

全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案

中華民國 109 年 2 月 13 日健保醫字第 1090001497 號公告

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

全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

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當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且無下列情形者，得核發品質保證保留款：

一、醫療行為異常暨違規院所：

(一)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。

(二)當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。

(三)三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條處以停止特約者。

(四)五年內依特管辦法第四十條處以終止特約者。

[註]：上述違規期間以保險人第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。

二、不符合加強感染管制院所：院所未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且未每月申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。

伍、核發原則：

一、專業獎勵：共四項指標，核發基礎為 70%，詳附表 1。

二、政策獎勵：共六項指標，核發基礎為 30%，詳附表 2。

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」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。

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(受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費)乘以平均核付率比例計算之，公式如下：

(一) 該院所核算基礎點數 = 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費) × 平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數) × Σ 核算基礎比率

(二) 該院所核發品質保證保留款金額 = (該院所核算基礎點數 / Σ 各院所核算基礎點數) × 當年度品質保證保留款

二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(一)款之特約醫療院所名單，以及衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供本方案附

表二政策獎勵指標 (三)之特約醫院上傳口腔癌篩檢人數資料，彙總辦理結算作業。

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，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則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。

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率	<p>65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率$\leq 7\%$。</p> <p>[註]a.資料起迄時間：當年</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>e.備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)</p> <p>f.公式：$(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$</p> <p>g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 107 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。</p> <p>h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。</p>	20%	V	V
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率	<p>4 歲以上自家乳牙 545 天再補率$\leq 10\%$者。</p> <p>[註]a.資料起迄時間：當年</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>e.公式：$(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$</p> <p>f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(107 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。</p> <p>g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。</p> <p>h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。</p>	20%	V	V

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(三) 恆牙根管治療	<p>分為下列 3 項次指標，每項次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：</p> <p>1. 恆牙根管治療完成半年後的保存率 $\geq 95\%$</p> <p>[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。</p> <p>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。</p> <p>c. 分母：同時期各醫療院所申報根管治療之恆牙顆數。</p> <p>d. 計算：$1 - (\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$。</p> <p>e. 該院所該年須有 12 個月的申報資料。</p> <p>2. 恆牙根管治療未完成率 $< 30\%$</p> <p>[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。</p> <p>b. 計算公式：$[1 - (90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C) / 90015C]$</p> <p>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)。</p>	20%	V	V
(四) 全口牙結石清除	<p>分為下列 3 項次指標，每項指標皆需達到符合標準：</p> <p>1. 全口牙結石清除比率 $> 20\%$</p> <p>[註]a. 分子：醫療院所申報 12 歲(含)以上全口牙結石清除術(醫令代碼 91004C)的人數。</p> <p>b. 分母：醫療院所牙醫門診病人數(12 歲(含)以上之病人數)。</p> <p>c. 計算：$\text{分子}/\text{分母} \times 100\%$</p> <p>2. 施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齶齒控制基本處置(91014C)的執行率 $> 20\%$</p>	10%	V	V

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
	<p>[註]當年施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齶齒控制基本處置人數/全部全口牙結石清除人數</p> <p>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。</p> <p>[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。</p>			
核算基礎小計		70%		

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 牙周病顧本計畫	該院所當年度特定保存治療 (91015C、91016C) 及牙周病支持性治療 (91018C) 合計申報件數在 12 件(含)以上。	3%	V	V
(二) 牙周病統合照護品質	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 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%。	15%	V	V
(三) 口腔癌篩檢	醫院當年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 10 筆至健康署口腔癌篩檢資料庫。	10%	V	
(四) 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	該院所須同時符合下列二項條件： 1. 每月於健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]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。 2. 當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數 ≥ 1 件 (不含預防保健案件)。 [註]週日及國定假日之定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 所訂。	3%		V
(五) 月平均初核核減率	108 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。	5%		V
(六) 特殊醫療服務計畫	1. 該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上。(代號為 FC、FD、FG、FH、FI、FJ、FV)	2%	V	V
	2. 該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上。(代號為 FC、FD、FG、FH、FI、FJ、FV)	2%		V
核算基礎小計			30%	30%