署中區業務組10樓第1會議室

主 席:丁組長增輝、吳主任委員健民

紀錄:廖錦善

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、李世賢、吳尚書、李建帆、李泰憲、  
沈紋瑩、林傳凱、施碩和、張天俊、陳彥綦、  
張家芬、陳凱恩、劉正芬、黃良吉、黃怡仁、  
黃聖峰、詹志揚、劉志信

健保署中區業務組

劉上惠、蔡瓊玉、楊惠真、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:陳明麗、林純希

請假人員:陳俊雄、蔡明勳

壹、主席致詞:(略)

貳、上次會議決議追蹤:(洽悉)

參、報告事項:

一、健保署中區業務組業務報告

(一) 114年牙醫申訴案件

1. 114年申訴案件總計46件,常見類別為「其他醫療行政或違規事項」、「疑有虛報醫療費用」及「服務態度與醫療品質」。
2. 建議院所可建立自費項目說明與簽章確認制度、加強醫病溝通、以及設置回饋與申訴管道。

(二) 專案報告

1. 非特定局部治療(92001C)/特定局部治療(92066C)同療程重複申報診察費專案：前揭醫令依支付標準規定，三天內視為同一療程，僅可申報1次診察費，故針對該類同療程內重複申報診察費者，逕扣其診察費計236家、760件。
2. 未符合牙醫醫療資源不足方案/牙醫特殊醫療計畫規定逕扣案：逕扣73家、952件，前開兩項計畫皆已建立檢核系統，請於申報前檢視申報資料，以降低申報錯誤。

## 二、牙醫門診醫療服務中區審查分會工作報告

- (一) 高風險疾病口腔照護計畫執行現況與未來規劃。
- (二) 特定疾病病人牙科就醫安全計畫執行現況與期待。
- (三) 總額制度下中區牙醫總額點值調整方案。

## 三、報告及宣導事項

- (一) 115年「中區業務組與牙醫門診醫療服務中區審查分會共同管理會議」召開日期會議時間如下：

會議名稱	第1次會議	第2次會議	第3次會議
會議日期	3月26日 星期四 (下午13:00)	7月30日 星期四 (下午13:00)	11月26日 星期四 (下午13:00)

- (二) 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫，修正重點如下：(自115年4月1日起生效)
  1. 於牙醫醫療資源不足地區之巡迴醫療，乳牙玻璃離子體充填(89011C)治療頻率由一年一次縮短為半年一次。
  2. 一般及牙醫特殊計畫感管診察費(00305C 等14項)支付點數調升16點。
  3. 第二節根管治療四項醫令支付點數調升，包含恆牙根管治療三根(90003C)、四根(90019C)、五根(含以上)(90020C)及齒內治療緊急處理(90004C)等。

4. 修訂牙醫急症處置(92093B)適應症，支付點數調升至3,000點。
  5. 假日急症處置原92094C 拆分為「週六牙醫門診疼痛緊急處理(92094C)」及「週日及國定假日牙醫門診處理(92133C)」，修訂適應症文字，並放寬相關規定。
- (三) 115年度牙醫各項計畫公告修正重點：
1. 115年牙醫特殊醫療服務計畫(自115年1月1日起生效，涉及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，自公告日115年3月2日起生效)：
    - (1) 增修醫療團牙醫醫療服務
      - A. 新增「失能老人」適用對象條件：年滿80歲以上長者。
      - B. 修訂醫療團論次點數自每小時調升至3,000點。
      - C. 修訂特定需求者牙醫醫療服務每位牙醫師每診4人次，每日最多2診8人次為限，且每月以80人次為限。
    - (2) 增修居家牙醫醫療服務
      - A. 收案條件：放寬所有「長期照顧服務申請及給付辦法」之補助對象。
      - B. 修訂每日最多8人次為限，且每月以80人次為限。
      - C. 新增居家個案得以2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務，且每年以申報3次為限。
      - D. 新增山地離島及醫療資源不足之牙醫師訪視費及醫療服務費。
      - E. 調升論次支付點數：居家個案(P30005)調升至6,800點；其他病人(P30007)調升至4,500點。
  2. 115年牙醫醫療資源不足地區改善方案自115年1月1日起生效：
    - (1) 臺中市新社區福民國小地區分級由1級調升至2級地區。

