

「牙醫門診總額支付委員會」100 年度第 3 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 8 月 23 日下午 2 時整

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

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
王委員盛銘	請假	吳委員棋祥	吳棋祥
王委員棟源	陳英禹代	黎委員達明	黎達明
呂委員毓修	請假	張委員宏如	張宏如
沈委員一慶	請假	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	林文德	許委員堂錫	許堂錫
林委員啟滄	陳蕙藝代	黃委員月桂	黃月桂
林委員敬修	林敬修	蔡委員淑鈴	請假
翁委員德育	翁德育	張委員文輝	張文輝
梁委員淑政	梁淑政	張委員世澤	張世澤
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	請假
陳委員建志	陳建志	謝委員武吉	請假
陳委員彥廷	陳彥廷	羅委員界山	羅界山
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	蘇委員益信	蘇益信
吳委員成才	吳成才		

列席單位及人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會

行政院衛生署

中華民國牙醫師公會全國聯合會

本局臺北業務組

本局北區業務組

本局中區業務組

林宜靜、林淑華

陳馨慧

邵格蘊、廖秋英

林照姬、莫翠蘭、邱玲玉、

莊春燕

林夢陸

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	趙燕平
本局資訊組	姜義國
本局企劃組	請假
本局醫務管理組	李純馥、張溫溫、林寶鳳、 王淑華、楊耿如、張作貞、 孫嘉敏、劉立麗、洪于淇、 王金桂、楊耿如、歐舒欣、 吳慧玲、鄭正義、簡淑惠
主席：黃召集人三桂	紀錄：張桂津

壹、 主席致詞(略)

貳、 本會 100 年第 2 次會議紀錄確認 (略)

參、 報告事項

第一案 報告單位：本局醫務管理組
案由：前次(100年第2次)會議決議事項辦理情形
決定：洽悉。

第二案 報告單位：本局醫務管理組
案由：牙醫門診總額執行概況報告
決定：

- 一、請全聯會於下次委員會，提報改善東區醫療服務之對策方案，以維民眾就醫權益。
- 二、有關 100 年牙周病統合照護計畫，1-6 月 P4002C 之執行率約 24%，全年目標為 56,800，請全聯會再加強分區輔導與推展，以利達成全年目標。

三、初診診察之執行分析，納入下次報告內容。

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100年第1季牙醫門診總額點值結算報告

決定：

一、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
		100Q1	浮動點值	0.9559	1.0695	0.9595	1.0275	0.9638
	平均點值	0.9509	1.0583	0.9588	1.0269	0.9653	1.1500	0.9833

二、另牙醫門診總額浮動點值大於平均點值部分，請醫務管理組下次會議報告說明。

第四案

報告單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：「民眾滿意度調查滿意度偏低的項目，加以改進及提昇」報告。

決定：

一、下述意見，請健保局未來進行滿意度調查時，列入參考：

- (一)、 樣本數儘量要增加。
- (二)、 分區樣本數如果不夠的話，要補足到有代表性。
- (三)、 調查項目最好先知會牙醫全聯會。

二、另外，林委員文德所提意見，摘要如下，納入未來辦理參考：

- (一)、 分區增加樣本數至1千多人是不需要的，只要以歷年趨勢分析，累積比較多年，目前樣本數已足夠，可以看出各個項目滿意度的變化。
- (二)、 健保局做整體滿意度，樣本數1千多是應該足夠。牙醫全聯會各分區都有執行委員會，未來各分區也

可以自己收集民意的反應，比較有分區代表性。

第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：重申「牙醫門診總額支付委員會」會議紀錄發言摘要確認流程」案

決定：洽悉，所稱「日」均指「工作天」；另委員出席情形一併納入確認內容。

肆、討論事項

第一案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項」修訂案。

結論：修訂對照表及條訂後該要點詳如附件 1，將依行政程序辦理後續事宜。

第二案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「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」部份條文案。

結論：修訂詳如附件 2，將依行政程序辦理後續事宜。

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：修訂「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」文字增修。

結論：依健保局意見修訂說明文字，修定如附件 3，將依行政程序辦理後續事宜。

第四案

提案單位：本局醫務管理組

案由：擬自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式案。

結論：變更全民健保醫療費用申報格式，由現行.TXT 格式改為

XML 格式，格式內容俟彙整各部門支委會會議結論修改後，將於 101 年 1 月 1 日公告，101 年 7 月 1 日（費用年月）正式實施。

伍、臨時提案

提案單位：藥師公會全聯會代表蘇益信委員

案由：請貴會(牙醫全聯會)函發依醫藥分業精神，把處方箋釋出。

結論：本案由健保局發函各牙醫特約醫療機構，重申院所應依藥事法規定辦理處方交付事宜。

陸、散會：下午 15 時 30 分

附件 「討論案」與會人員發言摘要

討論第一案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項」修訂案

黃召集人三桂

- 一、全聯會這邊有沒有要說明。
- 二、確定所使用材料之費用已含於該診療項目費用內？

許委員世明

(逐項說明修訂部分予省略)

