

# 牙醫門診醫療服務台北區審查分會 函

收文日期	109. 8. 18
編 號	3439

地址：台北市忠孝東路二段 120 號 7 樓  
傳真：(02)2341-5109  
聯絡人及電話：許佳慧 (02)2358-4515  
電子郵件信箱：cadipi@ms39.hinet.net

受文者：詳如正本

發文日期：中華民國 109 年 08 月 14 日  
發文字號：(109) 健保台北字第 541 號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：擬修訂全民健保牙醫門診醫療服務台北區「加強醫療院所醫療服務品質管控辦法」暨「台北區抽樣抽審作業原則」，敬請貴會提供相關修訂意見，詳如說明段，請查照。

- 說明：
1. 因本分會醫管指標與抽審指標執行多年，部分指標疑有鈍化或者執行面上成效不彰。例如：台北分區費用年月 109 年 2 月及 109 年 5 月「絕對指標 4」重補顆數皆為 12 顆。
  2. 依據 103.1.23 第 9-1 次常委會會議紀錄決議：「絕對指標 4」重補顆數(恆牙+乳牙)≤12 顆，列為微調剔除，是否研議修訂則另案討論。
  3. 因應時代更迭，醫療生態模式與日俱進，為達更積極管控效果，擬全面修改管控辦法及抽樣抽審作業原則(附件 1)。
  4. 敬請於 9 月 17 日前提供相關修訂內容，修改對照表格式如附件 2。
  5. 本會將於 9 月 22 日醫管組會議成立案題討論，請各公會鼓勵所屬幹部踴躍出席，提供檢討修正方向與建議。

正本：社團法人台北市牙醫師公會、社團法人新北市牙醫師公會、社團法人基隆市牙醫師公會、宜蘭縣牙醫師公會、金門縣牙醫師公會

副本：

常務委員 呂名峯 溫斯勇 蔡志明 許明哲

裝

訂

線

全民健保牙醫門診醫療服務台北區  
加強醫療院所醫療服務品質管控辦法  
暨作業說明

牙醫門診醫療服務台北區審查分會  
衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

109年6月18日通過修正

## 緣起

由於分區預算自95年度起已100%依人口比例分配，台北分區為全國醫師人數最密集之區，受此因素影響，預算成長率已趨於零，故於點值控管上有先天條件之不足，期許在有限的醫療資源下，能發揮管理的效能。牙醫門診醫療服務台北區審查分會（以下簡稱台北區審查分會）發揮同儕制約精神，修訂『加強醫療院所醫療服務品質管控辦法暨作業說明』（以下簡稱管控辦法），並自92年5月（費用年月）開始實施。

為符合牙醫醫療服務執行常態，台北區審查分會自92.04.26第3-5次、92.06.28第3-6次、92.12.27第3-9次、95.02.18第4-10次、95.04.29第4-11次、95.08.19第5-1次、95.11.04第5-2次、96.04.28第5-5次、96.08.25第5-7次、97.08.30第6-4次、99.6.19第7-2次、100.10.1第7-7次、101.03.24第8-1次、101.07.07第8-2次、101.08.23第8-8次、102.02.26第8-14次、103.01.23、104.06.11、105.02.18、105.03.26、105.05.12、106.03.16等多次委員會議及常務委員會議逐項檢討修訂；管控辦法係針對單項醫療行為極端之情形進行分析管控並配合修正縮小管控層面。專業審查部分，除現行之審查流程制度外，並配合實地審查，以增進審查效能，提升醫療服務品質。

對於上述事項若有良好建議或意見，請以書面提供台北區審查分會做為檢討與修正之參考。本辦法係朝向既有資源之最有效運用，並期許配合以最小槓桿與達到最大效率，執行總額預算最有效利用方式，營造多贏之局面。

# 全民健保牙醫門診醫療服務台北區

## 加強醫療院所醫療服務品質管控辦法暨作業說明

修訂日期：99年6月22日、100年3月24日、100年12月29日、101年3月26日、101年6月21日、101年9月20日、102年3月21日、102年6月20日、102年9月12日、103年3月20日、103年8月29日、104年1月22日、104年6月18日、104年12月17日、105年3月24日、105年6月23日、105年12月15日、106年3月30日、107年3月22日、107年6月28日、107年12月13日、108年6月27日、108年12月26日、109年6月18日

### 一、執行依據

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、執行方式

- (一) 由牙醫門診醫療服務台北區審查分會(以下簡稱台北區審查分會)，每月執行檔案分析及輔導管理，處理結果提報健保署臺北業務組。
- (二) 台北區審查分會及健保署臺北業務組，依『管控辦法』指標項目之檔案分析結果或專業審查疑有異常狀況院所，發函通知列入名單之牙醫院所辦理管控辦法相關作業。
- (三) 管控辦法包括追蹤、輔導、醫療確認單及診療相關證明文件(photo)等作業，相關作業細節依相關規定辦理。
- (四) 管控辦法之後續作業，包括升降等、解除或移送查核等，經台北區審查分會會議決議之名單，造冊送臺北業務組備查，由台北區審查分會及健保署臺北業務組發函通知牙醫院所執行相關作業。

### 四、執行對象

- (一) 符合檔案分析、專業審查發現疑有異常案件及應加強輔導管理作業需要之異常醫師或院所。
- (二) 執行管控辦法之醫師，若同時服務於其他院所，則該醫師在其他院所，亦需執行管控辦法之相同作業。

