

公告一

主旨：轉衛福部公告修正支付標準，並自113年9月1日生效。

1130829 發布

中華民國牙醫師公會全國聯合會 牙醫門診醫療服務審查執行會

公告

主旨：公告修正 113 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，第三部牙醫自 113 年 9 月 1 日起生效，敬請週知會員。

說明：

一、第四節口腔顎面外科：修訂 92094C「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次」不得同時合併申報之除外項目。

編號	醫令項
92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 註： <u>(1-5 未修訂(略))</u> 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、90088C、91088C、92088C、 <u>P3601C</u> 除外)。

二、附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則：增列不列入牙醫相對合理門診點數計算之診療項目。

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則	
一、實施範圍定義：	
(一)醫療費用	
1.申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。	
2.下列項目費用，不列入計算： <u>(1-20 未修訂(略))</u>	
<u>(21)特定疾病患者牙科就醫安全(P3601C)。</u>	
<u>(22)高風險疾病口腔照護計畫：</u>	
<u>A.高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)。</u>	
<u>B.齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。</u>	
<u>C.高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)每項支付點數差額 400 點。</u>	

公告二

主旨：函轉113年8月19日健保醫字第1130116541號公告修訂「113年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」,網站刊登之計畫內容、醫師自我考評表及懶人包均已更新。

> 網址更新連結：<https://reurl.cc/0dZ2bb>

公告三

主旨：函轉113.9.10 (113)北成牙審字第066號，牙醫門診醫療服務北區審查分會「第14屆第6次牙醫門診醫療服務北區審查分會會議」會議決議辦理為提升「特定疾病病人牙科就醫安全計畫P3601C」參與率，請會員積極執行。

公告四

函轉113.9.10 (113)北成牙審字第067號，牙醫門診醫療服務北區審查分會「第14屆第6次牙醫門診醫療服務北區審查分會會議」會議決議辦理。

主旨：為提升「牙周病統合治療方案」完成率，請會員積極完成牙周病統合治療第三階段。

說明：依據「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫第五章牙周病統合治療方案規定「醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報91023C個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請」。

公告五

主旨：函轉113.9.10 (113)北成牙審字第070號，牙醫門診醫療服務北區審查分會「第14屆第6次牙醫門診醫療服務北區審查分會會議」會議決議辦理有關支付標準表部分項目之相關醫令統整規範，請會員積極執行。

針對「高風險疾病病人」新增
「複雜性複合體充填」

編號	診療項目	點數
89204C	複雜性前牙複合體充填-單面	900
89205C	複雜性前牙複合體充填-雙面	1050
89212C	複雜性前牙三面複合體充填	1450
89208C	複雜性後牙複合體充填-單面	1000
89209C	複雜性後牙複合體充填-雙面	1200
89210C	複雜性後牙複合體充填-三面	1400
89214C	複雜性前牙雙鄰接面複合體充填	1600
89215C	複雜性後牙雙鄰接面複合體充填	1850

高風險疾病：(需使用 compomer 充填)

- 六十五歲以上者
- 糖尿病病人。
- 心血管疾病病人。
- 血液透析及腹膜透析病人。
- 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。
- 惡性腫瘤病人。
- 非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。

各年齡層可申報支付項目比一比

年齡	可申報項目
0-6歲	塗氟 IC81(6個月/次)
6-12歲	溝隙封填 1. 一般(IC8A, 8B, 8C, 8D)(一次) 2. 特殊身分(IC8E, 8F, 8G, 8H)(一次) 3. 評估檢查 • 第1次(6個月/次): IC8I, 8J, 8K, 8L • 第2次(12個月/次): IC8M, 8N, 8O, 8P
12歲以下	牙菌斑去除照護 91020C(180天/次) 牙周暨齲齒控制基本處置 91014C(併 91020C)(180天/次)
12歲以上	牙結石清除 91004C(180天/次) 牙周暨齲齒控制基本處置 91014C(併 91004C)(360天/次)
12-18歲	青少年齲齒控制照護處置 P7101C(90天/次) 青少年齲齒氟化物治療 P7102C (90天/次)
65歲以上	高風險疾病病人牙結石清除-全口 91090C(90天/次) 齲齒經驗之高風險病人氟化物治療 P7302C(90天/次) 高風險疾病病人牙體復形(乳牙1.5年/次; 恆牙2年/次) • 複雜性前牙複合體充填 89204C, 89205C, 89212C • 複雜性後牙複合體充填 89208C, 89209C, 89210C • 複雜性前、後牙雙鄰接面複合體充填 89214C, 89215C

公告六

主旨：113.6.14(衛部口字第11320606006號)衛福部公告修正「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」-窩溝封填施作年齡

