

全民健康保險南區牙醫門診總額共管會議 110 年第 1 次會議 會議紀錄

時間：110 年 8 月 19 日（星期四）上午 9 時 30 分

地點：視訊會議(Microsoft Teams 視訊軟體)

主席：林組長純美、陳主委亮光

紀錄：陳貞如

出席委員：

委員姓名	出席委員	委員姓名	出席委員
王瑞斌	王瑞斌	張世誠	張世誠
楊裕堂	楊裕堂	賴重志	賴重志
王俊凱	王俊凱	林致平	林致平
鍾政興	鍾政興	林建榮	林建榮
侯乃文	侯乃文	陳建川	陳建川
陳俊榮	陳俊榮	何展宏	何展宏
劉育嘉	劉育嘉	何世章	何世章
徐邦賢	(請假)	丁增輝	丁增輝
謝明雪	李建漳代	賴文琳	賴文琳
郭碧雲	郭碧雲	陳秀宜	陳秀宜

列席單位及人員：

南區審查分會 陳醫師建忠、蔡醫師佳峰、藍于琇

南區業務組 高宜聲、盧靜宜、秦莉英、劉語蓁、蘇虹如
倪士雯、李擘芳、陳思軒、林才溶、蕭乃綾
朱玉梅

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議追蹤辦理事項：

案號	案由	決議	辦理情形
109 年第 2 次提案一	修訂本分會「輔導院所處置參考要點」，詳如說明。	1. 自 110 年 1 月開始實施。 2. 另因應支付標準增修，本要點沿用多年，建請審查分會可結合本組檔案分析，結構化擴增指標項目。	1. 依前次會議決議調升指標 1 額度、新增 S35 至 S37 說明、加註 P1 說明，由分會執行。 2. 結構化指標擴增待分會研議討論後再提列。
109 年第 2 次提案二	修訂本分會「審查注意事項重點提醒及抽審原則」。	自 110 年 1 月起實施：同意修訂指標項目 3 註(1)申報總點數 19 萬以下、指標 1 註(2)：曾違約、被查處(違反特約管理辦法第 36~40 及 44~45 條、違約記點、扣減十倍、停約復診)及民眾陳情查證屬實，分別執行抽審 6 個月及 1 個月。	110Q1 抽審院所已依左列修訂內容執行。
109 年第 2 次提案三	修訂本分會新開(執)業未滿 1 年控管額度。	自支付標準公告後實施。	支付標準已於 110 年 6 月 18 日公告，並自 110 年 7 月 1 日生效。
109 年第 2 次提案四	本分會擬增加審查醫藥專家員額。	俟牙醫總額研商會議第二次臨時會討論決議後，再以增加審查醫師出席頻次方式因應，如評估仍超出可負載能量，屆時再行核備增聘作業。	1. 南區 110 年審查醫師員額數 40 名、已聘任 38 名。 2. 110 年上半年感控評核分別於 4/22 及 5/13 完成 754 家送核及 100 家補件重傳院所審查作業，結果 3 家院所未合格，經 5/14 實地訪查已全數合格。本案以增加審查醫師出席頻次因應，已順利完成，應無增聘需求。
109 年第 2 次提案五	訂定「牙醫門診醫療服務南區審查共管會設置要點」。	為避免流會，代表得委託代理人出席。惟為兼顧會議代表性，代理出席應指定至多二順位代理人，代理人需為牙醫審查分會幹部或各縣市牙醫師公會理監事及顧問，並於提報代表時一併提報。	依前次會議決議通過本設置要點並完成代理人提報。

