

行政院衛生署「牙醫門診總額支付委員會」 101 年度第 1 次會議紀錄

時間：101 年 2 月 21 日(星期二)下午 2 時整
 地點：18 樓大禮堂(行政院衛生署中央健康保險局)
 主席：黃召集人三桂 紀錄：張桂津
 出席人員：(依據姓氏筆劃順序排序)

委員姓名	出席委員	委員姓名	出席委員
王委員盛銘	王盛銘	李委員明憲	李明憲
王委員棟源	王棟源	黎委員達明	黎達明
呂委員毓修	請假	張委員宏如	黃鈺生代
沈委員一慶	沈一慶	黃委員建文	黃建文
林委員俊彬	請假	阮委員議賢	阮議賢
林委員文德	請假	徐委員正隆	徐正隆
林委員啟滄	陳健民代	黃委員月桂	黃月桂
林委員敬修	林敬修	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
翁委員德育	翁德育	張委員文輝	張文輝
梁委員淑政	梁淑政	連委員新傑	連新傑
許委員世明	許世明	劉委員俊言	劉俊言
陳委員一清	請假	郭委員正全	郭正全
陳委員建志	陳建志	謝委員武吉	朱益宏代
陳委員彥廷	陳彥廷	羅委員界山	羅界山
陳委員瑞瑛	請假	蘇委員益信	蘇益信
吳委員成才	吳成才		

列席人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會	林宜靜
中華民國藥師公會全國聯合會	沈采穎
中華民國牙醫師公會全國聯合會	謝欣育、邵格蘊、廖秋英
中華民國醫檢師公會全國聯合會	王榮濱
台灣社區醫院協會	王秀貞
本局臺北業務組	莫翠蘭、林照姬、邱玲玉 莊春燕

本局北區業務組	倪意梅
本局中區業務組	程千花
本局南區業務組	王世華
本局高屏業務組	李金秀
本局東區業務組	劉翠麗
本局醫審及藥材組	王本仁、曾玟富
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	林阿明、張溫溫、王淑華、 孫嘉敏、楊耿如、洪于淇、 廖子涵、李健誠、林子量、 鄭正義

一、確認上次(100年第4次、100第1次臨時會議)會議紀錄，，
請參閱(不宣讀)確認(略)。

二、主席致詞(略)

三、報告事項

(一)、前次(100年第4、100臨時第1次)會議決議事項辦理情形。
決定：洽悉。

(二)、牙醫門診總額執行概況報告。
決定：洽悉。

(三)、100年第3季牙醫門診總額點值結算報告
決定：

各分區一般服務浮動點值及平均點值彙整如下表，將依
全民健康保險法第50條規定辦理點值公布、結算。

分局 季別		台北 分區	北區 分區	中區 分區	南區 分區	高屏 分區	東區 分區	全局
		100Q3	浮動點值	0.9339	1.0270	0.9649	1.0452	0.9991
	平均點值	0.9381	1.0355	0.9671	1.0469	0.9989	1.1500	0.9841

(四)、 99 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：有關牙醫全聯會提出 99 年牙醫總額品質保證保留款之 10B 指標「施行全口牙結石清除，且併同牙周疾病控制基本處置(91014C)的執行率 < 20% 」計算有誤部分，請牙醫全聯會函本局正確資料，本局再重新計算辦理追扣、補付作業。

(五)、 「100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」前 3 季執行成效報告

決定：洽悉。

四、 討論事項

(一)、 案由：「101 年全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案(草案)」修訂案。

決議：

1. 修訂內容重點摘要：將論次計酬補助部分，由每小時最多補助到 2400 元修訂為每級每小時加成至 5 成。
2. 本方案修訂後內容詳如附件 1，將依行政程序辦理後續事宜。

(二)、 案由：「牙醫醫療服務審畢案件評量作業要點」修訂案。

決議：

1. 修訂內容摘要如下：

- (1). 要點一依「101 年牙醫門診醫療服務審查委託契約」名稱進行文字修訂。
- (2). 修訂五、評量程序(二)之辦理內容與流程。
- (3). 新增年底前，需將醫療服務審畢案件評量結果彙總表送本局，表中文字「品質不良」改為「處理方式」。

2. 本方案修訂後內容詳如附件 2，將依行政程序辦理後續事宜。

(三)、案由：「牙醫總額品質確保方案專業醫療服務品質指標項目及院所別醫療品質資訊公開項目」修訂案。

決議：

1. 是否將「醫療費用明細標示合格率」列為牙醫總額品質指標新增項目，請醫審及藥材組再與牙醫全聯會溝通後再議。
2. 牙醫總額品質確保方案專業醫療服務品質指標項目修訂摘要內容，新增「牙周病統合照護計畫執行率」指標，指標操作型定義分母為「牙周病統合照護計畫執行目標(件數)」、分子為「P4002C 之執行件數」，資料來源為全民健康保險醫療費用申報資料(詳如附件 3)，自民國 101 年起適用。
3. 101 年牙醫總額院所別醫療品質資訊公開項目修訂內容摘要如下(詳如附件 4)：
 - (1). 同意新增「執行口腔癌篩檢之案件數」指標項目，操作型定義以全民健康保險醫療費用申報資料為資料來源，每季計算案件分類為 A3 且就醫序號為 IC95 之案件數。
 - (2). 同意新增「執行單純齒切除之數量」指標項目，操作型定義以全民健康保險醫療費用申報資料為資料來源，每季計算 92015C 之醫令數。
4. 本方案修訂後內容，將依行政程序辦理後續事宜。