醫令代碼	就醫序號	施作牙位	補助對象	補助金額(新臺幣)	服務項目
8A	IC8A	16	1. 國小學童(施作年齡條件：七十二個月 \leq 就醫年月－出生年月 \leq 一百四十四個月) 2. 不含山地原住民族、離島地區及身心障礙國小學童	每顆補助400元	1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填 2. 一般口腔檢查、衛教指導
8B	IC8B	26			
8C	IC8C	36			
8D	IC8D	46			
8E	IC8E	16	1.山地原住民族及離島地區之國小學童(施作年齡條件：七十二個月 \leq 就醫年月－出生年月 \leq 一百四十四個月) 補助條件：依兒童戶籍資料之所在地或學校所在地認定 2.身心障礙之國小學童(施作年齡條件：七十二個月 \leq 就醫年月－出生年月 \leq 一百四十四個月) 補助條件：持有社政主管機關核發之身心障礙手冊或身心障礙證明	每顆補助470元	
8F	IC8F	26			
8G	IC8G	36			
8H	IC8H	46			
8I	IC8I	16	第一次評估檢查(施作年齡條件：七十二個月 \leq 就醫年月－出生年月 \leq 一百四十四個月) (同一牙位窩溝封填施作間隔六個月以上)	每顆補助100元	1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填評估或脫落補施作 2. 一般口腔檢查、口腔保健衛教指導
8J	IC8J	26			
8K	IC8K	36			
8L	IC8L	46			
8M	IC8M	16	第二次評估檢查(施作年齡條件：七十二個月 \leq 就醫年月－出生年月 \leq 一百四十四個月) (同一牙位窩溝封填施作間隔十二個月以上，且與第一次評估檢查間隔六個月以上)	每顆補助100元	
8N	IC8N	26			
8O	IC8O	36			
8P	IC8P	46			

備註：一、本項補助服務費用，由本部國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應。
 各次補助金額，包含恆牙第一大臼齒窩溝封填、封填後六個月第一次評估檢查、封填後十二個月第二次評估檢查，不得向學童額外收服務之差額。
 本項服務只需攜帶健保卡，不需護齒護照。

二、有關年齡條件及服務間隔條件之定義如下：

- (一)施作年齡條件：七十二個月 \leq 就醫年月 - 出生年月 \leq 一百四十四個月。
- (二)服務間隔：1.第一次評估檢查：當次評估檢查就醫年月-前次就醫年月 \geq 六個月，每人同一牙位限申報一次。
- 2.第二次評估檢查：當次評估檢查就醫年月-前次就醫年月 \geq 十二個月，每人同一牙位限申報一次。
- 3.第一次評估檢查與第二次評估檢查間隔：當次就醫年月-前次就醫年月 \geq 六個月，每人同一牙位限申報一次。

公告七

主旨：有關「P3601C特定疾病病人牙科就醫安全查詢雲端藥歷之回溯性審查」，自費用年月113年12月起上線，114年起醫令自動化檢核結果不符者不予支付費用。

主旨：有關「P3601C 特定疾病病人牙科就醫安全查詢雲端藥歷之回溯性審查」，自費用年月 113 年 12 月起上線，114 年起醫令自動化檢核結果不符者不予支付費用，敬請周知會員，請查照。

說明：

- 一、健保署已建置回溯性醫令自動化(REA)檢核邏輯「申報 P3601C 特定疾病病人牙科就醫安全者，於就醫日期前 6 日至就醫當日，如無雲端藥歷線上查詢或批次下載紀錄，則核減該筆費用」。

二、時程：

- 費用年月 113 年 12 月上線→
檢核 113 年 10 月案件
- 輔導期 3 個月：113 年 10 月至 12 月
- 114 年 1 月起案件，如仍未依規定申報，將不予支付費用。

主旨：114 年不列入「牙醫相對合理門診點數」計算之週日及國定假日日期。(不列入每月申報醫療費用 55 萬點計算)

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部附表 3.3.3「牙醫相對合理門診點數給付原則」。
- 二、承上，經本會與衛生福利部中央健康保險署確認，一併納入行政院人事行政總處核定之連續假期之週六及勞動節。
- 三、114 年不列入每月合理門診點數 55 萬點計算之日期詳下表：週日、國定假日及連假之週六及勞動節，合計共 72 天。

114年週日、國定假日、勞動節及連假之週六							
序號	日期	星期	備註	序號	日期	星期	備註
1	1月1日	星期三	開國紀念日	37	5月31日	星期六	端午節
2	1月5日	星期日		38	6月1日	星期日	
3	1月12日	星期日		39	6月8日	星期日	
4	1月19日	星期日		40	6月15日	星期日	
5	1月25日	星期六	連假的週六	41	6月22日	星期日	
6	1月26日	星期日		42	6月29日	星期日	
7	1月27日	星期一	小年夜	43	7月6日	星期日	
8	1月28日	星期二	除夕	44	7月13日	星期日	
9	1月29日	星期三	初一	45	7月20日	星期日	
10	1月30日	星期四	初二	46	7月27日	星期日	
11	1月31日	星期五	初三	47	8月3日	星期日	
12	2月1日	星期六	連假的週六	48	8月10日	星期日	
13	2月2日	星期日		49	8月17日	星期日	
14	2月9日	星期日		50	8月24日	星期日	
15	2月16日	星期日		51	8月31日	星期日	
16	2月23日	星期日		52	9月7日	星期日	
17	2月28日	星期五	和平紀念日	53	9月14日	星期日	
18	3月1日	星期六	連假的週六	54	9月21日	星期日	
19	3月2日	星期日		55	9月28日	星期日	
20	3月9日	星期日		56	10月4日	星期六	連假的週六
21	3月16日	星期日		57	10月5日	星期日	
22	3月23日	星期日		58	10月6日	星期一	中秋節
23	3月30日	星期日		59	10月10日	星期五	國慶日
24	4月3日	星期四	清明、兒童節	60	10月11日	星期六	連假的週六
25	4月4日	星期五	清明、兒童節	61	10月12日	星期日	
26	4月5日	星期六	連假的週六	62	10月19日	星期日	
27	4月6日	星期日		63	10月26日	星期日	
28	4月13日	星期日		64	11月2日	星期日	
29	4月20日	星期日		65	11月9日	星期日	
30	4月27日	星期日		66	11月16日	星期日	
31	5月1日	星期四	勞動節	67	11月23日	星期日	
32	5月4日	星期日		68	11月30日	星期日	
33	5月11日	星期日		69	12月7日	星期日	
34	5月18日	星期日		70	12月14日	星期日	
35	5月25日	星期日		71	12月21日	星期日	
36	5月30日	星期五	端午節補假	72	12月28日	星期日	