### 五、執行內容

- (一) 檔案分析：分析資料母體：以醫師歸戶申報資料為樣本，百分比以申報健保醫師數為母數。

#### 【註】排除條件：

- (1) 總點數考量人口比做排名調整，人口比每季調整一次，會議通過後適用，如：3月資料用2月人口數及醫師數統計，通過後適用於4、5、6月(費用年月)，以此類推。(每一單位點數為7000點數)

a. 縣市人口比率：

總醫師人口比平均值大於3000者，加計平均點數，每1000人口增一單位，以10單位為一上限，如宜蘭縣全縣人口比平均5648，加計三單位。

b. 鄉鎮市、地區人口比率：

醫師人口比平均超過3000起加計平均點數一單位，每隔500人口加計一單位，以10單位為上限。

依此辦法調整其排名，但不更動其他原排名次序，不影響別人權益，而以其調整後排名進行輔導追蹤作業。

c. 享有人口優惠地區，其季平均門診耗值應低於2000，方可享有優惠，僅適用於絕對指標1(總點數前1%)。

(2) 專科醫師因專科醫療內容使每位患者平均耗用點值進入前 10名者，來文申訴經台北區審查分會常委會決議通過者，取消輔導，專科醫師所從事專科案件須大於其所有申報案件60%以上方可。

(3) 管控辦法分析資料，比照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則(1041217修訂)，排除下列項目費用，不列入計算：(1050623修訂)

1. 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)
2. 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目
3. 案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目
4. 案件分類為19—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)(1080627修訂)
5. 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
6. 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
7. 案件分類為 A3—牙齒預防保健案件
8. 案件分類為 B6—職災代辦案件
9. 案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)
10. 案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)
11. 案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份
12. 加成之點數
13. 初診診察費差額
14. 感染管制診察費差額
15. 山地離島診察費差額

16. 牙醫急診診察費差額  
17. 特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)
- (4) 因指標進入輔導追蹤之院所，依「管控辦法申復調整基準表」訂定之內容舉證且合乎比例者，可解除該項指標。

1. 絕對指標：符合任一項指標者，列為輔導對象

- (1) 總點數前1%  
(2) 就醫病患平均耗用值前10名（以季為單位）  
(3) 高 OD 耗值患者人數前10名（以季為單位）  
(4) 重補顆數：恆牙(二年自家重補顆數+一年他家重補顆數)+乳牙(一年半自家+半年他家重補顆數)前10名。(102/8費用年月實施)

2. 相對指標：符合二項指標者列為追蹤對象，符合三項指標（含）以上者列為輔導對象

- (1) 總點數前3%  
(2) 就醫病患平均耗用值前2%（以季單位）  
(3) 高 OD 耗值患者人數占率前2%（以季單位）  
(4) 二年恆牙自家重補率前2%

3. 管控指標：分區新執業醫師-(以該 ID number 2年未出現於台北分區健保申報名單內稱之)，符合任一項指標者，得列為輔導對象，管控二年(1050922修訂)。

- (1) 申報點數（高於全區平均值）  
(2) 平均填補顆數（高於全區前10%）  
(4) 一年他家重複填補率（高於全區前10%）

4. 新特約指標：新開業/特約院所-(向健保署申請新的醫事機構代碼，含院所內所有醫師稱之)：符合任一項指標者，得列為輔導對象3個月，管控二年。(1050623修訂)

- (1) 申報點數（高於全區平均值）  
(2) 重複牙結石清除率（高於全區前5%）  
(3) 一年他家重複填補率（高於全區前10%）  
(4) 新開業/特約院所總額指標管控：  
院所原始申報點數(不扣除鼓勵項目)不得超過70萬點，若超過70萬點，則該院所全部醫師列為輔導對象3個月。

備註：

1. 新特約指標(1)申報點數在基隆市、宜蘭縣醫師個人另加5萬點額度。

2. 醫師人口比1：4500以上地區不受新開業限制。(前揭「地區」係指台北區審查分會公告之鄉鎮市地區人口及牙醫師人數分佈表)。
  3. 特殊狀況如：原址更換負責醫師(原院所服務滿二年)其原負責人需繼續在原址之新特約院所擔任專任醫師並於新特約院所有健保申報紀錄、搬遷(自歇業日起30日內需與健保署完成特約)且二年內未受健保處分或發處分函(受停約或終止特約以上)，或其他特殊原因，得申訴排除管控。
    - 原院所服務滿二年之定義：以在原院所申報健保費用之日起算，累積申報月數達24個月(含)以上，且新特約診所與健保署特約日期與原診所終止日期須有連續關係，二者差距不得大於1個月(以月-月計)。
    - 但若原址醫療機構之任何醫師二年內曾受健保署發處分函或曾受健保處分者(受停約或終止特約以上)，則原址之新、舊醫療機構，不予解除新特約管控。
  4. 院所原始申報點數得扣除16案件及91021C、91022C、91023C點數最高30萬點。(增訂，103/09費用年月實施)(1051215修訂點數)(1080627修訂)
  5. 醫師進入新特約指標4，但個人申報點數在12萬以下，可不升等Photo作業(增訂，103/09費用年月實施)。另已執行Photo作業者，可作為降等之依據，並以醫療確認單為最高降等原則。(增訂，執行月106/4實施)
  6. 由台北區審查分會對於刪除之相對指標5「一年恆牙他家重補率前2%」、相對指標6「ENDO未完成率前2%」、相對指標7「重複牙結石清除率前3%」及管控指標3「重複牙結石清除率(高於全區前10%)」等指標項目，以專案方式每半年(費用年月)進行品質監控，並執行專案檢討。
5. 參考指標：係作為降等之依據
- (1) 前一年 OD 失敗率(恆牙)
  - (2) 前一年 OD 失敗率(乳牙)
  - (3) 三年自家重補率
  - (4) 平均填補面數
  - (5) 平均每位 OD 患者填補顆數
  - (6) OD 點數比率
  - (7) 三年恆牙自家重補率
  - (8) 一年半乳牙自家重補率
  - (9) 一年半乳牙他家重補率

