



## 公告一

主旨：函轉北區牙保(98)北聯牙澤字第046號函。請轉知所屬會員有關本委員會重要決議事項，詳如說明段。敬請 查照。

說明：一、依據第6屆第18次全民健保牙醫門診總額北區分區執行委員會會議決議辦理。

二、本區新開業醫師高額的管控辦法。自98年11月(費用年月)開始實施。

(一)新特約院所定義：向健保局申請新的診所代碼，診所內含所有醫師稱之。含院所及醫師個人(特殊狀況，如：更換負責醫師、搬遷且未受健保局處份者得申訴排除)。如最近一季，院所21項指標第14.16.18.21項在北區平均值以下也可申訴排除。

(二)新開業醫師若2個絕對指標進入則進行醫療品質監控措施，全審並追蹤3個月。若追蹤期間持續進入，再全審並追蹤3個月。若追蹤期間第二次進入則請院所檢附診療相關證明文件

### 1. 絕對指標：

- (1)申請總金額進入前3%
- (2)重複洗牙率(高於全區90百分位)指標21
- (3)OD耗值(高於全區75百分位)(以季單位)指標6
- (4)就醫病患平均耗用值(高於75百分位值)(以季為單位)指標3

### 2. 相對指標：

- (1)平均填補顆數(高於75百分位值)指標7
- (2)一年自他家重複填補率(高於全區75百分位)指標13, 14

\*二個相對指標等於一個絕對指標。

### (三)附註：

若追蹤期間持續進入「醫療品質監控期」二次之院所，將要求其於申報醫療費用時，依異常情況提供行政院衛生署94年6月28日衛署健保字第0942600257號令之診療相關文件(部分或全部)，為期三個月，經醫管會檢討後決議是否解除。註解：彩色照片之尺寸至少為(3×5")。

診療相關證明文件：(本委員會依院所異常情況，請院所提供相關診療相關證明文件)

依行政院衛生署94年6月28日衛署健保字第0942600257號令發布，「全民健康保險



醫事服務機構醫療服務審查辦法」第四條所稱「診療相關證明文件」之定義：於審查必要時，醫療院所應提供下列文件以利專業審查醫療所需：

- (1) X光片。
- (2) 術前、術中、術後臨床彩色照片，並註明日期。
- (3) 保險醫療費用明細表。就很有可能要抽審。

## 公告二

### 全民健保牙醫門診總額北區分區委員會 (98北聯牙澤字第073號)

主旨：函請 貴會轉知所屬會員有關本會重要決議事項，詳如說明段。敬請 查照。

說明：一、依據第6屆第19次全民健保牙醫門診總額北區分區執行委員會會議決議辦理。

二、本區跨區支援醫師高額的管控辦法。自98年12月(費用年月)開始實施。

(一)若支援醫師加負責醫師進入1%則該診所全審並追蹤3個月。若追蹤期間持續進入1%，再全審並追蹤3個月。若追蹤期間第二次進入則請院所檢附診療相關證明文件。

(二)附註：

若追蹤期間持續進入「醫療品質監控期」二次之院所，將要求其於申報醫療費用時，依異常情況提供行政院衛生署94年6月28日衛署健保字第0942600257號令之診療相關文件(部分或全部)，為期三個月，經醫管會檢討後決議是否解除。註解：彩色照片之尺寸至少為3×5"。

診療相關證明文件：(本委員會依院所異常情況，請院所提供相關診療相關證明文件)

依行政院衛生署94年6月28日衛署健保字第0942600257號令發布，「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第四條所稱「診療相關證明文件」之定義：於審查必要時，醫療院所應提供下列文件以利專業審查醫療所需：