參、報告事項

中央健康保險署南區業務組牙醫門診總額業務報告。

肆、提案討論

提案一： **提案單位：南區審查分會**

案由：修訂本分會「審查注意事項重點提醒及抽審原則」，請討論。

決議：修訂指標項目1、註(1)、①依分會建議備註文字:最新資料出來後重新計算半年期限，詳如附件1。

提案二： **提案單位：南區審查分會**

案由：修訂本分會「輔導院所處置參考要點」，請討論。

決議：

- 1、刪除於1年內審查醫師寫出輔導單張數(項次：三2、四3、五2、六2)。
- 2、項次五3：修訂百分比及文字(P1【註】在3%-8%且指標1 \geq 55萬點者或P1在1%-3%且指標1 \geq 35萬點者或P1<1%且55萬點>指標1>35萬者。
- 3、修訂S25根管治療及拔牙百分比指標，「拔牙」文字修訂為「困難拔牙」。
- 4、請審查醫師將紙本輔導單意見改至IPL綜合評斷建議欄位建置；審查公佈欄提醒文字請審查分會擬稿提供。
- 5、本組將定期提供審查意見統計及需輔導院所25項指標分析數據予分會參考。

提案三： **提案單位：南區審查分會**

案由：修訂本分會新開(執)業未滿1年院所牙醫師控管辦法，請討論。

決議：本案「陳情」文字修改為「申復」，其餘照案通過。

提案四：

提案單位：南區審查分會

案由：自110年8月(費用年月)起恢復專案管理院所抽審作業，請討論。

決議：

- 1、加強列管 4 家院所相關申報資料移送分會輔導組參考，另為應日後審查需要，由本組函請院所自 110 年 9 月(費用年月)起牙統案件均須拍照備查。
- 2、依本署因應 COVID-19 調整作為，考量醫療人員投入防疫工作需要，自即日起至 9 月底前，暫停例行抽審作業，惟得由各分區共管會議進行異常案件管理。

提案五：

提案單位：南區業務組

案由：依本署110.7.27因應COVID-19之調整作為(醫事機構版)略以，考量醫療人員投入防疫工作需要，所有總額醫療費用案件自110年4月至9月(費用年月)暫停例行抽審，惟得由各分區共管會議進行異常案件管理，異常管理方式，提請討論。

決議：

- 1、REA 醫令自動化檢核錯誤：110 年 4 月至 9 月(費用年月)案件，檢核異常暫時歸 0 未核扣，惟院所申報錯誤經確認者，基於總額公平合理分配資源原則，仍需追溯核扣不正確申報費用。
- 2、回溯性檔案分析：牙醫醫令超次 18 件移由分會異常組檢視是否合理，另醫令超出合理次數閾值將併同本次異常管理檢討。其餘如：牙醫 180 天內跨院所重複申報全口牙結石清除、牙體復形保固期內跨院所重複申報...等專案同意繼續執行並依相關規定辦理。
- 3、疫情期間高成長院所：
 - (1)是類院所相關分析資料，移送分會，並由分會協助專業判定及後續輔導。
 - (2)倘有疑似虛浮報情形，則由業務組電話訪問保險對象，視查證情形再決定移送輔導或錄案查核。

伍、散會：中午 11 點 30 分

牙醫門診醫療服務南區審查分會 審查注意事項重點提醒及抽審原則

110.08.19 中央健康保險署南區業務組牙醫總額共管會 110 年第 1 次會議通過

一、初診診察之病歷書寫如下：

1. 全口牙周基本狀況一定要記載：(1)健康(2)牙齦炎(3)牙周炎。
2. 缺牙、假牙及阻生牙若有則需記載。
3. 矯正患者拔牙者則需記載缺牙數目，但牙位以及青少年阻生牙，可從寬認定。

二、主訴

若病歷未記載主訴，將予以核刪處置費

三、依審查注意事項第三部、貳之一：

1. 全口無牙或殘存牙齒少於 8 顆之病患不得申報 01271C、01272C 及 01273C
2. 初診診察記錄視同病歷首頁,應於每次抽審時附上最近一次（一年內）之初診記錄及相關 X 光片,如為連續抽審案件得附最近一次之初診記錄即可 → 不回推 00127C

