



# 101年牙醫門診總額範圍之 目標成長、費用增加之內涵

報告人：陳彥廷

全民健保牙醫門診總額執行委員會主任委員

中華民國牙醫師公會全國聯合會常務理事

行政院衛生署口腔醫學委員會委員



# 101年牙醫總額成長預估(草案)

考量因素	項目		說明		101年度成長率
協商因素項目	保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技(包括醫療技術、手術、檢查、檢驗、新藥等)或修訂支付標準	高齡族群	高齡族群牙齒根部齲齒填補	<b>0.94%</b>
			根管治療難症特別處理	為延長自然牙齒的使用壽命及功能，調整困難的根管治療給付點數	<b>0.67%</b>
			懷孕婦女照護	新增支付項目，執行孕婦口腔衛教指導、增強孕婦洗牙照護	<b>0.49%</b>

備註：成長率採100年牙醫總額約35,355.9百萬估算



# 101年牙醫總額成長預估(草案)(續)

考量因素	項目		說明		101年度成長率
協商因素項目	保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技(包括醫療技術、手術、檢查、檢驗、新藥等)或修訂支付標準	醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用	調整醫缺方案經費來源	0.14%
			重大傷病者牙科處置	就診高危險性、服用抗凝血劑患者、全身性免疫疾病者	0.79%

備註：成長率採100年牙醫總額約35,355.9百萬估算



# 101年牙醫總額成長預估(草案)(續)

考量因素	項目		說明	101年度成長率	
協商因素項目	保險給付範圍或支付項目的改變	其他服務利用及密集度的改變	1.牙醫每年就醫人口成長率皆高出投保人口成長率很多 2.100%地區預算錢跟著人走後，進行區域間醫療資源特別缺乏地區資源補足	牙醫部門就醫率逐年增加，希望在醫療品質良好下得到合理之成長率。  牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案	<b>0.50%</b>
		品質保證保留款	年度醫療品質執行成果評核結果：優		<b>0.15%</b>
		合計			<b>5.62%</b>

備註：成長率採100年牙醫總額約35,355.9百萬估算



# 101年牙醫總額成長預估(草案)(續)

考量因素	項目	說明	101年度成長率
協商因素項目	牙醫醫療資源不足地區改善方案	鼓勵至牙醫醫療資源不足地區執業及巡迴	179.2百萬
	牙醫特殊服務	1.先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者 2.特定障別之身心障礙醫療服務	423百萬
	牙周病統合照護計畫	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	384.3百萬

備註：成長率採100年牙醫總額約35,355.9百萬估算



## 本會建議項目

- 一. 高齡族群——高齡族群牙齒根部齲齒填補
- 二. 根管治療難症特別處理
- 三. 懷孕婦女照護
- 四. 醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用
- 五. 重大傷病者牙科處置



