

99 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

一、依據

全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)99 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨 152 次會議決議及行政院衛生署 99 年 1 月 7 日衛署健保字第 0980039742 號核定函。

二、目的

本計畫之實施，係藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔醫療疾病費用之負擔。

三、執行目標

本計畫以達成 63,200 人次之照護為執行目標。

四、預算來源及支付範圍

(一) 本計畫之預算依費協會決議辦理。

(二) 適用治療對象

治療對象為全口牙周炎患者，總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ ，並經事前申請審查核可者。

(三) 支付標準

通則：

1. 本計畫支付標準限經 99 年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫核備醫師申報。
2. 個案曾於最近一年內，在同一特約院所施行申報 91006C、91007C*3 者不得申報本計畫。
3. 申請本計畫，特約院所應為個案實施治療前牙周病檢查，並檢附「病人接受治療確認單」及檢查結果等資料送全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)之分區業務組進行「事前審查」，被核准者，經建檔通知後，院所始得申報第一階段及第二階段給付項目費用，未獲核可者，院所施行相關服務，應按現行支付標準相關項目申報費用，不得向民眾收取費用。
4. 特約院所擬執行治療前牙周病檢查時，應先詢問病人是否已持有牙

周病照護手冊或查詢保險人該個案是否曾接受牙周病統合性治療，如個案未曾接受統合性治療或曾接受統合性治療超過一年以上，始得提報事前審查。

5. 同一病人經事前審查核可收案接受治療後，特約院所得申報本計畫各項給付，並自第一階段給付牙周病檢查日起，一年內不得申報 91006C~91008C 之診療項目服務費用，且不得拒絕提供有病情需要，需補充施行齒齦下刮除之治療。
6. 每一個案每年僅能執行乙次牙周病統合照護治療。
7. 本計畫分三階段給付，其療程共為 180 天，療程中各項目僅能申報乙次，醫師可依病情需要，施行牙結石清除治療(91003C、91004C)，但療程中不得再申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P4001C	牙周病統合性治療第一階段給付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要進行牙周病檢查(格式如附件 1)。 2. 應提供「牙周病統合照護計畫照護手冊」及口腔保健衛教指導。	V	V	V	V	1500
P4002C	牙周病統合性治療第二階段給付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行治療前 X 光檢查、全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制記錄(格式如附件 2)。 2. 需檢附牙菌斑控制記錄及病歷供審查。	V	V	V	V	4500
P4003C	牙周病統合性治療第三階段給付 (comprehensive periodontal treatment)	V	V	V	V	4000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	註：1. 本項主要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。 2. 本項於申報牙周病統合性治療第二階段給付後4-8週，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒至少1個部位深度降低2mm者達7成以上時方得申報。 3. 需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。					

五、醫師資格：

- (一)一般醫師需接受4學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(1學分行政課程；3學分專業課程)。
- (二)台灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均需接受1學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(行政部分)。

六、申請程序：

- (一)特約院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙醫全聯會)申請核備，並由牙醫全聯會報送保險人及其分區業務組核定，異動時相同，申請書格式如【附件3】。
- (二)如病患病情需要，需由上述參與計畫之特約院所，事先向保險人之分區業務組提出事前審查申請，審查通過後，方可實施並申報本計畫之治療項目。

七、審查方式：

- (一)事前審查採逐案專審，特約院所申請個案應檢附：
 1. 事前審查申請書。
 2. 病人基本資料。
 3. 病人接受治療確認單。
 4. 治療前 X 光片(根尖片或咬翼片)。
 5. 治療前牙周病檢查紀錄表。

6. 一年內之病歷影本(初診日為一年之內者，自初診日起算；初診日為一年以上者，需附足回推一年以上之最後一筆病歷)。

(二)經事前專業審查核准後，特約院所得申報第一階段牙周病統合性治療給付及第二階段給付項目。

(三)申報牙周病統合性治療第三階段給付，按一般案件進行隨機抽樣審查，審查時需檢附治療前與治療後之牙周病檢查記錄表與進階牙菌斑控制檢查記錄表、病歷。

(四)專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。

(例如牙齦增生無骨下破壞患者…等)

八、臨床治療指引：

P4001C	牙周病統合性治療第一階段給付
P4002C	牙周病統合性治療第二階段給付
P4003C	牙周病統合性治療第三階段給付
適應症 Indications	全口牙周炎(總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$)
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)
處置 Management	進階牙菌斑控制(治療前、牙根整平術施行後 4-8 週後) 牙根整平術 治療前、後完整牙周病檢查記錄
完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除，牙根整平、原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上、牙齦發炎狀態改善。

九、相關規範

(一)醫療服務管控實務如下：

1. 案件數分配：由牙醫全聯會依總額分區 97 年度 R 值比例分配，按季、分區管理。
2. 醫管措施：每月每醫師申請事前審查且審查通過之案件不得超過

10 件，若有教學計畫者另行報備，不在此限。

3. 服務量的調節：一季約執行 15,000 件，按月統計核備與完成第三階段之案件數。

(二)相關配套：牙周病檢查紀錄完整且有治療前後改善情形對照比較。

1. 對於牙周破壞情形(包括軟、硬組織)須完整記載，提供疾病病因、判斷充分資訊，加重患者自我重視程度，提高接受治療意願。

2. 本階段中治療改善情形，甚至長期牙周健康追蹤情形可據以提供。

(三)參加本計畫之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人之全球資訊網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