【註：連續抽審時，於醫令清單上載明，已於某月份抽審時附上該月份抽審資料尚未返回】

四、申報根管治療，應詳載牙齒位置、根管名稱及其根管治療操作長度

（包含數字與單位 mm）。

牙醫院所送審原則

符合	指 標 項 目	管 理 方 式
	1. 行政管理及專審醫師建議追蹤之院所(論人歸戶審查) 註:「行政管理」包括~ (1) 牙醫門診醫療服務南區審查分會提供之指標追蹤名單 ①當季輔導積分達 10 分(含)以上 ②當季輔導積分在 6 至 9 分且月申報額度在 60 至 70 萬點 ③月申報額度在 70 萬點以上 ※ ①最新資料出來後重新計算半年期限 ※ ②③自 106 年 Q1 輔導積分起適用 (2) 曾違約、被查處 (違反特約管理辦法第 36~40 及 44~45 條、違約記點、扣減十倍、停約復診)及 民眾陳情查證屬實者(受「全民健康保險法」第 82 條(罰 鍰)或「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」 第 35 條(改善)以上(含)處分)	月抽審 <u>(為期半年)</u> 季抽審 季抽審 (每季抽一次， 為期一年)
		6 個月
		1 個月

	(3) 檔案分析須專案抽審之院所。(未包含於當季統計)	
	2. 一年內新特約之醫療院所 註: 「新特約」包括遷址、更換負責人...等因素。	抽審 1 年
	3. 當季每位醫師申報金額為全體院所前 0.5% 註: 排除條件如下~ (1) 自 101 年 Q3 增加排除條件: 申報總點數 19 萬以下, 但每月看診天數仍至少在 16 天 (含) 以上。 (2) 自 105 年 Q2 (輔導積分之計算) 起月申報總點數依公告之附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則, 不列入計算費用的項目, 並適時做修正。	月抽審 (為期三個月)
	4. 每一病患醫療耗用率為全體院所前 0.5% 註: 排除條件同指標 3	月抽審 (為期三個月)
	5. 當季有 OD 病人平均填補顆數為全體院所前 0.5% 註: 排除「季 OD 總顆數低於百分位 15」者(109 年 1 月起適用)及指標 3	月抽審 (為期三個月)
	6. 當季執行 O.D 點數佔總點數的百分比為全體院所前 0.5% 註: 排除條件同指標 5	月抽審 (為期三個月)
	7. 當季自家與他家三年內 O.D.重複率為全體院所前 0.5% 註: 排除條件同指標 5	月抽審 (為期三個月)
	8. 一年內接受至少 1 次(≥ 1)專業審查(月) 註: 一年內接受至少 1 次(含)、最多 3 次(含)專業審查	隨機抽審
	9. 其他	

修訂歷程

1010719_101 年第 2 次牙醫共管會議通過、1030320_103 年第 1 次牙醫共管會議通過
1040702_104 年第 2 次牙醫共管會議通過、1050421_105 年第 1 次牙醫共管會議通過
1051201_105 年第 3 次牙醫共管會議通過、1060608_106 年第 1 次牙醫共管會議通過
1070614_107 年第 1 次牙醫共管會議通過、1071220_107 年第 2 次牙醫共管會議通過
1080620_108 年第 1 次牙醫共管會議通過、1081219_108 年第 2 次牙醫共管會議通過
1091217_109 年第 2 次牙醫共管會議通過、

