

北區醫管辦法

- 103.06.12 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 103 年第 2 次共管會議會議修訂
- 104.06.04 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 104 年第 2 次共管會議會議修訂
- 105.03.17 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 105 年第 1 次共管會議會議修訂
- 105.06.16 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 105 年第 2 次共管會議會議修訂
- 106.03.09 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 106 年第 1 次共管會議會議修訂
- 106.06.29 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 106 年第 2 次共管會議會議修訂
- 106.12.14 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 106 年第 4 次共管會議會議修訂
- 107.3.15 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 107 年第 1 次共管會議會議修訂
- 108.3.28 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 108 年第 1 次共管會議會議修訂
- 108.9.12 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 108 年第 3 次共管會議會議修訂
- 110.9.16 衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額 110 年第 3 季共管會議會議修訂

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」。
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。