

## 102 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

### 壹、依據

全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)102 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 186 次委員會議紀錄。

### 貳、預算來源

依費協會第 186 次會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並累計最近兩年有該保留款成長率的額度。102 年度品質保證保留款成長率 0.3%與 101 年度原預算基礎，全年經費為 2.1 億元。

### 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 102 年 1 月至 102 年 12 月費用已辦理第一次暫付者，且無本方案第五點第四項第(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，有本方案第五點第四項第(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，有不符本方案第五點第四項第(二)(三)(四)(五)款情形者，每項指標依核算基礎減計 20%；不符合第(六)款情形者，依核算基礎減計 10%；不符合第(七)、(八)款情形者，每項指標依核算基礎減計 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」、「山地離島醫療給付效益提升計畫(IDS)」及「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」之案件，不列入本方案第五點第四項第(二)(三)(四)(五)(六)(七)(八)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，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，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」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。
3. 三年內依特管辦法第三十八、三十九條處以停止特約者。
4. 五年內依特管辦法第四十條處以終止特約者。

[註]：上述期間以處分日期認定之。

(二) 65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率：

65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率 $\leq 7\%$ 。

[註]a. 資料起迄時間：當年

b. 資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率

c. 分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙牙冠顆數。

d. 分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。

e. 備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)

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

g. 院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 100 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取

h. 院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆

(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(於

100年7月1日(含)之後開業院所)無法領取  
g. 院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆

(四) 恆牙根管治療：

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. 恆牙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)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。

c. 分母：同時期各醫療院所申報 RCF 之恆牙顆數。

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

2. 恆牙根管治療未完成率  $< 30\%$

[註] a. 定義：恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上除以根管開擴及清創。

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

3. 院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90097C)且其中 1 例應含橡皮障防濕裝置(90012C)

(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  $> 20\%$

[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： $\text{分子}/\text{分母} \times 100\%$ 。

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  $> 20\%$

[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101年的月平均初核核減率小於(等於)依兩層級(醫院、診所)全國95百分位的核減率。

(七) 口腔癌篩檢：該醫療院所102年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少10筆至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。

(八) 兒童牙齒塗氟保健服務：該醫療院所102年度執行至少12件兒童牙齒塗氟保健服務。

註：以健保申報資料醫令代碼81計算。

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，不受第五點第四項第(二)(三)(四)(五)(七)(八)款之限制。

柒、預算分配支用：

一、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第五點第四項第(一)款之1特約醫療院所名單，及由國民健康署提供本方第五點第四項第(七)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，並報請主管機關核定後公告實施。自 102 年起，屬給付項目及支付標準者，依新修正公布之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。