牙醫門診醫療服務南區審查分會輔導院所處置參考要點
修訂對照版

110.08.19 中央健康保險署南區業務組牙醫總額共管會 110 年第 1 次會議通過

原版本	修訂後版本	修訂說明
<p>排除項目：</p> <p>(1) 依公告之附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則，不列入計算費用的項目，並適時做修正。</p> <p>(2) 口檢部份年齡 13 歲以下不列入計算。</p>	無修訂	
一、本草案依據牙醫門診總額南區分區執行委員會第七屆第六次會議決議訂定之。	無修訂	
二、本要點以計算積分來尋找落點，為減少人為因為，提升輔導效率，原則上以一季的積分為計算單位，亦可視情況以(半年的積分÷2)或(一年的積分÷4)計算之。	無修訂	
三、院所有下列情形者，以 1 分計之：	無修訂	
1.指標 s3、s10、s11、s14、s21、s23 在 85-94 百分位者，一項即以 1 分計，依此類推。	無修訂	
<p>2.新開業未滿 1 年：</p> <p>a.於一年內為審查醫師寫出 2 張輔導單或</p> <p>b.總點數(指標 1)超過該區設定上限金額(排除偏遠地區、身心障礙)</p>	<p>2.新開業未滿 1 年：</p> <p>總點數(指標 1)超過該區設定上限金額(排除偏遠地區、身心障礙)</p>	新開業控管由 2 年改 1 年，a.已不符合效益，故刪除
3.P1【註】<8%(點數比),且指標 1 <35 萬點者	無修訂	
4.口檢為 85-94 百分位(案件數比)者。	無修訂	
四、院所有下列情形者，以 2 分計之：	無修訂	
1.指標 s2、s5、s7 在 85~94 百分位者。	無修訂	

原版本	修訂後版本	修訂說明
2.指標 s1、s3、s9、s10、s11、s14、s17、s23 在 95-100 百分位者。	無修訂	
3.新開業未滿 1 年： a.於一年內為 2 位(含)以上審查醫師 寫出 3 張輔導單或 b.超過該區設定上限金額 5~15 萬點 以上。	3.新開業未滿 1 年： 超過該區設定上限金 額 5~15 萬點以上。	新開業控管由 2 年改 1 年，a.已 不符合效益，故 刪除
4.P1【註】在 3%-8%且指標 1 在 35-55 萬點。	無修訂	
5.口檢為前 95-98 百分位(案件數 比)者。	無修訂	
五、院所有下列情形者以 3 分計之：	無修訂	
1.指標 s2、s5、s7 在 95~99 百分位 者。	無修訂	
2.新開業未滿 1 年： a.一年內為 2 位(含)以上審查醫師寫 出 4 張有效輔導單或 b.超過該區設定上限金額 15~25 萬 點以上	2.新開業未滿 1 年： 超過該區設定上限金 額 15~25 萬點以上	新開業控管由 2 年改 1 年，a.已 不符合效益，故 刪除
3.P1【註】在 1%-8% 且指標 1 ≥ 55 萬點者或 P1 在 0%-3% 且指 標 1 ≥ 35 萬點者。	3.P1【註】在 <u>3%-8%</u> 且指標 1 ≥ 55 萬點 者或 P1 在 <u>1%-3%</u> 且指標 1 ≥ 35 萬點 者或 <u>P1 < 1% 且 55 萬 點 > 指標 1 > 35 萬 者。</u>	與六之 3 互為 衝突，故修改條 文
4.口檢為 99~100 百分位(案件數 比)。	無修訂	
5.洗牙比率 > 50% 且指標 1 ≥ 55 萬者。	無修訂	
6.跨區至南區支援之支援醫師(排 除跨區支援專科醫師)在南區所 有支援之院所，當季、某月最高 申報總點數超過 10 萬點或當季、	無修訂	

原版本	修訂後版本	修訂說明
某月最高每診次平均申報超過 6000 點者【申報額度排除鼓勵、專款項目】，則被支援院所計算輔導積分 3 分。		
六、院所所有下列情形者，以 4 分計之：	無修訂	
1.指標 s2、s5、s7 在 100 百分位者。	無修訂	
2.新開業未滿 1 年： a.一年內為 3 位(含)以上審查醫師寫出 5 張有效輔導單或 b.超過該區設定上限金額 25 萬點以上	2.新開業未滿 1 年： 超過該區設定上限金額 25 萬點以上	新開業控管由 2 年改 1 年，a.已不符合效益，故刪除
3.P1【註】 < 1% 且指標 1 ≥ 55 萬點。	無修訂	
4.經輔導並簽署改善同意書，於追蹤期間內未改善，經委員會討論後決議。	無修訂	
5.跨區至南區支援之支援醫師(排除跨區支援專科醫師)在南區所有支援之院所，當季、某月最高申報總點數超過 15 萬點或當季、某月最高每診次平均申報超過 8000 點者【申報額度排除鼓勵、專款項目】，則被支援院所計算輔導積分 4 分。	無修訂	
6.被支援院所的當季、某月最高申報金額之醫師與跨區至南區支援之支援醫師(排除跨區支援專科醫師)，當季、某月最高之月申報總點數合計進入本區申報額度前 1%者【申報額度排除鼓勵、專款項目】，則被支援院所計算輔導積分 4 分。	無修訂	

