

「牙醫門診總額支付委員會」100 年度第 4 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 11 月 15 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	王盛銘	吳委員棋祥	李明憲代
王委員棟源	王棟源	黎委員達明	黎達明
呂委員毓修	請假	張委員宏如	黃鈺生代
沈委員一慶	沈一慶	黃委員建文	黃建文
林委員俊彬	林俊彬	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	陳健民代	黃委員月桂	黃月桂
林委員敬修	林敬修	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
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	連新傑代
許委員世明	許世明	劉委員俊言	劉俊言
陳委員一清	陳一清	郭委員正全	郭正全
陳委員建志	陳建志	謝委員武吉	朱益宏代
陳委員彥廷	陳彥廷	羅委員界山	羅界山
陳委員瑞瑛	請假	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

陳真如

林世榮、謝欣育、邵格蘊

廖秋英、朱智華、潘佩筠

林照姬、莫翠蘭、邱玲玉、

莊春燕

呂淑文

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	施志和、王本仁、趙燕平
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	林阿明、李純馥、張溫溫、 王淑華、甯素珠、張作貞、 孫嘉敏、歐舒欣、鄭正義、 簡守謙

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 3 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、3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：洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100 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 50 條規定辦理點值公布、結算。

季別	分局	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
	100Q2	浮動點值	0.9552	1.0705	0.9899	1.0590	0.9966	1.1521
	平均點值	0.9557	1.0705	0.9874	1.0535	0.9937	1.1500	0.9998

第四案 報告單位：本局醫務管理組
案由：「101 年度牙醫門診總額支付委員會召開會議時程」報告。
決定：101 年會議時程如下表，請各位委員預留時間。

次數	1	2	3	4	5
會議日期	101.2.21 (星期二)	101.5.22 (星期二)	101.8.21 (星期二)	101.11.20 (星期二)	101.12.4 (星期二)
會議名稱	101 年 第 1 次	101 年 第 2 次	101 年 第 3 次	101 年 第 4 次	臨時會議

第五案 報告單位：本局醫務管理組
案由：「101 年度牙醫門診總額預算四季重分配」案。
決定：同意 101 年度牙醫門診總額預算四季重分配，內容詳如附件 1。

第六案 報告單位：牙醫師公會全國聯合會
案由：「改善東區醫療服務之對策方案報告」案。
決定：洽悉，仍請牙醫全聯會協助持續推動改善措施。

第七案 報告單位：牙醫師公會全國聯合會
案由：訂定「100 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」醫師退場機制各項指標之閾值案。
決定：

- 一、同意牙醫全聯會報告，取消醫師退場機制各項指標之閾

值，惟請將林委員(文德)、蔡組長(淑鈴)與李專委(純馥)的意見納入參考。

- 二、林委員(文德)意見：未來可使用客觀資料(如醫療申報資料等)作為績效評估或退場機制，不單以療程內完成個案執行數作為績效評估。
- 三、蔡組長(淑鈴)意見：第三階段(P4003C)為評估整體療程的結果，83%有申報第三階段(P4003C)，但有 17%院所未申報第三階段(P4003C)，未來評估成效時，17%未申報的院所，應該輔導其完成，另外亦須探討 83%有申報第三階段(P4003C)之院所，個案情形是否有進步。
- 四、李專委(純馥)意見：請牙醫全聯會深入瞭解，執行件數小於 10 件且第三階段(P4003C)完成件數偏低，即完治率偏低之院所，其無法完成的原因，作為本計畫未來改善的參考。

肆、 討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：「101 年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」案。

結論：同意，詳如附件 2，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：「101 年度各分區一般預算分配案」案。

。

結論：

- 一、同意 1 千萬撥補於高屏分區一般服務預算，與移撥 5 千萬支應「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」，採每季平均，經費若有結餘，第 4 季將回歸一般服務費用。

二、同意由一般部門總額移撥 1.7 億支應「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」，每季分別以每點 1 元給付，第 4 季時，若預算不足時，當季浮動點值給付，若第 4 季預算有餘額，則回歸第 4 季一般服務部門預算辦理。

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：「100 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」之執行範例。

結論：同意，執行範例詳如附件 3。

第四案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關「民眾滿意度調查滿意度偏低的項目，加以改進及提昇」紀錄之內容正確性乙案。

結論：健保局未來執行時，將民調單位的問卷先行提供給牙醫全聯會，如果全聯會有意見可以提出來作為修訂參考，以減少誤會。

第五案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「審查注意事項」案。

結論：依牙醫全聯會意見，本案撤回。

第六案

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」案。

結論：依健保局意見，本案維持原條文。

第七案

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幹部自律管理
要點修訂內容」案。

結論：同意修訂，內容詳附件 4。

第八案 提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「101 年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案。

結論：同意修訂，內容詳附件 5。

第九案 提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：新增及修訂「牙科支付標準表」。

結論：

「複合體充填」執行率公式與支付標準修訂文字部分，請全聯會將各界意見帶回修訂，下次臨時會時再確認內容，本案今天不做決定。

主席裁示：第十案至第十三案延至 100 年 11 月 29 日臨時會議再繼續討論。

伍、討論事項與會人員發言摘要詳如附件 6。

陸、散會：下午 17 時整

附件6 「討論案」與會人員發言摘要

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：「101年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」案。

黃召集人三桂

本案為「101年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」，健保局提出部分為說明二跟說明三部分，請全聯會表示意見。

劉委員俊言

- 一、第80頁說明一後半段，「一般服務成長率為2.254%(醫療服務成本及人口因素1.006%，協商因素-0.465%)」是什麼意思？
- 二、第81頁各季各分區預算數的表第1行，「校正投保人口年增率預估值(DI₁₀₁)」數字單位都是元，與第82頁倒數第2行0.23億、0.07億、0.03億、-0.07億元數字不符。
- 三、第82頁「一般服務成長率為2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.659%，及協商因素成長率0.595%.....前述二項額度經換算，101年度牙醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.264%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.190%」，可是校正投保人口是增加，不是減少，為什麼原來一般服務成長率為2.254%，加上校正投保人口後變成2.190%？

黃召集人三桂

請同仁先回應一下。

張科長溫溫

- 一、有關校正人口數值兩者不同，兩者數值應該相同，本局確認後會再補正。
- 二、有關兩個整體總額成長率數值不同，因一個基期有補上人口差值，另一個比較基期為 100 年總額協商預算，未加上人口差值，故有所不同，下次會議再將公式向委員說明，至於數值部分，本局會再行確認。

劉委員俊言

101 年專款部分並未增加，所以一般服務的成長率是 2.254%，第 3 項給付費用總額較 100 年度協定總額成長，應該比 2.254% 小，不會是 2.264%。而校正投保人口的話，因為有加上 0.26 億，應該要比 2.254% 來得大，是不是二個數字顛倒了？

梁委員淑政

沒有顛倒，2.254% 是因為我們把人口差值放在分母裡（基期），而 101 年預算不含人口差值，所以 101 年預算數除以分母，數值就會變小。如果 101 年預算數（含人口差值）跟 100 年協定的預算比較，就是分母（基期）不含投保人口差值，那 101 年成長率數值會比較高，就是 2.264%。