- 一、確定所使用材料之費用已含於該診療項目費用內。
- 二、乳牙的牙根隨著年齡要換牙時，會愈來愈短，所以根管治療要用可吸收的材料，不然不可吸收的材料會變異物；恆牙牙根的根管長度是不會改變，所以如果使用可吸收的材料，會讓根管充填不緻密，是基於醫療品質的考量。
- 三、有關兩者的成本差異，目前沒有進一步的分析。

翁委員德育

目前恆牙根管治療所使用的材料是馬來膠，未來是否有新的材料我們不清楚，是不是以現行可以取得的馬來膠為範圍？如果未來有更新的充填材料，是不是要跟現有的材料作區隔？

陳委員瑞琪

有關可吸收與不可吸收的材料，是否可說明一下，乳牙根管治療與恆牙根管治療為何要各自使用可吸收或不可吸收的材料？有什麼差異？為什麼要這樣訂？二種材料的成本有沒有差異？

第二案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「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」部份條文案。

黃召集人三桂

全聯會這邊有沒有要說明。

醫審及藥材組趙專員燕平

有關審查醫事人員任期之規定，為維持審查品質的穩定性，遴聘作業之制度化，審查醫師任期已簽准以兩年辦理一次遴聘作業，請全聯會參考；若全聯會仍維持「任期為一年，期滿得續聘」部分，則建議刪除「各分區審查醫師續聘者不得超過原人數二分之一」文字。

陳委員彥廷

本案修改乃配合契約每年一約，所以改為每年一聘。

黃委員建文

一、若兩年一聘，我們比較擔心的是費用，因為每年費用都在遞減，今年又減了 300 多萬，工作愈來愈多，審查醫師的負擔也愈來愈重，審查費用又愈來愈少，審查醫師受聘的意願不高，可能有點困難。若要改兩年 1 聘，可否健保局亦改為兩年調一次費用？

二、若任期維持 1 年，只把後面「各分區審查醫師續聘者不得超過原人數二分之一」部分拿掉，我們可以配合。

陳委員建志

健保局意思是，若任期 1 年，把「各分區審查醫師續聘者不得超過原人數二分之一」部分拿掉嗎？

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：修訂「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」文字增修。

黃召集人三桂

請醫務管理組說明一下。

醫務管理組王科長淑華

本案實質計畫內容並未改變，只是把文字更明確化，讓專款支應之項目更具體與易於瞭解，。

第四案

提案單位：本局醫務管理組

案由：擬自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式案。

黃召集人三桂

請醫務管理組說明一下。

翁委員德育

一、貴局分區業務組洽詢的 73 家特約服務機構，有幾家牙醫院

所？變更所需作業時間，有 5 家機構表示無法於 6 個月內完成，是廠商還是院所？

二、若 101 年 7 月 1 日要開始執行，有 5 家機構表示無法於 6 個月內完成，時間上作業來得及嗎？因為還是有部分院所反應，針對這個變更有點憂心。

三、牙醫申報格式，有很多格子我們不用填，但在我們牙醫院所，那些格子要填，那些格子不用填，因為我們院所要申報時會檢核，若現在沒有把要填的格子確認出來，未來檢核時會有困擾。是否可以在實施前，把牙醫要填的格式設計起來。

四、另外有關「影像來源」，可否說明填寫原則？是否牙醫 X 光也可納入？

蘇委員益信

新版申報格式每一筆藥均需填寫藥師資料，譬如說，如果一張處方箋如果有 3 個藥品的話，是否每一筆都要重新輸入藥師資料？那就要做 3 個動作？健保局回應「同意再研議」，可否說明？

醫務管理組林科長寶鳳

(說明中華民國牙醫師公會全聯會來函建議部分予省略)

1. 實際洽詢各層級特約服務機構計 75 家，其中台大醫院提供資料因合併醫學中心及區域醫院層級予以排除後計 73 家，牙醫診所則有 9 家，有 2 家未表示意見，其他回復可達成之時間有

隨時可改至 8 個月時間不等。

2. 有關作業時間，本局預定 101 年 1 月公告 XML 格式之醫療費用申報格式，101 年 7 月 1 日起全面改採 XML 格式申報費用，且自 100 年 5 月即將變更內容不斷於相關會議說明提前作業，故作業時間應已足夠。
3. 委員擔心這個格式未來會長得什麼樣子，目前會新增與刪除欄位詳如附件 8 第 82-83 頁，大部分沒有改變，變動不大，因本案現正提報各部門支付委員會議中，預計 101 年 1 月 1 日前會完成格式公告。
4. 「影像來源」部分，係配合影像資源共享的計畫，主要是針對 CT、MRI 與 PETs 部分，利用健保 IC 卡作索引檔，經過病人授權，可以直接從有影像的院所調影像出來看，未參與該特定檢查資源共享試辦計畫之服務機構並不需申報本欄位。
5. 因為執行醫事人員代碼欄位，是給所有醫療人員使用，可能有同一張處方由多位醫療人員執行的情形，如可能有生化、核醫與尿液檢查等，由不同的檢驗人員執行，藥師的話可能是一個人調劑一張處方，但那個欄位是共用的，未來我們會去定義那些醫令需要填醫事人員代碼，所以才會說再研議。