## (二) 專業審查發現疑有異常案件：

1. 情節重大且有具體事實舉證者，移送查核。
2. 有具體異常事實，但不符移送程度者，得採立意抽審、行文改善、行文見復或進入醫療品質監控期執行診療相關證明文件作業。  
符合下列任一異常醫療模式者(異常醫療模式項目請參考「診療相關證明文件」作業執行方式第2點備註規定)，後續再有異常醫療模式項目提報經台北區審查分會醫審組會議決議，得進入醫療品質監控期，執行項目內容由台北區審查分會醫審組會議決議後轉台北區審查分會常委會討論通過後執行，每次以執行一季為原則：
  - (1) 一年內醫師有異常醫療模式項目經審查醫藥專家提報，且經台北區審查分會醫審組會議決議行文改善或行文見復紀錄合計達三次(含)以上者。
  - (2) 一年內因同類異常醫療模式項目被提報，且經台北區審查分會醫審組會議決議列入A1指標紀錄合計達兩次(含)以上者。
3. 疑有異常情節未具體者，移供檔案分析、審查意見參考或得存檔備查。

## (三) 執行管控辦法作業未改善者：

1. 連續追蹤6個月未改善之醫師或院所，得升等輔導。
2. 連續輔導6個月未改善之醫師或院所，得進行醫療確認單。
3. 連續醫療確認單6個月未改善之醫師或院所，經台北區審查分會委員會決議，得進入「醫療品質監控期」或移送查核。
4. 進入「醫療品質監控期」之醫師或院所，將要求其於申報醫療費用時，依異常情況提供衛生福利部中央健康保險署100年10月3日健保審字第1000075850號令修正之診療相關文件(部分或全部)，期限依其規定辦理。
5. 需執行管控辦法作業之醫師或院所，若不配合其作業，經台北區審查分會委員會通過得以進入醫療品質監控期。

## (四) 診療相關證明文件：

依衛生福利部中央健康保險署100年10月3日健保審字第1000075850號令修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」【附件】「牙醫門診總額須檢附之相關文件及資料」(100/11/1)(修訂)「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第三條所稱「診療相關證明文件」(1041217修訂)經明確定義如下：

1. 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之所需：
  - (1) X光片。
  - (2) 術前、中、後臨床彩色照片，並註明日期。

(3) 保險醫療費用明細表。

2. 目的：

(1) 專業醫療審查所需。

(2) 評估醫療是否按臨床治療指引明定之步驟合理執行。

3. 符合下列任一條件：

(1) 根據電腦檔案分析指標擇出。

a. 由全國二十項指標中選用八項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質。

b. 八項指標共同分析，每項指標取百分位前5%，再依分析結果評量異常程度。

c. 異常人數以該區總醫師數1%為上限，並三至六個月檢討一次。

八項共同指標如下：

(a) 就醫病患平均耗用值

(b) 每位 OD 患者平均 OD 耗用值

(c) O.D 點數佔率

(d) 就醫病患平均 O.D 類數

(e) 二年內自家 O.D 重補率

(f) 三年內自家 O.D.重補率

(g) 二年內他家 O.D.重補率

(h) 三年內他家 O.D.重補率

(2) 各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經委員會通過。

a. 異常院所名單以該區總家數或總醫師數之1%為上限，並三至六個月檢討一次。(1040122增修)

b. 期限：三至六個月為原則，必要時延期一次。

4. 提供時機：依分區委員會實際需求正式通知健保署各分區業務組。

#### (五) 其他：(102/10費用年月實施)

1. 新特約院所：係指向健保署申請新的院所代碼，診所內含所有醫師稱之；含院所及醫師個人。

第一年未參加「新開業健保業務說明會」課程者，除原有之抽審外，另加抽審一年。

2. 逾期申報醫療費用之院所

(1) 逾正常申報期(次月20日起)30日(含)內，申報點數小於30萬點(含)得列為追蹤，申報點數大於30萬點得列為輔導。(1071213修訂)

(2) 逾正常申報期(次月20日起)31日(含)以上，得列為輔導。

3. 每位醫師(12個月內累計)之補報，超過20,000點以上者，得列為輔導。

#### 4. 跨區支援之醫師：

- (1) 一律進入輔導，院所如有特殊理由，可提出申訴。
- (2) 跨區支援醫師轉回本分區執業即列為新執業醫師。(102/05費用年月)
- (3) 跨區支援醫師連續輔導6個月且申報點數大於3萬點(含)，得升等醫療確認單。(103/9費用年月實施)
- (4) 跨區支援醫師連續醫療確認單6個月且申報點數大於3萬點(含)，得列為“醫療品質監控期”。(增訂，103/9費用年月實施)
- (5) 跨區支援醫師執行 photo(醫療品質監控期)，檢討後續任一個月申報點數超過3萬點(含)，維持 photo(醫療品質監控期)
- (6) 跨區支援醫師檢討後續連續三個月申報小於3萬點，降等原則如下：
  - A. 醫療確認單降等輔導。
  - B. photo(醫療品質監控期)降等醫療確認單。

