



衛生福利部中央健康保險署北區牙醫門診總額

105北清牙審字第095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105年3月17日「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次共管會議會議決議辦理。
- 二、健保雲端藥歷系統105年2月查詢家數比率為35.6%，104年第4季查詢人次比率25.2%，較全國46.1%及36.9%明顯偏低。請加強輔導會員使用及提升查詢頻次。
- 三、有關牙醫緊急醫療資訊網，請落實民眾就醫指引及轉介服務。
- 四、會員異動申請作業由紙本改以VPN電子化申請，自105年3月1日起至5月31日採雙軌制（紙本作業或VPN上傳），6月1日起採單軌VPN上傳作業。
(相關說明詳如附件一)
- 五、有關醫事人員出國或住院申報相關醫療費用。為維護院所權益，請 貴會轉知會員確實依規定正確申報醫療費用。
- 六、為鼓勵院所積極推動牙周病支持性治療及提升牙周病照護品質，牙醫門診總額專業審查篩選指標項目增列「申報牙周病統合性治療第三階段大於5人次，必須申報牙周病支持性治療」之審查指標，自費用月105年5月起實施。
- 七、有關本會醫管措施之「高額排名」、「支援醫師管理辦法」修正案(詳如附件二)，自105年5月(費用年月)起實施。請惠予週知會員。
- 八、有關本會「醫管辦法」修正異常指標「平均單價」部分(詳如附件三)，自105年4月(費用年月)起實施。

【附件一】

全民健康保險特約醫事服務機構異動申報表

機構名稱		機構代號	
機構地址		機構電話	
		申請日期	

勾選	編號	申請異動事項	異動內容
	1	院所基本資料	<input type="checkbox"/> 名稱 <input type="checkbox"/> 地址 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> E-mail
	2	印鑑變更	<input type="checkbox"/> 合約大章 <input type="checkbox"/> 合約小章
	3	劃撥帳號變更	
	4	病床異動	
	5	診療科別異動	
	6	醫師專科證書異動	
	7	預防保健業務	
	8	特殊設備	
	9	休診(30天以上)	自 年 月 日起, 至 年 月 日止
	10	終止合約	自 年 月 日起
	11	試辦計畫	
	12	符合醫療機構設置標準第20條規定而免向衛生主管機關報備之會診支援	
	13	其他	

本表適用上述報備事項，另有關醫事人員增聘、離職、執業執照更新及一般報備支援經向衛生主管機關報備後已轉至本署資料庫，故無須再填載本表格。

本業務組審核結果

(受理編號：)

同意登記備查 不同意 其他

詢問電話：03-4339111 轉 3303~3316



【附件一】

異動申報作業說明

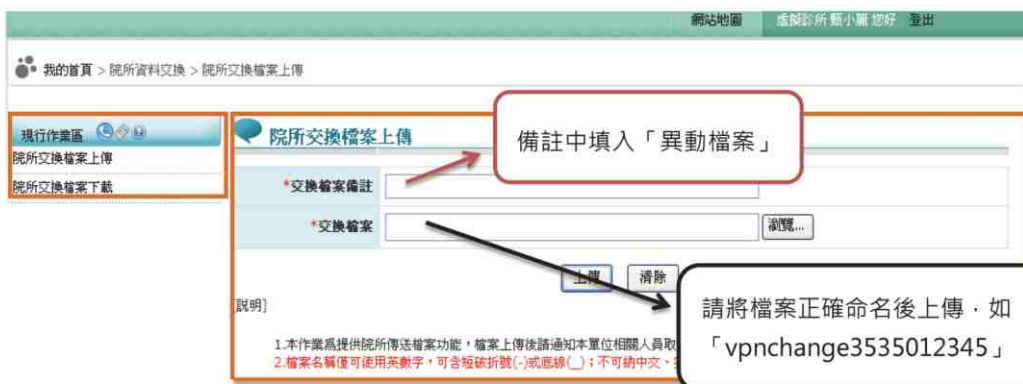
異動申報作業改以 VPN 上傳電子檔案，本組將進行線上核定及線上回復結果，並請機構於上傳檔案後 10 天至 VPN 查詢結果。作法如下：

1. 請在異動申報表輸入相關異動事項，並附上相關文件檔案。
2. 檔名請命名為：vpnchange+機構代碼。(如 vpnchange3535012345)。
3. 將檔案上傳至健保資訊網-VPN(網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw>)的院所交換檔案上傳，交換檔案備註請填寫「異動檔案」，並按瀏覽鍵選取該檔案上傳。
(流程：進入健保資訊網→頁面右方「服務登入」登入系統→點選左方服務項目中的「院所資料交換」→院所交換檔案上傳→上傳檔案)