黃召集人三桂

「101 年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」，就按照說明二、說明三內容辦理。

第二案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「101 年度各分區一般預算分配案」案。

黃召集人三桂

本案為「101 年度各分區一般預算分配案」案，由牙醫師公會全聯會提出，在 11 年 11 日於費協會討論後，交請本支委會討論，請業務單位說明一下。

蔡組長淑鈴

- 一. 有關移撥 4.12 億元，第 1 項「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」，經費 0.5 億元，是 100 年原本就有的方案，雖然牙醫門診總額 100% 跟著人走，以投保人口比例將預算分配至各分區，但是分區內部分艱困的鄉鎮，用五千萬去另外處理，本局無意見。
- 二. 今(101)年多的是第 2、3 項，第 2 項是要將醫缺方案的論量計酬費用移出，請牙醫全聯會說明一下理由，是否因各分區執行醫缺方案之占率不一，為了保障醫缺計畫能加強推行所以要移出？另外，移出 1.8 億，其中 1 千萬移作撥補於高屏分區一般服務預算，亦請說明原由。
- 三. 第 3 項是「牙周病統合性治療第三階段給付費用」，移撥經費 1.82 億元，第三階段給付點值由 1 點 1 元調為 1.3 元，請說明理由，是否因專款執行率不高，藉由提高單價來提高執行率？101 年預算協商時即已將價格一併納入討論，每點以 1 點 1 元來估計，現在突然要調高為 1 點 1.3 元，不太瞭解目的何在。
- 四. 本局意見第一項，針對預算移撥目的與移撥額度是否合理與足夠部分有疑問，本局意見第二項，若確定本次會議決議同意移撥，針對執行面如何進行提出意見。

陳委員彥廷

本會請林敬修委員針對醫缺先行說明。

林委員敬修

- 一. 六分區執行醫缺之比例不一，高屏分區的量約占百分之 40 多，若依投保人口比例分配，則高屏區只有百分之十幾的預算，所以造成醫缺預算與執行分配不均的問題，因此全聯會希望將醫缺論量的錢單獨切出來分配較合理。

二. 另外針對移撥高屏分區一千萬的部分，因為 100 年高屏分區醫缺論量會吃到一般服務預算太多，因此 101 年酌予移撥 1 千萬給高屏分區。

林醫師世榮(牙醫全聯會牙周病統合照護計畫召集人)

針對牙周病統合照護計畫第三階段給付點值由 1 點 1 元調為 1.3 元部分，99 年執行率偏低，今(100 年)1 月至 9 月目前執行率約 38%，醫師配合參與本計畫的意願，與完成本計畫之完治率還是稍嫌不足，因此希望可以增加醫師與民眾參與本計畫的認同，希望藉由調整第三階段給付 P4003，讓醫師可以儘量完成本計畫，進而提高本計畫完成率。

蔡組長淑鈴

有關牙周病部分，請大家翻開本議程第 40 頁，在費協會協商時，決議本計畫目標為至少執行 56,800 人次之治療，因此，執行率是跟 56,800 人比，目前 1-9 月執行數是 21,632 人，專款的錢是以 56,800 人每點 1 元計算出來的，不適合在此時將 P4003C 提高至每點 1.3 元，應以協商內容，努力推動讓 56,800 人參與本計畫較為合適。

翁委員德育

本會移撥的部分為一般服務的部分(P4003C)，專款的部分(P4001C、P4002C)沒有調整，調整的目的當然是為了獎勵、鼓勵醫師參與本計畫，本次移撥是移撥一般服務，並沒有影響專款的額度，是移撥目前現有的一般服務預算移作本項鼓勵。

陳委員彥廷

本案提出，是以可以達成本專案 56,800 人目標為出發點，因為長期以來，很多醫師有一個錯誤的認知，認為配合得愈多，地區點值愈低，因為它的確會耗用一般服務預算愈多，在這樣的疑慮之下，要把專案執行率提高，我們全聯會或多或少遇到一些困擾，經過本會各分區一起共同討論後，一致認為就把這筆錢先提出來，也就是說它的影響已經是最大的了，也就是希望專案能夠把它做好。

蔡組長淑鈴

牙周病的第三階段，是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，要在第二階段給付後4週，經牙周囊袋深度檢查達一定深度才能給付這個錢，還要檢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，X光片費用還另計，相較於各醫別的給付，**評估費用** 3,200 點已經很高了，不**適合**讓牙醫的給付單價**過高於**各醫別之上，而且還不斷加成，在給付的公平性上不是很恰當，其實本專案在設計初期，皆已隱含誘因，多提供病人服務，才是本專案努力的目標。

翁委員德育

我再回應一下組長所提的問題，牙周病統合照護計畫一萬點是不是很多，大家的看法是很紛歧，以牙醫界觀察來看，參照世界其他國家進行牙周病治療的部分，一萬點是很低，健保局是行政單位，我們尊重有不同的看法。健保局可以收集，在牙周病統合計畫前，各院所收取牙周病治療的費用是多少，來做一個比較。在牙周病統合計畫執行後，有一家院所被健保局查到，院所另外向病患收取牙周病治療 2-3 萬元，因此院所被罰鍰，因此，大家也大概知道行價跟我們訂的點數是有落差。一萬點，以牙醫師來講，是偏低，否則，為什麼醫院的牙醫師不願做牙周病統合計畫，我們必須把實際的困難說出來。所以為什麼我們要去加第三階段的給付多三成，主要還是希望可以去提升方案的執行率，而且是自己拿自己一般服務的額度進行移撥。

蔡組長淑鈴

與稍候我們會討論到的根管難症相比，牙周病第三階段的給付 3,200 點是否會太低？大家可以再想想。牙醫根管難症如果大家覺得困難要增加給付，那跟牙周病第三階段的給付兩者相較，何者合理？都是牙醫全聯會提出的提案，支付與給付的結構要講究合理性，本項**建議**暫緩？

翁委員德育

我再說明一下，組長所說的第三階段的流程，事實上操作有很大的不一樣。依流程來看，病人來你只要做個檢查、做個牙菌斑監測就可以，但實際臨床上操作並不是這個樣子，因為牙周

病統合計畫至第三階段，一定要讓病人的牙周囊袋深度減少，所以你第三階段不是只有檢查這個東西，你塗牙菌斑檢查，不可能不跟他做個治療，病人不論洗得怎麼乾淨，一定還會有牙菌斑紅色顯示劑存在，在第三階段你誓必還要多多少少再治療一次，每次囊袋深度的探測，不可能 100%減少，針對沒有減少部分，我們還是多多少少會再做治療，所以第三階段不是像我們看到的只是做檢查而已，事實上也隱含了那些統合性的治療，你必須在第三階段的時候，一併把它完成結束。牙周病統合照護計畫是 1 萬點統包，不得已把它拆成三階段，事實上第三階段希望有多一點的費用來誘使大家去做第一階段跟第二階段，事實上第二階段治療的點數是偏低，我們把第二階段的點數部分移至第三階段，也就是目前這樣的呈現，以上說明。

黃召集人三桂

大家有沒有意見？如果沒有意見的話，有關移撥 0.5 億元支應「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」，與移撥經費 1.8 億元，其中 1 千萬撥補於高屏分區一般服務預算，1.7 億用於「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」部分健保局同意；另外有關移撥 1.82 億支應「牙周病統合性治療第三階段給付費用」部分，請牙醫全聯會將意見帶回，再研議考量，如果確定要移撥，請充份說明理由，請於下次會議提出。