1. X光片。
2. 術前、術中、術後臨床彩色照片，並註明日期。
3. 保險醫療費用明細表。

## 公告三

### 全民健保牙醫門診總額北區分區委員會 (98北聯牙澤字第094號)

主旨：函請 貴會轉知所屬會員有關本會重要決議事項，詳如說明段。敬請 查照。

說明：一、依據第6屆第17次、第20次全民健保牙醫門診總額北區分區執行委員會會議決議辦理。

二、有關本區新開業醫師高額的管控辦法，更改其中一項絕對指標為『就醫病患平均耗用值（高於75百分位值）（以月為單位）指標3』。

三、修改牙醫門診總額快速通關免專業審查篩選指標項目指標七：每件平均醫療費用值，小於前前季全部牙醫醫療費用（平均數加一個標準差） $\times 1.1$ 。

四、有關本區醫管辦法。由99年1月份（費用年月）起實施。

#### (一) 異常指標

1. 根管未完成率  $> 53\%$

（一年內根管未完成率是參照上個月的十四項免審指標，若大於  $53\%$  則進入異常指標，記一點。）

2. OD申請點值  $> 80\%$

OD申請點值（參照上個月的十四項免審指標）佔所有金額不得超過  $80\%$ ，否則進入異常指標，記一點。

3. 當申請點值大於35萬，則平均單價[用(合計點值=申請點值+部份負擔)來計算]不得超過1600。

當申請點值小於35萬，則平均單價[用(合計點值=申請點值+部份負擔)來計算]不得超過1700。

（第三指標是以個別醫師來管控，若平均單價超過則進入異常指標，記一點）

(二) 醫療模式異常經醫審會議須接受輔導者，且違規事項不在前述1.2.3項內。記一點。

#### (三) 醫管辦法：

1. 違反3項異常指標其中一項，則輔導，就超過部分扣除。但當次不記點(初犯)，並由醫審會議決定是否列入追蹤名單及追蹤期間。（初犯:院所違反異常指標該月份，回推一年內無違規）。

2. 輔導後，如再犯，則輔導並記點一次，超過部分扣除。



3. 一年內計點達2點，則：

(1) 超過部分扣除。(2) 列入追蹤名單3個月

4. 一年內計點達3點，則：

(1) 超過部分扣除。(2) 列入追蹤名單3個月 (3) 先歸戶，再輔導。

5. 一年內達4點以上，則：

(1) 超過部分扣除。(2) 列入追蹤名單3個月

(3) 經醫審會議決議對院所立意審查或實地審查

#### (四) 追蹤辦法：

1. 追蹤目的：為追蹤管理醫療模式異常之院所，是否認知並改善其醫療模式。

2. 追蹤單位：由醫管組負責。追蹤管理院所，並提供審查醫師審查時參考。

3. 進入名單之院所：

(1) 醫療模式異常，經醫審會議決議須列入追蹤名單之院所。

(2) 一年內違反異常指標記點2點(含)以上之院所

4. 追蹤管理辦法：

(1) 追蹤期間，如院所未再違反異常指標，並醫療模式回歸正常，則追蹤期結束，即解除追蹤。

(2) 列入追蹤名單之院所，則不得免審。

#### (五) 歸戶之要件：

1. 當月申報違反指標異常(三項中)，其中二項者。

2. 申報違反指標異常，一年內累計三次者，記點三次者

3. 當日門診人數(一個醫師)  $\geq 40$ 人並申報日值  $\geq 3$ 萬，且不合乎工時。

4. 當月送審案件有2件以上(含)有嚴重異常者。

如死亡案例，x光片與病歷記載不符，無法提出合理解釋，經委員會認定為嚴重異常者)。

5. 其他異常醫療模式，由審查醫師詳細提報，並經由當次所有出席之審查醫師召集人同意(至少要有3位(含)以上審查醫師召集人出席，未出席者視同放棄，爾後不得有異議)。

6. 同一住址變更負責人或診所名稱，其中申報有異常者，並經由當次所有出席之審查醫師召集人同意(至少要有3位(含)以上審查醫師召集人出席，未出席者視同放棄，爾後不得有異議)。

7. 經醫審組同意有特殊問題之診所。

8. 下列：

- A. 單次就診填補5顆(含)以上之案件，佔抽審案件之10%以上。
  - B. 平均單價 $>$ 平均值+1SD
  - C. OD佔率 $>$ 64.38%
- 符合A+B+C之案件，則可提歸戶。

(六) 歸戶管理辦法：

(1) 無重大過失：(死亡案件小於2件)

- a. 超過部分扣除 (OD申請點值 $>$ 80%部份或申請點值大於35萬，平均單價超過1600部份；申請點值小於35萬，平均單價超過1700部份)。
- b. 與他家OD. 洗牙重複部份。如超過OD二年重複率75百分位、洗牙半年重複率75百分位，則扣除。
- c. 列入追蹤名單3個月。

(2) 有重大過失：(死亡案件大於或等於2件或他家重複超過OD二年重複率95百分位、洗牙半年重複率95百分位)。

- a. 超過部分扣除 (OD申請點值 $>$ 80%部份或申請點值大於35萬，平均單價超過1600部份；申請點值小於35萬，平均單價超過1700部份)。
- b. 與他家OD. 洗牙重複部份。如超過OD二年重複率95百分位、洗牙半年重複率95百分位，則扣除\*10倍。75百分位~95百分位，要扣除。
- c. 虛報及死亡案件：30倍；浮報案件：10倍。
- d. 列入追蹤名單3個月。

