

104 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

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

一、依健保會第 1 屆 103 年第 9 次委員會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近兩年(103 年、104 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

二、104 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」成長率 0.3%(1.106 億元)與 103 年度該項目之成長率 0.3%(1.100 億元)，全年經費為 2.206 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，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。

肆、核發資格

牙醫門診特約醫療院所之 104 年 1 月至 104 年 12 月醫療費用已辦理第一次暫付者，且無本方案第伍點第三項第(一)款或第(二)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，有不符本方案第伍點第三項第(三)至(六)款之情形，每項指標減計該院所核算基礎 20%；不符合第(七)款之情形，減計該診所核算基礎最高 6%；不符合第(八)款之情形，減計該醫院核算基礎 10%；不符合第(九)至(十)款之情形，每項指標減計該院所核算基礎 5%；不符合第(十一)款之情形，減計該診所核算基礎 4%。

二、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 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，不列入本方案第伍點第三項第(三)至(十一)款之計算。

三、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) 不符合加強感染管制院所：院所未依「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」執行且每月未申報符合加強感染管制之牙科門診診察費者。

(三) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率(20%)：

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 102 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。

(四) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率(20%)：

4 歲以上自家乳牙 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 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率。

c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上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 5 歲 6 個月以上病患，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(102 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。

h. 5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。

(五) 恆牙根管治療(20%)：

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：醫療院所前一年度下半年與該年度上半年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根管治療之恆牙顆數。

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

e.該院所該年須有 12 個月的申報資料。

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)。

(六) 全口牙結石清除(20%)：

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：分子/分母 x100 %

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 ≤ 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。

(七) 就醫率(2%-6%，牙醫診所適用)：

1.牙醫診所所在分區之就醫率為全國最高之二區且 103 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。

2.不符合前述條件之牙醫診所，依所在分區之就醫率減計本項指標：

(1) 全國就醫率最高之分區：減計 2%

(2) 全國就醫率次高之分區：減計 4%

(3) 其餘分區：減計 6%

[註]就醫率定義：該年度該分區院所總就醫人數/該年度該分區投保人口數；年度分區投保人口為各季季中人口數平均值

(八) 口腔癌篩檢(10%，醫院適用)：

醫院 104 年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 10 筆至衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)口腔癌篩檢資料庫。

(九) 兒童牙齒塗氟保健服務(5%)：

該院所 104 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、87 計算。

(十) 牙周病統合照護品質(5%)：

該院所 104 年度第 3 階段診療項目申報件數在 3 件(含)以上，且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%。

(十一) 每月完成門診時間網路登錄(4%，牙醫診所適用)：

每月完成本保險資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)登錄門診時間之牙醫診所

[註]請牙醫診所每月於 VPN 系統(保險人看診資料及掛號費部分)完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(牙醫診所可於 VPN 系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)

陸、預算分配與支用

一、品質保證保留款之分配與支用，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三項第(一)款之 1 特約醫療院所名單，及由健康署提供本方第五點第三項第(八)款不符合本方案分配資格之特約醫院名單，函請保險人依前項辦理結算。

柒、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。

捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。