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：「100 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」之執行。

黃召集人三桂

請業務單位將重點簡單說明一下。

張科長温温

因為 100 年醫缺方案論量部分移至一般服務，各分區一般服務有不同浮動點值，所以本執行範例將此部分說明清楚，論量浮動點數部分是以各分區各季浮動點值計算之，最高每點補到 1.5 元，論次最高補至每小時 2,400 元，第三部分也是以此原則最高補到每點 1 元；與原先之補助原則最大之差異，在於之前醫缺只有一個浮動點值，現在則依補助項目不同，再加上各分區一般服務之浮動點值。

黃召集人三桂

全聯會對業務單位提出之意見，看法如何？同意，那其他委員對這個案子有沒有意見？如果沒有，就同意照辦。

第四案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關「民眾滿意度調查滿意度偏低的項目，加以改進及提昇」紀錄之內容正確性乙案。

張科長溫溫

本案乃委員針對本議程第 6 頁，有關前次會議報告案第四案「民眾滿意度調查滿意度偏低的項目，加以改進及提昇」會議紀錄內容有意見，因本案屬報告案，故本局乃依主席指示並參考林委員意見，將重點決議摘錄，是否是全聯會認為有那些地方不足，或是有誤，請提出意見，將於今天會議決議列入會議紀錄中。

陳委員建志

- 一、那天大概 5-6 個委員有發言，我覺得林委員的意見也是很棒，只是林委員的意見與主席裁示意見剛好相反，主席裁示樣本數要增加，可是林委員的意見是一千多個樣本數是足夠的，全聯會把意見帶回去後，不知道是要增加樣本數還是這樣是夠的。

二、另外，針對自費部分，如果一千多個樣本數去分析，後來進來才剩 100 個樣本數都不足，那我們那天也提出了很多看法，如果這 100 個裡面有植牙的 5 個人，甚至半個植牙都沒有，那健保局這個版本是官方的版本，我們怕國稅局會以此來看院所，增加我們的困擾；林委員會提及說，全聯會可以帶回自己做研究或是分析，但是明年專業審查委託行政的費用，我們被裁了三百多萬，所以我們根本是沒錢可以委託研究，所以，林委員你們學校可以幫我們嗎？協助我們研究計畫這方面的不足。另外，在自費樣本數確實不足這部分有問題的話，這個滿意度調查，全聯會一直被要求要改進，就是自費跟假日看診，在目前樣本數還沒有改善的情況下，是否在費協會相關報告中，改成是參考指標，不然一直被問，也不知道要怎麼改進，提出說明，也希望可以修正那天的報告紀錄，把主席的裁示寫得更明確，到底是增加樣本數還是不要。

張科長温温

樣本數部分我再補充說明，有關樣本數不夠部分，在與本年度滿意度調查單位開會時，亦有提出建議，學界表示目前的樣本數是足夠，不只是牙醫，其他總額的樣本數也是 1000 多個，本局經費亦是有限，樣本數愈多，所需研究經費也會愈多，而且學界表示目前的樣本數是足夠的，不過受託單位也承諾分區的部分，如果樣本數不足，會補到足以有代表性的樣本數。

林委員文德

當天主要的意見是說，如果是要做整個總額(牙醫、西醫基層、醫院等)它的民眾滿意度整體的表現，1 千個樣本數是足夠的，但是滿意度調查不是要做分區的滿意度調查，所以當然要做分區的時候是不夠的。温温科長也有提到，健保局本身的預算也是有限，不可能每個分區都做到 1 千多人，這樣的話預算可能要多六倍，這個大概也做不到。我個人意見是要去稍微折衷一下，做一個取捨。

陳委員建志

之前的樣本數是4千多個，現在是1千多個，如果以整個總額來看，我承認1千多個樣本數是夠的，但是如果你要去考慮到自費的部分，現在是滿意度調整後，重點都放在自費和假日就診這部分，可是牙科裡面自費的部分跟西醫的價差是完全不同的，牙醫的自費是切得很乾淨的，硬把兩者拿來比較，牙醫的自費算是比較少的，只有十分之一有自費，自費裡面有問你有沒有做假牙、做什麼，再去細分的話，整體樣本數都走樣了，根本沒有辦法去分析，如果這樣的話，建議自費項目暫不列入，只做為參考指標是不是可以？不要要求牙醫界一直去提報、去改進，我們不曉得怎麼做。

蔡組長淑鈴

- 一、有關滿意度調查，對牙醫的建議就是自費與假日就診，自費部分一直都是一個問題，民眾很難去區分不給付項目跟有問題的自費項目。滿意度調查對象是民眾，所以問出來的結果可以理解，本局歷年所做滿意度調查，各總額都是用1千人做樣本數，並不是只有牙醫，而且過去並沒有4千多人的樣本數，多是1千多人的規模，一個總額一年取1千多人。做1千多人跟做2千多人，如果看的是整體，結果差距不會太大，所以要用成本效益較好的方式，1千人夠了就可以了，當然它有不足的地方，如果是要看變異數的部分，到分區時因樣本數過小，會有較大的變化，看長期整體的話，樣本數應該是夠的。
- 二、委員建議未來是否列為監控，不再追蹤，可能也很難，因為民眾抱怨自費的部分是愈來愈殷切，所以各醫別自費的部分都是列為重點項目，還是要繼續追蹤，當然未來改善部分，牙醫會應針對不該收的而收的那部分加強改善，至於說，本來就在自費項目裡頭，本來就是民眾的誤會，經過解釋，我們也知道那是健保不給付屬自費，如美白牙齒、植牙等。

陳委員建志

那是不是可以請問卷公司，將自費的題目做個修正，例如：你做根管治療、補牙、洗牙有沒有另外收費等，這樣才能符合自費的條件，建議題目內容修正。

蔡組長淑鈴

針對題目，如果你們有比較好的問法，可以提供給我們，我們再提供給民調單位做問卷的修改。

黃召集人三桂

我們儘量於設計民調問卷時請牙醫全聯會提供意見，如果全聯會有意見可以提出來作為修訂參考，以減少誤會。

第五案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：修訂「審查注意事項」案。

許委員世明

「複合體充填」為新增項目，對實際執行情形還不是很清楚，所以會裡的意見是先列入「審查注意事項」中做一個規範，等實施一段時間之後，視實際執行狀況，若合宜的話，再修訂納入支付標準表內。牙醫前亦有將「審查注意事項」相關規定，納入支付標準表的前例。

蔡組長淑鈴

因本項納入審查注意事項中都是「不得申報」，「不得申報」就是一個限制，等同不予支付，在你們提供的文字看起來，比較像支付標準的說明，如果會內已經有共識，有保固的概念，三個月不得申報其他充填，那寫入支付標準的備註欄，將來若有需要修訂，也可以循修訂支付標準的程序辦理，這樣執行起來也比較不會有爭議，否則如果審查結果有爭議，爭議審議也會有問題。