十、受理醫師資格審查

(一)請每月 5 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會，牙醫師全聯會審查後，於每月 20 日前將名單函送保險人及其分區業務組審理確認後，保險人以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務。

(二)醫師名單若有異動，應於每月 5 日前函報，並得於次月生效。

(三)特約院所代碼如有變更，請函報牙醫全聯會及保險人之分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。

十一、本計畫治療過程中健保不給付項目如下，請各醫師依特殊需要，並向病人詳述理由，獲得同意後，方得提供：

(一)牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠

(二)因美容目的而作的牙周整形手術

(三)牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)

(四)牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)

十二、未來成效評估指標：

(一)服務量

(二)治療的品質：

1. 牙周囊袋深度降低。

2. 牙菌斑指數的改善。

3. 完成率，若醫師通過第三階段未達一定比例，則需進行再教育或限

制其執行本項計畫。

4. 本計畫之施行對象跨院所執行 91006C~91008C 之比例。

(三)治療的滿意度。

(四)其他效益(指標的選定與基礎數值的蒐集)

1. 對參與計畫之民眾進行抽樣調查。

2. 保險人之民眾滿意度調查問卷增列相關問題。

十三、施行本計畫之個案，如被醫師不當收取屬健保給付範圍之自費項目，該醫師除依相關法規被懲處外，且自保險人之分區業務組通知日之次月起不得申請本計畫相關費用。

十四、本計畫由保險人公告後實施，修正時亦同。

【附件 1】

牙周病檢查記錄表(Periodontal Chart)(術前、後)

醫師ID

姓名 Name		身分證字號 ID		年齡 Age		性別 Sex		檢查 序號		日期 Date	
------------	--	-------------	--	-----------	--	-----------	--	----------	--	------------	--

Mobility																
Furcation	D : B : M	D : B : M	D : B : M		D : M							M : D		M : B : D	M : B : D	M : B : D
BOP																
Recession																
Probing depth																
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Palatal	Probing depth															
	Recession															
	BOP															

	BOP															
	Recession															
	Probing depth															
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Buccal	Probing depth															
	Recession															
	BOP															
Furcation																
	L : B	L : B	L : B											B : L	B : L	B : L
Mobility																

Note:

【附件 2】

牙菌斑控制記錄表(Plaque Control Record) (術前、後) 醫師ID

姓名 Name	身分證字號 ID								日期 Date	序號								Plaque score (牙菌斑指數) =	%
Buccal																			
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
Palatal																			
Lingual																			
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
Buccal																			

牙菌斑控制記錄表(Plaque Control Record) (術前、後) 醫師ID

姓名 Name	身分證字號 ID								日期 Date	序號								Plaque score (牙菌斑指數) =	%
Buccal																			
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
Palatal																			
Lingual																			
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
Buccal																			

牙菌斑控制記錄表(Plaque Control Record) (術前、後) 醫師ID

姓名 Name	身分證字號 ID								日期 Date	序號								Plaque score (牙菌斑指數) =	%
Buccal																			
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
Palatal																			
Lingual																			
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
Buccal																			

● 牙周病檢查紀錄表填寫法(Codes of periodontal chart)

● 1. 牙周病檢查紀錄表需註明為術前或術後

2. 病人基本資料欄:

Name: 姓名

ID: 身分證號碼

Sex: 性別 M: 男 F: 女

檢查序號: 牙周檢查次數

Age: 年齡(足歲)

Date: 檢查日期

3. 檢查資料欄

(依牙齒 #18 為例, 此表上、下、左、右對稱):

Mobility (搖動度):

1: 已會搖。

2: 頰舌側水平方向搖動 < 1 mm。

3: 頰舌側水平方向搖動 \geq 1 mm。

D: 垂直方向可下壓。

Furcation (根岔病變): 水平根岔病變, 以 mm 計。

BOP (探測出血): 1: 有探測出血

Recess (牙齦退縮): 以 mm 計。

Probing depth (探測深度): 以 mm 計。

註記說明:

牙位(tooth), 頰測(B / buccal), 顎側(P / palatal), 舌側(L / lingual)

近心(M / mesial), 遠心(D / distal),

X (缺牙): 以英文大寫 "X" 取代牙齒編號, 代表缺牙。

● 牙菌斑控制記錄表填寫法:

有牙菌斑位置註記為 1, 缺牙部位以英文大寫 "X" 取代牙齒編號。

【附件 3】

99年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫申請書

(以院所為單位)

一、 醫療院所名稱：

醫事機構代號：

二、 所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

三、 申請醫師(負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加)

序號	身分證字號	醫師姓名	資格

註：資格分為：1. 台灣牙周病醫學會專科醫師、2. 台灣牙周病醫學會一般會員、3. 台灣牙周補綴醫學會專科醫師、4. 台灣牙周補綴醫學會一般會員、5. 一般醫師；請以號碼填寫。

四、 院所電話：()

傳真：()

五、 聯絡人姓名：

電話：

六、 地址：

七、 e-mail address：

八、 檢附教育訓練證明