

「牙醫門診總額支付委員會」97年度第2次會議紀錄

時間：中華民國97年5月27日下午2時整

地點：台北市信義路3段140號18樓會議室

出席委員：(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
吳委員佳漣	吳佳漣	陳委員建志	陳建志
李委員錦炯	請假	黃委員明燦	請假
沈委員茂庭	沈茂庭	黃委員茂栓	黃茂栓
林委員文德	林文德	黃委員智勇	黃智勇
林委員俊彬	請假	黃委員福傳	黃福傳
徐委員正隆	請假	葛委員建埔	請假
翁委員德育	翁德育	詹委員勳政	請假
高委員壽延	陳江雲代	廖委員敏熒	廖敏熒
張委員再財	請假	劉委員俊言	劉俊言
梁委員淑政	梁淑政	鄭委員信忠	請假
陳委員一清	陳一清	戴委員銘祥	請假
陳委員文欽	請假	謝委員武吉	謝武吉
陳委員彥廷	陳彥廷	羅委員界山	羅界山
陳委員建宏	陳建宏	蘇委員鴻輝	蘇鴻輝

列席單位及人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

本局台北分局

本局北區分局

本局中區分局

本局南區分局

本局高屏分局

本局東區分局

陳茱麗、陳燕鈴

邵格蘊、王思欣

張照敏、莫翠蘭、邱玲玉

呂淑文

程千花

王世華

王秀蕙

劉翠麗

本局醫審暨藥材小組

本局資訊處

本局企劃處

本局醫務管理處

曾玫富、趙燕平、蔡佳倫、
陳綉琴

葉治平

劉欣萍、王浩彥

李麗華、林阿明、張溫溫、
李純馥、林子秦、孫嘉敏、
吳慧玲、劉立麗、曾明惠、
鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：張桂津

壹、主席致詞(略)

貳、本會第 37 次會議紀錄確認 (略)

參、報告事項

● 第一案

報告單位：本局醫務管理處

案由：前次(第36次、97年第1次)會議決議事項辦理情形

決定：洽悉。

● 第二案

報告單位：本局醫務管理處

案由：牙醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

● 第三案

報告單位：本局醫務管理處

案由：96年第4季牙醫門診總額點值結算報告

決定：

- 一、96年第4季點值結算結果，東區分局（原浮動點值為1.1820、平均點值為1.1742）平均點值大於1.15元，依96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」，對平均點值大於1.15元之分

局，啟動保留款機制作業，本季東區分局保留款金額 3,855,527元。

二、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。

季別 \ 分局		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
		96Q4	浮動點值	0.8961	1.0395	0.9305	1.0541	1.0117
	平均點值	0.9132	1.0588	0.9344	1.0643	1.0165	1.1500	0.9756

● 第四案

報告單位：本局醫審暨藥材小組

案由：有關 97 年度牙醫總額部門加強醫療品質資訊公開建議指標案

決定：

一、同意新增公開兩項指標「醫事機構恆牙根管治療 180 天保存率」及「醫事機構乳牙根管治療後 90 天保存率」，指標說明如附件 1。

二、本局將按季彙整資料，刊登本局全球資訊網，供民眾參考。

● 第五案

報告單位：牙醫師公會全聯會

案由：96 年牙醫門診總額執行成果報告

決定：洽悉。

肆、討論事項

● 第一案

提案單位：本局醫審暨藥材小組

案由：97 年全民健康保險牙醫總額支付制度品質確保方案之醫療服務品質指標項目及監測值修正案

決議：本案醫療服務品質指標項目及監測值修訂如附件 2，依行政程序辦理後續修正事宜。

● 第二案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：97 年度「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」修訂案。

決議：

- 一、類此試辦計畫宜至少實施壹年後，再提修訂案。
- 二、本計畫內有關設置身心障礙者牙科醫療保健中心，俟衛生署有明確之規定及相關設置標準公告後，再行討論。
- 三、有關牙醫醫療團至身心障礙福利機構服務，宜比照其他醫療院所到安養機構服務的模式，每個星期只能接受 3 個時段的支援，若 3 個時段仍不夠，可再行討論。
- 四、謝委員所提之意見(有關身心障礙者牙科醫療保健中心之設立法源、機構式或居家式牙醫醫療與牙醫麻醉風險等問題)，請全聯會參酌。