陳委員彥廷

本案其實內部有更大的意見，它其實不是保固的概念，當你今天處理完冠部的蛀牙，牙根會不會再出現新的蛀牙，其實是在病情的考慮上面，如果是這樣的話，我會主張撤回。

蔡組長淑鈴

撤回也是一個想法，因為如果審查核刪了，爭議審議的時候，我們可以維持嗎？這也是非常薄弱，所以，建議牙醫全聯會帶回再研議，如果要放進來，建議納入支付標準備註較為合理，面對爭議審議時本局立場也能較堅定。

黃委員建文

本案本會撤回，重新考量後再議。

黃召集人三桂

本案就依全聯會意見撤案。

第六案

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」案。

醫審及藥材小組施專委志和：

- 一、全聯會之建議會限縮遴聘者資格，且多數分區不同意增訂內容，建議本項不予增訂。
- 二、另依本局與牙醫全聯會之專業審查委託勞務契約第二條二（四）明訂：「提報審查醫事人員名單，經甲方同意後，辦理發聘作業與審查業務說明會。」。考量增補聘多為零星少數，無論遴聘前或遴聘後辦理業務說明會，均屬高成本；本組將與各分區及全聯會洽商增補聘者之審查注意事項業務說明等事宜；**如果可行的話，可以不拘形式在分區業務組內**

以個別方式授課。

許委員世明

本案之前有跟局裡做初步的溝通，同意醫審及藥材組施專委意見，本條文不做修訂，維持原條文。

黃召集人三桂

本案維持原條文。

第七案

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幹部自律管理要點修訂內容」案。

黃召集人三桂

是不是請全聯會簡單說明一下。

蔡組長淑鈴

3.3.3 之排除項目就是刪除的部分，內容沒有改變，只是文字精簡而已，所以本局無意見。

黃召集人三桂

本案依全聯會所提內容通過。

第八案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「101 年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案。

黃召集人三桂

請醫管組針對附件 10 重點說明。

張科長溫溫

- 一、針對配合計畫實施期間修改時程部分，與第 108 頁修改口腔癌篩檢上傳筆數部分，本局無意見。
- 二、第 103 頁「恆牙 2 年內自家再補率」目標修為 3% 經查本局「恆牙 2 年自家再補率」之 80 百分位為 1.03%，且 99 年各季各區均低於 2%，故建議不宜訂為 3%；另考量各層級數值有差異，建議目標值維持 100 年內容；本局將於 101 年建立品保品質指標供本方案未來結算使用，屆時再依實際值調整標準值。
- 三、另本計畫之各指標目標值有含等於與不含等於者，為達一致性，建議各目標值皆將等於納入。
- 四、第 107 頁新增「IC 卡寫入比率」，目前牙醫 IC 卡寫入正確率已達 98%，建議不納入此項指標。
- 五、第 107 頁新增「牙周病統合照護計畫」完成件數與完成第三階段件數，100 年 1 至 9 月申報本項服務之院所約為 6,798 家，為鼓勵院所參與本計畫，建議完成件數與完成第三階段件數皆修改為 3 件。

黃召集人三桂

對於健保局意見，全聯會看法如何？

陳委員彥廷

第 107 頁(六)IC 卡寫入與(七)牙周病統合照護計畫完成件數皆改為 3 件部分，本會同意健保局意見，有關恆牙 2 年內自家再補率

部分，請翁委員說明。

翁委員德育

- 一、依 99 年的算法，恆牙 2 年內自家再補率 80 分百位為 1.7%，很多醫師都跟全聯會反應，這樣的數值對牙醫師來說太嚴苛，我們去參照一些國際文獻，發現恆牙複合樹脂充填後存活率二年為 0.924，恆牙銀粉充填後存活率二年為 0.954，即失敗率為 4.6%，恆牙 Cervical 複合樹脂充填後存活率二年為 0.841，遠比我們品質保證保留款訂的再補率高很多，我們擔心一味地將目標值提高，是否會扭曲品質原本的意義，例如，若有民眾因牙齒缺損必需做牙套或假牙，但因經濟因素無法自費做，可能要求牙醫師儘量再填補，但我們可預期這樣的填補誓必無法保存很久，如果我們一味要求再補率要嚴格設限，對民眾與牙醫師而言，恐怕是一個很大的打擊。
- 二、影響再補率的因素很多，不能完全歸責於操作的牙醫師，綜上，本項指標是否可以回歸於學理上的根據，因此，我們訂 3%，亦遠較國外的 4.6% 還低，請 貴局同意。

蔡組長淑鈴

品質保證保留款目前採歷年累計，101 年約 4.5 億，因此，希望品質保證保留款要從優給，並不是大家都有，依本方案，第(二)恆牙 2 年自家再補率占 20%，即 4.5 億的 20% 依該項指標分配，能不能分出品質好壞是很重要的，由八十百分位改為 3%，會不會變成大家都有分到？大概有多少是沒有分到？

翁委員德育

依本會資料，大概有 3% 至 4% 領不到品保款；另外，本指標尚有設限，如果開業未滿 2 年的院所也無法領取，2 年將近 6% 左右；因此，把兩項加起來，大約 10% 左右領不到本項指標品保

款。綜觀其他總額的品保方案，亦都有列九十百分位為目標值，也就是說各總額皆以 90%院所可以領到保留款為原則。

吳委員成才

贊成翁委員意見，品質保證的原意是保證品質，事實上恆牙 2 年內自家再補率，健保局數值是偏低，是牙醫師相當自制之下產生的數值，如果要從八十百分位 1.03%偏低的數值再往下當成指標是不宜，從國外文獻的數據是比較符合一般牙醫界的認知，因為部分失敗都由牙醫師自行吸收，目標值訂在 3%我認為是恰當，如果認為 3%是大家都有，那是不是把這個指標拿掉？若要把目標改為 1%，在學界是認為不應該有這樣的數據存在。

黃召集人三桂

其他委員對其他指標還有沒有意見？

翁委員德育

有關全口牙結石清除部分，100 年指標為「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)件數比例低於該層級全國 80 百分位」，當初依據是 99 年度的 80 百分位，為了讓大家可以瞭解是以那一年做基準，建議加上 99 年度文字。

吳委員成才

有關重複洗牙率，包含的是跨院所，但目前跨院所應該歸責於前或後院所，目前仍沒有定論，因此院所也無從改善，民眾來了專業判斷可以洗牙，但卻變成重複洗牙，因此，多少是重複洗牙，我覺得是值得探討，因為，依民眾就醫習慣，一定會有重複洗牙的情形，所以訂八十百分位是不合理的，一定要砍掉 20%的院所，我認為這一項應該要拿掉。

黃召集人三桂

針對第(二)與(五)項，有委員建議第(五)、3項重複洗牙要拿掉，全聯會有沒有意見？

蔡組長淑鈴

針對第(二)與(五)、3項，有委員建議八十百分位不合理，是不是考慮拿掉還是換指標？如果一個品質指標大家都做得很好，是不是考慮發展另外的指標，換個新指標？

翁委員德育

是不是大家都做好了，就不要鼓勵呢？這樣變成大家提早完成鼓勵指標，就沒有得到鼓勵。

蔡組長淑鈴

大家都做好，表示品質提升了，表示這個指標變成基本品質，大家可以再挑戰新的品質指標。

翁委員德育

品質指標不是所有的院所都可以領到，而且(二)指標項目限定執業未滿兩年者，不能領到品保款，因為新開業我們不知道品質如何，如果把這兩項指標拿掉，我們就沒辦法去控制這樣的品質，而且考慮部分弱勢民眾無法做假牙，牙醫師還是要協助填補，因此，但是這樣的填補失敗率是比較高的，可否留一點空間？讓牙醫師比較願意去協助這群失敗率較高的病人，這有正面的意義。

