

全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議

102 年度第 4 次會議紀錄

時間：102 年 11 月 19 日(星期二)下午 2 時整

地點：18 樓大禮堂(衛生福利部中央健康保險署)

主席：蔡主任秘書淑鈴

紀錄：甯素珠

出席人員：(依據姓氏筆劃順序排序)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表盛銘	請假	吳代表成才	吳成才
石代表家璧	請假	李代表明憲	謝偉明代
呂代表毓修	呂毓修	郭代表志龍	請假
杜代表裕康	杜裕康	林代表俊彬	林俊彬
季代表麟揚	季麟揚	黎代表達明	黎達明
林代表錫維	林錫維	黃代表建文	黃建文
徐代表正隆	徐正隆	阮代表議賢	阮議賢
林代表富滿	林富滿	劉代表煜明	連新傑代
林代表敬修	林敬修	蔡代表東螢	蔡東螢
翁代表德育	翁德育	蔡代表淑鈴	蔡淑鈴
朱代表日僑	朱日僑	張代表文輝	張文輝
許代表世明	許世明	劉代表俊言	劉俊言
傅代表立志	請假	謝代表武吉	王秀貞代
陳代表建志	陳建志	羅代表界山	羅界山
陳代表彥廷	陳彥廷	劉代表新華	劉新華
吳代表明彥	吳明彥		

列席人員：

衛生福利部

蘇芸蒂

全民健康保險會

魏璽倫、彭美瑩

中華民國牙醫師公會全國聯合會

林世榮、楊文甫、邵格蘊、廖秋英、朱智華、蘇玟伊

中華民國藥師公會全國聯合會

王韻婷

台灣醫院協會

本署臺北業務組	莫翠蘭、吳秀惠
本署北區業務組	倪意梅
本署中區業務組	程千花
本署南區業務組	唐文璇
本署高屏業務組	李金秀
本署東區業務組	劉翠麗
本署醫審及藥材組	蔡文全
本署資訊組	
本署主計室	
本署醫務管理組	林阿明、李純馥、王淑華、林淑 範、張溫溫、甯素珠、洪于淇、 張桂津、廖子涵、鄭正義、李佩 純、賴宏睿

一、確認上次會議紀錄，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）、102年第2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62條規定辦理點值公布、結算。

季別 \ 分區		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
		分區	分區	分區	分區	分區	分區	
102Q2	浮動點值	0.9420	1.0650	0.9898	1.0380	0.9865	1.1521	0.9813
	平均點值	0.9319	1.0501	0.9834	1.0258	0.9808	1.1500	0.9815

(四)、「101 年度全民健保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」執行結果報告。

決定：洽悉。

(五)、103 年「全民健康保險牙醫門診總額研商會議」召開會議之時程。

決定：會議時間如下表。

次數	1	2	3	4	5
會議日期	103. 2. 25 (星期二) 14:00	103. 5. 27 (星期二) 14:00	103. 8. 19 (星期二) 14:00	103. 11. 18 (星期二) 14:00	103. 12. 2 (星期二) 14:00
會議名稱	103 年 第 1 次	103 年 第 2 次	103 年 第 3 次	103 年 第 4 次	臨時會議
會議地點	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂

(六)、103 年度牙醫門診總額預算四季重分配。

決定：103 年度牙醫門診總額預算四季重分配後預算如下表。

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
103年原各季預算	8,343,170,221	8,946,700,567	9,600,929,869	9,349,658,863	36,240,459,520
103年原預算占率	23.02%	24.69%	26.49%	25.80%	100%
103年調整後各季預算	8,476,677,186	9,066,573,655	9,330,408,911	9,366,799,768	36,240,459,520
調整後新占率	23.39009%	25.01782%	25.74583%	25.84625%	100.00%

四、討論事項

(一)、案由：103 年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式案

決議：103 年度牙醫門診總額一般服務預算總額，移撥 2 億元用於保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案」之論量計酬費用點值，5 千萬元支應「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」及 0.781 億元支應「牙周病統合照護計畫之牙周病統合性治療第三階段給付費用」各節，原則同意，其中牙周病統合照護計畫部分敘明「每點

金額以 1 元暫付」，執行困難；第 3 階段給付因預算不足，由一般服務預算支應，應增加「每點按 1 元支付」較明確。另 102 年 11 月 22 日健保會討論本案，如有修訂，則配合辦理。

(二)、案由：修訂「103 年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」。

決議：

1. 一般服務之保障項目，僅藥費以 1 點 1 元計，餘採浮動點值。
2. 103 年牙醫門診總額醫療給付費用各項操作型定義如附件 1(P. 7-P. 9)，列為 103 年各季預算參數函之附件供委員參考，並據以辦理 103 年各季點值結算作業。
3. 其中一般服務移撥款項目及金額暫依本次會議討論第一案所提資料並均分四季列計，如健保會討論提案相關決議有修訂，將配合修改後，列為 103 年各季預算參數函之附件供委員參考，並據以辦理 103 年各季點值結算作業。

(三)、案由：「103 年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案。

決議：本次會議同意修訂重點如下，詳如附件 2(P. 10 - P. 14)。

1. 不予核發暨減計指標定義修訂如下：
 - (1) 「自家乳牙 545 天再補率 \leq 10 %者」，更改為「4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 \leq 10 %者」。
 - (2) 「恆牙根管治療」指標 1 根管治療完成半年後的保存率資料範圍，由「醫療院所往後追溯半年所有根管治療醫令」。改為「醫療院所前一年度下半年與該年度上半年往後追溯半年所有根管治療醫令」且增加需有 12 個月申報資料規定。
 - (3) 醫療院所 102 年的月平均初核核減率小於(等於)依兩層級(醫院、診所)全國 95 百分位的核減率乙項，增加「且該分區為全國就醫率最高之分區規定」，並增加「投保人口為各季季中人口數平均值」之說明。
 - (4) 新增「牙周病統合照護計畫品質」，訂為 103 年度第 3 階段申報件數在 3 件(含)以上，且占第 1 階段申報件數之比率至少達 50%，未達者減計該院核算基礎之 5%。

2. 刪除轉診加成相關規定。
3. 預算分配支用刪除「須於「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」各項品質指標，達成預期執行率」文字。

(四)、案由：修訂「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」。

決議：本次會議同意修訂重點如下，詳如附件 3(P. 15 - P. 23)。

1. 五、(二)之 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 元給付鼓勵乙項，增加「該年度如未進行考核，則以 3 年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者」之內容。
2. 五、(二)之 2，餘款則補助論次計酬，最多補助到「每級加成至 5 成」之「每級」改為「核定金額」。

(五)、案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案

決議：

1. 在口乾症患者照護 3000 萬元預算及非協商因素增加之 1.58 億元合計 1.88 億下，除新增乳牙複雜性拔牙不同意外，餘依牙全會提案調整，支付標準修訂重點如下，詳如附件 4(P. 24 - P. 32)。

- (1) 放寬 6 項目適用表別到 B 表，7 項修訂支付項目文字
- (2) 附表 3.3.3 增加花東地區最近 4 季平均點值超過 1.15，該區專任醫師不適用牙醫相對合理點數給付原則規定。
- (3) 新增「難症特別處理-五根及五根以上根管」及「口乾症塗氟」及「口乾症牙結石清除-全口」三項，另調增 22 項支付點數，總調增點數估計年增 1.48 億。

2. 為免影響點值，請牙全會監控各調整項目申報費用情形，尤其是口乾症處理及橡皮障防濕裝置兩項。

(六)、案由：「103 年度全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」修訂案。

決議：計畫修訂重點如下：詳如附件 5(P. 33 - P. 45)

1. 將本計畫目標人次由 66,800 人調至 100,000 人。
2. 原自一般服務移撥 1.64 億元支應之第三階段 P4003C 照護給付部分，改列專款項下預算 1.646 億元支應，另自一般服務移撥 0.781 億元支應該項目費用，且每點按 1 元支付，如預算不足，由一般服務預算支應。
3. 新增「截至 103 年 12 月 31 日止，第 3 階段「P4003C」申報人數未達 7 萬人，於第 4 季結算時，將第 1 階段及第 2 階段預算之 3000 萬移列到第 3 階段。第 4 季第 3 階段如有不足，優先由此移列預算支應，再有不足則由一般服務預算支應。」
4. 比照牙醫特殊醫療服務試辦計畫新增醫師申請資格之限制。
5. 新增醫師 103 年完成三階段服務個案比率 < 101 年統計之 2.5 百分位數者之退場機制。
6. 增加計畫核備之醫師每月申請件數不超過 20 件，跨院合併計算，超過者採立意審查，但有特殊狀況除外規定，可增加申請件數。