異動表單連結網址：

<http://goo.gl/InEa3f>

QR code：



4. 於 10 天後再度進入健保資訊網-VPN 的院所交換檔案下載，查看本組核定之回復檔案。檔案說明為異動申報表核定回復(若為方案會寫方案名稱)；下載備註為檔案申請日期 105XXXX。
5. 以健保資訊網-VPN 上完文件者，無須蓋合約大小章；若非以健保資訊網-VPN 上傳送件，請於異動申報表上蓋上合約大小章。

【附件二】

高 額 排 名

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

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。
- (4) 如因支援醫師個人申報進入高額前1%且符合專科醫師，被支援院所如未違反相關規定則只抽審該名支援專科醫師案件，且該被支援院所不納入審查月份(前8個月皆為免審此月送審)計算。【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】

(每進入本區個人單月排名前1%以上(含1%)一個月就需[(1) 填寫個別醫師之日報表 (2) 病歷記載診療起迄時間 (3) 連續抽審]共三個月)

附註：

1. 加成區域的醫師，如進入1%，再跳出排名，則不再補足。
(註.如已進入1%，核算後又跳出排名，則原排名不再遞補補足。)
加成區域如：三灣、新屋
2. 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)、預防保健(扣除：塗氟、口腔黏膜檢查)、G9、91014C、牙周病統合照護計畫醫令(P4001C、P4002C、P4003C)、『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」。

二、每三個月檢討一次。

三、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。



【附件二】

支援醫師管理辦法

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

通則

- 一、在本區支援之支援醫師除了按現行法令，向有關機關申請核准，報備外，另外行文給本委員會。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、支援醫師在本區看診需填報日報表隨案送審。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、支援醫師月申報點數合計超過12萬點以上者【申報額度排除：專款項目(特殊服務項目：案件類別16)】，則需填寫日報表，且案件抽審+立意審查一個月。並不得免審。如無支援醫師上述資料，則改由負責醫師填寫。
- 四、被支援院所的負責醫師與支援醫師申報合計進入本區申報額度前1%需填寫日報表(負責醫師與支援醫師皆需填寫)且案件抽審。如因支援醫師個人申報進入高額前1%且符合專科醫師，被支援院所如未違反相關規定則只抽審該名支援專科醫師案件，且該被支援院所不納入審查月份(前8個月皆為免審此月送審)計算。【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】
- 五、跨區支援醫師，服務診所的審查不能快速通關(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)，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。
 凡支援專科醫師在限額範圍內，申報額度不用加在被支援院所負責醫師之額度。其餘部份(包括支援醫師申報額度)，仍遵照原先管理辦法。

細則

1. 支援醫師分一般(分本區及跨區)與專科(分本區及跨區)。
2. 支援專科醫師(分本區及跨區): 凡支援專科醫師在限額範圍內，申報額度不用加在被支援院所負責醫師之額度。其餘部份(包括支援醫師申報額度)，仍遵照原先管理辦法。
3. 本區支援專科醫師：

(1)本區專科醫師(支援及專任)認定標準: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。(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)本區支援專科醫師申報健保醫療費用未超過12萬者, 則不受平均單價限制。如抽審時, 需附日報表或案件數, 以利審查。

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, 需附日報表或案件數。如不附日報表或案件數, 視為一般醫師。

4. 跨區支援專科醫師:

(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。本辦法試行三個月後再檢討。

(2)跨區支援專科醫師申報健保醫療費用未超過8萬者, 則不受平均單價限制。抽審時, 需附日報表或案件數, 以利審查。若超過8萬者, 需填寫日報表或案件數, 且案件抽審+立意審查。(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)

5. 跨區支援醫師

(1)跨區支援醫師, 服務診所的審查不能快速通關(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), 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)跨區一般支援醫師不論申報多寡, 一律需填寫日報表。且案件抽審+立意審查。

(3)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)」、預防保健(扣除:塗氟、口腔黏膜檢查、弱勢兒童白齒窩溝封劑服務)、專科醫師】則診所抽審+立意審查並追蹤3個月。若追蹤期間有2個月持續進入, 再抽審+立意審查並追蹤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。



【附件三】

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

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) O D 申請點值 > 80%

O D 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 8%，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。【自 105 年 4 月起實施】

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。【自 105 年 4 月起實施】

備註：

1. 其申報合計點值新增排除牙周病統合照護計畫醫令 (P4001C、P4002C、P4003C)、「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)」。

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：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」。

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，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) ≥ 40 人(排除醫令代碼95及81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。

註：死亡案件—他家拔牙後，自家再做處置，含乳牙，排除醫令92001C。