● 第三案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：全民健康保險牙科特約醫療院所門診審查注意事項及支付表內容之修訂案

決議：

- 一、同意修訂支付表通則內容，修訂條文如附件 3，並依行政程序辦理後續修正事宜。另請牙醫師公會，全面檢討支付標準診療項目之備註中有關期間天數定義方式。
- 二、有關修訂支付表 92066C 內容，牙體復形於保固期內重新填補可申報 92066C 乙節，牙醫師公會全聯會撤除，不討論。
- 三、同意修訂身障相關支付表內容，修訂條文如附件 4，並依行政程序辦理後續修正事宜。

四、同意修訂審查注意事項第二十條，修訂條文如下表，並依行政程序辦理後續修正事宜。

修正條文	原條文
根管治療(ENDO):90001C~90003C、 90019C、90020C 應詳載牙齒位置、根管名稱及其根管治療操作長度，擴大號數、充填材料…等。根管難症處理，應依各該根管詳細述明理由及病情並附充填前後X光片舉證，病歷應詳載X光片診斷或發現。個別根管若根管鈣化，未作RCF且未申報費用，不需記載操作長度及擴大號數。	根管治療(ENDO):90001C~90003C應詳載牙齒位置、根管名稱及其根管治療操作長度，擴大號數、充填材料…等。根管難症處理，應依各該根管詳細述明理由及病情並附充填前後X光片舉證，病歷應詳載X光片診斷或發現。個別根管若根管鈣化，未作RCF且未申報費用，不需記載操作長度及擴大號數。

● **第四案**

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：牙醫相對合理門診點數給付原則之修訂案。

決議：僅增列急診診察費之差額(=458-230=228點)為排除項目，修訂後條文如**附件5**，並依行政程序辦理後續修正事宜。

● **第五案**

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：97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修正案。

決議：同意修訂，修訂後條文如**附件6**，並依行政程序辦理後續公告事宜。。

● **第六案**

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關97年牙醫門診總額一般服務預算分配案—台北分區分配方式修正案。

決議：

- 一、原則同意全聯會所提分配(修訂條文如**附件7**)，但本案涉預算重新分配，請全聯會協調台北分區會員後執行，並請全聯會發函本局確認後實施。

- 二、請全聯會協助台北分區先行試算，將分配的金額、院所數與名稱等結果提供本局醫務管理處，以辦理分配事宜。
- 三、因 97 年第 1 季結算將至，暫先保留台北分區此部分一般預算額度【指區域內調整 0.681%成長率 * 台北分區 R 值 / (台北分區 R 值 + 中區分區 R 值)】，待確認分配方式後再行核發，餘其他各分局仍依前次會議決議預算分配方式辦理結算。
- 四、為免影響跨區點值之計算，有關跨區之台北分區點值依決議三計算結果辦理(不含區域內調整預算)。