原版本			修訂後版本	修訂說明																		
<p>七、本要點將處置分為五級，並將積分(以一季計算之)分成五個組距，對照如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>級別</th> <th>積分</th> <th>處置辦法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一</td> <td>1~4</td> <td>口頭告知改善</td> </tr> <tr> <td>二</td> <td>5~9</td> <td>書面告知改善</td> </tr> <tr> <td>三</td> <td>10~15</td> <td>公會約談改善，或協商自動繳回並列紅單</td> </tr> <tr> <td>四</td> <td>16~19</td> <td>公會約談協商自動繳回，並列紅單，視情況檢附相關照片。</td> </tr> <tr> <td>五</td> <td>20 以上</td> <td>移送異常組。</td> </tr> </tbody> </table>			級別	積分	處置辦法	一	1~4	口頭告知改善	二	5~9	書面告知改善	三	10~15	公會約談改善，或協商自動繳回並列紅單	四	16~19	公會約談協商自動繳回，並列紅單，視情況檢附相關照片。	五	20 以上	移送異常組。	無修訂	
級別	積分	處置辦法																				
一	1~4	口頭告知改善																				
二	5~9	書面告知改善																				
三	10~15	公會約談改善，或協商自動繳回並列紅單																				
四	16~19	公會約談協商自動繳回，並列紅單，視情況檢附相關照片。																				
五	20 以上	移送異常組。																				
<p>八、本要點排除每月看診 44 診以上，且指標 1 在 19 萬點(含)以下者。</p>			無修訂																			
<p>九、院所(醫院、診所)「季 OD 總顆數低於百分位 15」者，指標 5、6、7、9、20 不列入輔導積分之計算。以院所為單位(醫院、診所)。</p>			無修訂																			
<p>十、自費用年月 108 年 7 月起至 108 年 12 月止，院所每月申報「牙周病統合治療實施方案」件數 5 件以上，輔導積分扣減 1 分。</p>			無修訂																			
<p>十一、季平均單價≥ 1800 點或季平均單價≥ 1500 點且 $P1 < 3\%$ 列為參考因素。</p>			無修訂																			
<p>十二、本區專科醫師認定標準:院所以「案件數」自行舉證。 專科醫師作單項專科案件數(包括：OS、Peri、Endo、Pedo、身障)$\geq 70\%$，視為專科醫師。(有關 Pedo 部分限制年紀≤ 14 歲)</p>			無修訂																			
<p>十三、有跨區至南區支援之支援專科醫師之院所，應主動向本會提出申請，並檢附該專科醫師申報單項專科案件數比例，若檢送之該月</p>			無修訂																			

原版本	修訂後版本	修訂說明
申報資料，有不符本區專科醫師認定標準，將取消認定資格，視為一般支援醫師。		
十四、不配合本要點者，移交異常組。	無修訂	
十五、本要點未規定者，適用其他法規。	無修訂	
十六、本要點得依時空背景，作適度修正，並自發布日施行之。	無修訂	

一般指標：s1、s3、s10、s11、s14、s17、s21、s23

重點指標：s2、s5、s7

監控指標：28 項除上列外之指標

[備註]

因支援醫師問題未能離清

院所有下列情形者以 3 分計之：

1. 跨區至南區支援之支援醫師（排除跨區支援專科醫師）在南區所有支援之院所，當季之某月最高申報總點數超過 10 萬點或當季、某月最高每診次平均申報超過 6000 點者【申報額度排除鼓勵、專款項目】，則被支援院所計算輔導積分 3 分。