伍、與會人員發言摘要詳如附件 6(P. 46-P. 59)。

陸、散會：下午 16 時 50 分

103 年牙醫門診總額各季各分區預算數

年	項目	公式	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
103年	協商結果--醫療給付費用成長率	N_{103}	1.580%	1.580%	1.580%	1.580%	
	*一般服務						
	一般服務醫療給付費用成長率	R_{103}	0.364%	0.364%	0.364%	0.364%	
	品質保證保留款醫療給付費用成長率	Q_{103}	0.30%	0.30%	0.30%	0.30%	
	實際保險對象人數	P_{103}					
	預算						
	校正投保人口年增率預估值	DI_{103}	31,163,454	34,913,625	28,820,284	19,363,878	114,261,241
	一般服務醫療給付費用總額	$RG_{103}=(RG_{102}+DI_{103})*(1+R_{103})$	8,475,525,241	9,082,656,390	9,740,819,338	9,488,072,786	36,787,073,755
	品質保證保留款(102年額度)	$QG_{102}=(RG_{101}+DI_{102})*Q_{102}$	24,995,661	26,781,677	28,747,995	28,027,939	108,553,272
	品質保證保留款(103年額度)	$QG_{103}=(RG_{102}+DI_{103})*Q_{103}$	25,334,359	27,149,146	29,116,474	28,360,984	109,960,963
	品質保證保留款(自101年起採2年累計額度)	$QG_{103}+QG_{102}$	50,330,020	53,930,823	57,864,469	56,388,923	218,514,235
	療資源不足且點值低地區獎勵計畫移撥款	$Spe_{103_sea}=50,000,000/4$	12,500,000	12,500,000	12,500,000	12,500,000	50,000,000
	醫缺方案之論量計酬費用移撥款	$Lack_{103_sea}=200,000,000/4$	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	200,000,000
	牙周病統合照護計畫第三階段移撥款	$Dcsg3_{103_sea}=78,100,000/4$	19,525,000	19,525,000	19,525,000	19,525,000	78,100,000
	地區一般服務	$DG_{103}=RG_{103}-QG_{103}-QG_{102}-$ $Spe_{103_sea}-Lack_{103_sea}-$ $Dcsg3_{103_sea}$	8,343,170,221	8,946,700,567	9,600,929,869	9,349,658,863	36,240,459,520
	*專款專用：全年預算		391,900,000	391,900,000	391,900,000	391,900,000	1,567,600,000
	牙醫特殊服務項目	SG_{103} (全年預算 443,000,000)	110,750,000	110,750,000	110,750,000	110,750,000	443,000,000
	醫療資源不足地區改善方案	$DPSG_{103}$ (全年預算 280,000,000)	70,000,000	70,000,000	70,000,000	70,000,000	280,000,000
	牙周病統合照護計畫(第1、2階段)	$DC12_{103}$ (全年預算680,000,000)	170,000,000	170,000,000	170,000,000	170,000,000	680,000,000
	牙周病統合照護計畫(第3階段)	$DC3_{103}$ (全年預算164,600,000)	41,150,000	41,150,000	41,150,000	41,150,000	164,600,000

103 年牙醫門診總額醫療給付費用各項定義及計算方式

一、衛生福利部全民健康保險會協定公告內容摘要

(一) 總額設定公式：

103年度牙醫門診醫療給付費用總額＝校正後102年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+103年度牙醫門診一般服務成長率)+103年度專款項目經費

註：校正後102年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，包含101年校正投保人口成長差值。

(二) 總額協定結果：

1、一般服務成長率為0.364%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率0.431%；協商因素成長率-0.067%。

2、專款項目全年預算額度為1,567.6百萬元。

3、前述二項額度經換算，103年度牙醫門診醫療給付費用總額，較102年度所協定總額成長成長1.888%；而於校正投保人口後，成長率估計值為1.580%。

(三) 地區範圍：預算以衛生福利部中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(四) 地區預算分配方式：預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(五) 藥品依藥價基準核算，自地區總額預先扣除。

二、計算公式說明

(一) 103 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額

＝(102 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額+101 年校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額)×(1+0.364%)

1、103 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用成長率經協定為 0.364%

2、校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額：依據費協會第 114 次委員會議決議公式辦理，103 年各季一般服務預算結算時，其基期分別為 0.31 億元、0.35 億元、0.29 億元、0.19 億元，全年共計 1.14 億元。

(二) 103 年品質保證保留款

= (102 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額+101 校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額) × 品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.3%)+102 年品質保證保留款額度

註：品質保證保留款自 102 年起，以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

(三) 醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫移撥款

= 0.5 億元，按季均分，每季 12.5 百萬元

(四) 醫缺方案之論量計酬費用專用移撥款

= 2 億元，按季均分，每季 50 百萬元。

(五) 牙周病統合照護計畫第三階段專用移撥款

= 0.781 億元，按季均分，每季移撥 19.525 百萬元。

(六) 103 年各季一般服務部門分配至各分區預算

= 103 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 - 103 年品質保證保留款

(七) 103 年一般服務部門六分區預算分配方式如下：

= [103 年各季一般服務部門分配至各分區預算] × 100% × 101 年各分區人口風險因子

1023 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案

(草案)

壹、依據

全民健康保險~~醫療費用協定委員會~~(以下稱~~費協~~健保會)1023 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 ~~1863~~ 次委員會議紀錄。

貳、預算來源

依費協會第 182 次會議決議，品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，預算來自 1023 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中「品質保證保留款」預算 0.3%與 1012 年度原預算基礎，計 ~~2.12~~2.185 億元。

參、方案目的

本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫特約醫療院所。

肆、支用條件

牙醫門診特約醫療院所之 1023 年 1 月至 1023 年 12 月費用已辦理第一次暫付者，且無本方案第五點第四項第(一)款所列情形者，得核發品質保證保留款。

伍、減計原則

- 一、牙醫門診特約醫療院所，有本方案第五點第四項第(一)款情形之一者，不予核發品質保證保留款。
- 二、牙醫門診特約醫療院所，有不符本方案伍、第四項第(二)(三)(四)(五)款情形，每項指標減計該院所核算基礎 20%；不符合第(六)款情形，減計該院所核算基礎 10%；不符合第(七)、(八)、(九)款情形，減計該院所核算基礎 5%。
- 三、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「山地離島醫療給付效益提升計畫(IDS)」及「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」之案件，不列入本方案第五點第四項第(二)(三)(四)(五)(六)(七)(八)(九)款之計算。

四、不予核發暨減計指標定義

- (一) 醫療行為異常暨違規院所：

1. 牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下簡稱牙醫全聯會）之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。
2. 本年度內之違規情事可歸因於牙醫相關部門，並經全民健康保險保險人（以下稱保險人）依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」（以下稱特管辦法）第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。
3. 三年內依特管辦法第三十八、三十九條處以停止特約者。
4. 五年內依特管辦法第四十條處以終止特約者。

[註]：上述期間以處分日期認定之。

(二) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率：

65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率 $\leq 7\%$ 。

[註]a. 資料起迄時間：當年

b. 資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率

c. 分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙牙冠顆數。

d. 分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。

e. 備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)

f. 公式： $(\text{分子} / \text{分母}) \times 100\%$

g. 院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 100 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取

h. 院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆

(三) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率：

4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 $\leq 10\%$ 者

[註]a. 資料起迄時間：當年

b. 資料範圍：各醫療院所該年 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率

c. 分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之乳牙顆數。

d. 分母：該時期(該年)該醫療院所所有 5 歲 6 個月以上病患，實施牙齒填補之乳牙顆數

- e. 公式： $(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$
- f. 院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(1001 年 7 月 1 日開業院所)無法領取
- g. 院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆
- h. 5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。

(四) 恆牙根管治療：

分為下列 3 項指標，每項指標皆需達到符合標準，且根管治療點數佔總點數之百分比須大於 5 % 者

1. 恆牙根管治療完成半年後的保存率 $\geq 95\%$

[註] a. 資料範圍：醫療院所前一年度下半年與該年度上半年往後追溯半年所有根管治療醫令

b. 分子：醫療院所就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。

c. 分母：同時期各醫療院所申報 RCF 之恆牙顆數。

d. 計算： $1 - (\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$ 。

e. 該院所該年須有 12 個月的申報資料。

2. 恆牙根管治療未完成率 $< 30\%$

[註] a. 定義：恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上除以根管開擴及清創。

b. 計算公式： $[1 - (90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C) / 90015C]$

3. 院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90097C)且其中 1 例應含橡皮障防濕裝置(90012C)

(五) 全口牙結石清除：

分為下列 3 項指標，每項指標皆需達到符合標準

1. 全口牙結石清除比率 $> 20\%$

[註] a. 分子：醫療院所申報 13 歲(含)以上全口牙結石清除術(醫令代碼 91004C)的人數。

b. 分母：醫療院所牙醫門診病人數(13 歲(含)以上之病人數)。

c. 計算： $\text{分子}/\text{分母} \times 100\%$ 。

2. 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%

[註] [當年施行全口牙結石清除，且併同牙周疾病控制基本處置人數/全部全口牙結石清除人數]

3. 該醫療院所同一病人往前追溯 180 天內重複執行全口牙結石醫令(含跨院)件數比例 \leq 該層級 99 年度全國 80 百分位，且依兩層級(醫院、診所)分別核算。

[註] (半年內重複執行 91004C 之案件數)/該醫療院所執行 91004C 總案件數

(六) 該醫療院所 10~~12~~2 年的月平均初核核減率小於(等於)依兩層級(醫院、診所)全國 95 百分位的核減率且該分區為全國就醫率最高之分區。(年度分區投保人口為各季季中人口數平均值)

(七) 口腔癌篩檢：該醫療院所 10~~22~~3 年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 10 筆至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。

(八) 兒童牙齒塗氟保健服務：該醫療院所 10~~22~~3 年度執行至少 12 件兒童牙齒塗氟保健服務。

註：以健保申報資料醫令代碼 81 計算。

(九) 牙周病統合照護品質：103 年度第 3 階段申報件數在 3 件(含)以上，且占第 1 階段申報件數之比率至少達 50%。

陸、轉診加成相關規定：

~~申請轉診加成之專科牙醫師，其專科申報點數達全部申報處置點數百分之七十者，不受第伍點第四項第(二)(三)(四)(五)(七)(八)款之限制。~~

柒、陸、預算分配支用：

- 一、品質保證保留款之分配支用，須於「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」各項品質指標，達成預期執行率後，每年結算一次，並以申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費)乘以平均核付率比例計算之。

