

牙醫門診總額南區分區執行委員會輔導院所處置參考要點

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

排除項目：

(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。

(2) 口檢部份年齡 13 歲以下不列入計算。

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。

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。

三、院所有下列情形者，以 1 分計之：

1. 指標 s3、s10、s11、s14、~~s17~~、s21、~~s22~~、s23 在 85-94 百分位者，一項即以 1 分計，依此類推。

2. 新開業未滿 1 年：

a. 於一年內為審查醫師寫出 2 張輔導單或

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）

3. $P1 < 8\%$ （點數比），且指標 1 < 30 萬點者

4. 口檢 為 85-94 百分位（案件數比）者。

四、院所有下列情形者，以 2 分計之：

1. 指標 s2、s5、s7、~~s24~~在 85~94 百分位者。

2. 指標 s1、s3、s9、s10、s11、s14、s17、~~s22~~、s23 在 95-100 百分位者。

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。

4. $P1$ 在 3%-8% 且指標 1 在 30-50 萬點。

5. 口檢為前 95-98 百分位（案件數比）者。

五、院所有下列情形者以 3 分計之：

1. 指標 s2、s5、s7、~~s24~~在 95~99 百分位者。
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
3. P1 在 1%-8% 且指標 1 \geq 50 萬點者或 P1 在 0%-3% 且指標 1 \geq 30 萬點者。
4. 口檢為 99~100 百分位（案件數比）。
5. 洗牙比率 $>$ 50% 且指標 1 \geq 50
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、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、院所有下列情形者，以 4 分計之：

1. 指標 s2、s5、s7、~~s24~~在 100 百分位者。
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
3. P1 $<$ 1% 且指標 1 \geq 50 萬點。
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。
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。
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。

七、本要點將處置分為 六五 級，並將積分（以一季計算之）分成 六五 個組距，對照如下：

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。

八、本要點排除每月看診 44 診以上，且指標 1 在 18 萬點（含）以下者。

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）。

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。

十一、季平均單價 \geq ~~17001800~~ 點或季平均單價 \geq ~~14001500~~ 點且 P1 $<$ 3 % 列為參考因素。

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 \leq 14 歲）

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，若檢送之該月申報資料，有不合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。

十五、本要點未規定者，適用其他法規。

十六、本要點得依時空背景，作適度修正，並自發布日施行之。

一般指標：s1、s3、s10、s11、s14、s17、s21、~~s22~~、s23

重點指標：s2、s5、s7、~~s24~~

監控指標：28 項除上列外之指標

28 項指標：

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 \div 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 \div 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 \div 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)