伍、討論事項與會人員發言摘要詳如附件 5。

陸、散會：下午 15 時 40 分

附件5 「討論案」與會人員發言摘要

- (一)、案由：「101 年全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案(草案)」修訂案。

黃召集人三桂

請問各位委員是否有意見？若無，本案依健保局建議修訂版本通過。

- (二)、案由：「牙醫醫療服務審畢案件評量作業要點」修訂案。

黃召集人三桂

討論案第二案為牙醫醫療服務審畢案件評量作業要點修訂案，請健保局說明修訂意見後，再請全聯會表示意見。

醫審及藥材組曾視察玟富

- 一、要點一建議依 101 年牙醫門診醫療服務審查委託契約名稱進行文字修訂。
- 二、修訂要點五、評量程序(二)之办理流程，先由各分區業務組提供名單予牙醫全聯會，再由該會抽樣確定受評名單後，提供各分區業務組保留該名單各醫事人員最近 1-3 次出勤審畢之案件；另提供名單內容，需含費用年月、原審醫師代號及審查件數。
- 三、另建議於要點六增列條文(六)，於年底填製醫療服務審畢案件評量結果彙總表送本局。

黃召集人三桂

謝謝醫審及藥材組說明，請問全聯會是否同意健保局建議修訂意見？

陳委員建志

- 一、有關提供審查醫師核減率資料部分，核減率高、低是那

個好?其代表為何?應依其案件特性，其核減率高低有不同意見。

二、何謂偏離常態?是否另訂施行細則加以明定?亦應在審查醫師受訓時、執行審查前即要先行告知。

醫審及藥材組曾視察玫富

- 一. 本局提供的審查醫師核減率監測相關資訊，前於101年1月17日各部門醫療服務審查委託業務座談會時即已說明其定義與計算方式，其目的係當個別審查醫師如於其審查的不同審查包間核減率變異很大時，可以提供全聯會瞭解參考。
- 二. 另審畢抽審主要在監控審查醫師的審查品質，透過審查醫師核減率監測分析，可提供全聯會選擇審畢抽審醫師名單的參考。
- 三. 是否選定為審畢抽審的醫師，係由全聯會決定後，才提供給各分區業務組提供審查醫師審畢資料，讓全聯會做審畢評量，至於審查醫師是否需改善，則由評量小組決定。

陳委員彥廷

審畢案件評量結果彙總表中，建議「品質不良」改為「處理方式」。

黃召集人三桂

請問各位委員還有沒有意見?如果沒有，就依健保局所提意見修訂;另外全聯會建議將審畢案件評量結果彙總表中的「品質不良」改為「處理方式」亦一併修訂。

(三)、案由：「牙醫總額品質確保方案專業醫療服務品質指標項目及院所別醫療品質資訊公開項目」修訂案。

黃召集人三桂

本案為牙醫總額品質確保方案專業醫療服務品質指標項目及院所別醫療品質資訊公開項目」修訂案，針對健保局所提建議修正內容，請牙醫全聯會發表意見。

劉委員俊言

101年2月6日召開「牙醫總額醫療品質指標項目討論會」，由本人代表全聯會出席，說明一、(二)討論結果摘要中，原則同意醫療改革基金會建議新增之「醫療費用明細標示合格率」乙節與事實不符，當天並無此同識。當天雖然醫改會提出本項指標，健保局希望使用本會所提供符合規定之院所別名單來計算，但本會認為院所是否開立收據與醫療品質無關，且開立收據於醫療法第22條已有規範，第101條亦有罰則；另有關本會所提供符合規定之院所別名單，本會並無公權力去查核，所以本會請地區公會跟會員要收據，有回復的院所即列入名單，未回復者並不表示不合格。當天會議本會並未同意本項指標，表示將帶回研議討論，兩星期內再回復給健保局。

黃召集人三桂

請問全聯會帶回研議之結論為何？

翁委員德育

本會於2月15日函復健保局，明白表示不同意新增「醫療費用明細標示合格率」，建議新增「牙周病統合照護計畫執行率」項目。

醫審及藥材組王科長本仁

- 一、全聯會回文表示該項不宜列入專業醫療服務品質指標，經查品質確保方案中共有3類指標，除前類指標，尚有醫療利用與保險對象就醫權益兩類指標，其中，保險對象就醫權益類目前是採民意調查的方式辦理，若「醫療費用明細標示合格率」性質非屬臨床指標，是否考慮納入「保險對象就醫權益」類指標內？
- 二、全聯會於99年起提供醫療費用明細標示合格院所名單，供本局於全球資訊網作資訊公開，若全聯會擔心解讀問