[註] 依據「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，該方案之案件，不列入本項申請點數計算。

二、辦理結算前，由牙醫全聯會提供本方案第五點第四項第(一)款之1特約醫療院所名單，及由國民健康署提供本方第五點第四項第(七)款不符合本方案分配資格之特約醫療院所名單，函請保險人依前項辦理結算。

捌柒、其他事項

辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。

玖捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送費協健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。自102年起，屬給付項目及支付標準者，依新修正公布之全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

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

一. 依據:牙醫門診總額總額研商議事會議 102 年度第 1 次紀錄。

二. 目標值:分區結算平均點值大於 1.15 元部分。

三. 保留款機制:

(一) 依分區別設立保留款,分區保留款由該分區運用。

(二) 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。

四. 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。

五. 保留款運用之計算方式:

(一) 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) 於年底結算時,該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該區:

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(該年度如未進行考核,則以 3 年內最近一次考核成績為依據,且該院所申報點數較前一年不超過 $\pm 20\%$ 者),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,最多補助到每級核定金額加成至 5 成;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全民健康保險會備查，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：「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- $[1.15 \times \text{核定點數(含部分負擔)}]$

[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102年第3、4季浮動點值及平均點值如下表，因102年第4季北區及東區分區平均點值 >1.15 ，故啟動保留款機制。

表1 假設點值

投保業務組別	102年第3季浮動點值	102年第3季平均點值	102年第4季浮動點值	102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102年第4季保留款金額(如下表2)。

表2 保留款金額

投保業務組別	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：該分區補貼款=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，該季各區一般服務結算浮動點值為0.71111111元，全年資源不足結算點數為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	資源不足全年 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(此項由專款預算支應，故使用資源不足全年結算點值計算)。

- (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	該季資源不足 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。此項 102 年度起改由資源不足一般服務專款預算(1.9 億元)支應，故使用當季結算時資源不足論量結算浮動點值計算。

[註 3]：該季資源不足論量結算浮動點值 C: 當預算足夠時，以當區點值不低於 1 元支付，若預算不足採浮動點值結算。

3. 前項分配後若有餘款，則補助「論次給付」計酬方式者，最多補助到每級核定金額加成至5成，如保留款不足分配，依保留款補付比重分攤：

假設本保留款尚有50萬元，醫缺各院所該年度「論次給付」核定金額為50萬元，但因本項分配之補助金額最多補助到每級核定金額加成至5成， $500,000(\text{元}) \times 50\% = 250,000(\text{元})$

- (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】/加總全國資源不足之(N2+N4+N5+N9)

(1). 若該區(資源不足全年結算浮動點值+補助點值) >1 ，則**實際補助點值**=1-資源不足全年結算浮動點值。

(2). 若該區(資源不足全年結算浮動點值+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 [資源不足之(N2、N4、N5、N9)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

N8：社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成點數

N9：社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成點數

N11:社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量) 加成前點數
 N12:社區醫療站之「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)

補助全國資源不足之保留款 A	診所	核定浮動點數 B(註2)	資源不足全年結算浮動點值 D	可補助點值 $C=A/\Sigma B$	實際補助點值 E	保留款補付 $F= E\times B$	保留款補付後餘額 $G=A-\Sigma F$
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]:可補助點值=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)】/加總全國資源不足之(N7+ N12)

(1). 若(各季資源不足論量結算浮動點值+補助點值)>1，則實際補助點值=1-各季資源不足論量結算浮動點值。

(2). 若(各季資源不足論量結算浮動點值+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 × [巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量) 加成前點數(N7、N12)]

~~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 資源不足 之保留款 A1	診所	核定浮動點 數 B(核 實)(註 2)	各季資源不 足論量結算 浮動點值 D	可補助點值 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。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第三部 牙醫

第一章 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
01271C	<p>環口全景X光初診診察</p> <p>註：1. 係指病患在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病患基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。</p> <p>2. 申報時應檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影。</p> <p>3. 同次診察內34001C~34004C之X光費用不再另外給付。</p> <p>4. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。</p> <p>5. 三年限申報一次，申報本項一年內不得申報01272C及01273C。</p>	V	V	V	V	600	載明不得重覆執行之初診診察項目。

第二章 牙科放射線診療 Dental Radiography(34001-34006)

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數	說明
34001C	根尖周 X光攝影 Periapical radiography 註：同一月份費用已內含X光片的支付項目，不得另外重覆申報。	v	v	v	v	50 <u>80</u>	調升支付 點數
34002C	咬翼式 X光攝影 Bite-Wing radiography 註：1. 同一月份費用已內含X光片的支付項目，不得另外重覆申報。 2. 咬翼式 X光片須含小白齒部分。	v	v	v	v	50 <u>100</u>	調升支付 點數
34003C	咬合片 X光攝影 Occlusal radiography	v	v	v	v	60 <u>120</u>	調升支付 點數

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89013, 89088, 89101-89113)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
89006C	<p>覆髓 Pulp capping</p> <p>註：1. 包括暫時填充。 2. 每顆牙、每半年限申請一次。 3. 再做永久充填時需間隔30天（若經根管治療後不在此限）。 4. 僅限恆牙。</p>	v	v	v	v	140	更正錯字
89007C	<p>釘強化術（每支） Enforcing pin, each</p> <p>註：1. 需檢附術後X光片與填補合併申報。 2. 僅限恆牙。</p>	v	v	v	v	477 <u>500</u>	調升支付點數
89113C	<p><u>特殊狀況之複合體充填</u> <u>Compomer restoration</u></p> <p>註：1. <u>適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫特定身心障礙者、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。</u> 2. <u>限恆牙牙根齲齒申報。</u></p>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>		依實際醫療需求新增支付項目。

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020, 90088, 90091-90097, 90112)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
90007C	<p>去除鑄造牙冠 Removal of casting crown</p> <p>註：1. 需附治療前X光片及治療後X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)以為審核(X光片或相片費用已內含)，合併拔牙的切除牙橋處置，可免附術後X光片或相片。</p> <p>2. 申報 90007C 後不得另行申報OD。(覆髓除外)。</p>	V	V	V	V	360 500	調升支付點數
90008C	<p>去除釘柱 Removal of post</p> <p>註：申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核(X光片費用已內含)。</p>	V	V	V	V	968 1000	調升支付點數
90010C	<p>根尖逆充填術 Retrograde filling</p> <p>註：以根管數計算，需檢附術後X光片(X光片費用已內含)。</p>	V	V	V	V	881 900	調升支付點數
90011C	<p>牙齒再植術 Replantation</p> <p>註：不包括根管治療，需檢附術前及術後X光片以為審核(X光片費用已內含)。</p>	V	V	V	V	978 1000	調升支付點數
90012C	<p>橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance</p> <p>註：1. 銀粉、複合樹脂、及玻璃離子體及複合體充填時，需使用橡皮障防濕裝置費用十二歲以上內含，未滿十二歲則視病情需要使用。</p> <p>2. 使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。(X光片或相片費用已內含)。</p>	V	V	V	V	100	配合實際臨床需要修改，標準作業下使用橡皮障防濕裝置以確保治療品質及使用期限，需要使用相片或X光片舉證，不應以年紀劃分，以提升醫療品質。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
	難症特別處理Difficult case special treatment， 範圍如下所列各項：						
90091C	— 大白齒(C-Shaped)根管	v	v	v	v	968 <u>1000</u>	調升支付點數
90092C	— 有額外根管者 (1)前牙及下顎小白齒有超過一根管者。 (2)上顎小白齒有超過二根管者。 (3)大白齒有超過三根管者。 (4)以實際超過根管數計算。	v	v	v	v	968 <u>1000</u>	調升支付點數
90093C	— 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。	v	v	v	v	968 <u>1000</u>	調升支付點數
90094C	— 根管重新治療在X光片上root canal內顯現出radioopaque等有obstruction之根管等個案，以根管數計算。	v	v	v	v	1000	
90095C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(雙根管)	v	v	v	v	1000	
90096C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(三根管)	v	v	v	v	1500	
90097C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(四根及四根以上根管)	v	v	v	v	2000	修訂為四根管
90098C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管)	v	v	v	v	2500	新增五根及五根以上根管。
	上列支付項目90091C- 90097C 90098C申報說明如下列： 註：1. 90091C-90094C須檢附術前或術後舉證之X光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之X光片（X光片費用已內含）。 2. GP過度充填(over filling)不得申報90095C~ 90097C 90098C。						配合新增五根管，修訂GP過度充填不得申報項目。

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91005, 91006~91014, 91088, 91104, 91114)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
91005C	<p><u>口乾症牙結石清除-全口</u></p> <p>註：1. 適用口乾症患者之牙醫醫療服務申報。</p> <p>2. 限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。</p>	V	V	V	V	600	新增口乾症之支付標準

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92072, 92088-92089)

第一項 處置及門診手術

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
92004C	<p>口外切開排膿 Extraoral incision & drainage</p> <p>註：1. 腫脹區切開，引流，清創放置引流管並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。</p> <p>2. 限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。</p>	V	V	V	V	1935 2000	調升支付點數
92015C	<p>單純齒切除術 Odontectomy, simple case</p> <p>註：1. 依牙醫門診總額支付制度臨床指引導報。</p> <p>2. 包括牙瓣修整術，需檢附X光片(flap repair)</p> <p>3. 本項目X光片及局部麻醉費用已內含。</p> <p>4. 適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。</p> <p>5. 阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。</p>	V	V	V	V	2068 2100	調升支付點數
92016C	<p>複雜齒切除術 Odontectomy, complicated case</p> <p>註：1. 依臨床治療指引相關條文申報。</p> <p>2. 包括牙瓣修整術，需檢附X光片(flap repair)。</p> <p>3. 本項目X光片及局部麻醉費用已內含。</p>	V	V	V	V	3568 3600	調升支付點數

