

# 101 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

行政院衛生署中央健康保險局

101 年 1 月 5 日健保醫字第 1010000069 號公告

## 壹、依據：

行政院衛生署 101 年 1 月 3 日衛署健保字第 1002660268 號核定函。

## 貳、預算來源：

依費協會第 150 次會議決議，品質保證保留款 99 年度開始採累計方式計算，預算來自 101 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 100 年度原預算基礎，計 4.53 億元。

## 參、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 101 年 1 月至 101 年 12 月費用已辦理第一次暫付者，且無本方案伍、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，有本方案伍、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)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」、「山地離島地區醫療服務促進方案」及「全民健康保險牙醫門診總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」之案件，不列入本方案伍、第四項第(二)(三)(四)(五)(六)款之計算。



#### 四、不予核發及減計指標定義情形：

##### (一)醫療行為異常及違規：

- 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)之分區委員會輔導後，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」第三十五條處以違約記點或第三十六條處以扣減其十倍醫療費用者。
- 3.三年內依同辦法第三十七條處以停止特約者。
- 4.五年內依同辦法第三十八條處以終止特約者。

[註]：上述期間以處分日期認定之。

##### (二)恆牙 2 年內自家再補率：

恆牙 2 年內自家再補率  $\leq 3\%$

[註]a.資料起迄時間：當年

b.資料範圍：各醫療院所年恆牙 730 天內自家再補率

c.分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙顆數

d.分母：該時期(該年)該醫療院所所有病患，實施牙齒填補之恆牙顆數

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

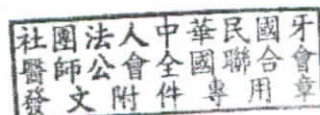
f.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(99 年 1 月 1 日開業院所)無法領取

##### (三)自家乳牙 545 天再補率：

自家乳牙 545 天再補率  $\leq 10\%$ 者

[註]a.資料起迄時間：當年

2



- b.資料範圍：各醫療院所該年乳牙 545 天內自家再補率
- c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，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(99 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

(四)根管治療：

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

1.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、乳牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C、92055C)的顆數

c.分母：同時期各醫療院所申報 RCF 之顆數

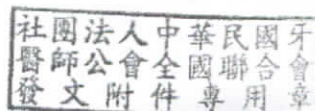
d.計算： $1 - (\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$

2.根管治療未完成率  $\leq 30\%$

[註]a.定義：根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上加上乳牙根管、多根管治療除以根管開擴及清創

b.計算公式： $[1 - (90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C + 90016C + 90018C) / 90015C]$

3.院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90097C)



(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 $\geq 20\%$

[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：分子/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 $\geq 20\%$

[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)該醫療院所前 1 年的月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位的核減率。

(七)醫療院所至少需完成 3 件牙周病統合照護計畫 (P4001C~P4003C)且第三階段完成 3(含)件。

(八)口腔癌篩檢：該醫療院所 101 年度資料上傳(含紙本交付衛生局所成功上傳)至少 10 筆至國民健康局口腔癌篩檢資料庫。

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，不受伍、第四項第(二)(三)(四)(五)(七)(八)款之限制。

## 柒、預算分配支用：

一、本方案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伍、第四項第(一)款之1及第(二)(三)(四)(五)(七)款不符合本方案分配資格之特約醫療院所名單、本方案陸、申請轉診加成之專科牙醫師名單，及由國民健康局提供本方案伍、第四項第(八)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、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、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。