題，本局可於備註說明資料來源與收集方式。

翁委員德育

本會會加強向會員宣導，需依醫療法所規定的醫療費用明細標示方式辦理，若不執行，醫療法亦有罰則，惟此為法律所規範，不宜訂入品質指標與品質確保方案內。

醫審及藥材組王科長本仁

民間團體之所以提出本項，是因為接到民眾申訴案件，其中針對牙醫院所之醫療費用明細部分比較多，故提出本項建議。

翁委員德育

若單純針對某些院所，則本會會加強宣導，仍不建議將本項納入指標內。

梁委員淑政

有關「醫療費用明細標示合格率」，是消費者關心的項目，雖該項為法律上所明定的項目，但消費者仍有疑慮，才建議加入此指標；若依法本來就要合格的，增列為指標尚屬可行。消費者之所以提出，係因為在就醫過程中，發現雖然有醫療費用明細，但不是很完整，所以希望大家可以一起合作，把費用明細做得更好。若醫界認為其非屬專業服務品質指標，亦可同健保局所擬納入「保險對象就醫權益」的指標。

翁委員德育

依全聯會立場，不希望將本項指標納進來，法律已有規定按照法律層面來處理，其他醫療團體有一些訴求，可以用其他的方法來達成，不應將法律問題納入單純的醫療品質指標。

陳委員建志

- 一、 法律的問題，若民眾投訴，建議採個案處理，不宜納入品質確保方案內。
- 二、 本指標分子為「提供完整醫療費用明細標示之牙醫醫療機構家數」，全國有7千多家院所，若要實際執行，是由本會逐一調查？還是由院所自行回報？觀察目前各項品質指標，都是使用電腦資料監測，但此項指標卻需人工調查，其結果較缺乏公信力。
- 三、 若本項真的很重要，也可以納入民眾滿意度調查中，可以用其他方式達成目標，不用納入品質確保方案。

醫審及藥材組王科長本仁

- 一. 其他總額有一些感控指標，採抽查方式辦理，全聯會的調查資料我們是相信的。
- 二. 目前健保局、衛生局等亦不定期會針對院所醫療費用明細標示進行抽查。
- 三. 全聯會提供資料，健保局亦會提供資料來源之說明，以利解讀。

黃委員建文

查核的權責就給衛生局去處理，全聯會沒有這個公權力去查核那一家院所有違法情形，若真的要執行本項，建議資料由衛生局提供。

醫審及藥材組王科長本仁

全聯會於民國99年已提供醫療費用明細標示合格院所名單，供本局作資訊公開，網頁樣張如補充資料附件3，由此項目來計算「醫療費用明細標示合格率」應無不可。

翁委員德育

院所別指標與計算整體指標，其代表意義不同，全聯會必須負責「醫療費用明細標示合格率」這件事，個別院所則必須負責「醫療費用明細標示合格」這件事，查核院所是否合格應由有公權力的單位負責，全聯會只負責提供院所它自己送上來的這些標示是否合格。本會的訴求，品質指標是可以精確計算出來與依據的資料，不希望與法律層面的資料混為一談。

陳委員建志

本指標分母為「特約牙醫醫療機構總家數」，分子為「提供完整醫療費用明細標示之牙醫醫療機構家數」，因此要去查全部的院所。

黃召集人三桂

1. 是否將「醫療費用明細標示合格率」列為牙醫總額品質指標新增項目，請醫審及藥材組再與牙醫全聯會溝通後再議。
2. 牙醫總額品質確保方案專業醫療服務品質指標項目修訂摘要內容，新增「牙周病統合照護計畫執行率」指標，指標操作型定義分母為「牙周病統合照護計畫執行目標(件數)」、分子為「P4002C 之執行件數」，資料來源為全民健康保險醫療費用申報資料(詳如附件 3)，自民國 101 年起適用。
3. 101 年牙醫總額院所別醫療品質資訊公開項目修訂內容摘要如下(詳如附件 4)：
 - (1). 同意新增「執行口腔癌篩檢之案件數」指標項目，操作型定義以全民健康保險醫療費用申報資料為資料來源，每季計算案件分類為 A3 且就醫序號為 IC95 之案件數。
 - (2). 同意新增「執行單純齒切除之數量」指標項目，操作型定義以全民健康保險醫療費用申報資料為資料來源，每季計算 92015C 之醫令數。

附件 1

101 年全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案(草案)

一. 目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。

二. 實施時程：**101**年 1 月 1 日起至 **101**年 12 月 31 日止。

一、 保留款機制：

(一) 依分區別設立保留 0。

(二) 款，分區保留款由該分區運用。

(三) 以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。

二、 保留款之運用：

(一) 分區平均點值小於 1 元時之補助款。

(二) 鼓勵該區醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。

(三) 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。

三、 保留款運用之計算方式：

(一) 以季為結算期，如分區每季結算平均點值小於 1 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。