公告八

主旨：依113年9月19日「衛福部健保署北區業務組牙醫門診總額113年第3次共管會議」決議辦理-

說明：檢送-

- 一、健保署北區業務組業務宣導，請轉知會員配合辦理。(詳如附件1)
- 二、牙醫門診總額快速通關免專業審查篩選指標修訂，自113年10月(費用年月)起實施。(詳如附件2)
 - 1.新增指標18.「當月高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)+糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)+齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)≥5件」、指標19.「當月特定疾病病人牙科就醫安全計畫(P3601C)≥5件」，不符合者須專業審查。
 - 2.指標8.「醫師產值(申請金額)≤去年同期高額排名3%之最低金額(55萬)」新增排除鼓勵項目：「特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C、100點)」、「高風險疾病口腔照護計畫：齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C、500點)、高風險疾病病人複雜性複合體充填項目 89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C) 每項支付點數差額400點」之費用。
 - 3.指標19.「當月特定疾病病人牙科就醫安全計畫(P3601C)≥5件」之排除專科院所名單。請院所自行舉證(三個月日報表及年齡分布表)經本會認定後提供健保署北區業務組維護名單。
- 三、有關本會醫管辦法「支援醫師管理辦法」修訂，自113年10月(費用年月)起實施。(詳如附件3)
- 四、為提升113年支付項目執行率，修訂「高額排名管理辦法」、「支援醫師管理辦法」、「新加入會員暨新開業會員申報規定」及「北區醫管辦法」，將「特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)」、「高風險疾病口腔照護計畫」列為分會醫管措施之排除項目。(詳如附件4-1、附件4-2、附件4-3)

本公告，相關資料及附件已公布於本會網頁

(https://www.tyda.com.tw/tyda/doctor_news.jsp)/醫師專區/下載專區，請需要之會員逕自前往下載。

【附件1】

- 一、北區累計至 113 年第 2 季牙醫門診總額特殊醫療服務計畫收案 8,698 人，病人數較 112 年同期成長 5.9%(全區第 5)，其中有 168 家院所申請「牙特_院所內服務」資格，惟實際執行計 121 家院所(72.0%)；12 至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 4.4%、高風險疾病口腔照護計畫 7.1%、超音波根管沖洗 5.4%、特定疾病病人牙科就醫安全計畫 1.2%，請鼓勵會員積極參與及執行。
- 二、健保署增訂自費用年月 113 年 10 月起申報「案件分類 16(牙特計畫)」同一流水號項下，不得申報『高風險疾病口腔照護計畫』之各項診療醫令」及費用年月 113 年 11 月起申報「案件分類 16(牙特計畫)」醫令代碼 00318C、00311C、00128C，其特定治療項目代號(一)應符合支付標準規定之對應碼檢核邏輯，如不符檢核將予以退件，請宣導會員正確申報。
- 三、週六、日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)同日併報非緊急處置專案，請轉知會員依規定正確申報。健保署北區業務組將定期追蹤，如仍未改善者將依本保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條予以違約記點一點論處。

四、宣導虛擬與實體健保卡雙軌併行~

鼓勵會員參與虛擬健保卡

- 虛擬與實體卡雙軌併行，113年轄區已有156家院所參加，113年Q1-Q2申報件數達40,066件，其中僅有3家牙醫診所參與計畫且113年無申報案件。

縣市	醫院			基層			其他	總計
	醫學中心	區域	地區	小計	西醫	中醫		
桃園市	1	8	11	20	58	10	2	98
新竹市	1	2	2	5	13			20
新竹縣		1	4	5	7	1	1	16
苗栗縣		2	8	10	10	2		22
總計	2	13	25	40	88	13	3	156

相關資料請掃右方QR-code
有任何問題歡迎與窗口
黃小姐聯繫(分機3309)



如何參加?

1.VPN下載SDK並『完成安裝與測試成功取號』

2.VPN申請虛擬健保卡計畫 (VPN/醫務行政/特約機構作業/試辦計畫)

五、健保卡資料上傳格式 2.0~

健保卡上傳格式2.0單軌實施日期延後至114年1月1日

- 請於預檢100%後，正式改以格式2.0上傳每日就醫資料，完成改版。
- 可至VPN/服務項目/健保卡就醫上傳檢核結果查詢/健保卡2.0預檢比對健保卡1.0統計報表查詢預檢成功比率。
- **健保卡上傳格式2.0作業說明**請至本署全球資訊網/健保服務/健保卡申請與註冊/健保卡資料下載區/就醫識別碼專區-健保卡資料上傳格式2.0作業說明(短網址：<https://gov.tw/Ao7>)。
- 113年完成改版獎勵**1萬點**(112年已取得獎勵者不適用)，可至本署OPENDATA下載查詢(短網址：<https://gov.tw/YnR>)。請篩選自家醫事機構代碼，並檢視**符合獎勵年度：113、獎勵項目名稱：符合健保卡資料上傳格式2.0改版獎勵**。