院所有下列情形者以 4 分計之：

1. 跨區至南區支援之支援醫師（排除跨區支援專科醫師）在南區所有支援之院所，當季之某月最高申報總點數超過 15 萬點或當季之某月最高每診次平均申報超過 8000 點者【申報額度排除鼓勵、專款項目】，則被支援院所計算輔導積分 4 分。
2. 被支援院所的當季之某月最高申報金額之醫師與跨區至南區支援之支援醫師（排除跨區支援專科醫師），當季之某月最高之月申報總點數合計進入本區申報額度前 1% 者【申報額度排除鼓勵、專款項目】，則被支援院所計算輔導積分 4 分。

[註]由於診次無法明確界定，因此無法計算

新開業未滿 1 年超過積分不列入計算

列下次委員會討論

28 項指標:

原版本	修訂版本	修訂說明
<p>S25.根管治療百分比(S31) 分子：醫事機構當季申報總點數－當季 ENDO 項目(含乳牙、恆牙及多生牙)總點數。 分母：醫事機構該季總點數。 公式：(分子/分母)x100%。 備註：如遇 ENDO 總點數為「0」者，則排除在統計範圍外，百分位並以「0」記入。</p>	<p>S25.根管治療<u>及困難拔牙</u>百分比(S31) 分子：醫事機構當季申報總點數－當季 ENDO <u>及困難拔牙</u>項目(含乳牙、恆牙及多生牙)總點數。 分母：醫事機構該季總點數。 公式：(分子/分母)x100%。 備註：如遇 ENDO <u>及困難拔牙</u>總點數為「0」者，則排除在統計範圍外，百分位並以「0」記入。</p>	<p>建議再加入 92014C,92015C,92016C,92063 C，讓指標可以更完善的發揮原本要設定的目的。</p>

s1.醫事機構內醫師之月最高總點數。

當季，某月最高申報金額之醫師之月最高總點數

s2.平均每位患者之醫療耗用點數。(醫療耗用值)

醫事機構季之總點數÷醫事機構季之就醫人數

[ps]扣除牙周統合照護

s3.O.D.點數佔總點數之百分比。

醫事機構季之 OD 總點數 ÷ 季總點數

s4.有 O.D.患者之 O.D.耗用點數。(O.D.耗用值)

醫事機構季之 OD 總點數÷醫事機構季之有 OD 患者人數

s5.就醫患者之平均 O.D.顆數。

該季之 OD 總顆數÷該季之就醫患者人數

s6.有 O.D.患者之平均填補顆數。

該季之 OD 總顆數÷該季之有 OD 患者人數

s7.O.D.之平均面數。

該季之 OD 面數÷該季之 OD 總顆數

s8.自家二年內 O.D.再補率。

醫事機構該季二年內之自家再補數*100÷該季之 OD 總顆數

s9.他家二年內 O.D.再補率。

醫事機構該季二年內之他家再補數*100÷該季之 OD 總顆數

s10.二年內 O.D.總再補率。

醫事機構該季二年內之總重補數*100÷該季之 OD 總顆數

s11.非根管治療點數佔總點數之百分比。

【當季申報總點數－當季 ENDO 項目總點數】÷ 當季申報總點數

s12.根管未完成率。

醫事機構該季之【90015C-
(90001C+90002C+90003C+90016C+90018C+90019C+90020C)】總顆數*100÷
醫事機構該季之 90015C 總顆數

s13.平均耗格數。

醫事機構該季之蓋格總數 ÷ 醫事機構該季之就醫人數

s14.半年內自家與他家醫事機構再洗牙（牙結石清除）的比率。

s15.半年內自家根管治療之再治療率。

s16.半年內他家醫事機構根管治療之再治療率。

s17.牙醫門診特約醫療院所拔牙前半年耗用值。

s18. O.D.點數佔處置點數之百分比。

s19.三年內自家 O.D.重補率。

s20.三年內他家 O.D.重補率。

s21.三年內自家和他家 OD 重補率。

s22.根管治療完成顆數申報 90012C 佔率(s53)

s23.根管治療申報難症處置的佔率(s51 原 s16)。

S24.多根管治療佔總處置百分比(s52 原 s18)

S25.根管治療及困難拔牙百分比(S31)