醫務管理組李專委純馥

- 一、「影像來源」係配合全民健康保險醫療費用支付標準特定資源共享試辦計畫辦理的新增欄位，有參與計畫的院所可能會用到，沒有參與計畫的院所則不會用到，原則上這是針對院所使用其他院所已完成的影像，因未再重做影像，所以健保局給予一筆回饋金，這個回饋金是要用申報的方式進來，所以才需要這個欄位，衛生署想要知道有多少申報量在它們那

裡。有些影像是病人自己帶 copy 片來，有些是透過交換平台拿到，我們這個是要去分辨這個部分。

二、X 光片部分非屬高價檢查，目前不在試辦範圍內。

臨時提案

提案單位：本局醫務管理組

案由：請 貴會(牙醫全聯會)發函依醫藥分業精神，把處方箋釋出。

蘇委員益信

- 一、於七月份健保局南區業務組聯繫會議中，有幾位縣市公會理事長提及會員反應，牙醫診所基於民眾方便，自行於診所內給藥，雖沒有向健保局申報藥費，但依法是不被允許的，希望牙醫全聯會可以函發各牙醫診所，應將處方箋釋出。
- 二、這個問題年年都有，只是今年特別嚴重，依健保局本次會議報告內容第 27 頁，藥費部分醫院成長了 7.9%，但是基層診所藥費卻負成長 4%，可能跟這個有點關係，因此 7 月份的會議有理事長提出，並跟健保局反應，但是建議我們去檢舉，我們覺得這樣不妥，希望可以透過支委會開會時提出，請牙醫全聯會函發地方公會。

劉委員俊言

牙醫診所釋出處方箋應該是最多的，我們都一直配合辦理，96 年時衛生署有一個函示，對於牙醫的緊急用藥的部分，有做一些規範，一切合乎法規我們就會配合辦理。

黃召集人三桂

本案由健保局發函各牙醫特約醫療機構，重申院所應依藥事法規
定辦理處方交付事宜。

「全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項」修訂對照表

修訂內容	原內容	說明
<p>十、X光片應沖洗清晰可辨，並有可辨上、下、左、右，正反面之記號（實體X光片以凹凸點為標註方式，凸點為正面）。數位X光機所列印之膠片尺寸大小應與一般相關X光片相符。不得以數位X光檔案列印於相片紙上送審。若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附X光片，其相關費用應予核減。若重覆補照X光片時，申復時應補上原送核之X光片，連同初審作比對。如係以數位化X光影像上傳作業之案件，申復時應附實體膠片。非處置當日X光片，舉證時，X光片須記載拍攝日期。</p>	<p>十、X光片應沖洗清晰可辨，並有可辨上、下、左、右，正反面之記號。數位X光機所列印之膠片尺寸大小應與一般相關X光片相符。不得以數位X光檔案列印於相片紙上送審。若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附X光片，其相關費用應予核減。若重覆補照X光片時，申復時應補上原送核之X光片，連同初審作比對。如係以數位化X光影像上傳作業之案件，申復時應附實體膠片。非處置當日X光片，舉證時，X光片須記載拍攝日期。</p>	<p>定義X光片之標註方式，俾便專業審查辨識。</p>
<p>十一、送審時檢附之照片（規格需為3x5吋以上，彩色），應每張分開浮貼於病歷影本或處方明細表上；照片應清晰標示姓名且足以辨識上下左右、舉證之牙位及鄰接牙；若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附照片，其相關費用應予核減。若重複補拍照片時，申復時應補上原送核之照片，連同初審作比對。照片之保存期限，依據醫療法之規定執行（病歷至少須保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其法定成年後七年）。</p>	<p>十一、送審時檢附之照片，應每張分開浮貼於病歷影本或處方明細表上；照片應清晰標示姓名且足以辨識上下左右、舉證之牙位及鄰接牙；若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附照片，其相關費用應予核減。若重複補拍照片時，申復時應補上原送核之照片，連同初審作比對。照片之保存期限，依據醫療法之規定執行（病歷至少須保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其法定成年後七年）。</p>	<p>新增照片規格</p>
<p>十八、齒頸部磨耗充填限以單面申報。</p>	<p>十八、齒頸部磨耗或齶齒充填限以</p>	<p>刪除「齶齒」</p>