陳委員建志

填補蛀牙占整個總額部門約一半，如果沒有訂個指標也說不過去，我可以很高興地說這一半我們牙醫界做的品質很高，這項指標存在的政策意義大於給的錢，PGY的學生來訓練時列為我們重點項目，他們未來執業時，也是我們重點管控的標的，我覺得是

不能輕易拿掉。

黃召集人三桂

這兩項就尊重全聯會意見。

吳委員成才

主席，我再確認一下，恆牙 2 年內自家再補率的目標值是否訂為 3%？另外我建議重復洗牙指標刪除，不知決議為何？

黃召集人三桂

全聯會建議維持。

翁委員德育

本會比較建議刪除，但去年審計部有針對重復洗牙部分提出意見，觀察整體重復洗牙率已逐年降低，目前需要處理重復洗牙過高的院所，比較需要醫管進行輔導，建議拿掉 3，因本項有 3 項子指標，拿掉第 3 項還有 2 項子指標。

醫審及藥材組王科長本仁

180 天重復全口牙結石清除率，去年審計部還在追蹤，建議維持本指標；所定目標值本局無意見。

翁委員德育

建議依醫審及藥材組意見維持本指標，惟加上 99 年度全國 80 百分位作為依據。

蔡組長淑鈴

第(二)項恆牙 2 年內自家再補率暫先通過，俟明年再深入探

討其合理性。

翁委員德育

若該項指標明年領的家數真的比較多，本會再研擬相關限制。

吳委員成才

品質保證保留款指標，應該讓被約束的人有辦法可以去改善，重複洗牙的部分，一部分是操之於民眾，無法全歸責於院所，不應依審計部的要求，在本會議做決議，各院所與各分區業務組已經很努力降低重複洗牙率，由數據也可以看到本指標已有進步，也有成果，不應再列入品保款指標內。

醫審及藥材組王科長本仁

審計部是依支付標準進行查核，審計部認為現行支付標準 180 天是跨院所的概念，不接受 180 天是同病人同院所的概念，因此，建議本指標仍予保留。

黃召集人三桂

我們還是要尊重審計部的意見，重複洗牙部分還是予以保留，其他部分，就依健保局意見辦理。

第九案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關新增及修訂「牙科支付標準表」案。

黃召集人三桂

請同仁說明一下。

張科長溫溫

- 一. 進行 101 年協商時，複合體充填並未限定年齡，故比較基準 89011C 建議不限定年齡。
- 二. 另為趨近實際執行期間，建議比較基期採前三年平均，即以 98 年至 100 年為 89011C 之比較基期。
- 三. 102 年 5 月進行 101 年第 4 季結算，屆時已有 101 年全年申報資料，建議 101 年新支付項目醫令採實際值計算。
- 四. 為簡化公式，建議執行率公式如第 110 頁本局意見。

劉委員俊言

有關推估 89011C 扣除部分，如果把它全部當成替代有點不合理，因為 89011C 為玻璃離子體充填，實際上有很多的乳牙、牙冠頰側蛀牙都是用 89011C，因此將 89011C 拿來完成替代本項新增是不合理的，因為新增「複合體充填」部分，只有部分是來替代 89011C。

蔡組長淑鈴

本項執行率以 89011C 做為計算基礎，是全聯會提出來的意見。

翁委員德育

- 一. 有關替代部分，當初協商談成長率時，是以年齡層做劃分，因為牙根面的蛀牙是好發在年長者，但付費者要求不在年齡性設限，但因六歲以下根本沒有牙根面的蛀牙，因此計算時，會將不屬於牙根面蛀牙的部分一併納入替代計算，造成誤差，因此會內討論時，才會建議以成人二十歲來限定，以調整此項誤差，但此項調整對牙醫來講還是吃虧，因此它還是會把一些成人非牙根蛀牙部分一併扣除。
- 二. 有關擷取時間點部分，若年度採實際計算是可以的，但是為

了配合明年協商時是 9 月，7 月就要準備資料，屆時本會將以 100 年 1-5 月先行預估執行率作為協商參考。

張科長溫溫

- 一、依 101 年協商決議略以：「本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算」，所以全年執行率應該有一個計算公式作為扣除依據。
- 二、另全聯會提出以 100 年 1 月至 5 月作為協商時之預估公式，以當時可以拿到的數據進行推估，本局予以尊重。

陳委員彥廷

建議本項指標還是依各年齡實際折損來計算，比較實際與合理。

黃召集人三桂

有關**複合體充填**執行率部分，請醫管組考量一下，現在請大家來看支付標準修訂對照表。

李專門委員純馥

一、修改支付標準部分：

- (一) 90016C(乳牙根管治療)、90018C(乳牙多根管治療)，本局建議特定身心障礙者施行乳牙根管治療至少應附治療前 X 光片以為審核，確定適當性，以免浮濫。
- (二) 91114C(特殊牙周疾病控制基本處置)建議維持原 4 備註。
- (三) 92003C、92004C、92069B、96001C 與附表 3.3.1 修訂部分本局無意見。

(四) 有關 90094C(難症特別處理)部分，協商時並未提到本項，本局建議不再放寬。

二、有關新增項目部分：

(一) 新增「複合體充填」部分，建議於備註敘明每顆牙一年半內不得重複申報規定。

(二) 有關新增「特殊複合體充填」部分，建議再研議是否新增。

(三) 有關新增「恆牙根管治療-身心障礙者難症特別處理，每齒」部分，跟原有難症特別處理會有重疊情形，且因特定身心障礙者牙醫治療已有加成給付，本項不宜增列。

(四) 有關新增「簡單性口內切開排膿」部分，本局無意見。

(五) 有關新增「特殊狀況乳牙拔除」與「特殊狀況—保護性肢體制約」部分，本局都建議不宜增列，尤其是「保護性肢體制約」，其他西醫如精神科或躁動病人之約束亦未支付，考量各總額支付標準之衡平性，建議不宜增列。

許委員世明

一. 針對本會與健保局意見不同部分予說明，90016C 與 90018C，是比照恆牙部分，修訂相同的備註說明。

二. 91114C 部分，同意健保局意見，維持原備註。

三. 「複合體充填」部分，同意健保局修改意見，另審查部分，本會再帶回處理。

四. 「特殊複合體充填」部分，若「複合體充填」通過的話，

再以「複合體充填」、「銀粉充填」、「複合樹脂」等醫令代碼做一個規範。

- 五. 「恆牙根管治療-身心障礙者難症特別處理,每齒」、「特殊狀況乳牙拔除」部分,同意健保局意見,不列新增項目。

羅委員界山

乳牙根管治療的備註修訂,跟恆牙根管治療的備註是一樣的,特殊服務的乳牙根管治療照 X 光困難度真的很高;另外「保護性肢體制約」對照護身心障礙病人,真的很重要,無法配合的病人不外二個方式,約束跟全身麻醉,牙醫的約束跟精神科的約束是不同的,病人分成很多種,有躁動、無法配合,可能會傷到自己或別人,建議本項將支付點數降低然後加成,或是維持 1,000 點不加成。