備註：申報點數定義：醫師個人於本分區申報之所有點數歸戶。

# 管控辦法作業說明

99年6月22日修訂、101年3月26日修訂、101年6月21日修訂

103年3月20日修訂、103年8月29日修訂、104年1月22日修訂

104年6月18日修訂、104年12月17日修訂、105年3月24日修訂

105年6月23日修訂、106年3月30日修訂、108年12月26日修訂

訂

## 一、管控辦法之用意

1. 以導正、勸導為出發點，並徹底了解院所實際作業狀況。
2. 以醫療資源得以適當運用為目標。
3. 以保障民眾確實享有適切牙醫醫療品質為依歸。

## 二、管控辦法之作業項目及執行方式

### (一) 追蹤作業執行方式：

1. 填寫追蹤醫師個人工時申報表（表1），以傳真或郵寄至台北區審查分會，由分會註記後回傳予院所，資料若有異動，應於一週內向分會報備，內容若無修改，可重覆影印使用（惟每年度皆需更新）。
2. 追蹤醫師個人看診之每份實體病歷，應於各處置項目後同時記載診療起迄工時。
3. 費用申報時依現行規定辦理（即費用年月次月20日前），如符合抽樣抽審作業原則指標，列入抽審時均應同時檢附以下資料：
  - (1) 蓋有台北區審查分會註記章之追蹤醫師個人工時申報表影本（自行保留一份，每月抽審時均應同時檢附該影本）（表1）。
  - (2) 抽審案件之「門診醫療服務點數及醫令清單」與最近6個月病歷影本及x光片。
4. 已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者，上述表單(表1)連同醫令清單檢送臺北業務組。

### (二) 輔導作業執行方式：

1. 填寫輔導醫師個人工時申報表（表1），以傳真或郵寄至牙醫門診醫療服務台北區審查分會（以下簡稱台北區審查分會）。由台北區審查分會註記後回傳予院所，資料若有異動，應於一週內向台北區審查分會報備，內容若無修改，可重覆影印使用（惟每年度皆需更新）。
2. 填寫輔導醫師個人日報表（表2）（每日每位病人之診療項目及起迄工時）。
3. 輔導醫師個人看診之每份實體病歷，應於各處置項目後同時記載診療起迄工時。

4. 費用申報時依現行規定辦理（即費用年月次月20日前），抽審時均應同時檢附以下資料：
  - (1) 蓋有台北區審查分會註記章之輔導醫師個人工時申報表影本（自行保留一份，每月抽審時均應同時檢附該影本）（表1）。
  - (2) 輔導醫師個人日報表（表2）。
  - (3) 全部申報案件流水號明細表，並註明申報醫師姓名（表3）。
  - (4) 抽審案件之「門診醫療服務點數及醫令清單」與最近6個月病歷影本及x光片。
5. 已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者，上述表單(表1、表2、表3)連同醫令清單檢送臺北業務組。

### (三) 醫療確認單作業執行方式：

1. 填寫醫療確認單醫師個人工時申報表（表1），以傳真或郵寄至台北區審查分會，由分會註記後回傳予院所，資料若有異動，應於一週內向分會報備，內容若無修改，可重覆影印使用（惟每年度皆需更新）。
2. 填寫醫療確認單醫師個人日報表（表2）(每日每位病人之診療項目及起迄工時)。
3. 醫療確認單醫師個人看診之每份實體病歷，應於各處置項目後同時記載診療起迄工時。
4. 醫療確認單醫師填寫全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」（表4），一式二聯，一聯由院所實貼於病歷當次治療紀錄、一聯交由病人確認留存，請院所使用中文填寫內容，此確認單已視為病歷內容一部份。
5. 費用申報時依現行規定辦理（即費用年月次月20日前），抽審時均應同時檢附以下資料：
  - (1) 蓋有台北區審查分會註記章之醫療確認單醫師個人工時申報表影本（自行保留一份，每月抽審時均應同時檢附該影本）（表1）。
  - (2) 醫療確認單醫師個人日報表（表2）。
  - (3) 全部申報案件流水號明細表，並註明申報醫師姓名（表3）。
  - (4) 全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」（表4），院所實貼於病歷當次治療紀錄。
  - (5) 抽審案件之「門診醫療服務點數及醫令清單」與最近6個月病歷影本及x光片。
6. 已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者，上述表單表1、表2、表3、表4(請實貼於當次治療醫令清單上)連同醫令清單檢送臺北業務組。

(四) 「診療相關證明文件」作業執行方式：

1. 除原有應做之醫療確認單作業外，醫療品質應符合臨床治療指引審查標準，病歷應記載主訴。

2. 檢附 photo(彩色照片)時，應符合下列規定：(1041217增訂)

2-1未參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者  
(1040618增訂)

(1) 照片上應註明患者姓名(姓名條1\*4公分)及就診日期。

(2) 照片至少有三顆(含)牙齒以上【主體及左右鄰牙】。

(3) 相片須分開浮貼或訂於病歷表上，並於照片上註明術前、中、後。

【註】：(1081226增訂)

類別	項目	術前	術中	術後
A	91011C	符合支付標準表規定，提供至少一顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。	免附	需提供能辨識切除牙齦後的相片舉證。
	91012C	符合支付標準表規定，提供至少四顆牙齒且每顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。		
	91013C	需提供能辨識有牙齦下齶齒的相片或x光片舉證		需提供能辨識牙齦切除後有窩洞或齶齒的相片舉證。
B	91001C 92001C 92012C 92066C 92071C 92094C	需提供能明顯辨識符合診斷之病況部位的相片(口腔內軟、硬組織)舉證。	免附	免附
C	一般 OD 項目： 89001C ~89005C 89008C ~89015C	未治療前	Cavity Prepare 後，soft dentin 清除未充填前	充填後
	89006C	未治療前	清除蛀牙後	Capping 後
D	91006C	符合支付標準表規定，提供全口四區域，各區域至少四顆牙齒且每顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 且與牙周囊	免附	免附

		袋紀錄牙位相符相片舉證。		
	91007C	符合支付標準表規定，提供至少四顆牙齒且每顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。		
	91008C	符合支付標準表規定，提供至少一顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。		