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
92017C	囊腫摘除術 Cystic enucleation — 小 small < 2cm	v	v	v	v	2858 <u>3000</u>	調升支付 點數
92018B	— 中 middle 2-4cm		v	v	v	3435 <u>3500</u>	調升支付 點數
92019B	— 大 large > 4cm 註：1. 申報費用應檢附 X 光片及病理檢查報告。 2. <u>92017C</u> 、92018B及92019B等 <u>兩三</u> 項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	4871 <u>5000</u>	調升支付 點數 註2增列 92017C。
92030C	前齒根尖切除術 Apicoectomy-anterior 註：1. 需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2. 同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	1768 <u>1800</u>	調升支付 點數
92031C	小白齒根尖切除術 Apicoectomy-premolar 註：1. 需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2. 同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	2761 <u>2800</u>	調升支付 點數
92032C	大白齒根尖切除術 Apicoectomy-molar 註：1. 需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2. 同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	3974 <u>4000</u>	調升支付 點數
92033C	牙齒切半術或牙根切斷術 Hemisection or root amputation 註：需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	1468 <u>1500</u>	調升支付 點數
92045AB	自體牙齒移植 Autotransplantation 註：1. 需檢附術前 X 光片以為審核 (局部麻醉費用已內含)。 2. 含拔牙至固定為止。			v	v	2010	開放表別
92047AB	顎關節內注射 Intraarticular injection			v	v	400	開放表別
92049AB	黏膜下注射 Submucosal injection			v	v	400	開放表別
92051AB	塗氟 Fluoride application 註：1. 限頭頸部病患電療 <u>開始進行</u> 後施行申報。 2. 含材料費。			v	v	400 <u>500</u>	開放表別 調升支付 點數
92052AB	閉塞器裝置或手術導引板 Surgical stent (splint) 註：1. 限顎骨齒列外傷、顎部手術及癌症或腫瘤病人			v	v	5000	開放表別

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
	手術後處理。 2. 含材料費。						
92053B	咬合板治療 Occlusal bite splint 註：1. 為同一療程，含診斷、所有處置、日後調整費及材料費。 2. 病歷應詳實記載處置過程並附術後照片（照片費用內含）。 3. 保固期一年內不得重覆申報本項。		V	V	V	4000	明確定義不得重覆申報之期間及項目。
92054AB	軟性咬合器治療 Soft splint 註：含材料費。			V	V	500	開放表別
92069B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註： 一、本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中2項（含）以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。 二、適應症： 1. 下顎運動最大張口距：小於35mm。 2. 終極試驗：大於5mm或小於1mm。 3. 顱顎關節雜音之聽診：單或雙側具彈響（clicking sound）或軋髮音（crepitus sound）。 4. 顱顎關節區觸診：單或雙側有壓痛。 5. 外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。 6. 咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。 三、一年內不得申報92053 B及本項。		C	V	V	7000	明確定義不得重覆申報之期間及項目。
92072C	口乾症塗氟 Fluoride application 註：1. 限口乾症患者施行申報。 2. 含材料費。 3. 90天可申報乙次。	V	V	V	V	500	新增口乾症之支付標準表

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
92089B	氟托(單顎) 註： 1. 限頭頸部癌症病患放射性治療後施行申報。 2. 需經印模後以乙烯-乙烯聚合醇共聚物 (Ethylene-vinyl Copolymer)材質客製化氟托。 3. 保固期一年內不得重覆申報本項。		V	V	V	1500	明確定義不得重覆申報之期間及項目。

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(二)下列牙醫師不適用本原則之折付方式：

1. 花東地區已結算之最近4季平均點值超過1.15，該年度該區之專任醫師。

2. 專科醫師。

3. 該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在4500人以上之專任牙醫師。

4. 該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。

5. 除1、2、3、4點所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫總額支付委員同意者。

103102-年度全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫(草案)

一、依據：

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

二、目的：

本計畫之實施，係藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔疾病醫療費用之負擔。

三、執行目標：

本計畫以達成100,000~~66,800~~照護人次(以P4002C施行件數認定)為執行目標。

四、預算來源及支付範圍：

(一) 本計畫所列診療項目之預算來源

1. 「P4001C」及「P4002C」診療項目由 103102-年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫」專款項目下支應，全年經費為 6.804.523 億元。其預算按季均分及結算，每點金額以 1 元暫結，當季預算若有結餘則流用至下季，若當季預算不足時，則採浮動點值結算，全年結算每點金額不高於 1 元。
2. 「P4003C」診療項目全年經費為 2.427 億元，其中 1.646 億元由 103 年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫」專款項目下支應，另 0.781 億元由一般服務預算支應，自 103102-年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務預算項下，全年移撥配合款 0.7811.64 億元。其預算按季均分及結算，每點金額以 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，若當季預算不足則由一般服務預算支應，年度若有結餘則回歸一般服務總額。
- 3.截至 103 年 12 月 31 日止，第 3 階段「P4003C」申報人數未達 7 萬人，於第 4 季結算時，將第 1 階段及第 2 階段預算之 3000 萬移列到第 3 階段。第 4 季第 3 階段如有不足，優先由此移列預算支應，再有不足則由一般服務預算支應。
- 3.~~前二項預算皆按季均分，每點金額以 1 元暫付，全年結算，每點金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季，若當季預算不足時，則採浮動點值結算。其中「P4003C」診療項目預算於年度結算時如有結餘，餘額回歸一般服務總額。~~

(二)適用治療對象(給付對象)

治療對象為全口牙周炎患者，總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。

(三)支付標準：

- 1.本計畫支付標準限經 99 至 102103 年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫核定之醫師申報。
- 2.若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C、91007C*3 者，不得申報本計畫中所列診療項目。
- 3.特約醫療院所擬執行牙周病檢查與治療前，應先詢問病人是否已持有牙周病照護手冊或接受過治療，並請至健保 VPN 系統進行牙周病統合照護計畫登錄及查詢該病患是否曾接受牙周病統合性治療，如未曾接受統合性治療或曾接受統合性治療超過一年以上（以執行 P4001C 起計），始得收案執行。
- 4.確認病人符合收案資格後，特約醫療院所始得申報本計畫支付項目，並自第一階段支付牙周病檢查日起，一年內不得申報 91006C~91008C 之診療項目服務費用，且不得拒絕提供有病情需要，需補充施行齒齦下刮除之治療。
- 5.每一個案每年僅能執行乙次牙周病統合照護治療。
- 6.本計畫分三階段支付，其療程最長為 180 天，療程中 P4001C-P4003C 各項目僅能申報乙次，另施行第二階段 P4002C 治療日起 90 天內，依病情需要施行之牙結石清除治療(91003C、91004C)，不得申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P4001C	牙周病統合性治療第一階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行治療前 X 光檢查，並進行牙周病檢查(記錄表如附件 1)。 2. 應提供「牙周病統合照護計畫照護手冊」及口腔保健衛教指導。 3. X 光片費用另計（限申報 34001C 及 34002C）。	v	v	v	v	1800

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P4002C	牙周病統合性治療第二階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制記錄(記錄表如附件 2)。 2. 需檢附牙菌斑控制記錄及病歷供審查。 3. 依病情需要施行 X 光檢查，得另外申報費用(限申報 34001C 及 34002C)。	v	v	v	v	5000
P4003C	牙周病統合性治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制記錄及評估治療情形。 2. <u>完成</u> 牙周病統合性治療第二階段施行治療日起4週(≥28天)後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm之牙齒，至少1個部位深度降低2mm者達7成以上，且無非適應症之拔牙時方得核付。 3.需附治療前與治療後之牙菌斑控制記錄與牙周病檢查記錄表、病歷供審查。 4.依病情需要施行X光檢查，得另外申報費用(限申報 34001C及34002C)。	v	v	v	v	3200

五、牙醫師申請資格：

- (一)一般醫師需接受 4 學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(1 學分行政課程；3 學分專業課程)。
- (二)台灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均需接受 1 學分以上牙周病統合計畫相關之行政部分教育訓練。
- (三)醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(查屬行政疏失或非因涉及健保費用申請等情事者均不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。
- (四)醫師 103 年合計提供治療個案，排除個案數 5 件以下者，於 104 年 7 月依病患

歸戶統計，完成三階段服務個案數比率<33.33%，105年1月起兩年內不得參加計畫，屆滿需再接受相關教育訓練後提出申請。

六、申請程序及申報規定：

- (一)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請初核，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下稱保險人)及其分區業務組核定，異動時亦同，申請書格式如【附件3】。
- (二)如病患病情需要，由上述參與計畫之特約醫療院所醫師實施並申報本計畫之治療項目。
- (三)個案申報案件分類為15，如僅施行計畫項目，按同一療程處理，僅申報「牙周病統合性治療第一階段支付(P4001C)」項目時，得申報診察費。另如與其他案件類別治療併行時，應分開申報，由其他類別案件申報1次診察費。另相關治療之X光片檢查費、藥費及麻醉費應併同本計畫項目申報。