資料擷取日期113年8月9日

地區	特約家數	已改版家數	未改版家數	未改版占率
桃園市	569	555	14	2.5%
新竹市	153	149	4	2.6%
新竹縣	118	117	1	0.8%
苗栗縣	116	113	3	2.6%



六、新特約預約簽約系統~

再次提醒~舊版「新特約預約簽約系統」
已於113年6月底停止服務
特約申請請改用新網址

- 申請路徑：**健保資訊網服務系統(Internet)/醫事機構專區/醫事機構新特約申請**
- 網址：<https://gov.tw/6Qh>



【附件2】

牙醫門診總額快速通關免審專業審查篩選指標(北區)

11310修

指標項目	備註
1.受理日期(或郵戳收件日)於費用發生次月20前(含)。	不符合者需審查
2.醫療費用採媒體申報且3個月內無補報。 (排除案件14及山地離島IDS計畫補報案件)	不符合者需審查
3.未違反本保險相關法規。	不符合者需審查
4.非全民健康保險牙醫門診總額北區分會輔導院所或健保署列管。	不符合者需審查
5.最近一個月核減率 $\leq 8\%$ 。	不符合者需審查
6.每件平均醫療費用值小於(同儕平均數+1個標準差)*1.15。(註2)	不符合者需審查
7.根管治療未完成率一年內平均未完成率小於28.74%。(註3、8)	不符合者需審查
8.醫師產值(申請金額) \leq 去年同期高額排名3%之最低金額(55萬)。(註4)	不符合者需審查
9.未有跨區支援醫師之院所(註5)。	不符合者需審查
10.非「新開業未滿1年院所」。	不符合者需審查
11.非「新開業滿1年但未參加過健保業務說明會(新開業醫師)之院所」。 (符合者由北區審查分會提供排除)	不符合者需審查
12.恆牙2年內自家再補率 $\leq 4.5\%$ 。(註6、8)	不符合者需審查
13.乳牙1年半自家重補率 $\leq 10\%$ 或乳牙填補顆數 < 15 顆。(註6)	2監測值同時不符合者需審查
14.無每月每醫師申報91022C大於21件(含)以上。(註7) (牙統案件立意全審)	不符合者需審查
15.無89013C(複合體充填)3個月申報醫令件數達50件以上且申報病患年齡小於50歲醫令占率為40%以上。	不符合者需審查
16.非北區分會支援醫師輔導。 (支援醫師案件立意抽審) (不符合者由北區審查分會提供)	不符合者需審查

牙醫門診總額快速通關免審專業審查篩選指標(北區)

指標項目	備註
17.非價量分析指標院所 PR 值大於98之院所。	不符合者需審查
18.當月91090C+91089C+P7302C≥5件。	不符合者需審查
19.當月 P3601C≥5件。 (排除專科院所，由院所自行舉證經本會認定後提供健保署北區業務組維護名單)	不符合者需審查
20.連續八個月免審者，第九個月雖屬免審仍需送審；如連續十一個月免審者，第十二個月雖屬免審仍需送審，且不受審查家數上限。 (當全數抽審比率低於25%時)	

註1：上述篩選指標修正，皆依歷次牙醫總額共管會議決議辦理。

註2：指標6--【每件平均醫療費用值】小於（同儕平均數+1個標準差）*1.15，排除案件分類14、16，醫令代碼91021C、91022C、91023C之醫令點數，特定項目代號(一)為JA之費用，醫令代碼91015C~91018C之醫令點數)

註3：指標7--根管治療未完成率：【1-(90001C+90002C+90003C+90016C+90018C+90019C+90020C)/90015C * 100】(醫令數)

註4：指標8--醫師產值排除案件分類 A3、B7、14、16、特定治療代號(一)為 G9或 JA 案件之申請點數，『週日及國定假日之申報點數(以申報就醫日期認定)』，牙周疾病控制基本處置(醫令代碼91014C)，牙周統合試辦計畫(91021C~91023C)，91015C~91018C之醫令點數，初診診察費(01271C~01273C)及感控診察費(00305C~00310C、00315C~00317C)之差額、糖尿病患者牙結石清除(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除(91090C)、高齲齒率患者氟化物治療(P7301C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)、0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(P6701C~P6705C)、12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(P7101C~P7102C)、特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及高風險疾病口腔照護計畫：齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C) 每項支付點數差額400點醫令點數。

註5：指標9--排除未申報費用之院所

註6：指標12、13--送核申報費用且排除14、16案件及特定治療代號(一)為 G9之案件。以前月申報資料(恆牙二年內自家再補率、乳牙一年半自家重補率之指標項目以前3個月申報資料)作為篩選專業審查資格。OD 醫令代碼：89001C 至89005C、89008C 至89012C、89014C、89015C；89101C 至89105C、89108C 至89112C。