修訂內容	原內容	說明
	單面申報。	之充填限制。
<p>十九、(一)後牙若同顆牙同時併有多面蛀牙，應於當次復形完成後，並以支付標準表內牙體復形最高面數目申報。</p> <p>(二)使用兩種以上不同復形材質，以給付最低點數之處置項目及同一療程內執行面數申報，且申報面數最高以三面為限。</p>	<p>十九、(一)後牙若同顆牙同時併有多面蛀牙，應於當次復形完成後，並以支付標準表內牙體復形最高面數目申報。</p> <p>(二)在支付標準所規定之時間內，前述之牙齒不得再申報任何 O.D. (覆髓(89006C)除外)之填補。前述各項診療，須有詳細病歷記載。</p> <p>(三)使用兩種以上不同復形材質，以給付最低點數之處置項目及同一療程內執行面數申報，且申報面數最高以三面為限。</p>	<p>刪除原第(二)項，回歸支付標準表之規定。</p>
<p>二十一、恆牙根管治療完成充填之界定：</p> <p>(一)根管操作長度以根管開口參考點至根尖之長度計算之。但根管根尖須充填 5mm 才達緻密。</p> <p>(二)單一根管：除有鈣化之情形者外，其充填須緻密達根管內距根尖 2mm。</p> <p>(三)多根管：後牙以超過三分之二才予給付，根管阻塞者以超過二分之一才予給付。若有明顯無法克服之情況，如：根管阻塞，極度彎曲或存在器械斷折〔非同一醫院所操</p>	<p>二十一、根管治療完成充填之界定：</p> <p>(一)根管操作長度以根管開口參考點至根尖之長度計算之。但根管根尖須充填 5mm 才達緻密。</p> <p>(二)單一根管：除有鈣化之情形者外，其充填須緻密達根管內距根尖 2mm。</p> <p>(三)多根管：後牙以超過三分之二才予給付，根管阻塞者以超過二分之一才予給付。若有明顯無法克服之情況，如：根管阻塞，極度彎曲或存在器械斷折〔非同一醫</p>	<p>1. 將恆牙及乳牙根管治療分開明列，刪除原第(四)項乳牙根管治療，併至第二十二條。</p> <p>2. 明訂恆牙根管治療應使用不可吸收之材料。</p>

修訂內容	原內容	說明
<p>作時斷裂等〕不在此限。</p> <p>(四)恆牙根管治療須以不可吸收之材料充填，但不得使用銀針、銀針混合牙膠針、根管充填劑及其他不宜做根管充填之材料。</p>	<p>院所操作時斷裂等〕不在此限。</p> <p>(四)乳牙之根管充填超過二分之一以上(多根管者為全部根管)才得以給付。</p>	

修訂內容	原內容	說明
<p>二十三、根管治療時申報根管擴大與清創(90015C) 所檢附之 X 光片或相片上，若可證實有使用橡皮障防濕裝置(亦即牙齒上夾有 clamp 者時)，可同時申報橡皮防濕裝置(90012C)一次。但(90012C)按實際執行次數申報，病歷應詳實記載，並須檢附 X 光片或照片為佐證，於完成時申報。</p>	<p>二十三、根管治療時申報根管擴大與清創(90015C) 所檢附之 X 光片或相片上，若可證實有使用橡皮障防濕裝置(亦即牙齒上夾有 clamp 者時)，可同時申報橡皮防濕裝置(90012C)一次。但(90012C) 同療程(含90015C)申報以四次為限，病歷應詳實記載，並須檢附 X 光片或照片為佐證，於完成時申報。</p>	<p>修訂 90012 申報次數。</p>
<p>二十二、乳牙根管治療，申報時須檢附術前、術後 X 光片。根管充填須達根尖二分之一，並以可吸收之材料充填，後牙多根管須所有根管均達根尖二分之一才可申報 90018C，後牙若有部份根管充填未達標準可以 90016C 申報。乳牙所有牙根吸收超過三分之二以上(殘存牙根長度在 3mm 以內者)，不得申報乳牙根管治療。</p>	<p>二十五、乳牙根管治療，申報時須檢附術前、術後 X 光片。根管充填須達根尖二分之一，後牙多根管須所有根管均達根尖二分之一才可申報 90018C，後牙若有部份根管充填未達標準可以 90016C 申報。乳牙所有牙根吸收超過三分之二以上(殘存牙根長度在 3mm 以內者)，不得申報乳牙根管治療。</p>	<p>1. 原二十五條移至二十二條，餘項次順延。 2. 明訂乳牙根管治療應使用可吸收之材料。</p>
	<p>三十五、複雜性拔牙(92014C) 只限於牙根肥大、牙根黏連、牙根彎曲，支付標準表內明列本項系統性疾病或其他複雜情況者，病歷需詳實記載方得申報。</p>	<p>刪除，回歸支付標準表規定。</p>

修訂內容	原內容	說明
<p>四十、若發現 91003C、91004C 申報異常，得請院所檢附相片或 X 光片以為審核(相片或 X 光片費用已內含)。</p>	<p>四十、若發現 91003C、91004C 申報異常，得請院所檢附相片(規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀)或 X 光片以為審核(相片或 X 光片費用已內含)。</p>	<p>因照片規格已列入支付標準表，故刪除。</p>
<p>四十一、申報初診診察 01271C~01273C：</p> <p>(一)全口無牙或殘存牙齒少於 8 顆之病患不得申報 01271C、01272C 及 01273C。</p> <p>(二)初診診察記錄視同病歷首頁，應於每次抽審時附上最近一次(一年內)之初診記錄及相關 X 光片，如為連續抽審案件應載明於醫令清單上。</p> <p>(三)初診診察記錄內容需載明基本牙周狀況評估分為：</p> <p>1. 健康 2. 牙齦炎 3. 牙周炎。</p>	<p>四十一、申報初診診察 01271C~01273C：</p> <p>(一)全口無牙或殘存牙齒少於 8 顆之病患不得申報 01271C、01272C 及 01273C。</p> <p>(二)初診診察記錄視同病歷首頁，應於每次抽審時附上最近一次之初診記錄及相關 X 光片，如為連續抽審案件應載明於醫令清單上。</p> <p>(三)初診診察記錄內容需載明基本牙周狀況評估分為：</p> <p>1. 健康 2. 牙齦炎 3. 牙周炎。</p>	<p>明訂檢附最近一次初診記錄之時間限制。</p>