七、審查方式：

- (一)醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- (二)申報「牙周病統合性治療第一階段支付(P4001C)」項目，併第二階段支付(P4002C)項目隨一般案件抽審，需檢附以下資料：
 - 1.病人基本資料。
 - 2.病人接受治療確認單。
 - 3.治療前X光片(足以辨識骨頭高度 bone level 之X光片)。
 - 4.治療前牙周病檢查記錄表及牙菌斑控制記錄。
 - 5.半年內之病歷影本(初診日為半年之內者，自初診日起算；初診日為半年以上者，需附足回推半年以上之最後一筆病歷)。
- (三)申報「牙周病統合性治療第二階段支付(P4002C)」，隨一般案件抽審。審查時除第一階段審查資料外，需檢附治療前牙菌斑控制記錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽審清單，得免附X光片)
- (四)(三)申報「牙周病統合性治療第三階段支付(P4003C)」，隨一般案件抽審。審查時除第一、二階段審查資料外，需檢附治療前與治療後之牙周病檢查記錄表、進階牙菌斑控制檢查記錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽

審清單，得免附 X 光片)

(五)(四)專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無骨下破壞患者...等)。

八、臨床治療指引

P4001C	牙周病統合性治療第一階段支付項目
P4002C	牙周病統合性治療第二階段支付項目
P4003C	牙周病統合性治療第三階段支付項目
適應症 Indications	全口牙周炎(總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$)
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)
處置 Management	進階牙菌斑控制(治療前、牙根整平術施行後 4-8 週後) 牙根整平術 治療前、後完整牙周病檢查記錄
完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除，牙根整平、原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒，至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上、牙齦發炎狀態改善。

九、相關規範：

(一)醫療服務管控實務如下：

1. 案件數分配：由牙醫全聯會依總額分區 101100 年度 R 值比例分配，按季、分區管理。

2. 醫管措施

- (1) 經本計畫核備之醫師每月申請件數不超過 20 件 (以 P4002C 列計)，醫師支援不同院所應合併計算，執行件數超過核定數時，應以立意審查，以確保醫療品質。
- (2) 若符合以下條件，得提出申請，經保險人核定後可增加每月申報件數。
 - ① 專科醫師 (臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會)，或有教學計畫

(教學醫院、PGY 院所)，得提出申請，經保險人核定後，每月申報件數不限。

② 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為每月 30 件。(如於 102 年 3 月提出申報，則以 102 年 1、2 月申報 P4003C 之件數核定)

(3) 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，報備表格式如【附件 4】，請於每月 5 日將報備表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月 20 日前將名單函送保險人及其分區業務組審理確認，並由保險人行文通知申請醫師，並副知牙醫師全聯會。

32.服務量的調節：一季約執行 25,000~~16,700~~件，按月統計核備與完成第二階段之案件數。

(二)相關配套：牙周病檢查紀錄完整且有治療前後改善情形對照比較。

1.對於牙周破壞情形(包括軟、硬組織)須完整記載，提供疾病病因、判斷充分資訊，加重患者自我重視程度，提高接受治療意願。

2.第三階段中治療改善情形，甚至長期牙周健康追蹤情形可據以提供。

(三)參加本計畫之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

十、醫師資格審查程序：

(一)請每月 5 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將名單函送保險人及其分區業務組審理確認，並由保險人以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本計畫服務。

(二)醫師支援不同院所應各別提出申請，醫師名單或執業執照若有異動，應於每月 5 日前函報牙醫全聯會，並送保險人分區業務組確認，並得於次月生效。

(三)特約醫療院所代碼如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人之分區業務組辦理本計畫之起迄日期變更作業。

十一、本計畫治療過程中，全民健康保險不給付項目如下，請各醫師依特殊需要，並向病人詳述理由，獲得同意後，方得提供：

(一)牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠(激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用)

(二)因美容目的而作的牙周整形手術

(三)牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)

(四)牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)

十二、成效評估指標：由牙醫全聯會依下列指標評估。

(一)服務量

(二)完成率：若醫師申報第一階段，申報第二階段未達一定比例或申報第三階段未達一定比例，則需進行再教育或限制其執行本計畫。

(三)申報第三階段件數核減率

(四)計畫治療對象跨院接受 91006C~91007C 比率

(五)參與計畫之民眾抽樣調查治療之滿意度

十三、施行本計畫之個案，如被醫師不當收取屬健保給付範圍之自費項目，該醫師除依全民健康保險相關法規被懲處外，且自保險人之分區業務組通知日之次月起，不得申報本計畫相關費用。

十四、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之1月1日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。

十五、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查。屬給付項目及支付標準之修訂，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

牙周病檢查記錄表 (版本A)

Periodontal Chart (術前、術後合併填寫)

患者姓名 Name		身分證字號 ID		術前日期		術前 醫師姓名	
性別 Sex		年齡 Age		術後日期		術後 醫師姓名	

Mobility	術前																						
	術後																						
Furcation		D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	M	M	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
	術前																						
	術後																						
Buccal	Probing Depth																						
	術前																						
	術後																						
Tooth		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
Palatal	Probing Depth																						
	術前																						
	術後																						
Note																							

Lingual	Probing Depth																
	術前																
	術後																
Tooth		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Buccal	Probing Depth																
	術前																
	術後																
Furcation	術前																
	術後																
		L	B	L	B	L	B	B	L	B	L	B	L				
Mobility	術前																
	術後																
Note																	

Note : 治療前總齒數 _____ ； 治療前囊袋 ≥5mm 齒數 _____
 治療後至少一部位改善 2mm 齒數 _____ ； 改善率 _____ %

牙周病檢查記錄表 (版本B)

Periodontal Chart (術前、術後分開填寫)

患者姓名 Name		身分證字號 ID		術前日期		術前 醫師姓名	
性別 Sex		年齡 Age		術後日期		術後 醫師姓名	

術前																										
Mobility																										
Furcation	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	M					M	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
Buccal	Probing depth																									
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28										
Palatal	Probing depth																									
Lingual	Probing depth																									
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38										
Buccal	Probing depth																									
Furcation																										
	L	B	L	B	L	B											B	L	B	L	B	L				
Mobility																										

術後																										
Mobility																										
Furcation	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	M					M	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
Buccal	Probing depth																									
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28										
Palatal	Probing depth																									
Lingual	Probing depth																									
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38										
Buccal	Probing depth																									
Furcation																										
	L	B	L	B	L	B											B	L	B	L	B	L				
Mobility																										

Note: 治療前總齒數 _____ ; 治療前囊袋 ≥5mm 齒數 _____
 治療後至少一部位改善2mm 齒數 _____ ; 改善率 _____ %

牙菌斑控制記錄表

Plaque Control Record (至少術前、術後各執行一次)

患者姓名 Name		身分證字號 ID		性別 Sex		年齡 Age	
--------------	--	----------	--	--------	--	--------	--

醫師姓名	執行日期								Plaque Score (牙菌斑指數) =								%
Buccal																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Palatal																	
Lingual																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Buccal																	

醫師姓名	執行日期								Plaque Score (牙菌斑指數) =								%
Buccal																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Palatal																	
Lingual																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Buccal																	

醫師姓名	執行日期								Plaque Score (牙菌斑指數) =								%
Buccal																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Palatal																	
Lingual																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Buccal																	

牙周病檢查紀錄表填寫法(Codes of periodontal chart)

1. 牙周病檢查紀錄表需註明為術前或術後

2. 病人基本資料欄:

Name: 姓名

ID: 身分證號碼

Sex: 性別 M: 男 F: 女

Age: 年齡(足歲)

Date: 檢查日期

3. 檢查資料欄

(依牙齒 #18 為例，此表上、下、左、右對稱):

Mobility (搖動度):

1: 已會搖。

2: 頰舌側水平方向搖動 < 1 mm。

3: 頰舌側水平方向搖動 \geq 1 mm。

D: 垂直方向可下壓。

Furcation (根岔病變): 水平根岔病變，以 mm 計。

Probing depth (探測深度): 以 mm 計。

註記說明：

牙位(tooth)，頰測(B / buccal)，顎側(P / palatal)，舌側(L / lingual)

近心(M / mesial)，遠心(D / distal)，

X (缺牙): 以英文大寫“X”取代牙齒編號，代表缺牙。

牙菌斑控制記錄表填寫法：

有牙菌斑位置註記為 1，缺牙部位以英文大寫“X”取代牙齒編號。

【附件 3】

103102年度全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫申請書(以院所為單位)

一、 醫療院所名稱： 醫事機構代號：

二、 所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

三、 申請醫師(欄位不夠可自行增加)

序號 (流水號)	身分證字號	醫師姓名	資格 (詳註)	申請類別	備註 (申請加入計畫可免填，申請異動者請註明日期及內容)
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	

註：資格分為 1.台灣牙周病醫學會專科醫師、2.台灣牙周病醫學會一般會員、
3.台灣牙周補綴醫學會專科醫師、4.台灣牙周補綴醫學會一般會員、
5.一般醫師；請以號碼填寫。

四、 院所電話：() 傳真：()

五、 聯絡人姓名： 電話：()

六、 院所地址：□□□

七、 e-mail address：

八、 檢附教育訓練證明

醫事服務
機構印章

備註：

- 申請程序：每月 5 日前郵寄申請書+教育訓練證明至牙醫全聯會（104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收），由全聯會彙整名單送健保署局，健保署局核備後將於隔月 1 日後發核備函予院所。
- 查詢繼續教育積分，請登入行政院衛生署公共衛生資訊入口網站（<https://this-portal.doh.gov.tw>）查詢及列印。
- 健保局依院所別+醫師別核定資格，故同位醫師支援不同院所需分開提出申請。
- 醫師如有執業執照異動，或院所變更醫事機構代號，將影響本計畫資格，需重新填寫申請書，並註明異動日期及內容，按備註 1 之申請程序提出異動申請。

