

# 115年度全民健康保險牙醫門診總額青少年 口腔提升照護試辦計畫

115年1月15日健保醫字第1150100609B 號公告

## 一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

## 二、目的：

藉由本計畫之實施，提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率，透過早期發現、介入治療及衛教，維護自然牙齒品質，減少齲齒，降低未來根管治療及拔牙發生機率，提升青少年口腔健康。

## 三、實施期間：自115年1月1日起至115年12月31日止。

## 四、預算來源：

(一) 115年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為240百萬元。

(二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C 及 P7102C)之費用由本計畫預算支應，除全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。

(三) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於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。

## 五、年度執行目標：

本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置 (P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療 (P7102C)」合計619,000服務人次為執行目標。

## 六、收案條件：

12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K03.89、K00.4、K03.6、K06.1、前三碼為 K02-、K05-)。

## 七、給付項目及支付標準：

(一) 醫師為二年內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予以停約、終止特約(含行政救濟程序進

行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束日之次日、終約得再申請特約之日起算，兩年內不得申報本計畫診療項目。

(二)診療項目及支付標準表：

編號	診療項目	支付點數
P7101C	<p>青少年齲齒控制照護處置</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。</li> <li>2. 可視需要申報X光攝影(費用另計，限申報34001C及34002C)。</li> <li>3. 每九十天限申報一次。</li> <li>4. 不得併報91014C。</li> </ol>	300
P7102C	<p>青少年齲齒氟化物治療</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常者申報。</li> <li>2. 須附一年內診斷X光片(費用另計，限申報34001C及34002C)或照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。</li> <li>3. 本項主要實施氟化物治療。</li> <li>4. 每九十天限申報一次。</li> <li>5. 申報本項後九十天內不得再申報92072C、92051B、P30002及P7302C。</li> </ol>	500

八、醫療費用申報及審查：

(一) 施行本計畫診療項目得併同申報牙科門診診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。

(二) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1. 案件分類：請填報「19」。

2. 特定治療項目代號(一)：請填報「LM (青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

(四) 參與牙醫不足改善方案之牙醫院所得提供本計畫服務，醫療費用點數申報格式及預算來源如下：

1. 執業計畫：

(1) 門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」、特定治療項目代號(二)「F2(執業計畫)」。

(2) 執業計畫之巡迴醫療服務：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F2(執業計畫)」、特定治療項目代號(二)「F3(巡迴醫療團)」、特定治療項目代號(三)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

(3) 牙醫院所參與執業計畫時，申報之 P7101C、P7102C，納入執業計畫保障額度，由牙醫不足改善方案之專款支應。

2. 巡迴計畫：

(1) 巡迴點：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F3 (巡迴醫療團)」、特定治療項目代號(二)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

(2) 社區醫療站：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「FT(社區醫療站)」、特定治療項目代號(二)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

(3) 牙醫院所參與巡迴計畫時，併同申報之 P7101C、P7102C，由本計畫之專款支應，不得再額外加計牙醫不足改善方案之加成。

九、計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該等指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)：

(一) 自評指標：

1. 申報案件數(就醫人次)。

2. 申報點數。

3. 就醫人數(以 ID 歸戶)。

(二) 評估指標：

1. 提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。

2. 執行 P7102C 後1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

分子：(當年執行 P7102C 的病人追蹤1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均牙齒填補顆數) — (當年執行 P7102C 的病人回溯1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均牙齒填補顆數)。

分母：當年執行 P7102C 的病人回溯 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均牙齒填補顆數

公式：分子/分母\*100%。

※牙齒填補申報醫令：89004C、89005C、89011C、89012C、89014C。

十、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，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。