伍、臨時動議

提案單位：謝委員武吉

案由：請本局於下次支委會提供歷年各分局牙醫住院之牙醫相關醫療費用資料。

決議：依建議事項辦理。

陸、散會：下午 16 時 40 分

97 年 5 月 27 日 97 年度牙醫總額第 2 次支委會會議決議修訂

牙醫總額部門 97 年院所別醫療品質資訊公開指標項目

指標項目	資料期間	指標定義
醫事機構恆牙根管治療 180 天保存率	每季	<p>一、 指標說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 資料起迄時間：(略)。 2. 根管治療完成後之牙齒，由於牙齒結構受到改變，碰到硬物或不當之咬合力，容易斷裂，牙醫師會建議以牙冠復形，某些部位的牙齒若只用一般填補則有牙齒斷裂導致拔牙之風險。 3. 根管治療後無法保存的原因： <p>牙齒之根管型態並非一成不變，加上口腔內不同的細菌存在複雜的根管系統，如：因為額外根管、根管堵塞或副根管的存在而造成發炎，以致於需要重新治療或拔牙。</p> <p>二、 指標定義：</p> <p>恆牙根管治療後 180 天之保存率</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 資料範圍：醫事機構往後追溯 180 天所有恆牙根管治療醫令。 2. 分子：醫事機構每季就醫人恆牙根管治療後 180 天內再施行根管治療單根 (90001C)、雙根 (90002C)、三根 (90003C)、四根 (90019C)、五根(90020C)顆數及拔牙顆數(92013C、92014C、92015C、92016C)。 3. 分母：醫事機構每季恆牙根管治療顆數 (90015C)。 4. 公式：1- (分子/分母)。
醫事機構乳牙根管治	每季	一、指標說明：

指標項目	資料期間	指標定義
療後 90 天保存率		<p>1. 資料起迄時間：(略)。</p> <p>2. 根管治療完成後之牙齒，由於牙齒結構受到改變，碰到硬物或不當之咬合力，容易斷裂，牙醫師會建議以牙冠復形，某些部位的牙齒若只用一般填補則有牙齒斷裂導致拔牙之風險。</p> <p>3. 根管治療後無法保存的原因：</p> <p style="padding-left: 40px;">牙齒之根管型態並非一成不變，加上口腔內不同的細菌存在複雜的根管系統，如：因為額外根管、根管堵塞或副根管的存在而造成發炎，以致於需要重新治療或拔牙。</p> <p>二、指標定義：</p> <p style="padding-left: 40px;">乳牙根管治療後 90 天之保存率</p> <p>1. 資料範圍：醫事機構往後追溯 90 天所有乳牙根管治療醫令。</p> <p>2. 分子：醫事機構每季就醫人乳牙根管治療後 90 天內再施行乳牙根管治療 (90016C)、乳牙多根管治療 (90018C) 顆數及拔牙顆數 (92055C)。</p> <p>3. 分母：醫事機構每季乳牙根管治療顆數 (90015C)。</p> <p>4. 公式：1- (分子/分母)。</p>

「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」

附表 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標監測值

97年5月27日97年度牙醫總額第2次支委會會議決議修訂

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	
3.專業醫療服務品質						
牙體復形重補率	一年平均重補率	第四年起 每年	<3.13%	資料分析	全聯會	1. 定義：同類牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填，乳牙及恆牙一或二年內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補。 2. 計算公式：【一（二）年內自家重覆填補顆數／一（二）年內填補顆數】
	二年平均重補率	第四年起 每年	<7.45%			
根管治療未完成率	97年起 每年	<34.09%	資料分析	全聯會	1. 定義：根管治療單根、雙根、三根以上，加上乳牙根管治療除以根管開擴及清創。 2. 計算公式： 【1-(90001C+90002C+90003C+90019C+90020C+90016C+90018C)／90015C】	

指標項目		時程	監測值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
各區保險對象牙齒填補保存率(排除中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者)	1年保存率	自95年第3季起 每季	1. 監測值： <u>>96.51%</u> (以94年度全局各季統計出之加權平均值列為監測值) 2. 監測執行方案 (1) 按季製作季報回饋給中華民國牙醫師公會全國聯合會及各分局參考。 (2) 函請低於監測值之分局針對指標分析異常原因並提報改善方案及執行成效。	資料分析	健保局	1. 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位(FDI牙位表示法之內的牙位資料，成人32顆牙，小孩20顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)，追蹤1年或2年內是否重新填補比率。 2. 公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤1年或2年(365天或730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C。 ※ 排除中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C。 ※ 費用年月介於9001~9306間，因無「前牙三面複合樹脂充填」醫令，故院所以89004C併89005C申報，因此同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報89004C及89005C則不算重補，不計入分子。 3. 指標計算：1－(分子 / 分母)
	2年保存率	自95年第3季起 每季	1. 監測值： <u>>90.58%</u> (以94年度全局各季統計出之加權平均值列為監測值) 2. 監測執行方案 (1) 按季製作季報回饋給中華民國牙醫師公會全國聯合會及各分局參考。 (2) 函請低於監測值之分局針對指標分析異常原因並提報改善方案及執行成效。	資料分析	健保局	