S26.只有檢查費無任何處置或用藥案件比(s32)

S27.洗牙比率(s33)

S28.新醫療院所超過額度(s34)

S35.跨區支援醫師，在南區所有支援之院所，當季、某月最高申報總點數超過額度

S36.跨區支援醫師，在南區所有支援之院所，當季、某月最高每診次平均申報超過額度

S37.被支援院所的當季、某月最高申報金額之醫師與跨區支援醫師，當季、某月最高之月申報總點數合計，進入本區申報額度前 1%者

【註】：P1:根管治療

計算醫令：

data_rct='90015C/

data_rcf='90001C/90002C/90003C/90016C/90018C/90019C/90020C/

data_endo='90009C/90091C/90092C/90093C/90094C/90095C/90096C/90097C/90098C/

修訂歷程

99.12.26 第 7 屆第 6 次牙醫門診總額南區分區執行委員會會議修訂

101.04.08 第 8 屆第 3 次牙醫門診總額南區分區執行委員會會議修訂

104.07.18 第 9 屆第 8 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂

105.08.27 第 10 屆第 4 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂

105.12.1 中央健康保險署南區業務組牙醫總額共管會 105 年第 3 次會議通過

108.06.20 中央健康保險署南區業務組牙醫總額共管會 108 年第 1 次會議通過

109.12.17 中央健康保險署南區業務組牙醫總額共管會 109 年第 2 次會議通過

110.06.26 第 12 屆第 6 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂

牙醫門診醫療服務南區審查分會 新開(執)業未滿 1 年院所牙醫師控管辦法

110.08.19 中央健康保險署南區業務組牙醫總額共管會 110 年第 1 次會議通過

一. 新開(執)業未滿 1 年院所牙醫師於地方公會會務小姐告知本項辦法後，若醫師於執行醫療業務未滿 1 年管控期間，申報健保點數超出控管額度時(無論在控管期間超出或控管期間結束才知曉)，審查分會得請醫師自動繳回控管期間超出之點數或移送異常組處理

【註】異常組得參考院所 20 項指標而施以立意抽審或 OD 附 Photo 等相關處置

二. 若於管控期間，醫師健保總額指標值 9(他家二年內 O.D.再補率)、指標值 14(半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率、指標值 20(他家三年內 O.D.再補率)等，第 2 次顯現異常數據時(南區健保診所平均值加 2 個標準差)，委員會得採取立意抽審或 OD 附 Photo 或請醫師自動繳回點數之處置(第 1 次由委員會告知醫師)

不包含以下費用：

依公告之附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則，不列入計算費用的項目，並適時做修正。

註：

1. 健保申報點數計算方式為醫師自家申報點數加醫師支援其他醫事機構申報點數之合計。
2. 新開(執)業未滿 1 年院所牙醫師控管辦法之管控期，以醫事機構或醫師第一次申報健保費用月份為起始月份。
3. 跨區、鄉、鎮遷址及更換負責人視同新開業，院所可提出申覆，本分會再依實際狀況解除一年控管。

修訂歷程

97.6.7 第 6 屆第 3 次牙醫門診總額南區分區執行委員會會議修訂
 97.9.6 第 6 屆第 4 次牙醫門診總額南區分區執行委員會會議修訂
 99.10.23 第 7 屆第 5 次牙醫門診總額南區分區執行委員會會議修訂
 100.12.11 第 7 屆第 11 次牙醫門診總額南區分區執行委員會會議修訂
 102.3.3 第 8 屆第 7 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂
 103.10.18 第 9 屆第 5 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂
 104.4.19 第 9 屆第 7 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂
 104.07.18 第 9 屆第 8 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂
 105.08.27 第 10 屆第 4 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂
 105.12.1 中央健康保險署南區業務組牙醫總額共管會 105 年第 3 次會議通過
 106.12.21 中央健康保險署南區業務組牙醫總額共管會 106 年第 2 次會議通過
 110.03.27 第 12 屆第 5 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂
 110.06.26 第 12 屆第 6 次牙醫門診醫療服務南區審查分會會議修訂