註7：指標14--排除教學醫院有教學計畫之院所醫師，試辦計畫代碼為 CF 或 CH 之院所(台北長庚併入林口長庚)醫師名單由北區審查分會提報北區業務組排除管控。

註8：指標7、12--自費用月106年7月起，新增篩選條件針對申報月前12個月每月產值低於10萬且連續抽審2個月之院所，第3~8個月得免審。

註9：指標17—由「醫師最高點數」、「平均每人耗值」、「OD 佔率」、「每人 OD 耗值」、「每人 OD 顆數」、「OD 平均面數」、「OD 病患平均 OD 顆數」、「OD 病患 OD 耗值」等8項指標組成，依其 PR 值(P85、P90、P95)予以計分後加總，其中「OD 佔率」、「每人 OD 耗值」2項指標權重加倍。

【附件3】

支援醫師管理辦法

104.06.04 牙醫門診總額 104 年第 2 次共管會議會議修訂
105.03.17 牙醫門診總額 105 年第 1 次共管會議會議修訂
105.06.16 牙醫門診總額 105 年第 2 次共管會議會議修訂
105.09.08 牙醫門診總額 105 年第 3 次共管會議會議修訂
105.12.08 牙醫門診總額 105 年第 4 次共管會議會議修訂
106.06.29 牙醫門診總額 106 年第 2 次共管會議會議修訂
106.12.14 牙醫門診總額 106 年第 4 次共管會議會議修訂
109.6.18 牙醫門診總額 109 年第 2 季共管會議會議修訂
111.3.24 牙醫門診總額 111 年第 1 次共管會議會議修訂
111.9.15 牙醫門診總額 111 年第 3 次共管會議會議修訂
112.9.14 牙醫門診總額 112 年第 3 次共管會議會議修訂
113.9.19 牙醫門診總額 113 年第 3 次共管會議會議修訂

通則

- 一、在北區支援之支援醫師(本區及跨區)，均須按現行法令，向有關機關申請核准，報備，另外還須行文給本委員會，並於申報時檢附支援報備核准公文。(依據衛生福利部 96 年 2 月 9 日衛署醫字第 0960222467 號函：支援醫師人數不得超過被支援診所醫師人數之 2 倍，支援時段不得超過被支援診所總服務時段之 40%)。
- 二、支援醫師在北區看診，一律需填報日報表隨送審案件送審。若未填日報表，則由該支援醫師支援院所負責醫師填寫日報表一個月。
- 三、本區支援醫師月申報點數超過 12 萬點【排除鼓勵項目包括：專款項目(案件類別 14、16)、「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」、「週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)」、案件分類 A3(牙齒預防保健案件)、案件分類 B7(代辦戒菸服務補助計畫)、91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、P6701C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次)、P6704C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護

複診治療-第二次)、P6705C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)、P7301C(高齲齒率患者氟化物治療)、特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、「高風險疾病口腔照護計畫：齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C) 每項支付點數差額 400 點】，則該支援醫師除了需填寫日報表外，該院所另需抽審一個月。

- 四、被支援院所的負責醫師與院所所有支援醫師的月申報點數合計進入本區申報額度前1%，則該院所的負責醫師與支援醫師皆須填寫日報表且該院所案件抽審三個月並執行指標管控。
- 五、有跨區支援醫師(一般及專科)服務的院所不符合專業審查篩選指標，審查不能快速通關。

細則

1. 北區支援醫師分本區(一般與專科)與跨區(一般與專科)。
 2. 本區支援專科醫師：
 - (1) 認定標準:院所自行舉證(附連續三個月的日報表及案件數)如醫師作專科案件數【包括：OS(排除 92001C)、Peri (排除 91001C)、Endo(排除 90004C)、Pedo】 $\geq 70\%$ ，視為專科醫師。(有關 Pedo 部分限制年紀 ≤ 14 歲)，排除「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。
 - (2) 本區支援專科醫師在支援的院所的申報點數在 12 萬之內，則不受平均單價限制。但抽審時，需檢附該醫師當月之日報表及案件總表，其專科案件數需 $\geq 70\%$ 。如專科案件未達 70%以上，或申報超過 12 萬，則受平均單價管控。
- 註：本區專任之專科醫師作特定項目(包括：OS、Peri、Endo、Pedo)治療比例 $\geq 70\%$ ，其平均單價不受限制，但抽審時，需檢附該醫師當月之日報表或案件總表其專科案件數需 $\geq 70\%$ 。如專科案件未達 70%以上，視為一般非專科。

3. 跨區支援專科醫師：(1:4500以上人口地區排除)

- (1) 跨區支援專科醫師認定為：由院所主動提出向本會申請，並檢附該專科醫師申報專科案件數比例(須符合本會專科認定的標準)，每月均需檢送，若檢送資料有不符本會專科醫師認定標準，將取消資格，爾後需重提申請
- (2) 跨區支援專科醫師月申報點數在3萬以內者，則不受平均單價限制。

4. 跨區支援醫師(一般及專科)

- (1) 跨區支援醫師，服務診所的審查不能快速通關，負責醫師的申報額度必須和跨區支援醫師額度合併計算，接受額度管控。
- (2) 凡跨區支援醫師支援之診所申報總金額超出 16 萬【排除鼓勵項目包括：專款項目(案件類別 14、16)、「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」、「週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)」、案件分類 A3(牙齒預防保健案件)、專科醫師、案件分類 B7(代辦戒菸服務補助計畫)、91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、P6701C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次)、P6704C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次)、P6705C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)、P7301C(高齲齒率患者氟化物治療)、特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、「高風險疾病口腔照護計畫：齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C) 每項支付點數差額 400 點】則診所抽審並追蹤 3 個月。若追蹤期間有 2 個月進入，再抽審並追蹤 3 個月。若第二次追蹤期間有 2 個月進入則請院所檢附診療相關證明文件三個月。院所於檢附診療相關證明文件之期間，有 2 個月進入則請院所延長檢附診療相關證明文件三個月。