(二) 於年底結算年度分區保留款，剩餘分區保留款列入鼓勵該區：

1. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核優等執業診所，其核定點數(含部分負擔)以每點點值 1.3 元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

2. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該區「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫」之醫療服務，「核實申報」(含加成部分)計酬方式者，**其核定浮動點數補助至每點 1.5 元給付鼓勵**，餘款則補助論次計酬，**最多補助到每級每小時加成至 5 成(二級地區最多補助 750 元、三級地區最多補助 1200 元，四級最多補助 1700 元)**；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

(三) 前(一)(二)項分配後若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫

療服務，依「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值每點 1.0 元為限，餘款依該區依前(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該區次年第 1 季一般預算。

六、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後送費協會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

【計算範例】

依據：「101年全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」（以下簡稱本方案）

一、保留款計算方式：

(一) 該分區當季平均點值 >1.15 時，啟動保留款機制。

(二) 該分區保留款=該分區原一般服務預算總額-[$1.15 \times$ 核定點數(含部分負擔)]

[註]核定點數(含部分負擔)：含核定浮動點數、核定非浮動點數及自墊核退點數。

(三) 依據本方案，保留款計算過程如下(假設自該季始保留)：

1. 假設100年第3、4季浮動點值及平均點值如下表，因100年第4季北區及東區分局平均點值 >1.15 ，故啟動保留款機制。

表1 假設點值

投保分區別	100年第3季浮動點值	100年第3季平均點值	100年第4季浮動點值	100年第4季平均點值
台北	0.9304	0.9467	0.9555	0.9536
北區	1.1580	1.1448	1.2155	1.1929
中區	0.9545	0.9610	0.9887	0.9869
南區	1.0458	1.0424	1.1148	1.0970
高屏	1.0828	1.0726	1.1225	1.1118
東區	1.1015	1.1012	1.3081	1.2926

2. 計算北區及東區100年第4季保留款金額(如下表2)。

表2 保留款金額

投保分區別	預算總額(BD2)	浮動點數(GF)	非浮動點數(NF1)	自墊核退非浮動點數(NF2)	平均點值	平均點值(修正後)
北區	1,103,938,752	874,538,409	50,922,934	0	1.1929	1.1500
東區	179,410,385	132,059,221	6,735,312	0	1.2926	1.1500
北區保留款=	1,103,938,752 - [1.15 × (874,538,409+50,922,934+0)]					=39,658,208
東區保留款=	179,410,385 - [1.15 × (132,059,221 + 6,735,312 + 0)]					=19,796,672

二、保留款之運用：

- (一) 分區季平均點值小於1元：該分區補助款=1元/點×該分區核定點數(含部分負擔)-該分區原一般服務預算總額。
- (二) 剩餘分區保留款，用於鼓勵醫療資源不足地區試辦計畫。

1. 「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等執業診所：

假設東區經評核優等執業診所甲、乙、丙診所，每月保障額度均為15萬元，某季總額內分別核定點數5萬點、13萬點及16萬點。

表 3 執業服務補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)A	核定非浮動點數(含部分負擔)B	該區浮動點值 C	實質收入 D= C×A+1×B	最後結算執業收入 E	依保留款機制每點點值 1.3 元 F	重新計算院所收入 G= F×A+1×B	保留款補付 H=G-E
甲	40,000	1,000	1.1221	45,884	150,000	1.3	53,000	0
乙	120,000	10,000	1.1221	144,652	150,000	1.3	166,000	16,000
丙	140,000	20,000	1.1221	177,094	177,094	1.3	202,000	24,906

[註1]：「最後結算執業收入(E)」：如院所的實質收入(D)小於保障額度，以保障額度計算。

[註2]：「重新計算院所收入」(G)若小於「最後結算執業收入(E)」者，則不再分配保留款。

[註3]：假設東區保留款不足分配，依甲、乙、丙診所各保留款補付比重分攤。

2. 「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴服務醫療給付試辦計畫」之醫療服務：

假設丁診所某月「核實申報」核定浮動點數5萬點、戊診所「核實申報」核定浮動點數12萬點；該年度該季醫療資源不足地區試辦計畫，該季各區醫缺論量結算浮動點值為0.71111111元，全年醫缺結算點數為0.95555555。

(1) 「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴服務醫療給付試辦計畫」之論量浮動點數加計 2 成部分之補助款。

表 5 巡迴服務(論量浮動點數加成部分)補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)加成 2 成部分點數 A	醫缺全年結算點值 B	依保留款機制每點點值 1.5 元 C	保留款補付 $D=(C-B)*A$
丁	10,000	0.95555555	1.5	5,444
戊	24,000	0.95555555	1.5	13,067

[註 1]：如保留款不足分配，各依保留款補付比重分攤。

[註 2]：核定浮動點數(含部分負擔)加成 2 成部分點數 (A)，為每件加計 2 成之點數，此項 100 年度仍由專款預算支應，故使用醫缺全年結算點值計算。

(2) 「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴服務醫療給付試辦計畫」之論量浮動點數補助款。