- (4) 照片最少要 (3\*5吋) 格式清晰可判讀，且應為沖洗之相片紙，不能使用列印方式。
- (5) 未滿六歲病患(就醫年月-出生年月 $\leq 72$ 個月)，若無法配合照相者，應逐次請家長簽名。(1050324修訂)

2-2已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者  
(1040618增訂)

- (1) 以電子檔上傳之 photo 應符合本作業規定，照片上應註明患者姓名、就診日期及照片至少有三顆(含)牙齒以上【主體及左右鄰牙】並註明術前、中、後者。
- (2) 如否「相片需分開浮貼或訂於醫令清單上，並於照片上註明術前、中、後」。
3. 費用申報時依現行規定辦理（即費用年月次月20日前），抽審時均應同時檢附以下資料：
- (1) 蓋有台北區審查分會註記章之管控醫師個人工時申報表影本（自行保留一份，每月抽審時均應同時檢附該影本）（表1）。
- (2) 管控醫師個人日報表（表2）。
- (3) 全部申報案件流水號明細表，並註明申報醫師姓名（表3）。
- (4) 全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」（表4），院所實貼於病歷當次治療紀錄。
- (5) 應檢附管控醫師執行牙體復形處置案件之術前、中、後照片（3x5吋）。(1060330新增)
- (6) 抽審案件之「門診醫療服務點數及醫令清單」與最近6個月病歷影本及 X 光片。
- (7) 院所如已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者，上述表單表1、表2、表3、表4（請實貼於當次治療醫令清單

上)連同醫令清單檢送臺北業務組。

### 三、其他作業說明

1. 台北區審查分會造冊函送健保署臺北業務組備查(包括院所、醫師、輔導方式、輔導期、考核期.....)。
2. 通知院所辦理管控辦法之方式：
  - (1) 管控辦法之「追蹤」、「輔導」、「醫療確認單」作業由台北區審查分會函請院所辦理並副知健保署臺北業務組。
  - (2) 管控辦法之「診療相關證明文件(photo)」作業由健保署臺北業務組函請院所辦理並副知台北區審查分會。
3. 管控辦法3個月檢討1次，如有申訴意見，請填具進入管控辦法指標醫療院所申復書，於文到7日內逕傳真至台北區審查分會。
4. 若有不接受管控或未改善者，逕送相關單位依法處理。
5. 管控辦法之後續作業，包括升降等、解除或移送查核等，均須經台北區審查分會會議決議，名單送臺北業務組備查。院所實際數據及醫療模式是否合理，始為最重要的考量依據。

# 全民健保牙醫門診醫療服務台北區抽樣抽審作業原則

99年6月22日修訂、99年10月28日修訂、100年9月22日修訂、  
100年12月29日修訂、101年3月26日修訂、101年6月21日修訂、  
101年12月22日修訂、102年3月21日修訂、102年6月20日修訂、  
102年9月12日修訂、103年3月20日修訂、103年8月29日修訂、  
104年1月22日修訂、104年9月17日修訂、104年12月17日修訂、  
105年3月24日修訂、105年6月23日修訂、105年12月15日修訂、  
106年3月30日修訂、106年6月29日修訂、108年3月28日修訂、  
108年6月27日修訂、108年12月26日修訂

一、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第二十二條規定辦理。

二、指標內容與執行方式：

代號	送審指標	權值 點數	資料期間	備註	執行期間
A1	臺北業務組及台北區審查分會提報之異常名單(含病歷記載不全經審查組會議提報異常)(含違約記點、扣減10倍院所)	15	最近1個月	例：以每月15日前提報之異常名單執行(採論人歸戶)	連續送審3個月 (違規自處分確定前)
A2	輔導追蹤管控作業中院所(相對3項、絕對1項指標輔導、跨區支援輔導、醫療確認單、Photo)	15	最近1個月	例：抽審月份9907以9907(費用月份)執行名單分析(採論人歸戶104.12.17修訂)(108.12.26修訂)	依輔導追蹤期間
A3	延遲申報院所	15	當月	例：延遲申報為9907，抽審月份則為9907(費用月份)	延遲申報當月
A4	終止合約院所	15	最近1個月	例：以每月15日前提報之異常名單執行	發生至終止前
A5	違規停約院所	15	最近1個月	(採論人歸戶)	連續送審1年 (自處分確定起)
A6	新特約診所	15	最近1個月	(採論人歸戶)	連續送審6個月
A7	最近1個月核減率>10%院所	15	最近1個月	(104.1.22修訂)	1個月
A8	最近一季，每病人平均就醫次數最高之前30家院所(1020620)	15	最近1季	代辦案件、重大傷病免部分負擔之案件及診察費為0之案件除外，採論人歸戶排除總醫療點數於本分區最後5百分位(104.1.22修訂)	1個月
A11	OD點數佔總醫療點數之比率前15百分位且OD平均面數前5百分位或OD點數前2.5百分位(同院所歸戶)	15	最近1個月	(104.1.22新增) 排除總醫療點數於本分區最後5百分位(105.6.23新增備註)	1個月
B1	平均填補顆數前5百分位	8	最近1個月	(104.1.22新增) 排除總醫療點數於本分區最後5百分位(105.6.23新增備註)	1個月
B3	總點數前3%且每病患季平均醫療點數>1800(同醫師歸戶)	8	最近1個月	總點數≥97百分位(104.12.17新增)	1個月
B4	OD點數佔總醫療點數之比率前20百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年OD點數前10百分位(同院所歸戶)	8	最近1個月		1個月
B5	未申報牙周照護且申報91XXX占總醫療點數比率前30+百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C除	8	最近1個月	(108.12.26修訂)	1個月