【附件 4】 (新增)

103 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫報備表
(增加每月申報件數-以醫師為單位)

一、醫師姓名：_____ 身分證字號：_____

二、聯絡人：_____ 電話：_____ 傳真：_____

二、申請類別：

- 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會）。（需檢附專科醫師證書影本）
- 有教學計畫-教學醫院。
- 有教學計畫者-PGY 院所。（需檢附 2 年內衛生福利部核定證明影本）
- 有醫療需求者（需檢附最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上醫令清單）

備註：

1. 經本計畫核備之醫師每月申請件數不超過 20 件（以 P4002C 列計），醫師支援不同院所應合併計算，執行件數超過核定數時，應以立意審查，以確保醫療品質。
2. 若符合以下條件，得提出申請，經保險人核定後可增加每月申報件數。
 - (1)專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、PGY 院所），得提出申請，經保險人核定後，每月申報件數不限。
 - (2)有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為每月 30 件。（如於 102 年 3 月提出申報，則以 102 年 1、2 月申報 P4003C 之件數核定）
3. 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，報備表格式如【附件 4】，請於每月 5 日將報備表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月 20 日前將名單函送保險人及其分區業務組審理確認，並由保險人行文通知申請醫師，並副知牙醫師全聯會。

核定結果（由初審單位填寫）：不符合 符合-每月 30 件 符合-不限件數

初審單位

核 章

附件6 與會人員發言摘要

報告案

第二案：牙醫門診總額執行概況報告

主席：各位代表無意見，本案洽悉。

第三案：案由：102年第2季牙醫門診總額點值結算報告

主席：

本季平均點值北區、南區及東區點值均高於1元，台北最低亦有0.93，後面附件是計算過程請各位代表參閱。

陳代表彥廷

發現每次預估點值較實際點值低，造成各分區管理有緊縮現象，影響民眾就醫權益，希望預估能再接近事實

張科長溫溫

本署預估假設較為保守，因核減率及跨區就醫比率會作調整，故造成實際上一些差異，本署有在監測實際值與預估值之差異，如差異在0.03範圍以內，本署會覺得差異不大，但會再評估調整，使預估與實際值更為接近。

主席：

102年第2季預估平均點值全區0.9644，實際為0.9815，有0.017之差距，如有改善空間，會再努力，但仍無法完全精確計算，否則就不是預估。各代表如無其他意見，本案洽悉。

第四案：「101年度全民健保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」執行結果報告。

主席：東區第2季平均點值仍有超過1.15，故保留款增加；各代表如無問題，本案洽悉。

第五案：103年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議之時程案。

主席：103年開會時程之規劃，援例安排在每週二召開，另因103年協商總額完成，許多方案需於年底完成討論，年底討論提案較多，多會召開臨時會討論，請各位代表先預留時間。本案洽悉。

第六案：103年度牙醫門診總額預算四季重分配。

張科長溫溫

本署建議作四季預算重分配，分析發現預算重分配後，各季間較平穩，點值差異波動幅度較小。

主席：本案援例，103年各季依假日及非假日之產能的變化，辦理四季預算預估調整，本案確定洽悉。

討論事項

第一案：103年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式，提請討論。

主席：

本案係牙醫總額已百分之百按人分配，但每年會從總預算一般服務預算中，提撥小部分比率之經費作重分配，103年移撥3.281億元經費，用途有三項，包括醫缺地區論量點值保障、醫療資源不足點值低地區獎勵方案及牙周病第3階段統合照護點值保障，牙全會有無補充意見。

陳代表彥廷

一般預算移撥部分在第3階段牙周病統合照護給付部分，在健保會有詳細說明，有關金額及本案相關疑問，會依健保會通過情形處理。

張科長溫溫：

依據健保會協商總額會議決議，牙周病統合照護第3階段申報人數未達全年目標值10萬人之7成，即7萬人時，第1及2階段照護預算需移列3千萬到第3階段預算中，故牙周病統合照護計畫相關預算經費來源，前開說明宜一併納入，以與會議決議一致。另第3階段照護給付以1點1元暫付，實務執行困難，及因其預算如有不足由一般服務預算支應，建請將「每點不高於1元」修改為「每點1元支付」，健保會討論確認後，本署可配合處理。

劉代表俊言

牙周病統合照護第1及第2階段目標人數為10萬人，超過採浮動點值；另第3階段未達目標人數之70%，1、2階段亦會扣減3千萬元，採浮動點值。第3階段先以該3千萬元補足，如仍有不足再由一般，每點保障支給1元。

主席

為符合健保會之決議，牙全會最高策略是第3階段照護人次至少要到7成，本案配合牙醫全聯會建議案處理，其他代表如無意見，先予通過，未來本案在健保會討論，委員如有不同之看法，再予確認。

第二案：103年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義案，提請討論。

主席：

103年牙科一般服務除牙全會移撥之3.281億元外，其餘四季重分配，103年是否比照102年藥費保障1點1元，其餘採浮動？其實牙科保障藥費點值影

響很小，平均點值與浮動點值差異很小，各委員是否有意見？

陳代表彥廷

第 67 頁牙周病統合照護計畫預算應改為 0.781 億元

主席

謝謝更正，各位如無其他意見，本案通過。

第三案：「103 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案，提請討論。

主席：

因資料很多，逐項討論，

(一) 貳、預算來源經費修訂為 2.815 億元，如無意見，本項通過。

(二) 參、未修訂，肆、修改年度，無意見通過。

(三) 伍、減計原則，牙全會有無意見？

翁代表德育

健保署新增不予核發暨減計指標定義第九項牙周病統合照護品質指標，及不符者減計 5% 及不符合(三)及(四)者減計比率比照去年 20% 者，與本會意見相同。另有不同意見，(六)初核核減率未達指標者，減計比率由 10% 改為 5%，且增加分區就醫率最高之條件，與健保署建議維持 10% 不同，其實該項改變本會討論時有達成共識，該項獎勵僅給予全國就醫率最高的分區且所在院所初核核減率符合指標者。

主席

本項 103 年初核核減率指標僅獎勵中區達到標準的院所，既然牙全會已協調有共識，故尊重牙全會意見

陳代表彥廷

近年來中區牙醫總額不管醫審及醫管會較為 active，會影響民眾就醫權益，品保獎勵不會提高點值，希望中區能整體考量，不要以點值低進行管控，有些甚至凌駕專業，未來會與中區互動溝通怎樣管理較好。

主席

請牙全會發揮同儕制約進行管理。

林副組長阿明

新增第九項牙周病統合照護品質一項，健保署原提第 3 階段件數占第 1 階段件數比率至少 50% 乙節，因目前占率已達 76%，請思考可否再提高。

劉代表俊言

今年照護人數為 66800，103 年提高為 10 萬件，第 3 階段是治療後 1 個月申報，建議維持原比率。

陳代表彥廷

從另一方面思考，很容易做得到的標準，大家較會努力去做，如果標準太高，就容易放棄，建議剛新增時，採鼓勵方式。

翁代表德育

第九項是以 102 年度或 103 年統計計算，請確認

主席

第九項改為 103 年，並尊重牙全會意見第 3 階段申報數量至少 3 件以上，且占第 1 階段之 50%。另減計原則第二項修正後內容請確認。

張科長溫溫

修正內容應為「牙醫門診特約醫療院所，有不符本方案伍、第四項第(二)(三)(四)(五)款情形，每項指標減計該院所核算基礎 20%；不符合第(六)(七)、(八)、(九)款情形，減計該院所核算基礎 5%。」

主席

以上文字修訂無意見，本項通過。

(四) 四之(一)未修訂，(二)修訂年度，(三)修訂為 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率，請牙全會說明。

翁代表德育

本會認為以四歲以上為基礎較為完備，根據兒童牙科專科醫師表示四歲以下乳牙填補較困難，預期重補率較高，對於艱困之兒童牙科很大的負荷，故本項修訂以四歲以乳牙再補率進行監控

吳代表成才

談到本項，請回到(二)65 歲以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率，因為補牙在診所占 47.57%，醫院占 15%，兩者特性差異大；另外牙結石清除診所每人平均執行 0.74 次，醫院每人執行 0.34 次有兩倍差距，故建議(二)(三)及(五)分醫院及診所層級比較較為合理。

翁代表德育

看品保款核發結果，吳代表的數據與事實有些差距，實際上，醫院領得最高，吳代表的意見，本會會依據數據統計檢討，今年來不及，明年統計數據如有差異，再決定是否區分院所層級，現在就區別，對醫院未必有利。

吳代表成才

數據有，目前未攤開看，實際上，醫院與診所所有差異，事實上要平衡，建議比照核減率，訂定醫院及診所比較之百分位數指標。

翁代表德育

有些指標不宜利用百分位數，因有些院所會進步，到最後會競爭，可能會因競爭扭曲數值而影響正常醫療生態，最後病人受苦。個人堅持不會用百分位數，如有，會堅持為某年度數值；另 65 歲以上醫院與診所實際差異不大，如有疑慮，有數據可作說明，103 年度無法做到，明年再作討論。大家可看結果，醫學中心百分百領到品保款。