全民健康保險牙醫醫療費用審查注意事項

壹、總則：

- 一、病歷（得以中文或英文記載）書寫應清晰詳實完整，若經兩位審查醫師會審，仍無法辨識者，則逕刪減之。且各項診斷應記載於病歷內頁各項處置之前，不得僅記載於病歷首頁診斷欄內。病歷內頁記載診療內容，經送審核刪後，診療內容不得修改後再申復，如依行政院衛生署公告「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，以電子病歷送審者，依該規定辦理。
- 二、牙科治療項目如使用縮寫，依全聯會統一制訂之英文縮寫名稱表示，以利便捷整齊之病歷記載。

英文名稱	英文縮寫	英文名稱	英文縮寫
Amalgam Filling	AF or AMF	Lower Right	LR
Buccal	B	Mesial	M
Block Anesthesia	B. ANES	Myofascial Pain Dysfunction Syndrome	MPDS
Camphorated Monochloro Phenol	CMCP	Normal Saline	N. S.
Camphorated Parachlorophenol	CPC	Occlusal	O
Cervical	C	Occlusal Adjustment	Occ. adj
Composite Resin Filling	CRF	Operative Dentistry	OD
Distal	D	Oral Hygiene Instruction	OHI
Endodontic Treatment	ENDO Tx	Oral Surgery	O. S.
Extraction	EXT	Palatal	P
Facial Buccal	F&B	Periodontal	Perio
Formalin Cresol	FC	Rubber Dam	RD
Full Mouth	FM	Residual Root/Retained Root	R. R.
Glass Ionomer Cement Filling	GIF	Root Canal Enlargement	RCE
Gutta Percha	GP	Root Canal Filling	RCF
Gutta-Percha Point	G-P POINT	Root Canal Treatment	RCT
Incisal edge	I	Temporo-Mandibular Joint	TMJ

英文名稱	英文縮寫	英文名稱	英文縮寫
Incision & Drainage	I&D	TMJ and Muscle disorder	TMD
Labial /Facial	F	Upper Anterior	UA
Lingual	L	Upper Left	UL
Local Anesthesia	L. ANES	Upper Bilateral	UB
Lower Anterior	LA	Upper Right	UR
Lower Left	LL	Working Length	WL
Lower Bilateral	LB		

三、首頁之病患個人基本資料，尤其首頁之初診日期（年、月、日）、內頁之各次看診日期（年、月、日）均務必詳實填寫。

（一）診所使用之病患基本資料（首頁）若為全頁者；須於首頁見到「初診日期」並詳實填寫日期。

（二）病患基本資料（首頁）若僅佔其半頁；下接首次看診病歷者，於抽審影印時，其首頁病歷不得遮掩，並且應於首次病歷看診日期欄處註明「初診日期」以免誤刪。

（三）採電腦登載病歷記錄者，應逐日逐筆列印出資料並剪貼於病歷紙頁上，製作成實體病歷並按醫療法規定保存。故電腦病歷患者資料若只有半頁，應見首頁全部剪貼資料的全貌，不可漏列自初診日始之資料。

（四）初診或初診日期為該病患首次至該醫療院所首次看診之日期。

四、處方用藥之藥名、劑量及用法應詳細載明於病歷。

五、當次健保卡序號，應記載於病歷當次日期欄內。

六、診療記錄應由醫師親自記載，並簽名或蓋章。

七、以電腦製作病歷時，應將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列印剪貼於病歷紙上，並由診治醫師簽名或蓋章，方為實體病歷，保存年限應依醫療法規定辦理。所謂病歷影本應為前述實體病歷之影本。