5. 針對支援醫師申報點數規定【(醫學中心體系內院區或區域教學評鑑合格醫院(跨區支援醫師)適用 5-3)】：

5-1

- (1)院所跨區支援醫師月申報點數為本分區「前5名」且超過3萬點(含)，請院所檢附醫療確認單及診療證明相關文件3個月，如仍未改善則持續檢附相關資料。
- (2)院所跨區支援醫師的月申報點數超出3萬點額度，第一次先書面通知改善，第二次則院所檢附醫療確認單3個月，第三次則請院所檢附醫療確認單及診療證明相關文件3個月，如仍未改善則持續檢附相關資料。

5-2

院所本區支援醫師的月申報點數超出12萬點額度，第一次先書面通知改善，第二次則請院所「該醫師」檢附醫療確認單3個月，第三次則請院所「該醫師」檢附醫療確認單及診療相關證明文件3個月，如仍未改善則持續檢附相關資料。

5-3

(1)醫學中心體系內院區或區域教學評鑑合格醫院跨區支援專科醫師的月申報點數超出3萬點額度。

~~(2)醫學中心體系內院區或區域教學評鑑合格醫院本區支援專科醫師的月中報點數超出12萬點額度。~~

→第一次先書面通知改善，第二次則請「該醫師」檢附醫療確認單「3個月」，第三次則請「該醫師」檢附醫療確認單及診療證明相關文件3個月，如未改善則持續檢附相關資料。

註：醫學中心體系內院區及區域教學醫院牙科自動適用5-3新規範，其餘層級醫院跨區支援專科醫師需檢附資料提分會申請通過才可適用。

【附件4-1】

高額排名

104.06.04 牙醫門診總額 104 年第 2 次共管會議會議修訂
105.03.17 牙醫門診總額 105 年第 1 次共管會議會議修訂
105.09.08 牙醫門診總額 105 年第 3 次共管會議會議修訂
106.06.29 牙醫門診總額 106 年第 2 次共管會議會議修訂
108.3.28 牙醫門診總額 108 年第 1 次共管會議會議修訂
109.6.18 牙醫門診總額 109 年第 2 季共管會議會議修訂
111.9.15 牙醫門診總額 111 年第 3 次共管會議會議修訂
113.9.19 牙醫門診總額 113 年第 3 次共管會議會議修訂

一、申報個人醫療費用(含支援醫師)進入本區個人單月排名前 1% 以上(含 1%)者：

1. 填寫個別醫師之日報表。
2. 每份實體病歷應於各處置項目後同時記載診療起迄時間
3. 案件抽審。

二、如支援醫師加上診所負責醫師申報進入高額排名前 1%，則該院所抽審並進行指標管控。

三、

1. 加成區域的醫師，如進入 1%，核算後又跳出排名，則原排名須再遞補補足 1% 加成區域如：三灣、新屋。
2. 如因排除鼓勵項目後，醫師跳出排名，則一樣再遞補補足 1%。
3. 排除鼓勵項目包括：專款項目(案件類別 14、16)、感染診察費差額、【環口全景 X 光初診診察(01271C)、年度初診 X 光檢查 (01272C)、高齶齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查(01273C)】(扣除初診診察費差額)、案件分類 A3 (牙齒預防保健案件)、G9、91014C、「牙周病統合治療第一階段支付 91021C」、「牙周病統合治療第二階段支付 91022C」、「牙周病統合治療第三階段支付 91023C」、「週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)」、「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」、案件分類 B7(代辦戒菸服務補助計畫)、91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齶齒控制照護處置)、P7102C(青少年齶齒氟化物治療)、P6701C(嚴重齶齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齶齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齶齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次)、P6704C(嚴重齶齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次)、P6705C(嚴重齶齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)、P7301C

(高齲齒率患者氟化物治療)、特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、「高風險疾病口腔照護計畫：齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C) 每項支付點數差額 400 點」。

四、以北區四縣市申請金額總平均之 1.5 倍為高額院所之最低限度，並視情況機動調整。

五、指標管控:(1:4500 以上人口地區排除)

若 2 個絕對指標進入則進行醫療品質監控措施，抽審並追蹤 3 個月。若第一次追蹤期間有 2 個月又進入則請院所檢附診療相關證明文件三個月。

*院所於檢附診療相關證明文件之期間，有 2 個月進入則請院所延長檢附診療相關證明文件三個月。

i. 絕對指標：

- a. 重複洗牙率（高於全區 75 百分位）
- b. OD 耗值（高於 75 百分位）（以季單位）
- c. 就醫病患平均耗用值（高於 75 百分位值）（以月為單位）

ii. 相對指標：

- a. 平均填補顆數（高於 75 百分位值）
- b. 「OD 佔率」（高於全區 75 百分位）
- c. 二年他家重補率（高於 75 百分位）

*二個相對指標等於一個絕對指標。

*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，經審查分會檢討後決議是否解除。

註解：彩色照片之尺寸至少為（3x5"）

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。

【附件4-2】

新加入會員暨新開業會員申報規定

103.09.04 牙醫門診總額 103 年第 3 次共管會議會議修訂
104.09.03 牙醫門診總額 104 年第 3 次共管會議會議修訂
105.06.16 牙醫門診總額 105 年第 2 次共管會議會議修訂
105.09.08 牙醫門診總額 105 年第 3 次共管會議會議修訂
106.06.29 牙醫門診總額 106 年第 2 次共管會議會議修訂
108.3.28 牙醫門診總額 108 年第 1 次共管會議會議修訂
111.9.15 牙醫門診總額 111 年第 3 次共管會議會議修訂
113.9.19 牙醫門診總額 113 年第 3 次共管會議會議修訂