蔡組長淑鈴

有關身障的加成,最高已經到 1.7,加成的意涵就是病人比較複雜、比較困難治療,當然就包含了約束,約束也包含在困難的定義裡面。

林委員俊彬

- 一、 針對 90016C 與 90018C,以學術的立場,當然 X 光對根管治療是很重要,但是照護身心障礙這一類的病人,的確在照 X 光是困難的,如果治療前可以照,治療後一定可以照,健保局意見是有道理的,不過,如果有照 X 光的,應該給它鼓勵,如果可以照 X 光,機會難得,應該給它照,如果一視同仁通通都不必照,可以照的也不照了,這是我比較擔心的;但身心障礙者照 X 光的確也有難度,全聯會提出來的也是有道理。

- 二、 針對 90094C，根管治療的給付本身就偏低，在座的牙醫師都有同感；另外，早期就都依根管數計算難症特別處理，特別說明；以台大來說，難症特別處理的個案愈來愈多，建議多鼓勵一點難症處理，對全民是福，贊成 90094C 之支付可以提高。

黎委員達明

醫院根管治療牙醫師的加成是其他的兩倍，因為我們希望可以鼓勵留住這些醫師，所以這個難症調整對醫院的經營是有壓力，但是我們還是贊成調高支付，可以將這些專科醫師留在醫院。

蔡組長淑鈴

建議有關「難症特別處理」支付標準修訂，下次臨時會議時再討論，請牙醫全聯會提出減項，作為整體調整。

李專門委員純馥

- 一、 補充說明，難症治療不是只有這個項目，難症從 91 至 97，總共有 7 項，本項只針對 94 部分從 500 點調至 1,000 點，且本項並沒有排它性，如果有符合其他項目的難症特別處理，是可以報多個難症，因此，如果本項確定調高為 1,000 點，是否要限定不可再報其他難症？
- 二、 另外有關「複合體充填」部分，其他充填都有限定是否能重複部分，是不是公會亦會帶回研議是否要限定重複部分？

許委員世明

在前案的修訂「審查注意事項」裡，本會就有針對「複合體充填」提出規範，不論訂於「審查注意事項」或是支付標準內，應該都有可以核刪的效力，本會建議依前例，先訂於「審查注意事項」中，俟執行一段時間後，再修訂於支付標準表內，來加強作規範；建議前案將「複合體充填」規範部分列於「審查注意事項」中，健保局再考量一下。

李專門委員純馥

- 一、貴會已將規範「同顆牙有根部齲齒與牙冠齲齒，如分屬不同窩洞可同時申報複合體充填及其他充填（89001C~89005C，89008C~89012C）。但同顆牙申報89001C~89005C或89008C~89012C，三個月不得重複申報；另建議同顆牙申報複合體充填，三個月亦不得再申報其他充填（89001C~89005C，89008C~89012C）」做很明確的定義，在支付標準中訂清楚，不然未來執行時，分會和本局分區業務組在執行審查時，一定會有爭議，建議下次臨時會時，公會可以說明清楚如何區隔。
- 二、目前未達共識部分，為「難症特別處理」、「複合體充填」與「保護性肢體制約」3項。

蔡組長淑鈴

- 一、林委員(俊彬)提議90016C與90018C部分，如果可以照X光的，儘量還是要照，這項是不是一併保留請公會帶回再研究？
- 二、「難症特別處理」如果要新增的話，建議必須提一個減項來支應。
- 三、「保護性肢體制約」這項，健保局建議仍不考慮。

羅委員界山

能照X光的，我們一定是儘量照，文字部分可以再加上無法配合的才不用照。

蔡組長淑鈴

「複合體充填」的執行率年齡部分，同意全聯會意見，加上限定20歲以上，扣減的公式則依實際數，不以101年1-5月之預估數計算。

劉委員俊言

- 一、有關「複合體充填」，健保局建議註明每顆牙一年半內

不重複，那這樣大家還有不同的意見嗎？

- 二、牙根的蛀牙與牙冠的蛀牙是不同的，所以沒有重覆的問題；牙冠的蛀牙可以用樹脂去補，牙根的蛀牙就要用複合體，這是兩件不同的事情。

李專門委員純馥

因為並沒有規範是否排除其他充填，會不會造成重疊的部分？因為同一顆牙，有可能會做複合體，又做複合樹脂，本局認為要訂清楚，以後執行上比較有依據。

甯視察素珠

- 一、目前的審查注意事項中有規定，同顆牙若用不同材質去填補，只能選擇價低的申報，而且面數不得超過三面，因此新增本項時，若不訂清楚是否可以合併申報的話，會造成審查的困擾。
- 二、另本次新增特殊複合體充填，最大差別是把一年半內不得重複申報**規定**拿掉，而且限定身心障礙申報，並沒有限制保固期，會不會有申報浮濫的情形？請全聯會再考量。

黃召集人三桂

- 一、**複合體充填**執行率公式與支付標準修訂文字部分，請全聯會將各界意見帶回修訂，下次臨時會時再確認內容，本案今天不做決定。
- 二、後面的第十案至第十三案，延至100年11月29日臨時會議繼續討論。

「101 年度牙醫門診總額預算四季重分配」

附件 1

表 1 原預算與調整後預算之比較表

項目	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
101 年原各季預算	8,178,410,860	8,765,215,881	9,402,773,275	9,149,843,826	35,496,243,842
101 年原預算占率	23.04%	24.69%	26.49%	25.78%	100%
101 年調整後各季預算	8,329,827,580	8,906,685,203	9,058,114,665	9,201,616,394	35,496,243,842
101 年調整後各季預算 新占率	23.47%	25.09%	25.52%	25.92%	100.00%
(調整後預算-原預算)	151,416,720	141,469,322	-344,658,610	51,772,568	

註 1：101 年各季預算=101 年一般服務預算-101 年度品質保證保留款〔101 年+100 年度+99 年〕品質保證保留款額度。

註 2：101 年調整後各季預算新占率，為以 97 年調整支付標準後之占率標準，再計算調整 101 年日產能後之新占率；101 年調整後各季預算，為 101 年預算乘以新占率。

註 3：100 年 11 月 15 日第 4 次牙醫門診總額支付委員會議決議，101 年由一般服務移撥 1 千萬用於支應撥補於高屏分區一般服務預算、移撥 5 千萬支應「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」、移撥 1.7 億支應「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」，本表已扣除移撥之 2.3 億元。

註 4：本表以 100 年 11 月 15 日牙醫支委會第 4 次會議決議辦理；另亦將依 100 年 11 月 29 日牙醫第 1 次臨時支委會會議決議再予修正。