八、病歷、處方等若有塗改修正時，依醫療法 68 條規定，請勿塗毀，而應以畫線刪除，再於其旁修正。修正後再於其旁由該診治醫師簽章。

九、為提昇審查效率，檢附之 X 光片，應每張分開以透明 X 光片袋裝妥，一袋一片浮貼於病歷影本或處方明細表上，且 X 光片袋上勿貼有礙檢視之標籤。

- 十、X光片應沖洗清晰可辨，並有可辨上、下、左、右，正反面之記號（實體X光片以凹凸點為標註方式，凸點為正面）。數位X光機所列印之膠片尺寸大小應與一般相關X光片相符。不得以數位X光檔案列印於相片紙上送審。若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附X光片，其相關費用應予核減。若重覆補照X光片時，申復時應補上原送核之X光片，連同初審作比對。如係以數位化X光影像上傳作業之案件，申復時應附實體膠片。非處置當日X光片，舉證時，X光片須記載拍攝日期。
- 十一、送審時檢附之照片（規格需為3x5吋以上，彩色），應每張分開浮貼於病歷影本或處方明細表上；照片應清晰標示姓名且足以辨識上下左右、舉證之牙位及鄰接牙；若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附照片，其相關費用應予核減。若重複補拍照片時，申復時應補上原送核之照片，連同初審作比對。照片之保存期限，依據醫療法之規定執行（病歷至少須保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其法定成年後七年）。
- 十二、跨表申報應事先報准，否則不予給付。
- 十三、下列處置非屬健保醫療給付範圍：（參見全民健康保險法第三十九條）。
- （一）非外傷性齒列矯正。
 - （二）成藥及醫師指示用藥。（目前已給付之醫師指示用藥除外）
 - （三）病人交通、掛號、證明文件。
 - （四）義齒：牙冠、牙橋、牙柱心、活動假牙、人工植牙……。
 - （五）預防保健：塗氟、潔牙訓練、溝隙封閉劑……。（特定對象除外）
 - （六）經主管機關公告不給付之診療服務、藥品及政府負擔之醫療服務項目。
- 十四、病歷應記載就診時主訴，明確記錄診斷之傷病名稱。治療部位、軟、硬組織均應載明相關部位。
- 十五、處置項目及內容，應以文字記載，勿僅以代碼記載。另緊急處理項目應記載如何處理，如：91001C 牙周病緊急處置、90004C 齒內治療緊急處理及 92001C 手術後治療均應以文字註明處置之方式。
- 十六、實體病歷應製作詳實完整，逐日逐筆記載申報費用檢附之實體病歷影本

應清晰完整，且需具有至少六個月之病歷內容。

(一) 6 個月之內無看診記錄者，需接續上次看診記錄，不論半年內是否有就診記錄，一律附足該筆病歷回推半年前的最後一筆資料；醫院綜合病歷得以任何科別之看診日期戳章接續。如為初診病歷，則不需檢附六個月資料。

(二) 病歷需全頁影印，不得剪貼、遮掩。

(三) 為因應審查需要，得請醫療院所提供所需之相關文件及資料（如附件一），醫療院所不得藉故拒絕。如所檢附之相關文件及資料不齊時，得刪除其所申報之費用。

十七、(原四十二~~四十三~~、)非屬本保險給付範圍之醫療服務代辦案件，未依規定以代辦案件申報者，整筆核刪不予本保險支付（例如：屬職業災害事故所發生之醫療費用以健保醫療費用申報者不予支付）。

十八、(原四十三~~四十四~~、)醫事機構申報重大傷病免部分負擔之醫療費用，非與重大傷病相關之診療者，追扣醫事機構該筆醫療費用部分負擔。

十九、(原四十四~~四十五~~)案件分類為「一般案件」（俗稱簡表）者，經個案專業審查後，有下列情形者整筆費用核刪：

(一)、影響病人安全之處方者。

(二)、非必要之連續性就診者。

二十、(原四十六~~四十七~~、)依行政院衛生署公告「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，經衛生主管機關認證實施電子病歷之醫療院所，得依其相關規定檢送電子病歷。

貳、 初診、X 光:

一、(原四 ~~十四十一~~、)申報初診診察 01271C~01273C：

(一)全口無牙或殘存牙齒少於 8 顆之病患不得申報 01271C、01272C 及 01273C。

(二)初診診察記錄視同病歷首頁，應於每次抽審時附上最近一次(一年內)之初診記錄及相關 X 光片，如為連續抽審案件應載明於醫令清單上。

(三)初診診察記錄內容需載明基本牙周狀況評估分為：

1. 健康 2. 牙齦炎 3. 牙周炎。

二、(原二十五二十四、)(一)若病人情況特殊「如過動兒(須檢附醫院診斷證明)、智障兒童(須檢附殘障手冊或精神科診斷證明)等有相關證明者」施行X光攝影有困難，得於病歷上詳細記載，方免附X光片而予以個案方式審查。

(二)成年智障、懷孕婦女(須病歷載明及病患簽名)、巡迴醫療區無X光設備者，其根管治療準用前項(免附X光片)之規定。

參、牙體復形：

一、(原十七、)牙體復形(O.D.)：除牙位外，應詳載補牙部位窩洞位置及所使用材質。(請勿使用商品名稱)。

二、(原十八、)齒頸部磨耗或齶齒充填限以單面申報。

三、(原十九、)(一)後牙若同顆牙同時併有多面蛀牙，應於當次復形完成後，並以支付標準表內牙體復形最高面數目申報。

~~(二)在支付標準所規定之時間內，前述之牙齒不得再申報任何O.D.(覆蓋(89006C)除外)之填補。前述各項診療，須有詳細病歷記載。~~

(二)~~(三)~~使用兩種以上不同復形材質，以給付最低點數之處置項目及同一療程內執行面數申報，且申報面數最高以三面為限。

肆、根管治療

一、(原二十、)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(包含數字與單位mm)，擴大號數(ISO instruments 經由ADA與ISO認定的標準尺寸大小)、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。

二、(原二十一、)恆牙根管治療完成充填之界定：

(一)根管操作長度以根管開口參考點至根尖之長度計算之。但根管根尖須充填5mm才達緻密。

(二)單一根管：除有鈣化之情形者外，其充填須緻密達根管內距根尖2mm。

(三)多根管：後牙以超過三分之二才予給付，根管阻塞者以超過二分之一才予給付。若有明顯無法克服之情況，如：根管阻塞，極度彎曲或存在器械斷折〔非同一醫院所操作時斷裂等〕不在此限。