表 4 巡迴服務(論量浮動點數)補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)A	該季醫缺論量結算浮動點值 C	依保留款機制每點點值 1.5 元 D	保留款補付 $(D-C)*A$
丁	50,000	0.71111111	1.5	39,445
戊	120,000	0.71111111	1.5	94,668

[註 1]：如保留款不足分配，各依保留款補付比重分攤。

[註 2]：核定浮動點數(含部分負擔) (A)為每件加計 2 成前之點數，醫缺論量，自 101 年度由一般服務部門移發 1.7 億元支應，故使用當季結算時醫缺論量結算浮動點值計算。

3. 前項分配後若有餘款，則補助論次計酬，最多補助到每級每小時加成至5成(二級地區最多補助750元、三級地區最多補助1200元，四級最多補助1700元)；如保留款不足分配，依獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

(1) 經費足時，最多補助到每級每小時加成至5成。

如某院所為三級地區，該年「論次給付」每小時2,400元，服務總時數為10小時，則 $2,400(\text{二級論次給付}) \times 0.5(\text{成數}) \times 10(\text{服務總時數}) = 12,000$ 元，該院所補助金額為12,000元。

(2) 經費不足時，依保留款補付比重分攤。

假設本保留款尚有50萬元，依全國醫缺各級論次補助款分配如下表：

級等	論次給付可補助金額A	服務總時數B	補助款C=A*B	補助款比例D	保留款分配(E=50萬*D)	該級每小時補助金額(F=E/B)	該級每小時補助成數(G=F/A)
二級	750	300	225,000	35.43%	177,166	591	0.39
三級	1,200	200	240,000	37.80%	188,976	945	0.39
四級	1,700	100	170,000	26.77%	133,858	1,339	0.39
合計		600	635,000	100%	500,000		

(三) 前(一)(二)項分配後若有餘款，則補助全國醫療資源不足區之醫療服務，依「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值每點1元為限，餘款依該區依前(一)(二)項分配後之餘款比例回歸該區次年第一季一般預算，補助至該區第一季平均點值每點1.15元為限。

例：假設前(一)、(二)項分配後尚有保留款餘款260,000元(A)，其中200,000元來自東區，60,000元來自北區，列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務。

1. 補助全國醫療資源不足區之醫療服務之浮動點數(專款部分)

補助點值=【前(一)(二)項分配後之餘款】/加總全國醫缺之(N2+N4+N5)

(1). 若該區(醫缺全年結算浮動點值+補助點值)>1，則實際補助點值

=1-醫缺全年結算浮動點值。

(2). 若該區(醫缺全年結算浮動點值+補助點值) ≤ 1 ，則**實際補助點值**=補助點值。

(3). 分配保留款金額=實際補助點值 \times [醫缺之(N2、N4、N5)點數]

N1：執業服務之「定額給付」(論量)

N2：執業服務之「論次給付」(論次)

N3：巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成點數

N4：巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成點數

N5：巡迴服務之「論次給付」(論次)

N6：巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數

N7：巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數

假設己診所為執業服務診所，某月核定浮動點數為12萬點，庚診所為巡迴服務診所，某月核定浮動點數為24萬點。

表6 補助全國醫療資源不足區(專款部分)

補助全國醫缺之保留款 A	診所	核定浮動點數 B(註2)	醫缺全年結算浮動點值 D	補助點值 C=A/ Σ B	實際補助點值 E	保留款補付 F= E \times B	保留款補付後餘額 G=A- Σ F
260,000	己	120,000	0.95555555	0.72222222	0.04444445	5,333	244,000
	庚	240,000	0.95555555	0.72222222	0.04444445	10,667	
	小計	360,000				16,000	

[註1]：如保留款不足分配，各依保留款補付比重分攤。

[註2]：核定浮動點數，係指論次給付點數及巡迴浮動論量加計2成部分點數，含部分負擔點數。

[註3]：補助點值=260,000/360,000=0.72222222

院所實際補助點值=1-0.95555555=0.04444445

2. 補助全國醫療資源不足區之醫療服務浮動點數(論量部分)

補助點值=【前(三)1.項保留款補付後餘額(G)】/加總全國醫缺之(N7)

(1). 若(各季醫缺論量結算浮動點值+補助點值) > 1 ，則**實際補助點值**=1-各季醫缺論量結算浮動點值。

(2). 若(各季醫缺論量結算浮動點值+補助點值) ≤ 1 ，則**實際補助點值**=補助點值。

(3). 分配保留款金額=實際補助點值 \times [巡迴服務之「核實申報加成給

付」__非藥費(論量) 加成前點數(N7)]

N1：執業服務之「定額給付」(論量)

N2：執業服務之「論次給付」(論次)

N3：巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量) 加成點數

N4：巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量) 加成點數

N5：巡迴服務之「論次給付」(論次)

N6：巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量) 加成前點數

N7：巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量) 加成前點數

假設本保留款尚餘 24.4 萬元(A1)，己診所某月核定浮動點數(巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量) 加成前點數(N7))為 24 萬點，庚診所某季核定浮動點數(巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量) 加成前點數(N7))為 36 萬點。