指標項目	時程	監測值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
各區同院所90日內根管治療完成率	自 <u>97年第1季</u> 起 每季	1. 監測值： <u>>65.91%</u> 2. 監測執行方案 (1) 按季製作季報回饋給中華民國牙醫師公會全國聯合會及各分局參考。 (2) 函請低於監測值之分局針對指標分析異常原因並提報改善方案及執行成效。	資料分析	健保局	1. 資料範圍：以同一區同一院所同一保險對象於統計時間內執行過根管開擴及清創醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙,小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 3 個月（90 天）內是否於同院所執行根管治療醫令比率。 2. 公式說明： 分子：以分母之牙位追蹤其 3 個月（90 天）內於同院所執行根管治療單根(90001C)、雙根(90002C)、三根以上(90003C) <u>、恆牙根管治療(四根)(90019C)、恆牙根管治療(五根(含)以上)(90020C)</u> 、乳牙根管治療(90016C)、 <u>乳牙多根管治療(90018C)</u> 之牙位數。 分母：依同院所同病患同牙位歸戶，統計執行根管開擴及清創(90015C)之牙位數。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	監測值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
各區13歲(含)以上全口牙結石清除率	自95年第3季起 每季	1. 監測值：前2年統計出加權平均值±10%。 2. 監測執行方案 (1) 按季製作季報回饋給中華民國牙醫師公會全國聯合會及各分局參考。 (2) 函請低於監測值之分局針對指標分析異常原因並提報改善方案及執行成效。	資料分析	健保局	1. 資料範圍：當季13歲(含)以上就醫人數。 2. 公式說明： 分子：當季13歲(含)以上就醫人口中執行牙結石清除—全口醫令(91004C)之人數。 分母：當季13歲(含)以上就醫人數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
各區5歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率	自95年第3季起 每季	1. 監測值：前2年統計出加權平均值±10%。 2. 監測執行方案 (1) 按季製作季報回饋給中華民國牙醫師公會全國聯合會及各分局參考。 (2) 函請低於監測值之分局針對指標分析異常原因並提報改善方案及執行成效。	資料分析	健保局	1. 資料範圍：就醫人口中5歲以下兒童執行牙齒預防保健服務之人數。 2. 公式說明： 分子：執行兒童牙齒預防保健服務之人數。 分母：當季就醫人口中5歲以下兒童人數。 ※年齡之計算為就醫年-出生年≤5。 ※兒童牙齒預防保健服務為健保卡序號欄位為「IC81」。 3. 指標計算：分子 / 分母。

修正支付表	原支付表
<p>通則：</p> <p>一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。</p> <p>二、醫事服務機構實施牙科門診診療項目，其支付點數之每點金額依「牙醫門診總額支付制度」之規定辦理。</p> <p>三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本部所定點數申報後，由保險人按每一案件扣留五點至十點，以為委外辦理電子資料處理之費用。</p> <p>四、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。</p> <p>五、牙科門診之專科轉診加成作業，依「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」執行。</p> <p>六、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十給付。</p> <p>七、診療項目備註中有關期間天數之定義方式：3個月係指90天，半年係指180天，一年係指365天，一年半係指545天，兩年係指730天。「<u>每年</u>」係以日曆年計。</p> <p>八、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表 3.3.3)辦理核付。</p>	<p>通則：</p> <p>一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。</p> <p>二、醫事服務機構實施牙科門診診療項目，其支付點數之每點金額依「牙醫門診總額支付制度」之規定辦理。</p> <p>三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本部所定點數申報後，由保險人按每一案件扣留五點至十點，以為委外辦理電子資料處理之費用。</p> <p>四、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。</p> <p>五、牙科門診之專科轉診加成作業，依「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」執行。</p> <p>六、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十給付。</p> <p>七、診療項目備註中有關期間天數之定義方式：3個月係指90天，半年係指180天，一年係指365天，一年半係指545天，兩年係指730天。</p> <p>八、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。</p>