~~(四)乳牙之根管充填超過二分之一以上(多根管者為全部根管)才得以給付。~~

(四)恆牙根管治療須以不可吸收之材料充填，但不得使用銀針、銀針混合牙膠針、根管充填劑及其他不宜做根管充填之材料。

三、(原二十二二十五、)乳牙根管治療，申報時須檢附術前、術後 X 光片。根管充填須達根尖二分之一，並以可吸收之材料充填，後牙多根管須所有根管均達根尖二分之一才可申報 90018C，後牙若有部份根管充填未達標準可以 90016C 申報。乳牙所有牙根吸收超過三分之二以上（殘存牙根長度在 3mm 以內者），不得申報乳牙根管治療。

四、(原二十三二十二、)拆除支台齒上之牙冠（以實際拆除支台齒上之牙冠數給付）或作橋體切斷術（橋體切斷視為 90007Cx1 給付），應於病歷上詳實記明，並檢附術前、後 X 光片或相片（X 光片或相片費用內含）申報之，若比例太高時，則實地訪查。

五、(原二十四二十三、)根管治療時申報根管擴大與清創(90015C)所檢附之 X 光片或相片上，若可證實有使用橡皮障防濕裝置（亦即牙齒上夾有 clamp 者時），可同時申報橡皮防濕裝置(90012C)一次。但(90012C)再療程(含 90015C)申報以四次為限按實際執行次數申報，病歷應詳實記載，並須檢附 X 光片或照片為佐證，於完成時申報。

六、(原二十五二十四、)(一)若病人情況特殊「如過動兒（須檢附醫院診斷證明）、智障兒童（須檢附殘障手冊或精神科診斷證明）等有相關證明者」施行 X 光攝影有困難，得於病歷上詳細記載，方免附 X 光片而予以個案方式審查。

(二)成年智障、懷孕婦女（須病歷載明及病患簽名）、巡迴醫療區無 X 光設備者，其根管治療準用前項（免附 X 光片）之規定。

七、(原二十六、)根管治療後，若因根尖膿腫而需重新再作者，以病歷記載之

病情與重作根管治療前之診斷 X 光片為審查依據，經二位審查醫師認定已不適合施行根管治療者，不得以根管治療申報。

八、(原三十八三十九、) (一) Gutta percha points filling 若超過 X 光影像所示牙根之根尖 2 mm 以上，屬於缺乏積極療效之判定，不予以給付根管充填費用。

(二) 若 Gutta percha points overfilling 有前項(一)之情況時，該牙申報二根根管治療或三根根管治療，應可考慮作部份核減及多根管治療時核減該 Over filling 之根管充填費用。

(三) Over filling 合併手術治療時，同一院所者視為同一療程，則合併申報時不刪減之；若 GP over filling 後有轉診計畫作手術時應詳載於病歷上並檢附轉診單影本，可不予以刪除。(98/3/1)

伍、 牙周病：

一、(原二十七、)全口牙結石清除、齒齦下刮除術 (91006C-91008C)後，以觀察一個月為原則；視病情需要可做牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)。

二、(原二十八、)全口牙結石清除及齒齦下刮除術不得再申報術後處理費。

三、(原二十九、)為執行牙齦切除術 (91011C- 91012C)原則上應於牙結石清除觀察一個月後，或視病情需要方得申報，惟須詳細記載病歷 (包括適應症狀、診斷及手術過程) 備查。

四、(原三十九四一十、)若發現 91003C、91004C 申報異常，得請院所檢附相片 (規格需為 ~~3*5 吋以上且可清晰判讀~~) 或 X 光片以為審核 (相片或 X 光片費用已內含)。

五、(原四十七四十八、)主要處置需要之牙周囊袋測量記錄表須醫師簽名及加註檢查日期。時效：在進行牙周病緊急處置 (91001C) 以外之牙周病處置後，若欲再作進一步治療，皆須重新檢測囊袋，記錄表之時效最長不超過六個月。

陸、 口腔外科：

一、(原三十、)對於全部口腔潰瘍之病例不論採何種方式治療，排除切片或手術切除送檢後一律以 92001C 或 92066C 給付。申報 92066C 嚴重口腔

潰瘍病歷應記載病灶之數量與範圍，三天內視為同一療程，92001C 三十天內限申報二次。

二、(原三十一、)單純牙齒鬆動可申報 92002C，拆除可申報 92001C。牙齒和齒槽骨或顎骨鬆動，可申報 92007B 或 92008B，拆除可申報 92006C。