表7 補助全國醫療資源不足區(論量部分)

補助全國醫缺之保留款 A1	診所	核定浮動點數 B(核實)(註 2)	各季醫缺論量結算浮動點值 D	補助點值 C=A1/ΣB	實際補助點值 E	保留款補付 F= E×B	保留款補付後餘額 G = A1 - ΣF
244,000	己	240,000	0.98888888	0.40666666	0.01111112	2,667	237,333
	庚	360,000	0.98888888	0.40666666	0.01111112	4,000	
	小計	600,000				6,667	

[註1]：如保留款不足分配，各依保留款補付比重分攤。

[註2]：上表核定點數含部分負擔。

[註3]：各診所之保留補付數為各診所各逐筆計算。

[註4]：補助點值=244,000/600,000=0.40666666

院所實際補助點值=1-0.98888888=0.01111112

3. 回歸該區次年一般預算

依前項計算後之餘額為237,333元。

因前(一)、(二)項分配後保留款260,000元(A)，其中200,000元來自東區，60,000元來自北區列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務，故回歸各分區次年一般預算分配方式如下：

表8 回歸該區次年一般預算

保留款補付後 餘額 G	分區	餘額 A	餘額占率 $B = A / \Sigma A$	回歸該區次年第 1 季一般預算之額度 $C=G \times B$
237,333	北區	60,000	23.076923%	54,769
	東區	200,000	76.923077%	182,564
	小計	260,000	100.00%	237,333

註 1：餘額 A 為該分區列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務之額度。

註 2：補助至該分區次年第 1 季平均點值每點 1.15 元為限。

附件 2

牙醫醫療服務審畢案件評量作業要點(草案)

- 一、本要點依牙醫門診醫療服務審查委託契約第二條規定訂定之。
- 二、牙醫全聯會審畢案件評量小組(以下簡稱評量小組)應依本要點規定，為評量各分區業務組審查醫事人員審畢之醫療服務案件，以齊一審查尺度，進而提昇審查品質。
- 三、評量小組遴聘辦法：名額由牙醫全聯會派定。設組長 1 名、副組長 1~3 名，負責審查醫事人員之安排及案件分配。
- 四、評量方式：至少應由 2 位審查醫事人員組成評量小組進行之，如審畢評量結果不一時，再請組長或副組長評量，以多數共識為評量結果。
 - (一)重點評量：依專業審查樣本核減率及事前審查核准率統計結果，就偏離常態之審查醫事人員、爭審補付率或核准率偏離常態之審查醫事人員及專業審查申訴案件之審查醫事人員等列入受評量名單。
 - (二)隨機抽樣評量：得視實際業務量與人力隨機抽樣進行評量。
 - (三)追蹤抽審：經評量審查品質不良、審畢評量結果經分區執行委員會審查組會議決議“通知改善”之醫師或依全民健康保險牙醫門診總額支付制度審查醫事人員管理要點記點者，通知改善，並列入追蹤。
- 五、評量程序：
 - (一)評量小組預先排定評量時程，每月以 1~2 個分區業務組為原則。
 - (二)各分區業務組應於預訂評量時程前一個月，以重點評量為原則，提供名單予牙醫全聯會(名單須含費用年月、原審醫師代號及審查件數)，牙醫全聯會抽樣確定受評量名單後，提供各分區業務組保留該名單各醫事人員最近 1-3 次出勤審畢之案件。
 - (三)各分區業務組於排定評量時程前將案件寄送至健保局，由全聯會指派評量小組到健保局進行評量。
- 六、評量結果：
 - (一)評量小組評量後應作成結論及後續處理原則填具評量建議表格(如附件 1)。若經會議共識認為審查品質不良者，應通知改善，並列入追蹤評量。
 - (二)受評量之審查醫事人員對評量小組建議如有不同專業見解，得填列個案討論單(如附件 2)。敘明理由於所屬分區業務組討論後如有必要得提報評量小組討論。
 - (三)評量結果應通知原受評量之審查醫事人員。
 - (四)回饋機制：評量審核結果有需要改善者，由全聯會通知原審醫師，必要時請分會召開審查醫師會議。情節重大者依審查醫事人員管理要點處理。
 - (五)有助於提昇審查品質之案例，應作成審查案例。
 - (六)於每年年底，填製醫療服務審畢案件評量結果彙總表(如附件 3)送行政院衛生署中央健康保險局。
- 七、評量小組應按下列原則將案件分派其醫事人員審查之：
 - (一)按醫事人員專長分科分案為原則。
 - (二)依全民健康保險醫療服務審查辦法第十九條規定迴避院所。
 - (三)評量過程，評量及受評量之審查醫事人員採代碼登錄，應以雙盲方式處理。
- 八、本作業要點流程圖(詳附件 4)