- (2) 新增因天災等因素增加巡迴交通風險時，論次點數可升一級計算。醫療院所須提供佐證資料，報經牙醫全聯會醫缺小組確認後，函送分區業務組，提送牙醫共管會議討論，由分區業務組函復審核結果。
- (3) 新增執業計畫院所非於月底退出計畫時，該月保障額度以該月參與計畫日數占日曆日數之比例計算，管控額度之百分比不變。
- (4) 新增執業計畫巡迴醫療服務，亦須符合牙醫門診加強感染管制實施方案外展點相關規定。
3. 115年特定疾病病人牙科就醫安全計畫自115年1月1日起生效，預算4.24億元，執行院所數占率目標提高至6成，並修訂醫師自我考評表。規範同一療程卡號完成查詢雲端系統即可申報，不可為申報P3601C另取卡號。
4. 115年牙醫高風險疾病口腔照護計畫自115年1月1日起生效，全年專款經費提升至42.5億元，修訂牙結石清除及氟化物治療的服務人次與照護人數目標。自費用年月115年3月起，RAP檢核範圍擴大至各總額，並新增8項牙體復形醫令(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)申報時需填寫牙位及數量欄位。
5. 115年青少年口腔提升照護試辦計畫自115年1月1日起生效，經費增至2.4億元，並提升執行目標至61.9萬人次，評估指標修訂為提升全國12~18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。
6. 115年弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫自115年1月1日起生效，修訂牙醫師人口比篩選條件，當季屬六分區中點值最低分區之院所，執行牙醫特殊醫療服務、口腔癌篩檢及牙科就醫安全計畫調整獎勵加計比例。

(四) 提供「115年牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」巡迴點電子地圖QR code及宣導海報張貼(附件1)，若有「小黃公車」等大眾運輸行經巡迴點，請執行院所周知民眾多加利用。



(五) 114年度醫事服務機構扣繳憑單

1. 本組自115年2月10日起至6月14日期間提供下載列印，請至本署VPN系統之「醫療費用支付/報稅參考檔案查詢下載」自行下載電子檔案。
2. 停歇業醫事服務機構本組於3月底至4月中旬另以紙本寄發。

(六) 牙醫輔導訪談異常申報院所，為保護輔導醫師，本組經諮詢法律意見後，115年起輔導會議，向受輔導院所/醫師說明並簽署保密切結。

#### 肆、提案討論

##### 提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：修訂牙醫「中區抽樣審查原則」之審查指標案，提請討論。

決議：通過；修訂後「中區牙醫總額抽樣審查原則」如附件2，並自費用年月115年4月起實施。另有關項次9「最近3個月就醫次數 $\geq 10$ 次且 $\geq 3$ 人者」之就醫次數閾值調整，將分析後於下次會議討論。

##### 提案二

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關牙醫異常管理專案之減量抽審替代方案，提請討論。

決議：通過；評估審查量能，牙醫管理將視異常樣態分析結果啟動減量抽審回推，以專業審查點數核減率回推院所之異常標的核減點數，院所如不同意亦可全案送審。

### 提案三

提案單位：健保署中區業務組

案由：牙醫診所醫療費用申報總表線上確認作業(簡稱線上總表)，全面上線，提請討論。

決議：通過；推動線上總表於費用年月115年7月全面上線，請轉知並加強宣導所屬會員申請參加線上總表。另為鼓勵院所使用76線上總表確認作業，當月使用線上作業申報醫療費用，輔導管控辦法指標減免1點，適用費用年月115年3月起至115年12月止，併提案四同步修正輔導管控辦法。

### 提案四

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，同意下列項目修正，為避免放寬措施造成申報量異常增加，將進行費用申報監測，實行一季後滾動式檢討修正，並於下次會議報告。

- (一) 自費用年月115年4月起，各項指標之計算排除92133C(週日及國定假日牙醫門診處理)醫令。
- (二) 為鼓勵申報「高風險疾病口腔照護方案」，醫師別歸戶後每月申報高風險疾病口腔照護計畫之診療項目(91090C、P7302C、892XXC)件數合計超過10件(含)，超出申請點數上限(含執業及支援)未滿1萬點(含)，該醫師只列計1點函請改善；超出申請點數大於1萬點，則依原輔導管控辦法辦理。適用費用年月為115年2月起至115年12月止。
- (三) 併提案三，修正後「牙醫門診醫療服務中區審查分會輔導管控辦法」如附件3。