代號	送審指標	權值 點數	資料期間	備註	執行期間
	外)(同院所歸戶)				
B6	輔導追蹤管控作業中院所(新執業輔導、新特約輔導)	8	最近1個月	例：抽審月份 9907 以 9907 (費用月份) 執行名單分析(採論人歸戶) (108.12.26 新增)	依輔導追蹤期間
C1	RBRVS 值前 20 百分位 (論人歸戶)	4	最近1季	排除 15 案件 採論人歸戶審查，排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位 (104.1.22 修訂)	1 個月
C2	根管治療案件數佔全部案件數最後 20 百分位 (同院所歸戶)	4	最近1季	排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位 (104.1.22 修訂)	1 個月
C3	單一醫師日平均醫療點數成長前 10 百分位	4	最近1個月	(104.1.22 新增)	1 個月
C4	單一醫師日平均醫療點數前 5 百分位	4	最近1個月	(104.1.22 新增)	1 個月
C5	總點數前 5%(同醫師歸戶)	4	最近1個月	95 百分位 ≤ 總點數 < 97 百分位 若院所另有 B3 指標(總點數前 3%)，則本項指標不計(105.6.23 新增備註)	1 個月
D	浮動指標			非因 A、B、C 類指標權值點數累積送審者，由電腦隨機抽選	1 個月
E1	參加「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所或查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」得減計 C 指標權值分數	-4	最近1個月	(105.3.24 新增)	1 個月
E2	每月申報牙周病統合治療方案 91022C(牙周病統合治療第二階段支付)得減計 C 指標權值分數	-4	最近1個月	(108.3.28 新增)	1 個月

註 1、抽審院所每月執行。

註 2、區域級以上醫院執行送審指標時，排除 A2 指標，抽審家數以該層級申報院所家數 30% 為上限，送審指標選取 20%，浮動指標選取 10%；醫學中心 8 家至少抽審 2 家(送審指標 1 家、浮動指標 1 家)、區域醫院 19 家至少抽審 5 家(送審指標 3 家、浮動指標 2 家)，每一家每年至少應予抽樣審查二次。(99/10/28)  
(100/09/22)(102/06/20)

註 3、為落實醫療服務品質管控，區域級以上醫院列入輔導追蹤之醫師，仍應依「管控辦法暨作業說明」執行相關作業，若執行管控辦法作業期間所屬醫院當月不需抽審，則以立意抽審方式辦理：執行輔導、醫療確認單、photo 之醫師抽樣率 1/10 (比照隨機抽樣方式)。(99/10/28) (103/3/20)

註 4、送審指標之資料期間為最近一個月(最近 1 季)，係以「送審月份減 2」計算；例：抽審月份 9907 以費用月份 9905(9903-9905)執行分析。

註 5、牙醫送審採總量管制，以申報院所家數 22% 為上限，送審指標選取 17% (A 指標為每月必審院所)，浮動指標選取 7%；另每一院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上限家數規範。(104/1/22)(108/6/27)

註 6、專業審查核減處理方式：樣本案件-回推核減、非樣本案件-另以追扣辦理。

註 7、院所當月總醫療點數 6 萬點(含)以下，減除送審指標 A8 至 A11 及 B、C 類權值分數。(106/06/29)

備註說明：

一、本案修訂後自 100 年 9 月(費用年月)起實施(100/09/22)

註：區域級以上醫院執行送審指標時，排除 C3 指標(100/09/22)修訂。

二、本案修訂後自 101 年 2 月(費用年月)起實施(100/12/29)

註：執行送審指標(代號 B1、B3、C1)時，資料點數計算排除『牙醫門診總額牙周病統合照護計畫』(案件分類 15) 項目費用。

三、本案修訂後自 102 年 2 月(費用年月)起實施(101/12/22)

註：1. 刪除 A9 指標-「最近一季，牙醫門診就醫次數大於 20 次之病人數大於 2 人之院所」。

2. 修訂A7指標-「恆牙二年重補率(自家)前5百分位(同院所歸戶)」, 權值分數為8分。
3. 新增A9指標-「乳牙一年半重補率(自家)前5百分位(同院所歸戶)」, 權值分數為7分。

#### 四、本案修訂後自 102 年 8 月 (費用年月) 起實施(102/6/20)

- 註：1. 調整抽審比率：提高「浮動指標」比率為10%(原8%)、降低「送審指標」比率為15%(原17%)
2. 刪除原B2指標-「二年重補率(他家)前10百分位(同院所歸戶)」。
  3. 刪除原B3指標-「單一醫師日醫療點數成長前20百分位(同院所、同醫師歸戶)」。
  4. 刪除原C1指標-「單一醫師日醫療點數前10百分位(同院所、同醫師歸戶)」。
  5. 刪除原C3指標-「根管治療完成率最後20百分位(同院所歸戶)」。
  6. 新增A7指標-「最近1個月核減率>16%院所」, 權值分數15分。
  7. 修訂A8指標【最近一季, 每病人平均就醫次數最高之前30(原20)家院所】, 權值分數為15分(原8分)
  8. 修訂B1(原A7)指標恆牙二年重補率(自家)前5百分位(同院所歸戶), 權值分數為8分。
  9. 修訂B2(原A9)指標【乳牙一年半重補率(自家)前5百分位(同院所歸戶)】, 權值分數為8分(原7分)
  10. 修訂B3(原C2)OD點數佔總醫療點數之百分比前20百分位(同院所歸戶), 權值分數8分(原3分)
  11. 修訂B4(原C5)指標【申報P4002案件前20名(含), 且19案件點數達30萬點(含)以上(同醫師歸戶)】  
權值分數8分(原指標: 無申報牙周病統合照護計劃案件(P1、P2、P3)且無申報初診診察費案件之院所, 原權值分數4分)。
  12. 修訂C1(原B1)RBRVS值前20百分位(同院所歸戶), 權值分數4分。
  13. 修訂C2(原C4)根管治療案件數佔全部案件數最後20百分位(同院所歸戶), 權值分數4分。