三、(原三十二、)專案申報切開排膿(92003C-92004C)，同一區域當月份給付一次，如有感染及發炎特別嚴重者不在此限。病歷應詳實記載備查。

四、(原三十三、)同一部位或相鄰三顆牙切開排膿後之傷口檢查及治療以一次為限，如有感染及發炎特別嚴重者不在此限。病歷應詳實記載備查。

五、(原三十四、)拔牙後單純傷口處置及拆線(92005C)為同一療程。

~~三十五、複雜性拔牙(92014C)只限於牙根肥大、牙根黏連、牙根彎曲，支付標準表內明列本項系統性疾病或其他複雜情況者，病歷需詳實記載方得申報。~~

六、(原三十五~~三十六~~、)阻生牙、埋伏齒，簡單者可申報 92015C，埋伏齒之牙根明顯彎曲、水平智齒、牙冠部被骨頭包埋三分之二或其他複雜情況者，得申報 92016C(以上均須附載有手術記錄之病歷備查)，依臨床指引之圖譜申報。

七、(原三十六~~三十七~~、)拔牙若與齒槽骨成形術(92041C)和牙齦切除術(91011C)同時申報時，則 92041C 按支付點數之一半給付，而 91011C 不予給付。

八、(原三十七~~三十八~~、)施行「CO₂雷射切除軟組織」以不易傳統手術為之者為限，病歷應詳實記載備查。以超音波治療 TMJ 則不予給付。(98/3/1)

九、(原四十一~~四十二~~、)申報癌前病變軟組織切片(92067B)應具體描述病灶的表徵。

十、(原四十五~~四十六~~、)因拔牙後牙齒矯正引起牙齒移位，申報牙位之認定及支付原則如下：

(一) 自家院所因拔牙後引起牙齒移位，誤植牙位造成申報錯誤，一律不支付。

(二) 若係因他家院所拔牙，或申復時，申報拔牙案件與後續相關處置檢附 X 光片、照片作具體舉證者，則由專業審查個案認定。

【附件一】

「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」

第四條所稱「診療相關證明文件」(99/4/1)

「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第四條所稱「診療相關證明文件」，經明確定義如下：

1. 於審查必要時，醫療院所應提供下列文件以利專業審查醫療之所需：

- (1) X光片。
- (2) 術前、中、後臨床彩色照片，並註明日期。
- (3) 保險醫療費用明細表。

2. 目的：

- (1) 專業醫療審查所需。
- (2) 評估醫療是否按臨床治療指引明定之步驟合理執行。

3. 符合下列任一條件：

- (1) 根據電腦檔案分析指標擇出。
- (2) 各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經委員會通過。

4. 提供時機：依分區委員會實際需求正式通知健保局各分區業務組。

(1) 根據電腦檔案分析指標擇出。

由全國二十項指標中選用八項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質，八項共同指標如下：

八項指標：

- (a) 就醫病患平均耗用值
- (b) 每位 OD 患者平均 OD 耗用值
- (c) O.D 點數佔率
- (d) 就醫病患平均 O.D 顆數
- (e) 二年內自家 O.D 重補率
- (f) 三年內自家 O.D. 重補率
- (g) 二年內他家 O.D. 重補率
- (h) 三年內他家 O.D. 重補率

a. 八項指標共同分析，每項指標取百分位前 5%，再依分析結果評量異常程度。

b. 異常人數以該區總醫師數 1% 為上限，並三至六個月檢討一次。

(2) 各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經委員會通過。

5. (1) 異常院所名單以該區總家數之 1% 為上限，於三至六個月檢討一次。

(2) 期限：三至六個月為原則，必要時延期一次。

**修訂「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」
對照表**

修訂條文	原條文	說明
<p>五、審查醫師任期： （一）審查醫師任期依據中央健康保險局牙醫門診總額支付制度下專業審查事務委託勞務契約，<u>任期一年</u>，期滿得續聘之。</p>	<p>五、審查醫師任期： （一）審查醫師任期依據中央健康保險局牙醫門診總額支付制度下專業審查事務委託勞務契約，期滿得續聘之，各分區審查醫師續聘者不得超過原人數二分之一。</p>	<p>明訂審查醫師任期。</p>

**「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」
修訂對照表**

修訂條文	原條文
<p>第二項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫</p> <p>九、醫療費用申報及支付</p> <p>(一)支付原則：</p> <p>2.「核實申報」計酬方式：每件加計 2 成點數支付，<u>加成給付之費用納入專款</u>，每點支付金額以 1 元暫付，餘依全民健康保險相關規定辦理。</p>	<p>第二項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫</p> <p>九、醫療費用申報及支付</p> <p>(一)支付原則：</p> <p>2.「核實申報」計酬方式：每件加計 2 成點數支付，每點支付金額以 1 元暫付，餘依全民健康保險相關規定辦理。</p>
<p>第一項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫</p> <p>十三、本方案之經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，扣除本計畫執行單位門診服務之「定額給付」後，<u>本計畫之「論次給付」、同方案第二項「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之「論次給付」、「核實申報之加成給付」</u>，以浮動點值計算暫結，且每點金額不高於 1 元。</p> <p>第二項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫</p> <p>十三、內容同上修正</p>	<p>第一項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫</p> <p>十三、本方案之經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，扣除本計畫執行單位門診服務之「定額給付」後，<u>本計畫之「論次給付」、同方案第二項「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之「論次給付」</u>皆依各區當季浮動點值計算暫結，且每點金額不高於 1 元。</p> <p>第二項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫</p> <p>十三、內容同上修正</p>