表 2 牙醫門診總額 101 年預算季調整

季別	項目	97年						101年						97年度日數				101年度日數					
		值(百萬)	佔率	支付標準影響點數(百萬點)	調整後核定點數(百萬點)	97年基期佔率(%)	預估預算(百萬)	佔率	101年原實際預算數(百萬)A	以97年基期佔率預估預算數(百萬)B	1天非假日產能C(97年產能)	1天假日產能D(97年產能)	101年調整後預算基值(百萬)E=B-C*1+D*1	101年調整後預算基值佔率(%)F	依四季假日調整後預算(百萬)G=101年總預算*F	總日數	星期日	上班日數	年假	總日數	星期日	上班日數	年假
第一季	預算	7,616	22.98%				7,831	23.6%	8,178	8,387	110	3	8,280	23.47%	8,330	91	12	74	5	91	13	73	5
	結算(核定點數)	8,116	23.61%	13	8,103	23.63%																	
第二季	預算	8,183	24.69%				8,266	24.9%	8,765	8,853			8,853	25.09%	8,907	91	13	78	0	91	13	78	0
	結算(核定點數)	8,573	24.94%	19	8,554	24.94%																	
第三季	預算	8,777	26.48%				8,507	25.7%	9,403	9,111			9,003	25.52%	9,058	92	13	79	0	92	14	78	0
	結算(核定點數)	8,822	25.67%	20	8,802	25.67%																	
第四季	預算	8,567	25.85%				8,540	25.8%	9,150	9,146			9,146	25.92%	9,202	92	13	79	0	92	13	79	0
	結算(核定點數)	8,858	25.77%	21	8,837	25.77%																	
合計	預算	33,143	100.00%				32,070	96.76%	35,496	35,496			35,282	100.00%	35,496	366				366			
	結算(核定點數)	34,368	100.00%	73	34,296	100.0%	33,143	100.0%															

註 1：101 年預算數為該年度該季一般服務結算之預算數，不含專款、品保。

註 2：結算數為該年度該季結算報表之結算點數(非浮動點數+浮動點數)，不含專款(特殊、醫缺)、預防保健、代辦等。

註 3：預算增減=預估預算-原預算

註 4：100 年 11 月 15 日第 4 次牙醫門診總額支付委員會議決議，101 年由一般服務移撥 1 千萬用於支應撥補於高屏分區一般服務預算、移撥 5 千萬支應「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」、移撥 1.7 億支應「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」，本表已扣除移撥之 2.3 億元。

註 5：本表以 100 年 11 月 15 日牙醫支委會第 4 次會議決議辦理；另亦將依 100 年 11 月 29 日牙醫第 1 次臨時支委會會議決議再予修正。

101 年牙醫門診總額各季各分區預算數

項目	公式	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
協商結果--醫療給付費用成長率	N_{101}	2.190%				
*一般服務						
一般服務醫療給付費用成長率	R_{101}	2.254%				
品質保證保留款醫療給付費用成長率	Q_{101}	0.30%				
特殊艱困地區提升照護獎勵方案	Spe_{101}					
實際保險對象人數	P_{101}					
預算						
校正投保人口年增率預估值	DI_{101}	23,285,605	7,267,919	317,150	-4,339,161	26,531,513
一般服務醫療給付費用總額	$RG_{101}=(RG_{100}+DI_{101})*(1+R_{101})$	8,340,278,015	8,934,712,534	9,580,548,661	9,324,437,272	36,179,976,482
品質保證保留款(99年額度)	$QG_{99}=(RG_{99}+DI_{99})*Q_{99}$	59,674,402	64,074,569	68,870,715	67,051,391	259,671,077
品質保證保留款(100年額度)	$QG_{100}=(RG_{99}+DI_{100})*Q_{100}$	20,223,457	21,708,794	23,296,581	22,685,363	87,914,195
品質保證保留款(101年額度)	$QG_{101}=(RG_{100}+DI_{101})*Q_{101}$	24,469,296	26,213,290	28,108,090	27,356,692	106,147,368
品質保證保留款(自99年採累計額度)	$QG_{101}+QG_{100}+QG_{99}$	104,367,155	111,996,653	120,275,386	117,093,446	453,732,640
特殊艱困地區提升照護獎勵方案各季移撥預算	$Spe_{101_sea}=50,000,000/4$	12,500,000	12,500,000	12,500,000	12,500,000	50,000,000
移撥高屏分局	$KP_sea=10,000,000/4$	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
醫缺論量移撥專用	$Lack_{101_sea}=170,000,000/4$	42,500,000	42,500,000	42,500,000	42,500,000	170,000,000
地區一般服務	$DG_{101}=RG_{101}-QG_{101}-QG_{100}-QG_{99}-$ $Spe_{101_sea}-Lack_{101_sea}$	8,178,410,860	8,765,215,881	9,402,773,275	9,149,843,826	35,496,243,842
*專款專用：全年預算		259,125,000	259,125,000	259,125,000	259,125,000	1,036,500,000
牙醫特殊服務項目(唇顎裂、中重度身心障礙)	SG_{101} (全年預算 423,000,000)	105,750,000	105,750,000	105,750,000	105,750,000	423,000,000
醫療資源缺乏地區改善方案	$DPSG_{101}$ (全年預算 229,200,000)	57,300,000	57,300,000	57,300,000	57,300,000	229,200,000
牙周病統合照護計畫	$DCSG_{101}$ (全年預算384,300,000)	96,075,000	96,075,000	96,075,000	96,075,000	384,300,000

註1：100年11月15日第4次牙醫門診總額支付委員會議決議，101年由一般服務移撥1千萬用於支應撥補於高屏分區一般服務預算、移撥5千萬支應「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」、移撥1.7億支應「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」。

註2：本表以100年11月15日牙醫支委會第4次會議決議辦理；另亦將依100年11月29日牙醫第1次臨時支委會會議決議再予修正。

101 年牙醫門診總額醫療給付費用各項定義及計算方式

一、全民健康保險醫療費用協定委員會協定公告內容摘要

(一) 總額設定公式：

101年度牙醫門診醫療給付費用總額＝校正後100年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+101年度牙醫門診一般服務成長率)+101年度專款項目經費

註：校正後100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，校正投保人口成長率差值。

(二) 總額協定結果：

- 1、一般服務成長率為2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.659%，及協商因素成長率0.595%。
- 2、專款項目全年預算額度為1036.5百萬元。
- 3、前述二項額度經換算，101年度牙醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長成長2.264%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.190%。

(三) 地區範圍：預算以行政院衛生署中央健康保險局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) 101 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額

＝(100 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額＋校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額)×(1+ 2.254%)

1、101 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用成長率經協定為 2.254%

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，101 年各季一般服務預算結算時，其基期分別增加 0.23 億元、0.07 億元、0.003 億元、-0.04 億元，全年共計 0.265 億元。

(二) 101 年品質保證保留款

＝(100 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額＋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%)+100年品質保證保留款額度+99年品質保證保留款額度

- 註：1. 99年協商因素品質保證保留款成長率為0.25%，另依98年第4次牙醫門診總額支委會決議由一般服務預算再移撥0.50%辦理99年協商因素品質保證保留款。
2. 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。

(三) 醫療資源不足且點值低地區獎勵方案

=5,000萬元

註：由各季預算數中平均分攤移撥，各季皆移撥1,250萬元。

(四) 一般服務移撥支應高屏分區一般服務預算

=1,000萬元

註：由各季預算數中平均分攤移撥，各季皆移撥250萬元。

(五) 「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」論量服務

=170,000萬元

註：由各季預算數中平均分攤移撥，各季皆移撥4,250萬元。

(六) 101年各季一般服務部門分配至各分區預算

=101年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額－101年品質保證保留款－醫療資源不足且點值低地區獎勵方案－一般服務移撥支應高屏分區一般服務預算－一般服務移撥支應「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」論量服務