#### 五、本案修訂後自 102 年 10 月 (費用年月) 起實施(102/9/12)

- 註：修訂 A6 新特約診所執行期間為連續送審 6 個月(原執行期間: 連續送審 1 年, 自第 7 個月起得依管控辦法申訴結果排除)

#### 六、本案修訂後自 103 年 4 月 (費用年月) 起實施(103/3/20)

- 註：1. 修正送審總量管制, 以申報院所家數 22% 為上限, 送審指標選取 13% (指標 A1-A6 為每月必審院所), 浮動指標選取 9%, 每一院所每年至少應予抽樣審查一次。(103/3/20)
2. A2 輔導追蹤管控作業中院所：
    - (1) 執行「追蹤」作業院所不列入 A2 指標
    - (2) 執行「輔導」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件隨機抽審。
    - (3) 執行「輔導暨醫療確認單」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件全部審查。
    - (4) 執行「輔導暨醫療確認單+Photo」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件全部審查。

#### 七、本案修訂後自 103 年 9 月 (費用年月) 起實施(103/8/29)

- 註：1. 修訂B3 恆牙OD點數佔總醫療點數之百分比前20百分位(同院所歸戶), 權值分數8分
2. 牙醫送審採總量管制, 以申報院所家數22%為上限, 送審指標選取14%(原13%)(指標A1-A6為每月必審院所), 浮動指標選取8%(原9%), 每一院所每年至少應予抽樣審查一次。(103/8/29)
  3. A2 輔導追蹤管控作業中院所：
    - (1) 執行「追蹤」作業院所不列入 A2 指標
    - (2) 執行「輔導」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件隨機抽審。
    - (3) 執行「輔導暨醫療確認單」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件隨機抽審。
    - (4) 執行「輔導暨醫療確認單+Photo」作業院所列入 A2 指標、受輔導醫師當月案件全部審查。

#### 八、本案修訂後自 104 年 2 月 (費用年月) 起實施(104/1/22)

- 註：1. 修訂 A7 指標-「最近 1 個月核減率>16% 10%院所」。
2. 修訂 A8 最近一季, 每病人平均就醫次數最高之前 30 家院所(新增備註: 排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位)
  3. 新增 A9 OD 點數佔總醫療點數之比率前 20 百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年 OD 點數前 10 百分位(同院所歸戶)
  4. 新增 A10 未申報牙周照護且申報 91XXX 佔總醫療點數比率前 1 百分位(91001C 除外)(同院所歸戶)
  5. 新增 A11 OD 點數佔總醫療點數之比率前 15 百分位且 OD 平均面數前 5 百分位或 OD 點數前 2.5 百分位(同院所歸戶)
  6. 新增 B1 平均填補顆數前 5 百分位

7. 修訂 B2 申報 P4002 案件前 20 名(含)，且 19 案件點數達 30 萬點(含)以上(同醫師歸戶)變更指標代號(原 B4 指標)
8. 修訂 C1 RBRVS 值前 20 百分位(論人歸戶)(新增備註：採論人歸戶審查，排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位)
9. 修訂 C2 根管治療案件數佔全部案件數最後 20 百分位(同院所歸戶)(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後 10 百分位)
10. 新增 C3 單一醫師日平均醫療點數成長前 10 百分位
11. 新增 C4 單一醫師日平均醫療點數成長前 5 百分位
12. 修訂牙醫送審採總量管制，以申報院所家數 22%24%為上限，送審指標選取 14%-17% (A 指標為每月必審院所)，浮動指標選取 8% 7%；另每一院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上限家數規範

九、本案修訂後自 104 年 10 月(費用年月)起實施(104/9/17)

註：修訂 A10 未申報牙周照護且申報 91XXX 佔總醫療點數比率前 1 百分位(91001C 除外)(同院所歸戶)新增備註排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位

十、本案修訂後自 105 年 1 月(費用年月)起實施(104/12/17)

註：1. 修訂 A2 輔導追蹤管控作業中院所，抽樣方式由「論件審查」修訂為「論人審查」。

2. 新增 B3 總點數前 3%(同醫師歸戶)，權值分數 8 分。

3. 新增 C5 總點數前 5%(同醫師歸戶)，權值分數 4 分。

十一、本案修訂後自 105 年 4 月(費用年月)起實施(105/3/24)

註：新增 E1 指標-參加「鼓勵醫事服務機構及時查詢病患就醫資訊方案」院所或查詢「健保雲端藥歷系統」得減計 C 指標權值分數 4 分

十二、本案修訂後自 105 年 7 月(費用年月)起實施(105/6/23)

1. A11 OD 點數佔總醫療點數之比率前 15 百分位且 OD 平均面數前 5 百分位或 OD 點數前 2.5 百分位(同院所歸戶)(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位)
2. B1 平均填補顆數前 5 百分位(新增備註：排除總醫療點數於本分區最後 5 百分位)
3. C5 指標總點數前 5%(同醫師歸戶)(新增備註：若院所另有 B3 指標(總點數前 3%)，則本項指標不計)

十三、本案修訂後自 106 年 1 月(費用年月)起實施(105/12/15)

1. 修訂 A10 未申報牙周照護且申報 91XXX 佔總醫療點數比率前 1 百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C 除外)(同院所歸戶)
2. 刪除 B2 申報 P4002 案件前 20 名(含)，且 19 案件點數達 30 萬點(含)以上(同醫師歸戶)

