

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 115 年第 1 次共管會議臨時會會議紀錄

時間：115 年 6 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：林純美組長、陳建富主任委員

紀錄：廖子喬

出席人員：

牙醫門診醫療服務高屏區審查分會：洪怡育執行長、李明志副主任委員(高雄市牙醫師公會理事長)(黃怡彰醫師代)、王藝文副主任委員(屏東縣牙醫師公會理事長)、歐再富副主任委員(澎湖縣牙醫師公會理事長)、醫管組黃彥豪組長、財務組陳育民組長、長特組梁博欽組長、秘書組鄭胤捷組長、談判組朱書德組長、品質組李耀庭組長、資訊組田明權組長、醫缺組張怡民組長(鄭啟助醫師代)、醫審組徐志宏組長、審查醫藥專家戴年豐召集人

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：陳淑惠專門委員、李金秀科長、林惠英科長(張慧娟視察代)、詹雪娥視察、黃皓綱複核專員

列席人員：

高雄市牙醫師公會：張毓仁醫師(請假)、杜哲光醫師、黃怡彰醫師、鄭啟助醫師、林明堂醫師、施澄裕醫師

屏東縣牙醫師公會：徐聰俊醫師、林建志醫師(請假)、蕭智遠醫師、陳柏同醫師(請假)

澎湖縣牙醫師公會：阮議賢醫師、陳永勝醫師

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：吳孜威、李昀融、張瑛娟、廖子喬、許意絃、高菲屏、陳淑青、林碧玉、趙珮君、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：

一、高屏區審查分會報告：

115 年第 2 季審查醫師提報異常院所輔導暨健保署移請交付輔導辦理情形。

討論日期	審查召集會議討論							分會委員會討論					
	案件類型				討論結果								
	審查醫師提報	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
1150409	1	0	14	0	15	8	7	8	0	0	0	0	0
1150514	0	0	18	3	21	7	14	6	0	0	0	0	1
1150611	0	0	13	0	13	4	9	4	0	0	0	0	0

二、高屏業務組報告：

- (一) 費用申報概況：牙醫近期點值、整體費用申報概況、115年Q1總額價量分析、高屏牙醫累計就診利用率、醫令費用成長貢獻前排名、醫療資源不足地區改善方案及特殊醫療服務計畫申報情形。
- (二) 年度管理項目：115 年度牙醫門診加強感染管制(SOP)實訪目標與不合格項目及原因、併同辦理 X 光設備訪查、近期專案執行項目。
- (三) 健保宣導事項：推動牙醫院所全面電子化、牙醫 115Q1 民眾申訴及違規統計、善用約定轉帳繳納院內員工之健保投保費用、請即時上傳牙科影像醫令及病理報告、說明未帶卡就醫退費院所處理原則、協助宣導民眾以健保快易通 APP 申辦健保卡、重大傷病證明申請及進度查詢、屏東聯辦審查作業區 6 月 1 日起開放。並請分會協助輔導有申報 P3601C 但未查詢雲端藥歷之院所(308 家)與尚未參與未參與電子總表確認(83 家)。

肆、討論事項：

提案一

提案單位：高屏業務組

案由：增訂「全民健康保險牙醫門診總額高屏區共管會設置要點」(詳附件一)，提請討論。

說明：

- 一、目的：提升醫療服務點值與財務穩定，強化自我管理與同儕制約，因應區域特性差異化管理及建立常態性的溝通協商平台。

二、 共管會設置要點，重點摘述如下：

(一) 成立宗旨與組成

1. 成立宗旨：為維護轄區內點值穩定及提升醫療服務品質，建立共同管理機制。
2. 雙主席制：由高屏業務組組長與牙醫高屏區審查分會主任委員共同主持。
3. 共管會成員：高屏區審查分會委員代表 15 名、高屏業務組委員代表 6 至 9 名與列席人員 13 名；委員均為無給職，且應隨其本職或職務任期進退調整；審查分會代表不得具有民意代表身分，並訂有不得擔任或當然解任原則。

(二) 議事運作規範

1. 會議頻率：原則上一年召開二次會議，必要時得召開臨時會議。
2. 提案與通知：會議召開一個月前寄發開會通知單。如有提案，須於會議召開二週前提供資料以利排入議程。

(三) 法定人數：應有全體委員 1/2 以上出席方為有效。

(四) 決議方式：採合議制共識決；必要時得經主席裁示，採表決方式辦理。

(五) 會議公開：會議紀錄應公開於中央健康保險署全球資訊網，並函送高屏區審查分會參考。

三、 設置要點經共管會議決議通過後施行。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：牙醫審查分會、高屏業務組

案由：擬修訂牙醫抽審辦法(詳附件二)，提請討論。

說明：

- 一、 為鼓勵週日、假日開診及因應新增醫令 92133C(週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次)。擬提高週日、假日開診排除金額上限由 2 萬點至 6 萬點，另取消原週六開診的獎勵排除金額上限 2 萬點。