吳代表成才

百分位數與比率是一樣，重點不宜每年由同一數值規範，因可能會被操作，久了會失去意義。看結果，診所品保款核發率不高，但診所實際申報數較多。品保款設定很多指標，以 20% 衡量意義為何？到底 20% 或 80% 較好，醫院洗牙較少，同一比較不公平，這件事應可作得到，數據本來就有，現在看不到，回去就可看到，需要等到 1 年來研議嗎？

翁代表德育

會內開會會請醫院牙科協會派員，也曾函請吳代表指導。首先有關 65 歲以上再補率之訂定，有實證貼合定義，故不會用百分位數；牙結石清除比率是依支付制度品質確保方案指標處理，有來源根據。所採 20% 比率之比較，醫院與診所差異不大。因每年用相同數據衡量並未修正，但每年檢討時，會發函相關學會及醫院牙科協會，如有修正意見，會在會中討論，本次回復是無意見。未來開會時會發函醫院牙科協會出席。

吳代表成才

醫院牙科協會並未常獲邀請參加開會。洗牙部分醫院因此條規定，被排除的醫院占 9%，基層診所占 2%，差異很大，建議應有所切割區分。

陳代表建志

吳代表洗牙次數是針對所有醫院或是醫學中心，是否有分醫院類別之統計？

吳代表成才

洗牙方面，醫學中心每位病人平均洗 0.3451 次，區域醫院為 0.3459，基層診所為 0.74，地區醫院很少，性質接近診所，再次強調醫學中心與區域醫院與基層有很大差異，請牙全會審慎考量。

林代表錫維

本案吳代表提出許多理由與數據，但牙醫全聯會提出版本，曾邀請醫院牙科

協會開會討論，建議尊重牙全會提案版本，如有差異，請明年討論時再議。

林代表俊彬

吳醫師所言不無道理，但牙全會有邀請醫院代表進行協調，如有意見，應有充實的數據，且事先準備好，本次因未事先充分提供數據，無法據以判斷確定，建議仍以現行版本處理。

季代表麟揚

翁代表與吳代表意見不同，由於醫院與診所之差異目前並無資料可供參考與討論，為使會議能有效率地進行，建議以目前較有共識的方案繼續討論。

劉代表俊言

醫院與診所確有差異，有些醫院多，有些診所多，譬如口腔癌篩檢，醫院合格家數較多，目前先以現行版本討論通過，但本人會為此召開一次會，邀請醫院牙醫協會代表出席，整個結果攤開看如有差異，作為明年修訂依據。

吳代表成才

個人不堅持，請大家放心。本次會議個人認為有意義，如果全聯會內部有共識，就不可發言，代表就不需要開會討論，也無須學者專家代表出席，故不要壓抑代表的發言。希望牙全會未來相關議題討論，能邀請醫院牙科協會代表出席。

主席

目前以現行版本處理，明年再開會討論修訂，這是一種選擇，學者代表有提到要有數據才能討論。依程序本署將於12月3日召開臨時會，屆時，請備妥相關統計數據，全聯會則可先邀請學者及醫院牙科代表確定，如維持原方案較好，可於臨時會中確認，如認為分組確實有意義，大家也有共識，可以提臨時會討論。

翁代表德育

先說明全聯會每年一次討論本方案之修訂，需歷時半年。首先發文各分區專科醫學會有無修正意見，回文作初步討論後擬定大致版本，再送六分區專科醫學會及醫院牙科協會確認，最後有共識再提大總額執行委員會，要請各界代表出席確認後，均無問題後再提本次會議討論。主席說兩週彙整統計及意見，事實上很困難，因本會通過案子是從下往上，各分會意見均須尊重，無法像健保署由上而下，能很快地達成共識。

吳代表成才

尊重主席看法，但牙全會很為難，本人不堅持。

主席

吳代表尊重牙全會，牙全會也尊重醫院牙科協會代表，理事長說要開會討論，需半年以上，請不要到明年同樣事情再次提出討論，(二)(三)(四)(五)項通過。第(六)及第(九)已討論通過。第六項預算分配支用本署有些文字修訂，請說明

張科長溫溫

原方案規定需於全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案各項指標達成預期執行率後辦理核發，考量品質確保方案所列指標為全國性指標，涵蓋較廣，品質保證保留款實施方案僅納入部分指標，故無需品保方案達成闕值後，再核發品保款，故建議刪除。

翁代表德育 同意刪除。

主席：第陸大項通過，第柒及第捌項修訂無意見通過。有關品質保證保留款方案就照剛才討論意見修訂通過。

中區業務組 程視察千花

剛剛討論本案，全聯會有提到中區，如不回應，好像代表默認。全聯會對中區業務組有許多誤解，中區業務組管理強度有兩個目的，第1是是把事情做對，維持該區點值的穩定，第2是維護民眾就醫權益，因此會進行很多項監測，結果會先私下提出與委員討論，有共識後再提聯繫會議，主要是加強宣導與輔導，僅針對執行異常者才介入處理，但並非僅以數據為依據，並常啟動實地審查加以查證。往往發現申報與實際有很大出入。中區業務組為牙科投入許多心力，提升牙醫服務品質，牙全會如有指教或意見交流，中區永遠打開門歡迎指正，且會在資訊對等時共同討論。

主席：請牙科中區代表表示意見。

呂代表毓修

非常認同中區業務組意見，全聯會可能對中區委員會控管有意見，中區委員會會再進行溝通。

程視察千花

12月3日會開臨時會，建議可再作交流。牙科各方面很優值，但在推動實務有些建議，牙科推動許多試辦計畫，是監測執行率，執行率是申報情形，但執行結果怎樣，更需關心。否則投入許多國家預算，病人實際沒得到什麼，請不要僅看執行率數字而自滿，實在需要深入的探討，以上實務觀點提供高層參考。

主席

數據是數量，數量背後尚須作好每件事，經實地訪查本署中區業務組所提疑義，都很中肯，請全聯會帶回去好好內部溝通，也請中區代表好好溝通，不要讓全聯會誤會本署中區業務組。

翁代表德育

本來行政單位與專業執行單位看法不一樣，程專員為監測需進行作一些作為，但付費者對於牙醫提供民眾服務有一些期待，如因異常院所，不小心把監測放大，怕會影響其他正常運作院所，因懷疑、擔心、怕麻煩而不執行，最後倒楣是民眾，未來有關疑慮，可透過開會來溝通。

主席

請全聯會務必參考。

劉代表俊言

全聯會專業團體肯定健保署對健保的付出，但四個總額僅牙醫是百分之百的CAPITATION，與西醫及中醫不同，故投保人口與戶籍人口及就醫率之差距，本來各分區就有差異，不希望追求高點值，並因點值低就加強管理，恐影響民眾就醫權益，希望大家透過溝通觀念一樣。

主席：

謝謝各位充分的溝通，請呂代表帶回與分會委員溝通，也請與全聯會多溝通，最終民眾的就醫權益是最重要。本方案修正通過。

第四案：修訂「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」，續請討論。

主席：請全聯會補充說明

陳代表彥廷

有關年度以多久為限，本會補充為3年內，本項考核是針對比較需要輔導者，表現比較好者，不需每年都進行考核。

主席

本案五(二)之1增加內容請修改為「該年度如未進行考核，則以3年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不高過±20%者」。

大家沒有意見，照修正文字後通過。

第五案：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案，提請討論。

主席

本項提案是 103 年牙醫總額協商項目，本次僅有口乾症患者照護預算通過，並無其他預算。牙全會想用非協商因素預算調整其他項目之調整，全部費用加總，超過前開預算，請討論修正之需要性。

陳代表彥廷

健保署意見中二之 4，新增「難症特別處理(五根及五根以上)之費用推估有誤。

林科長淑範

該數據誤繕，請各代表看 94 頁，新增項目僅增加 8 萬 6 千點，因此，本署二之 6 意見刪除。

陳代表彥廷

有關乳牙複雜性拔牙，考量預算不多，同意不納入調整範圍。另口乾症患者就醫，因適應症在藥物尚有敘明加以限縮，基本上就醫人數不多，額度應可控制在預算中。請本會醫審室代表說明

牙全會醫審室楊文甫

口乾症適應症限制條件主要為系統性自體免疫疾病及需長期服用某些藥物之高血壓及巴金森氏症納入，是以 30.1 百萬元預算額度列計。另調增支付標準點數優先順序 1 係放寬適用醫院層級別，推估約 105 萬，優先順序 2 是調增去除鑄造牙冠 140 點，約增 55.2 百萬及新增五根及五根以上難症特別處理項目約增 8 萬 6 千點，合計約 55.3 百萬；優先順序 3 為調增塗氟 100 點，推估約 43 萬點；優先順序 4 為調增 X 光攝影費用，推估約 72.56 百萬；優先順序 5 新增乳牙複雜性拔牙，調增 300 點，約 75.7 百萬點撤掉；優先順序 6 調增區年度未調齊之診療項目點數約 13.69 百萬，總共 148 百萬，是在可調增預算額度中。

主席

扣掉優先順序 5 後總費用，在 103 年非協商與支付標準調增預算額度內。許多項目調整點數幅度很大，會議資料有成本分析，請牙全會補充說明

劉代表毓明(連新傑醫師代理)

先從難症特別處理(五根及五根以上)說明，該項總成本推估 3148 點，原為 90097 四根以上難症點數為 2000 點，考量 90095-90097 難症為每增 1 根管數加 500 點，故建議本項點數為 2500 點。

