



北區醫管辦法

一、「高額排名」管理辦法:

- 1、刪除：如因支援專科醫師個人申報進入高額外1%，被支援院所只抽審該支援醫師案件。
- 2、新增：
 - (1)如支援醫師加上診所負責醫師申報進入高外排名前1%，則該院所抽審並進行指標管控。
 - (2)指標管控相關規定(1:4500以上人口地區排除)
- 3、修訂:加區域或因排除鼓勵項目後，醫師跳出排名，需遞補補足1%。

二、「支援醫師管理辦法」:

- 1、刪除:如因支援專科醫師個人申報進入高外前1%，被支援院所只抽審該支援醫師。
- 2、新增:細則5(所有支援醫師的月申報點數超出額度，第一次先書面通知改善，第二次則請院所檢附醫療確認單1個月，第三次則請院所檢附醫療確認單及診療相關證明文件3個月)。
- 3、修訂:
 - (1)有跨區支援醫師服務的院所一律需抽審。(原規定:跨區支援專科醫師申報額度在8萬點以下並檢附日報表，當指標符合專業審查篩選指標者，可免送審)
 - (2)專科醫師認定標準的細節修訂。(1.需附三個月的日報表及案件數 2.專科案件須排除醫令)。

三、針對牙醫門診總額專業審查篩選指標項目「根管治療一年內未成率(>28.74%列入抽審)」排除「保險對象收容於矯正機關醫療者醫療服務計畫點數(特定治療項目代號為JA)」。

自109年7月(費用年月)起實施。

高外排名管理辦法

109.6.18衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額109年第2季共管會議會議修訂

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外排名前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)、高齲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)。

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(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。

支援醫師管理辦法

109.6.18衛生福利部中央健康保險署北區業務組牙醫門診總額109年第2季共管會議會議修訂

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)、專科醫師、案件分類B7(代辦戒菸服務補助計畫)】，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，若檢送資料有不符合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)】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.所有支援醫師的月申報點數超出額度，第一次先書面通知改善，第二次則請院所檢附醫療確認單1個月，第三次則請院所檢附醫療確認單及診療相關證明文件3個月。

新加入會員暨新開業會員申報規定

103.09.04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3次共管會議會議修訂

104.09.03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3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

105.09.08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3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

108.03.28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

(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)】。

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(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。

(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)】，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。