項目	原內容	擬修訂
「費用指標」之排除項目	週日及國定假日申報醫療點數【註(1)】。 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。	週日及國定假日申報醫療點數【註(1)】。 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 <u>60,000</u> 點。假日定義同附表 3.3.3 表列日期， <u>僅含連假之週六</u> ；療程案件以申報就醫日期認定。

二、費用指標及品質指標排除項目增列專款醫令 P7303C(超音波根管沖洗)根管沖洗以鼓勵專款執行。

項目	原內容	擬修訂
「費用指標」與「品質指標」之排除項目	91089C、91090C、P7302C、P7101C、P7102C、P3601C。	91089C、91090C、P7302C、 P7303C 、P7101C、P7102C、P3601C。

三、管理指標新增「初核核減率 $\geq 10\%$ 者」至少加抽審 1 個月，以提升院所申報正確性。

編號	指標項目	處理原則
8	抽審初核核減率 $\geq 10\%$ 者	核定後即於近期申報費用年月至少加抽審 1 個月。

健保署說明：

提高週日、假日開診排除金額上限由 2 萬點至 6 萬點影響評估，以 115Q1 高屏牙醫院所開診為例，週日開診率 11.2%(116 家)、週六 78.2% (811 家)，若提升週日開診率至 60%為目標，且以全部開診院所皆申報達 6 萬點以上估算，經排除後其影響點值如下表：

週日開診率	預估週日開診家數	增加費用(萬)	影響點值
11.2%(維持開診率)	116	285	-0.0017
20%	207	831	-0.0048
30%	311	1,455	-0.0085
40%	415	2,079	-0.0121
50%	518	2,700	-0.0157
60%	622	3,321	-0.0193

決議：照案通過，有關週日及國定假日開診建議由高雄市及屏東市院所密集地區優先鼓勵輪流開診，目標假日開診率達 20%。

伍、散會：下午 15 時 20 分

陸、下次會議日期：115 年 9 月 15 日 (星期二)

一、成立宗旨

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組（以下簡稱高屏業務組）為維護本轄區內點值穩定及提升醫療服務品質，與中華民國牙醫師公會全國聯合會牙醫門診醫療服務高屏區審查分會（以下簡稱高屏區審查分會）建立共同管理機制，特成立「牙醫門診總額高屏區共管會」（以下簡稱本會）。

二、共管會成員

（一）主席：

採雙主席制，由高屏業務組組長及高屏審查分會主任委員共同主持。

（二）委員：

1. 高屏區審查分會代表 15 名：由高屏區審查分會及本轄三縣市牙醫師公會（高雄市、屏東縣及澎湖縣牙醫師公會）推派不具民意代表身分之委員。每位委員應指定至多二順位代理人，代理人需為高屏區審查分會幹部或各縣市牙醫師公會理監事及顧問，請於推派委員名單時一併提報。
2. 高屏業務組委員 6 至 9 名：由高屏業務組推派，並負責會議召集事務。

（三）列席人員：

為提升各縣市牙醫師公會幹部對健保事務之了解與傳承，各縣市牙醫師公會推舉列席代表 13 人（高雄市 7 人、屏東縣 4 人、澎湖縣 2 人），列席代表隨各縣市牙醫師公會理事長任期異動。

三、委員任用

- （一）本會委員依其職務任期調整任免，由高屏區審查分會及本轄三縣市牙醫師公會推派者，得視需要就變動部分重新推派；由高屏業務組推派者，應隨其本職進退，得視職務需要調整推派。
- （二）任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會委員或代理人；任期中發生者，當然解任：
 1. 經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
 2. 經地方主管機關停業、廢止執業執照。
 3. 經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。
- （三）前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。
- （四）本會委員均為無給職。

四、議事運作

- （一）本會原則上一年召開二次會議，並於召開前一個月寄發開會通知單及請高

屏區分會於開會前二週提案，以利排入本會議程，必要時得召開臨時會議。

- (二) 本會委員應親自出席會議，因故無法出席時，宜於開會前向主辦單位請假，並得由委員委請代理人，依順位代為出席。
- (三) 會議召開應有全體委員二分之一以上人數出席，得視討論議題需要，請相關單位派員列席。
- (四) 會議決議採合議制共識決，必要時得經主席裁示，採表決方式辦理。
- (五) 列席人員無表決權，但經主席許可，可提供資訊或接受諮詢。
- (六) 會議紀錄公開於中央健康保險署全球資訊網並函送高屏區審查分會參考。

五、本要點經共管會議決議通過後施行，修正時亦同。

高屏分區牙醫院所抽審辦法

115 年 6 月 16 日 115 年牙醫門診總額高屏分區第 1 次共管會議臨時會議

實施日期：自 **116 年第 1 季起實施**(指標擷取費用年月 **115 年第 3 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。
8	抽審初核核減率 $\geq 10\%$ 者	核定後即於近期申報費用年月至少加抽審 1 個月。

【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、**P7303C**、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 60,000 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、**P7303C**、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