修正支付表			原支付表		
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數
91104C	<p>特殊狀況牙結石清除-全口</p> <p>註：1. <u>適用中度以上身心障礙（限經牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之中度以上身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報）</u>、化療、放射線治療患者</p> <p>2. 限有治療需要之患者每90天得申報一次。</p> <p>3. <u>重度以上患者每 60 天得申報一次。</u></p>	600	91104C	<p>特殊狀況牙結石清除-全口</p> <p>註：1. 適用中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者。</p> <p>2. 限有治療需要之患者每 90 天最多申報一次。</p>	600
89101C	<p>特殊狀況之銀粉充填 Amalgam restoration</p> <p>— 單面 single surface</p>	450	89101C	<p>特殊狀況之銀粉充填 Amalgam restoration</p> <p>— 單面 single surface</p>	450
89102C	<p>— 雙面 two surfaces</p>	600	89102C	<p>— 雙面 two surfaces</p>	600
89103C	<p>— 三面 three surfaces</p> <p>註：1. <u>適用中度以上身心障礙（限經牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之中度以上身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報）</u>、化療、放射線治療患者</p> <p>2. 應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>3. 申報面數最高以三面為限。</p>	750	89103C	<p>— 三面 three surfaces</p> <p>註：1. 適用於中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者。</p> <p>2. 應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>3. 申報面數最高以三面為限。</p>	750

89104C 89105C	<p>特殊狀況之前牙複合樹脂充填 Anterior teeth compositeresin restoration</p> <p>—單面 single surface</p> <p>—雙面 two surfaces</p> <p>註：1. 適用中度以上身心障礙（限 <u>經牙醫門診醫療給付費用 總額特殊服務項目醫療服 務試辦計畫之中度以上身 心障礙者牙醫醫療服務核 備醫師申報</u>）、化療、放射 線治療患者</p> <p>2. 應於病歷詳列充填牙面部 位。</p> <p>3. 申報面數最高以二面為限。</p>	450 600	89104C 89105C	<p>特殊狀況之前牙複合樹 脂充填 Anterior teeth compositeresin restoration</p> <p>—單面 single surface</p> <p>—雙面 two surfaces</p> <p>註：1. 適用於中度以上 身心障礙、化 療、放射線治療 患者。</p> <p>2. 應於病歷詳列 充填牙面部位。</p> <p>3. 申報面數最高 以二面為限。</p>	450 600
89108C 89109C 89110C	<p>特殊狀況之後牙複合樹脂充填 Posterior teeth composite resin restoration</p> <p>—單面 single surface</p> <p>—雙面 two surfaces</p> <p>—三面 three surfaces</p> <p>註：1. 適用中度以上身心障礙（限 <u>經牙醫門診醫療給付費用 總額特殊服務項目醫療服 務試辦計畫之中度以上身 心障礙者牙醫醫療服務核 備醫師申報</u>）、化療、放射 線治療患者</p> <p>2. 應於病歷詳列充填牙面部 位。</p> <p>3. 申報面數最高以三面為限。</p>	600 800 1000	89108C 89109C 89110C	<p>特殊狀況之後牙複合樹 脂充填 Posterior teeth composite resin restoration</p> <p>—單面 single surface</p> <p>—雙面 two surfaces</p> <p>—三面 three surfaces</p> <p>註：1. 適用於中度以上 身心障礙、化 療、放射線治療 患者。</p> <p>2. 應於病歷詳列充 填牙面部位。</p> <p>3. 申報面數最高以 三面為限。</p>	600 800 1000

89111C	<p>特殊狀況之玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement</p> <p>註：1. <u>適用中度以上身心障礙（限經牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之中度以上身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報）</u>、化療、放射線治療患者</p> <p>2. 應於病歷詳列充填牙面部位。</p>	400	89111C	<p>特殊狀況之玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement</p> <p>註：1. 適用於中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者</p> <p>2. 應於病歷詳列充填牙面部位。</p>	400
89112C	<p>特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration</p> <p>註：1. <u>適用中度以上身心障礙（限經牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之中度以上身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報）</u>、化療、放射線治療患者</p> <p>2. 應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>3. 申報面數最高以三面為限。</p>	1050	89112C	<p>特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration</p> <p>註：1. 適用於中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者。</p> <p>2. 應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>3. 申報面數最高以三面為限。</p>	1050