(一) 新開業醫師：

新開業院所定義：向健保署申請新的診所代碼，即屬新開業院所，院所之負責醫師即為新開業醫師。該院所內所有醫師(含開業及服務醫師)皆須遵循新加入會員暨新開業會員之申報規定。

* 註：特殊狀況得向委員會申請排除限制，如：1. 於同縣市開業滿一年以上且未曾受健保署處分的院所，因搬遷取得新的診所代碼者得申請排除。2. 更換負責醫師的院所，如最近一年，院所 21 項指標第 14. 16. 18. 21 項在北區平均值以下且未曾受健保署處分者，也可申請排除。3. 於同縣市曾領有開業執照滿一年以上的牙醫師或服務滿十年以上的牙醫師，且未曾離開原執業縣市，於原執業縣市新開業或服務時不受新加入會員暨新開業會員管理辦法之條款限制(排除曾停止特約及終止特約之牙醫師)。

1. 申報額度

(1)院所最高申報額度醫師一年內每月申報額度為 32 萬或院所申報總金額大於 70 萬【扣除鼓勵項目：「牙周病統合治療第一階段支付 91021C」、「牙周病統合治療第二階段支付 91022C」、「牙周病統合治療第三階段支付 91023C」、「週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)」、專款項目(無牙醫鄉執業、巡迴及特殊服務項目)：案件類別 14、16、「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」、案件分類 A3(牙齒預防保健案件)、案件分類 B7(代辦戒菸服務補助計畫)、91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、P6701C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齲齒兒

童口腔健康照護複診治療-第一次)、P6704C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次)、P6705C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)、P7301C(高齲齒率患者氟化物治療)、特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、「高風險疾病口腔照護計畫：齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C) 每項支付點數差額 400 點」】。

註：70 萬的計算：

1. 統計分析一位醫師平均申報金額
2. 統計一間診所平均醫師數
3. 上述1.2相乘後得到數值

以上為台北分區70萬的由來，經統計本會的數值小於70萬，經討論放寬以70萬計。

(2)觀察期為1年，若院所最高申報額度醫師超過32萬或院所申報總金額大於70萬，則該院所案件抽審一個月。並執行指標管控。

註：在一年觀察期內若某月院所最高申報額度醫師超過32萬或院所申報總金額大於70萬，則案件需抽審一個月

(3)1:4500 以上人口地區不受新開業限制

2. 指標管控

(1)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，抽審並追蹤2個月

。若第一次追蹤期間有1個月進入則請院所檢附診療相關證明文件三個月

*院所於檢附診療相關證明文件之期間，有2個月進入則請院所延長檢附診療相關證明文件三個月。

*院所若因指標進入而進行醫療品質監控措施。於追蹤3個月期間，若有任一費用月進入則通知院所前來教育相談，以減少院所持續進入的機會。

i. 絕對指標：

- a. 申請總金額進入前3%
- b. 重複洗牙率（高於全區90百分位）
- c. OD耗值（高於全區75百分位）（以季單位）
- d. 就醫病患平均耗用值（高於75百分位值）（以月為單位）

ii. 相對指標：

- a. 平均填補顆數（高於75百分位值）
- b. 「二年他家重補率（高於75百分位值）」
- c. 「OD佔率」

*二個相對指標等於一個絕對指標。

*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，經委員會檢討後決議是否解除。註解：彩色照片之尺寸至少為（3x5"）。

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。

(二) 新服務醫師：

1. 觀察期為半年。
2. 1:4500以上人口地區不受新開業新服務限制
3. 廢除三聯單，日報表仍需填寫。
4. 半年內每月申報額度小於 32 萬【扣除鼓勵項目：「牙周病統合治療第一階段支付 91021C」、「牙周病統合治療第二階段支付 91022C」、「牙周病統合治療第三階段支付 91023C」及週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)、專款項目(無牙醫鄉執業、巡迴及特殊服務項目：案件類別 14、16)、「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」、案件分類 A3(牙齒預防保健案件)、案件分類 B7(代辦戒菸服務補助計畫)、91089C(糖尿病患者牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、P6701C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次)、P6704C(嚴

重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次)、P6705C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)、P7301C(高齲齒率患者氟化物治療)、特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、「高風險疾病口腔照護計畫：齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C) 每項支付點數差額 400 點】，則不受『新加入會員暨新開業會員申報規定』限制。

- (三) 填寫日報表日期及抽審+立意審查月份皆依院所收到公文上之指示日期開始實施。
- (四) 本規定執委會得每三個月檢討一次。
- (五) 新開業醫師因特殊狀況得向本會申請排除限制及1:4500以上人口地區不受限制者，仍應於觀察期內監控院所指標數據。