伍、散會：下午2時45分。

# 中彰投牙醫巡迴點地圖

就醫不必千里迢迢 · 讓您就醫超方便



一掃即視  
巡迴點地圖

歡迎  
有就醫需求的民眾  
掃描QRcode  
搭乘幸福巴士等大眾運輸  
即可抵達巡迴點  
就醫啲~



中央健康保險署  
中區業務組關心您

## 附件2、修正後中區牙醫總額抽樣審查原則

### 中區牙醫總額抽樣審查原則

105年第1次牙醫聯席會通過

107年第2次牙醫聯席會修訂第14項

109年第1次牙醫聯席會修訂第11項

115年第1次牙醫共管會修訂第3、7、8、9、11、12、13項

1. 電腦指標列管者。
2. 輔導列管者。
3. 違反特約管理辦法者(抽1年)。
4. 書面申報者。
5. 無基期院所(抽1年)。
6. 每月未按時申報及未依規定期限內檢送資料送專業審查者。
7. 初審核減率 P99以上之院所。
8. 最近3個月，每病人平均就醫次數最高之前10家院所(代辦案件、重大傷病免部分負擔之案件、診察費為0之案件除外)
9. 最近3個月就醫次數 $\geq 10$ 次且 $\geq 3$ 人者(重大傷病，代辦案件、診察費為0之案件不列入計算)，其產能最高之前10家院所。
10. 個別醫師申請點數成長率較去年同期成長30%以上，院所列入抽審。
11. 牙周病緊急處置91001C、非特定局部治療92001C、特定局部治療92066C、齒內治療緊急處理90004C、拔牙後特別處理92012C、簡單性口內切開排膿92071C 之申報占率 P98 (含) 以上且 $\geq 80\%$ 者(排除申報件數50件以下院所)。占率計算公式，分子：該院所當月90004C、91001C、92001C、92066C、92012C、92071C 等6項醫令量總和，分母：該院所當月總就醫人數。
12. 每月未納入抽樣送專業審查之院所，採隨機抽審。
13. (1)每月總抽審家數：特約院所抽10%至20%；每一院所每年至少應予以抽樣審查1次。前述抽審院所，案件抽樣方式採論人隨機抽樣。  
(2)另得依專案檔案分析結果，予立意抽樣審查。
14. 院所同年度因同一抽審指標項目，其抽審達6次(含)以上且核減率均為0%時，經分會專業確認且同意後，得免除當年度因該項指標的抽審(惟如有必審項目、其他專案審查或檔案分析異常者除外)，並自107年度起適用。

## 附件3、增修牙醫中區審查分會輔導管控辦法

### 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  
115年第1次共管會暨15-1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—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
    - (4)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。
- (5)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
- (6)案件分類為B6—職災代辦案件。
- (7)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)。
- (8)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
- (9)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部份。
- (10)加成之點數。
- (11)初診診察費差額。
- (12)加強感染管制實施方案診察費差額。
- (13)山地離島診察費差額。
- (14)牙醫急診診察費差額。
- (15)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。
- (16)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)。

(17)自 112 年 8 月(費用年月)起 P7101C、P7102C、91091C、P7302C、P7303C。

(18)自 113 年 9 月(費用年月)起 P3601C、(89204C-89205C、89208C-89210C、89212C、89214C-89215C)差額。

**(19)自 115 年 4 月(費用年月)起週日及國定假日牙醫門診處理(92133C)。**

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： $\frac{OD \text{ 處置點數}}{\text{合計點數}}$

(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： $100\% - \frac{RCF(\text{當月及前2個月充填合計})}{RCE(\text{當月及前2個月髓腔開擴合計})}$ 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： $\frac{\text{乳牙1.5年+恆牙2年之自家重補顆數}}{\text{當月 OD 總顆數}}$

(六) 二年交叉重補率>各分區 95 百分位列計 1 點。

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

(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： $\frac{\text{當月 OD 總顆數}}{\text{總病人數}}$

#### 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：當月重複全口牙結石清除人數/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)

**(十二) 醫師別歸戶後每月申報高風險疾病口腔照護計畫之診療項目(91090C、P7302C、892XXC)件數合計超過10件(含)，超出申請點數上限(含執業及支援)未滿1萬點(含)，該醫師只列計1點函請改善；超出申請點數大於1萬點，則依原輔導管控辦法辦理。適用費用年月為115年2月起至115年12月止。**

**(十三) 為鼓勵院所使用76線上總表確認作業，當月使用線上作業申報醫療費用，輔導管控辦法指標減免1點。適用費用年月115年3月起至115年12月止。**

#### 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。