附件 1

牙醫總額醫療服務審畢案件評量建議表

- 年 月份 區審查小組審查醫師審畢案件業經評量小組評量完竣，核定內容如下：
- 一、醫事機構代號：《醫事機構代號》《費用年月》《審查件數》
- 二、案件種類： 例行抽審
- 三、科別：牙醫 審查醫事人員代號：《審查醫師》
- 四、抽審評量建議事項：

事項序	醫事機構	個案流水號	應/不應核減 (請勾選)		不合理類別 (請勾選)				理由/說明 (或請以應採用之「核減代碼」表示)
			應核減 未核減	不應核減 卻核減	(請詳說明)				
					一	二	三	四	

整體性的評量/建議事項：

- A. 宜請原審查醫師加強對下列法令及規定之落實執行：1. 健保法之不給付項目
2. 支付標準規定 3. 藥品許可證規定 4. 藥品給付規定 5. 事前審查規定
6. 審查注意事項 7. 其他(請說明)：_____
- B. 宜請原審查醫師加強對下列項目之落實執行：1. 用藥、治療方法與病情診斷不符
2. 非必要之檢查或檢驗 3. 處置、手術或其他治療與病情不符
4. 用藥種類及份量與病情不符或有重複 5. 變更病名過於頻繁
6. 內服藥與針傷合併治療過於浮濫 7. 治療內容與本保險支付標準規定不符
8. 其他違反相關法令或醫療品質不符專業標準 9. 核減理由未書寫
- C. 建議應移請分區業務組或分會行政配合事項，或其他建議事項：
1. 應於注意改善—追蹤抽審 2. 應於輔導改善—追蹤抽審
3. 同區不同醫師審查標準不同 4. 與其他區審查標準有明顯差異

說明：評量不合理類別：

- (一)專業認定不同：專業判斷及見解不同。
 (二)不符同儕共識：違反審查注意事項，或同案件內審查標準前後落差不公。
 (三)不符相關規定：違反支付標準、藥品給付、藥品許可證等規定。
 (四)不符法律規定：法律明訂不給付者，例如美容或審查明顯不公等。

審查
醫師：
核章

本評量建議表一式四聯、第一聯：核定聯(醫審及藥材組存查)

第二聯：通知聯(分區業務組存查)

第三聯：通知聯(各總額受託單位之地區分會)

第四聯：通知聯(各總額受託單位存查)

總額醫療服務審畢案件評量結果個案討論單

※檢附資料：(請勾選)

A. 個案相關資料：1. 醫療費用清單 2. 醫令清單 3. 病歷相關資料

B. 其他佐證資料：1. 醫學相關報導(期刊、文獻等) 2. 其他：

※ 個案來源：

類別：(請勾選)			醫事機構	費用年月	個案流水號
費用申報	事前審查	其他(請說明)			

理由說明	
討論重點	
建議事項	※ 請填列具體可行的審查規範文字內容，俾利討論或彙總。

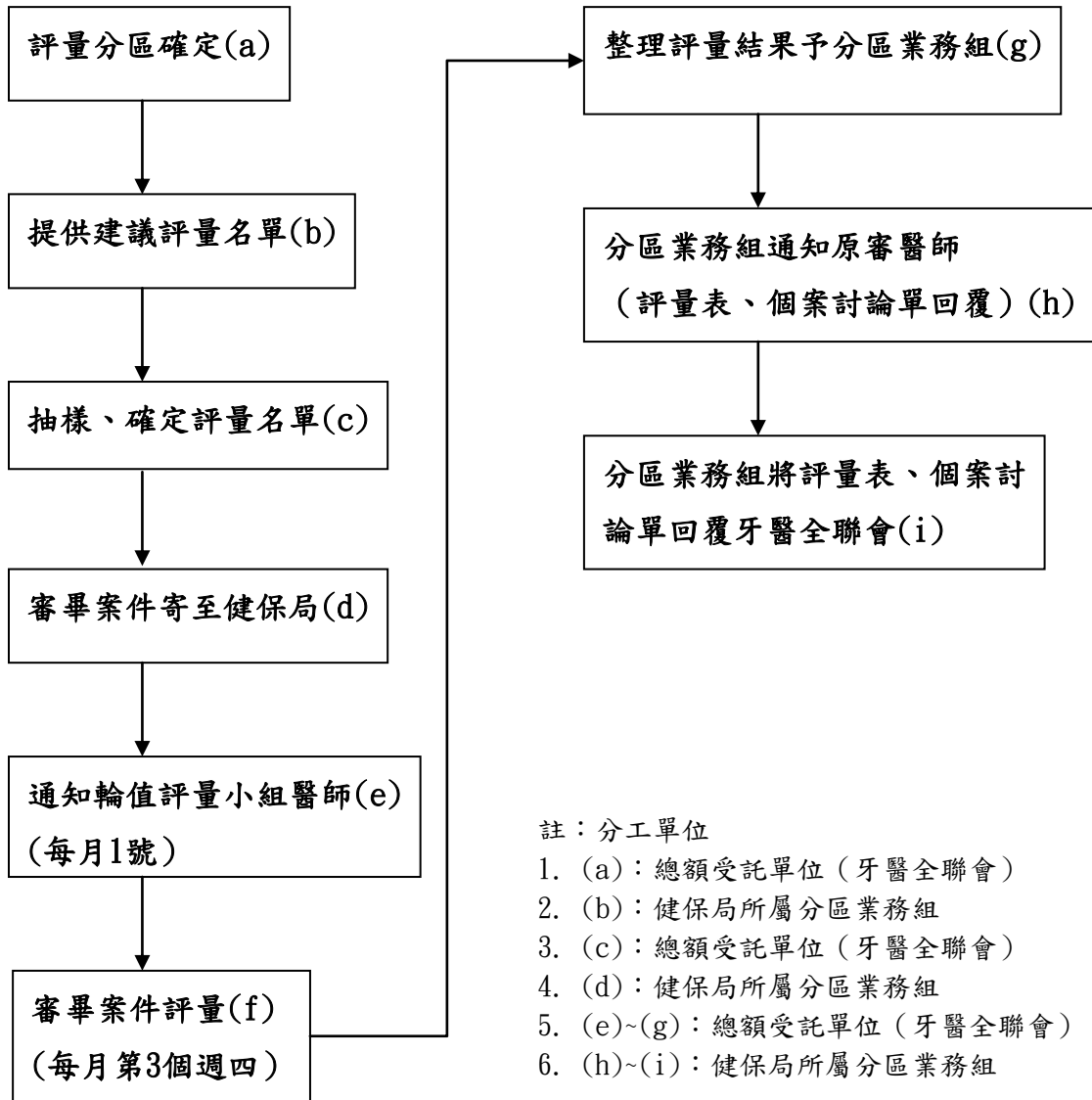
備註：對於抽審評量建議結果如有不同專業見解或其他認為有討論必要者，請填列個案討論單敘明理由，於分區業務組相關專科審查醫師討論後，認為必要時，提報送主審分區業務組討論。