【附件4-3】

北區醫管辦法

103.06.12 牙醫門診總額 103 年第 2 次共管會議會議修訂
104.06.04 牙醫門診總額 104 年第 2 次共管會議會議修訂
105.03.17 牙醫門診總額 105 年第 1 次共管會議會議修訂
105.06.16 牙醫門診總額 105 年第 2 次共管會議會議修訂
106.03.09 牙醫門診總額 106 年第 1 次共管會議會議修訂
106.06.29 牙醫門診總額 106 年第 2 次共管會議會議修訂
106.12.14 牙醫門診總額 106 年第 4 次共管會議會議修訂
107.3.15 牙醫門診總額 107 年第 1 次共管會議會議修訂
108.3.28 牙醫門診總額 108 年第 1 次共管會議會議修訂
108.9.12 牙醫門診總額 108 年第 3 次共管會議會議修訂
110.9.16 牙醫門診總額 110 年第 3 季共管會議會議修訂
111.9.15 牙醫門診總額 111 年第 3 次共管會議會議修訂
113.9.19 牙醫門診總額 113 年第 3 次共管會議會議修訂

一、異常指標

(1) 根管未完成率 > 53% 及申報金額大於 20 萬

(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) ① 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 1650。

② 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 1750。

(4) 針對申報金額 10 萬元以下 (專任醫師)，違反第 (3) 項指標，如有異常則提審查分會會議討論。

備註：

1. 其申報合計點值排除「牙周病統合治療第一階段支付 91021C」、「牙周病統合治療第二階段支付 91022C」、「牙周病統合治療第三階段支付 91023C」、「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」、「案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目」及「週日及國定假日申報點數 (以申報就醫日期認定)」、「診察費為 0」、「91089C (糖尿病患者牙結石清除-全

口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7101C(青少年齲齒控制照護處置)、P7102C(青少年齲齒氟化物治療)、P6701C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費)、P6702C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療)、P6703C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次)、P6704C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次)、P6705C(嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次)、P7301C(高齲齒率患者氟化物治療) 、特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、「高風險疾病口腔照護計畫：齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C) 每項支付點數差額 400 點」。

2. 如本區平均每位患者醫療耗用點值排名為全國第 2 名時，自次季該項指標改回「當申請點值大於 35 萬，則平均單價建議修改為不得超過 1600」及「當申請點值小於 35 萬，則平均單價建議修改為不得超過 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)

#本區專科醫師(支援及專任)認定標準：

1. 院所自行舉證(日報表或案件數)，如醫師作專科案件數(包括：OS、Peri、Endo、Pedo) $\geq 70\%$ 視為專科醫師，則不受平均單價限制。(有關 Pedo 部分限制年紀 ≤ 14 歲)，排除「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。
 2. 醫學中心級教學醫院，且牙科明確分科者，院所提供四專科(OS、Peri、Endo、Pedo)之專任醫師名單，由北區審查分會認定(每年更新一次)。
- 二、醫療模式異常經醫審會決議須接受輔導者，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(平均單價)，則書面輔導。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) ≥ 40 人（排除案件分類 A3 及 B7 人次）並申報日值 ≥ 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。

註：死亡案件 - 他家拔牙後，自家再做處置，含乳牙，排除醫令 92001C。

公告九

主旨：公告修正「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」，自113年10月1日起實施。

說明：1.本次修訂「醫療費用申報格式改版獎勵」內容：2023年版ICD-10-CM/PCS改版預檢獎勵：於113年12月31日前，修正「特約醫事服務機構(門診、住院及交付機構)醫療費用點數申報格式及填表說明」並完成預檢作業者：

(1)醫院每家獎勵11,000點。

(2)診所及其他醫事服務機構每家獎勵3,000點。

2.為因應2023年版ICD-10-CM/PCS改版，衛生福利部中央健康保險署針對改版提供獎勵金，請院所於期限內逕自洽詢資訊廠商更新申報軟體，以利申請獎勵金。

3.健保署公告旨揭方案內容於「全球資訊網\最新消息\法規公告」項下，請自行於公告欄擷取附件。

4.本計畫電子檔已刊登於全聯會網站，可透過下列方式下載使用，路徑：網址(www.cda.org.tw)首頁/本會消息/新聞資訊/最新消息；搜尋關鍵字「即時查詢」。

公告十

主旨：依據衛生福利部113年6月14日衛部口字1132060606號函，轉知衛生福利部公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，修正規定之連結網址https://www.cda.org.tw/cda/oral_health_detail.jsp?ocid=377

公告十一

主旨：有關生理食鹽水短缺問題：經全聯會詢問食藥署，回覆如后，目前仍依照之前公告的方式協助處理，公告內容已公告全聯會網站，連結網址：

<https://reurl.cc/93gMyX>，如有缺貨情形，請院所註冊帳號，並在藥品供應監測系統中的「藥品需求填報」中反應缺貨品項及數量等，俾便食藥署優先協助處理。

衛福部食品藥物管理署函因應永豐化學工業股份有限公司(下稱永豐公司)之輸注液短缺，於「藥品供應監測系統」建置「藥品需求填報-使用者帳號申請表」如下：

輸注液藥品需求填報-使用者帳號申請表							
序號	使用者姓名	機構名稱(含院區名稱)	機構類型	單位名稱	職稱	連絡電話	電子郵件