(七) 101年一般服務部門六分區預算分配方式如下：

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

備註：本說明以100年11月15日牙醫支委會第4次會議決議辦理；另亦將依100年11月29日牙醫第1次臨時支委會會議決議再予修正

「100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」(以下簡稱本方案)之執行範例

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-[$1.15 \times$ 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100年第3、4季浮動點值及平均點值如下表，因100年第4季北區及東區分局平均點值 >1.15 ，故啟動保留款機制。

表1 假設點值

投保分局別	100年第3季浮動點值	100年第3季平均點值	100年第4季浮動點值	100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100年第4季保留款金額(如下表2)。

表2 保留款金額

投保分區別	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	10,000	1.1221	54,884	150,000	1.3	62,000	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，全年醫缺專款結算點值為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	<u>醫缺全年結算點值 B</u>	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 100 年度仍由專款預算支應，故使用醫缺全年結算點值計算。

- (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	<u>該季各區一般服務結算浮動點值 C</u>	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 100 年度改由一般服務預算支應，故使用當季結算時各區一般服務結算浮動點值計算。

3. 前項分配後若有餘款，則補助「論次給付」計酬方式者，最多補助至每小時2400元，以當年服務小時分配，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」時數共計100小時，平均每小時金額為5,000元，但因本項分配之補助金額上限為每小時2,400元，故每小時最多補助2,400元。

如某院所該年「論次給付」總時數為10小時，則 $2,400 \text{元} \times 10 = 24,000 \text{元}$ ，該院所補助金額為24,000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1.0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，若仍有餘額，則依序回歸該區當年次季一般預算。

例：假設前(一)、(二)項分配後尚有保留款餘款260,000元，其中200,000元來自東區，60,000元來自北區，

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】 / 全國醫缺之 $(N2+N4+N5)$

(1). 若該區(醫缺全年結算浮動點值+補助點值) >1 ，則實際補助點值 = $1 - \text{醫缺全年結算浮動點值}$ 。

(2). 若該區(醫缺全年結算浮動點值+補助點值) ≤ 1 ，則實際補助點值 = 補助點值。

(3). 某院所分配保留款金額 = 實際補助點值 \times 加總[某院所全年醫缺之 $(N2、N4、N5)$ 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

假設本保留款尚餘26萬元(A)，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)

補助全國醫缺之保留款 A	診所	核定浮動點數 B(論次+巡迴浮動2成加成點數)(註2)	醫缺全年結算浮動點值 D	補助點值 C=A/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=A-ΣF
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]: 上表核定點數含部分負擔。

[註3]: 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(一般服務部分)

補助點值=【前(三)1.項保留款補付後餘額(G)】/全國醫缺之(N7)

(1). 若各區(各季一般服務結算浮動點值+補助點值)>1, 則實際補助點值=1-各區各季一般服務結算浮動點值。

(2). 若各區(各季一般服務結算浮動點值+補助點值)≤1, 則實際補助點值=補助點值。

(3). 某院所分配保留款金額=實際補助點值×加總[巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量) 加成前點數(N7)]

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(A)，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(一般服務部分)

補助全國醫缺之保留款 A	診所	核定浮動點數 B(核實)(註 2)	各季各區一般服務結算浮動點值 D	補助點值 C=A/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 = A - ΣF
244,000	己	240,000	0.98888888	0.406666663	0.01111112	2,667	237,333
	庚	360,000	0.98888888	0.406666663	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=0.406666663

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。

假設前項補助全國醫缺之保留款260,000元，其中200,000元來自東區，60,000元來自北區，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	地區	餘額 A	餘額占率 $B = A / \Sigma A$	回歸原區一般預算 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：補助至該分區第 1 季平均點值每點 1.15 元為限，若仍有餘額，則剩下的餘額回歸該分區第 2 季一般預算，但仍補助至該分區第 2 季平均點值每點 1.15 元為限。

「牙醫門診總額支付制度幹部自律管理要點修訂內容」修訂對照表

修訂條文	原條文
<p>七、幹部人員受聘前一年內個人醫療費用單月申報額度進入該分區個人單月排行前 1%者，不予聘任，前述申報額度含部分負擔，且排除鼓勵項目同「<u>全民健康保險醫療費用支付標準</u>」<u>第三部牙醫附表 3.3.3 之排除項目</u>包括：專款項目(案件類別 14、16)、山地離島診察費(多 20 點)、感控診察費(多 30 點)、初診診察費(多 370 點)、牙周疾病控制基本處置(100 點)、預防保健(塗氟 500 點)、專科轉診加成部分及專科醫師專科治療點數達 70%者、全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)牙科門診申報部分。或經中央健康保險局予以停止特約或終止特約者，六年內不得聘任，且有以上違規事項者受聘前六年內不得有健保局罰扣費用或違約計點以上處分，否則自新違規紀錄起六年內不得聘任。</p> <p>註：幹部執業點為醫師人口比 1:4500 以上地區者，則排除於該分區個人單月排行前 1%之外，上述醫師係指中央健康保險局公告之「牙醫相對合理門診點數給付原則一之(二)不適用本原則折付方式之第 2 項條件之醫師名單」。</p>	<p>七、幹部人員受聘前一年內個人醫療費用單月申報額度進入該分區個人單月排行前 1%者，不予聘任，前述申報額度含部分負擔，且排除鼓勵項目包括：專款項目(案件類別 14、16)、山地離島診察費(多 20 點)、感控診察費(多 30 點)、初診診察費(多 370 點)、牙周疾病控制基本處置(100 點)、預防保健(塗氟 500 點)、專科轉診加成部分及專科醫師專科治療點數達 70%者、全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)牙科門診申報部分。或經中央健康保險局予以停止特約或終止特約者，六年內不得聘任，且有以上違規事項者受聘前六年內不得有健保局罰扣費用或違約計點以上處分，否則自新違規紀錄起六年內不得聘任。</p> <p>註：幹部執業點為醫師人口比 1:4500 以上地區者，則排除於該分區個人單月排行前 1%之外，上述醫師係指中央健康保險局公告之「牙醫相對合理門診點數給付原則一之(二)不適用本原則折付方式之第 2 項條件之醫師名單」。</p>

101 年度牙醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)

壹、依據：

行政院衛生署 101 年○○月○○日衛署健保字第○○○○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。

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 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，經牙醫門診總額專業自主受託單位（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. 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）於本年度內，查有依「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者、或本年度內查有依同辦法第三十六條處以扣減其十倍醫療費用者、或三年內查有依同辦法第三十七條處以停止特約者、或五年內查有依同辦法第三十八條處以終止特約者，以處分日期認定之。

（二）恆牙 2 年內自家再補率：

恆牙 2 年內自家再補率低於(或等於)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
 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，且根管治療點數佔總
 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)件數比例低於(等於)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)~~(六)~~(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)之 1. 款及第(二)(三)(四)(五)~~(六)~~(七)款不符合本方案分配資格之特約醫療院所名單及第陸點專科牙醫師名單，由國民健康局提供本方案伍、第四項第~~(七)~~(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，並由保險人報請行政院衛生署核定後公告實施。