十四、本案修訂後自 106 年 4 月(費用年月)起實施(106/3/30)

1. 原 A9 變更為 B4，OD 點數佔總醫療點數之比率前 20 百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年 OD 點數前 10 百分位(同院所歸戶)
2. 原 A10 變更為 B5，未申報牙周照護且申報 91XXX 佔總醫療點數比率前 1 百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C 除外)(同院所歸戶)
3. 修訂 B3 總點數前 3%且每病患季平均醫療點數>1800 (同醫師歸戶)
4. 修訂 D 浮動指標院所，新增指標定義：非因 A、B、C 類指標權值點數累積送審者，由電腦隨機抽選。
5. 修訂 E1 參加「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所或查詢「健保雲端藥歷系統」「健保醫療資訊雲端查詢系統」得減計 C 指標權值分數。
6. 修訂註 2、區域級以上醫院執行送審指標時，排除 A2 指標，抽審家數以該層級申報院所家數 30%為上限，送審指標選取 20%，浮動指標選取 10%；醫學中心 8 家至少抽審 3-2 家(送審指標 2-1 家、浮動指標 1 家)、區域醫院 19 家至少抽審 6-5 家(送審指標 4-3 家、浮動指標 2 家)，每一院所家每年至少應予抽樣審查一二次。
7. 配合全審作業取消，修訂註 3 及註 6 相關文字
  - (1) 註 3. 為落實醫療服務品質管控，區域級以上醫院列入輔導追蹤之醫師，仍應依「管控辦法暨作業說明」執行相關作業，若執行管控辦法作業期間所屬醫院當月不需抽審，則以立意抽審方式辦理：photo 醫師全審。執行輔導、醫療確認單、photo(B 類)之醫師抽樣率 1/10 (比照隨機抽樣方式)。
  - (2) 註 6. 非全院所全部案件送審者(不得視同全審)，專業審查核減處理方式：樣本案件-回推核減、非樣本案件-另以追扣辦理。
8. 為方便日後統計，已修訂刪除之指標不再使用原指標編號

十五、本案修訂後自 106 年 6 月(費用年月)起實施(106/6/29)

增訂註 7：院所當月總醫療點數 6 萬點(含)以下，減除送審指標 A8 至 A11 及 B、C 類權值分數。

# 「加強醫療院所醫療服務品質管控辦法」

## 公會 建議修訂對照表

附件 2

指標	建議修訂內容	原內容
絕對指標 1		總點數前 1%
絕對指標 2		就醫病患平均耗用值前 10 名 (以季為單位)
絕對指標 3		高 OD 耗值患者人數前 10 名 (以季為單位)
絕對指標 4		重補顆數:恆牙(二年自家重補顆數 +一年他家重補顆數)+乳牙(一年 半自家+半年他家重補顆數)前 10 名。(102/8 費用年月實施)
相對指標 1		總點數前 3%
相對指標 2		就醫病患平均耗用值前 2% (以季單位)
相對指標 3		高 OD 耗值患者人數占率前 2% (以季單位)
相對指標 4		二年恆牙自家重補率前 2%
管控指標 1		申報點數(高於全區平均值)
管控指標 2		平均填補顆數(高於全區前 10%)
管控指標 4		一年他家重複填補率 (高於全區前 10%)
新特約指標 1		申報點數(高於全區平均值)
新特約指標 2		重複牙結石清除率 (高於全區前 5%)
新特約指標 3		一年他家重複填補率 (高於全區前 10%)
新特約指標 4		新開業/特約院所總額指標管控:院 所原始申報點數(不扣除鼓勵項目) 不得超過 70 萬點,若超過 70 萬點, 則該院所全部醫師列為輔導對象 3 個月。

# 「台北區抽樣抽審作業原則」

## \_\_\_\_\_公會 建議修訂對照表

代號	建議修訂內容	送審指標	權值 點數
A1		臺北業務組及台北區審查分會提報之異常名單(含病歷記載不全經審查組會議提報異常) (含違約記點、扣減10倍院所)	15
A2		輔導追蹤管控作業中院所	15
A3		延遲申報院所	15
A4		終止合約院所	15
A5		違規停約院所	15
A6		新特約診所	15
A7		最近1個月核減率>10%院所	15
A8		最近一季,每病人平均就醫次數最高之前30家院所(1020620)	15
A11		OD點數佔總醫療點數之比率前15百分位且OD平均面數前5百分位或OD點數前2.5百分位(同院所歸戶)	15
B1		平均填補顆數前5百分位	8
B3		總點數前3%且每病患季平均醫療點數>1800(同醫師歸戶)	8
B4		OD點數佔總醫療點數之比率前20百分位(同院所歸戶)且拔牙前最近半年OD點數前10百分位(同院所歸戶)	8
B5		未申報牙周照護且申報91XXX佔總醫療點數比率前1百分位(91001C、91005C、91015C、91016C、91017C、91018C除外)(同院所歸戶)	8

代號	建議修訂內容	送審指標	權值 點數
C1		RBRVS 值前 20 百分位 (論人歸戶)	4
C2		根管治療案件數佔全部案件數最後 20 百分位 (同院所歸戶)	4
C3		單一醫師日平均醫療點數成長前 10 百分位	4
C4		單一醫師日平均醫療點數前 5 百分位	4
C5		總點數前 5%(同醫師歸戶)	4
D		浮動指標	
E1		參加「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所或查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」得減計 C 指標權值分數	-4
E2		每月申報牙周病統合治療方案 91022C(牙周病統合治療第二階段支付)得減計 C 指標權值分數	-4