主席

塗氟 400 調高到 500 點，原成本不夠嗎？

陳代表彥廷

本項是比照國民健康署支付標準調增。

主席

X光攝影費用為何大幅調增？

陳代表彥廷

X光攝影費用基本是回復調整以前之標準，當初因新增初診診察費而調降該項費用，現在X光設備傳統或數位成本均高，還要保存及處理需求，數位成本除機械成本高，數位片雖重複使用，因需加護套，成本也很多

劉代表煜明(連新傑醫師代理)

X片成本包括影像及存儲，儲存設備及電腦維護有成本，有時數位X光感應片廠商說可照攝1000次，但拍攝X光片時會有刮傷造成實際X光感應片使用次數並無法達到廠商建議之次數，而X光感應片與護套，隔片成本等均為消耗性成本，加上數位X光機也比傳統X光機貴。整體而言，本項費用是主要是回到以前之93年度支付標準點數，尚未達到現在成本價格。

主席 優先順序6所列項目支付點數為何調增？

李專門委員純馥

順序6各項目去年調增，因預算不足而被酌降，今年是補足去年支付點數差額，取整數金額。

主席

建議點數小於成本分析之成本，醫令量多者影響金額較大，但整體將順序5項目排除，加總費用可由非協商預算額度支應，各委員沒有意見可以通過。

李專門委員純馥

資料86頁橡皮障防濕裝置原為備註修訂，未推估金額，本署發現12歲以上使用本裝置原內含於牙體復形處置費中，放寬後按12歲以上病患牙體復形醫令數14.75百萬餘件，每件每次使用以100點推估約增14.75億，牙全會說明一次填補多顆牙齒時會使用本裝置，如每次以填補2.8顆，且利用率以1%推估，預算約5百萬點，差異很大，建議本項及口乾症兩項，明年起要定期監測使用數量是否會超過預估件數並加調控，以免影響以後之點值。

陳代表彥廷

未來，將會監控所提兩項申報數量，另外審查注意事項會增加照片佐證資料加以管控。

主席

橡皮障防濕裝置使用率以 1%推估很保守，要小心數量膨脹，否則會稀釋點值。另口乾症適應症(三)其他唾液腺疾病範圍過於含糊，未做明確描述，請補充說明

許代表世明

口乾症適應症自體免疫疾病及使用影響唾液分泌減少之藥物與疾病採正面表列，唾液腺疾病真正引起長期唾液減少情形很少，通常是口乾症病人是前兩項較多，故限定某些疾病，並放在審查注意事項中，尚未將糖尿病患列入，如有其他疾病需要，以後再考量增加。

季老師麟揚

橡皮障防濕裝置推估利用率為 1%，如果實際執行時利用率再多 1%，則相關費用將隨之 DOUBLE，影響頗大。剛才全聯會代表已同意會逐月監控申報件數，個人建議能事先設計一些配套措施較好。

杜老師裕康

原則上提案尚稱合理，口乾症患者因此者讓牙醫師注意牙齒與全身疾病的關係，是件好事。

主席：是否大家都同意？

謝代表武吉(王秀貞代)

感覺主席很希望我們醫院部門也發言，牙醫全聯會每次作業很週密，表現很讓人讚賞，也讓其他部門很羨慕，對於牙醫點數調整無意見，但預估仍是預估，應該如其他代表所言有所監測，否則點值勢必受影響，不過很慶幸牙醫點值一向都很好，都是接近 1，似乎影響也不大。若要問我們意見，就是牙醫讓其他部門太羨慕。

主席：其他各位委員無意見，本案通過

第六案：「103 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」修訂案

主席：請全聯會說明

牙周病統合照護計畫召集人林世榮報告

103 年本計畫執行目標為 10 萬件，預算按季均分，每點點值不高於 1 元。第 1 及第 2 階段預算原按季均分，第 3 階段健保署亦預訂按季均分。其他修正部分包括醫師 103 年合計提供治療個案，排除個案數 5 件以下者，如第 3 階段完成率 < X%，核減率 > Y% 之退場機制；三階段採分開抽審檢附之資料；另因健保署要求質的提升，醫管措施考量管控醫師執行品質，執行案件原則不超過

20 件，並擬訂二個版本，1 為院所醫師為單位，1 是以醫師為單位跨院合併計算，健保署建議採第 2 版本，本會贊同，附件有兩種報備表，未列入資料，但本會有準備。大致更動情形報告如上。

林科長淑範

116 頁有關預算來源，依健保會協商總額決議，第 3 階段未達第 1 及第 2 階段目標 10 萬人之 7 成，即未達 7 萬人次，第 1 及 2 階段預算需移列 3 千萬到第 3 階段預算之規定 故建議增加第 3 段說明「截至 103 年 12 月 31 日止，第 3 階段「P4003C」申報人數未達 7 萬人，於第 4 季結算時，將第 1 階段及第 2 階段預算之 3000 萬移列到第 3 階段。當季第 3 階段如有不足，優先由此移列預算支應，再有不足則由一般服。」，其中當季是指第 4 季。

主席

本項增列第 3 項文字說明，增列於預算來源第 3 點，當季改為第 4 季，牙全會無意見，通過。

林科長淑範

有關醫師申請資格方面，同意牙全會新增五、牙醫師申請資格之(三)退場機制，並建議比照牙醫特殊服務計畫增列「醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(查屬行政疏失者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分」。另外原列退場機制之條件完成三階段服務個案數比率及第三階段給付被核減之比率之 X、Y 數值，牙全會建議以 102 年檔案分析結果訂定，本署考量 102 年執行完要到 103 年年中產生統計，建議先按牙全會 101 年統計全國平均值，分別為 76%及 9.6%明訂，讓醫師執行時有目標，執行較方便。

陳代表彥廷

用平均值比率當退場機制數值，將有半數之醫師被退場，建議用 101 年 97.5 百分位，異常管理宜針對極端值進行管理。

主席

退場機制目標值不要以 X 或 Y 呈現，請計算 101 年 97.5 百分位數後補入，列入決議。

牙全會林世榮

健保署建議醫師退場機制第 1 點，增加醫師 3 年內不得有視同醫療機構違約記點或扣減費用等規定，建議比照牙醫特殊醫療服務試辦計畫，增加查屬行政疏失者不在此限規定。

李專門委員純複

X 第 3 階段完成率是正向指標，Y 核減率是負項指標，不宜都用 97.5 百分位數，前項應改為 2.5 百分位數

主席

X 值修正為 101 年 2.5 百分位數值，Y 值是 97.5 百分位數。

林科長淑範

第二版 139 頁牙醫特殊醫療服務試辦計畫中醫師申請資格部分載明醫師不得參加計畫之規定，牙周病統合照護計畫係比照增加該項規定。

劉代表俊言

退場機制新增醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點或扣減費用，法規上已經被處分，再限制執業範圍，法規是否有疑問

主席

本項並未限制醫師執業範圍，醫師仍可以作，只是健保不給付，健保需要提供優質服務。

牙全會林世榮

XY 標準值設定後，請問退場機制統計資料何時開始計算及何時執行？

主席

本計畫以 101 年數據作目標值，104 年 7 月計算 103 年整年施行申報資料進行統計，比對是否要退場。

李專門委員純馥

退場啟動時間是 105 年，要讓原來服務的之病人要能完成治療。

蔡代表東瑩

醫師違規納入退場機制，語意恐有不適，如 103 年開始，醫師 3 年或 6 年不得有違規，103 年進入後 104 年檢討，但可能該醫師 5 年前有違規，103 年讓他作，104 年 7 月再檢討，恐不適宜。

主席

104 年是針對醫師執行 XY 之情形，進行檢討。如有醫師違規情形，103 年就不能參加本計畫，是兩件事。

蔡代表東瑩

退場機制是先讓醫師參加計畫，做不好者退場，現在是限制醫師資格，是否改變一下說明，如訂為醫師資格之限制。

陳代表彥廷

健保署建議新增醫師違規不得參加之規定，應屬醫師參加計畫資格之限制，不宜列在退場機制。

李專門委員純馥

那醫師違規不得參加計畫之規定另訂為(三)之規定，醫師退場機制規定改為第(四)項。

牙全會牙周病統合計畫召集人林世榮

XY 值請健保署提供數值，因年底要列印使用手冊，希望將資料列入，建請健保署在本月底以前提供該數值。

主席

本署同意於本月底完成 XY 數值之計算，並明訂於計畫中。另違約規定載明於(三)，退場機制改為(四)。退場機制用版本二以醫師身份進行統計，附本尊重牙全會，請提供醫師別資料。

黎代表達明

124 頁第 3 階段被核減比率 $> Y\%$ 的定義，請再確定，目前某些醫院電腦控制不好，因申報時間錯誤而被退件，建議作一些修正，現在決定以醫師別為準，如作過 4 件有 1 件就是百分之 25%，如作 20 件只有 5%，對其影響不大，建議因行政錯誤造成核減件數。

陳代表彥廷

建議修改為申報第三階段給付專業審查核減率，現在專業審查有。

張科長溫溫

現在僅就第 3 階段醫令計算核減率，依 114 頁抽審件數統計很少，顯示很多醫師沒被抽到，其核減率為 0，會有問題。

李專門委員純馥

第 2 項指標看起來有公平性問題，涉及有無被抽到問題，有很多因素在裡面，應僅保留第 1 指標較為合理。

主席

退場機制第 1 次使用，如有很多爭議，會有很多問題，還是簡單上路較好，因此僅保留 X 指標並填妥數值。第六案審查通過。現在 4 點 45 分，是否繼續下面提案討論，依理事長意見，延至 12 月 3 日召開臨時會再繼續討論。