申請單位	收案單位
申請日期	收案日期

○○部門○○年審畢案件辦理評量結果彙整表

分區 業務組	評量 月份	列入評量醫師數	評量結果		處理方式		備註
			合理數	不合理數	通知改善數	列入追蹤數	
臺北							
北區							
中區							
南區							
高屏							
東區							
製表日期： 年 月 日							

牙醫醫療服務審畢案件評量作業流程



註：分工單位

1. (a)：總額受託單位（牙醫全聯會）
2. (b)：健保局所屬分區業務組
3. (c)：總額受託單位（牙醫全聯會）
4. (d)：健保局所屬分區業務組
5. (e)~(g)：總額受託單位（牙醫全聯會）
6. (h)~(i)：健保局所屬分區業務組

附件3 「牙醫總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標

指標名稱		討論結果
牙體復形重補率	1年平均重補率	維持
	2年平均重補率	維持
根管治療未完成率		維持
各區同院所90日內根管治療完成率		維持
各區保險對象牙齒填補保存率	1年保存率	維持
	2年保存率	維持
各區13歲（含）以上全口牙結石清除率		維持
各區5歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率		維持
院所感染控制執行率		維持
執行感染控制院所查核合格率		維持
各區保險對象牙齒填補保存率－恆牙2年保存率		維持
各區保險對象牙齒填補保存率－乳牙1年半保存率		維持
恆牙根管治療半年內保存率		維持
牙周病統合照護計畫執行率		101年度新增，指標操作型定義如下： 分子：P4002C 之執行件數 分母：牙周病統合照護計畫執行目標（件數） （資料來源為全民健康保險醫療費用申報資料）

附件 4 101 年牙醫總額院所別醫療品質資訊公開項目

指標項目	討論結果
牙齒填補 2 年保存率	維持
根管治療 1 年完成率	維持
恆牙 2 年內自家再補率	維持
根管治療後半年之保存率	維持
全口牙結石清除率	維持
乳牙 1.5 年保存率	維持
牙周病案件比率	維持
未滿 5 歲兒童牙齒預防保健服務人數比率	名稱修正為「5 歲以下兒童牙齒塗氟利用率」
初診診察費執行率	維持
牙周疾病控制基本處置執行率	維持
醫事機構乳牙根管治療後 90 天保存率	維持
醫事機構恆牙根管治療後 180 天保存率	維持
醫事機構看診天數	維持
簡單性拔牙後 30 天內不需要術後特別處理的比率	維持
醫療費用明細標示	維持
提供特殊服務醫療項目試辦計畫之牙醫院所名單	維持
提供牙周病統合照護計畫之牙醫院所名單	維持
院所執行根管難症特別處理數量	維持
執行牙周病基礎治療之人數	維持
4 歲(含)以下就醫人數	維持
執行口腔癌篩檢之案件數	101 年度新增，操作型定義為計算案件分類為 A3 且就醫序號為 IC95 之案件數(資料來源為健保醫療費用申報資料)。
執行單純齒切除之數量	101 年度新增，操作型定義為申報 92015C 之醫令數。(資料來源為全民健康保險醫療費用申報資料)