修改條文	原條文
<p>一、實施範圍定義：</p> <p>(一)醫療費用</p> <p>1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>2. 下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(1)案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2)加成之點數。</p> <p>(3)兒童牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。</p> <p>(4)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。</p> <p>(5)初診診察費差額(370 點)</p> <p>(6)感染控制診察費差額(30 點)</p> <p>(7)職災代辦案件(案件分類為 B6)</p> <p>(8)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)</p> <p>(9)山地離島診察費差額(20 點)</p> <p>(10)<u>牙醫急診診療費差額(228 點)</u></p>	<p>二、實施範圍定義：</p> <p>(一)醫療費用</p> <p>1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>2. 下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(1)案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2)加成之點數。</p> <p>(3)兒童牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。</p> <p>(4)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。</p> <p>(5)初診診察費差額(370 點)</p> <p>(6)感染控制診察費差額(30 點)</p> <p>(7)職災代辦案件(案件分類為 B6)</p> <p>(8)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)</p> <p>(9)山地離島診察費差額(20 點)</p>

97年方案	96年方案
97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	96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
一、目標值：分區結算平均點值大於1.15元部分。	1. 目標值：分區結算平均點值大於1.15元部分。
二、實施時程：97年1月1日起至97年12月31日止。	2. 實施時程：96年1月1日起至96年12月31日止。
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) 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。	3. 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) 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。
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。	4. 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) 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. 「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫」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	5. 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. 「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫」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

<p>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。</p> <p>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試辦計畫」之醫療服務，「核實申報」計酬方式者，其核定浮動點數之「全年結算浮動點值」補助至每點點值1.5元給付鼓勵，餘款則補助「論次加論量」計酬方式者，最多補助到每小時2400元，以當年服務小時分配。如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。</p> <p>(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「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，<u>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，補助至該區第1季點值每點1.15元為限，若仍有餘額，則依序回歸該區當年次季一般預算。</u></p>	<p>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。</p> <p>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試辦計畫」之醫療服務，「核實申報」計酬方式者，其核定浮動點數之「全年結算浮動點值」補助至每點點值1.5元給付鼓勵，餘款則補助「論次加論量」計酬方式者，最多補助到每小時2400元，以當年服務小時分配。如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。</p> <p>(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「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配。</p>
<p>六、本方案由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位共同訂定，由中央健康保險局公告實施，修正時亦同。</p>	<p>六、本方案由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位共同訂定，由中央健康保險局公告實施，修正時亦同。</p>

97 年牙醫門診總額一般服務預算分配案－台北分區分配方式

- 一、依本會97.05.16台北分區97年度地區預算分配會議決議辦理。
- 二、為制定本分區內 97 年度台北分區醫療服務效率及品質提升專案，以鼓勵偏遠地區提升服務量及品質。
- 三、依以下原則分配相關預算：
 - a. 醫療資源不足之鄉鎮市
 (醫師人口比 $<1/4500$, 或醫師數 ≤ 5)
 核發條件:需符合以下指標之院所
 院所 二年他家重補率 (以年為單位)
 他家重洗牙率 (以年為單位)
 耗值 (以年為單位)
 均需小於監測值。(升冪 75 百分位)
 核發方式: 97 年以預算 $1/4$ (約 3 仟萬元)。
 依院所年就醫人數平均核發金額若干
 - b. 平衡因教學需求耗用之重複醫療點數對分區點值之影響。
 核發條件:需符合以下指標之院所
 (1) 二年他家重補率 (以季為單位) 小於所屬層級之均值。
 核發方式:97 年以預算 $3/8$. 分四季依院所季申報點數核發金額若干。
 (2) 他家重洗牙率 (以季為單位) 小於所屬層級之均值。
 核發方式:97 年以預算 $3/8$. 分四季依院所季申報點數核發金額若干。