牙醫總額的目標

盡最大的努力

保留自然牙

並發揮其健康功能

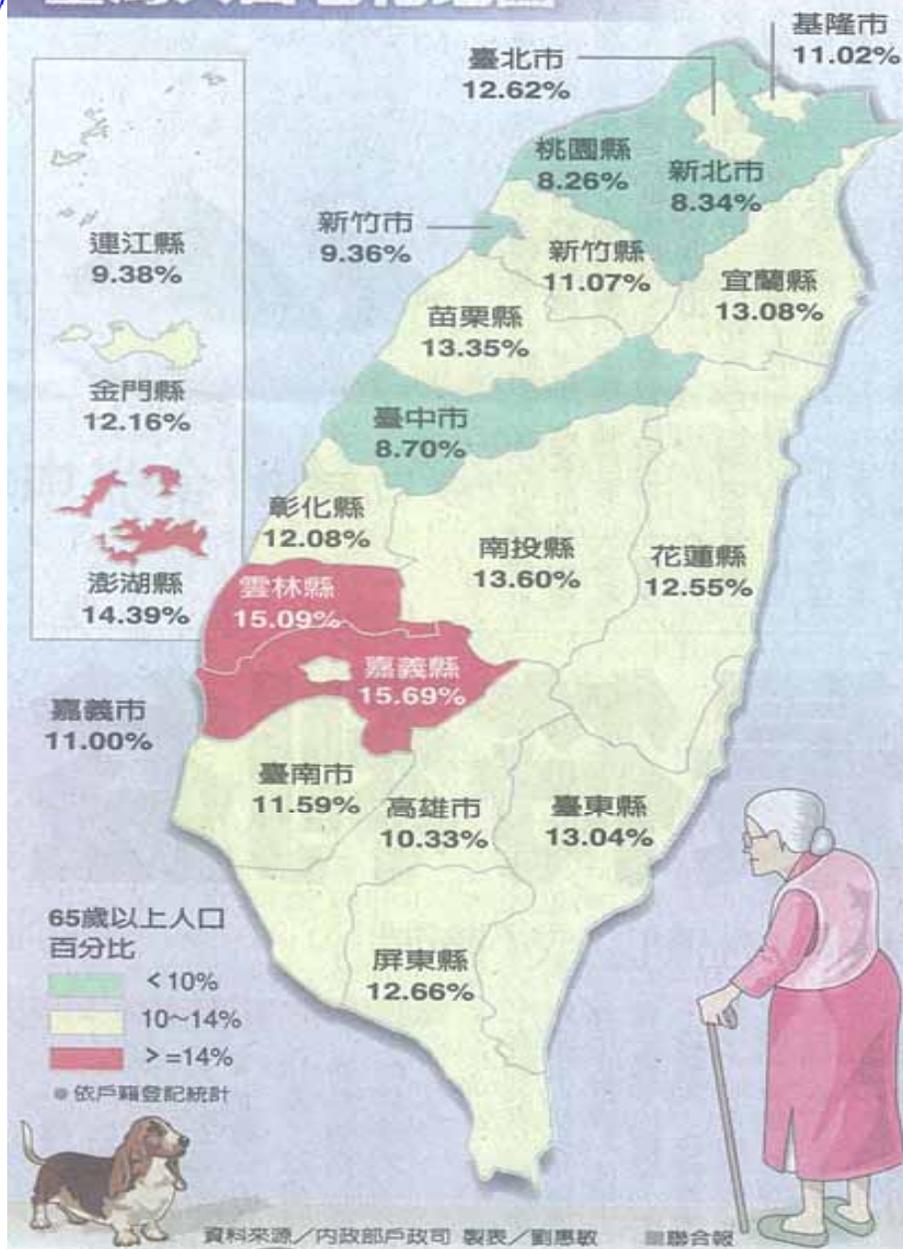


# 高齡族群根部齲齒填補

面對資深公民比例  
增加的社會結構改變  
牙醫門診總額目標除了  
口腔疾病的醫療照護同時兼具  
國人整體健康的促進



# 臺灣人口老化地圖





維持健康最低的自然齒牙齒數目為

**20顆牙**（世界衛生組織）

日本在20年前提出80/20願景，

現在已有相當的成效

**我國則有很大的努力空間**



# 牙根部齲齒





## 台灣地區成年與老年人口腔健康狀況

年齡	DMFT	齲齒率 (%)	填補率 (%)	剩餘齒數	全口無牙率 (%)
18-34	6.59±7.93	83.63	56.28±58.56	25.70±6.06	0.00
35-44	7.27±6.01	90.91	57.04±38.75	24.58±4.73	0.20
45-49	7.85±7.14	88.94	58.08±43.66	23.65±6.05	1.00
<b>50-64</b>	<b>9.99±6.49</b>	<b>92.48</b>	<b>52.09±31.65</b>	<b>21.00±6.09</b>	<b>1.50</b>
<b>65-74</b>	<b>15.81±5.30</b>	<b>92.41</b>	<b>46.33±21.40</b>	<b>14.31±5.69</b>	<b>11.50</b>
75+	15.45±5.68	82.47	36.50±18.01	14.43±5.60	17.40

資料來源：國健局「92-94年台灣地區成年與老年人口腔健康調查」



# 年長者的高牙根齲齒盛行率

	發表年分	年齡分布	盛行率	參考文獻
德國	2006	65-74	45	108
英國	1990	>55	88.4	33
加拿大	1993	>50	70.9	33
瑞典	1990	55-75	89.0	33
美國	1987	>65	56.9	33
美國	1994	>75	52.4	33
巴西	2001	50-59	78.1	167
瑞士	2001	>70	48	90
日本	2006	>60	53	73



# 年長者的高牙根蛀牙指數

	發表年分	年齡分布	牙根蛀牙指數	參考文獻
澳洲	1997	>65	11.9	147
德國	2006	65-74	17	108
英國	1990	>55	16.3	33
愛爾蘭	1990	>65	18.5	33
荷蘭	1991	>60	28	82
挪威	1988	>60	24.7	82
瑞典	1990	55-75	16	33
巴西	2001	50-59	13.4/18.6	167
瑞士	2001	>70	12	90

\*The root caries index as suggested by Katz (80, 81) is defined as the ratio of carious and filled root surfaces to all exposed root surfaces.

$RCI = (RD+RF)*100/(RD+RF+RN)$ , where RD are diseased root surfaces, RF are filled root surfaces, and RN are caries-free root surfaces.



## 高齡族群根部齲齒填補

1. 平均餘命增加 ( 84年：74.53歲 → 98年：78.97歲 ) 及人口老化
2. 全民健保照護較佳 → 剩餘自然牙增加
3. 牙根容易蛀的原因
  - 1) 牙周病造成牙齦萎縮，牙根外露
  - 2) 口水分泌減少
  - 3) 運動協調下降影響潔牙動作
  - 4) 系統性疾病服用藥物



## 高齡族群根部齲齒填補(續)

4. 充填難度高，原有材料及治療方式(複合樹脂、玻璃離子體或銀粉)無法得到滿意結果



## 根部齧齒填補(目前)



銀粉充填

複合樹脂



玻璃離子體

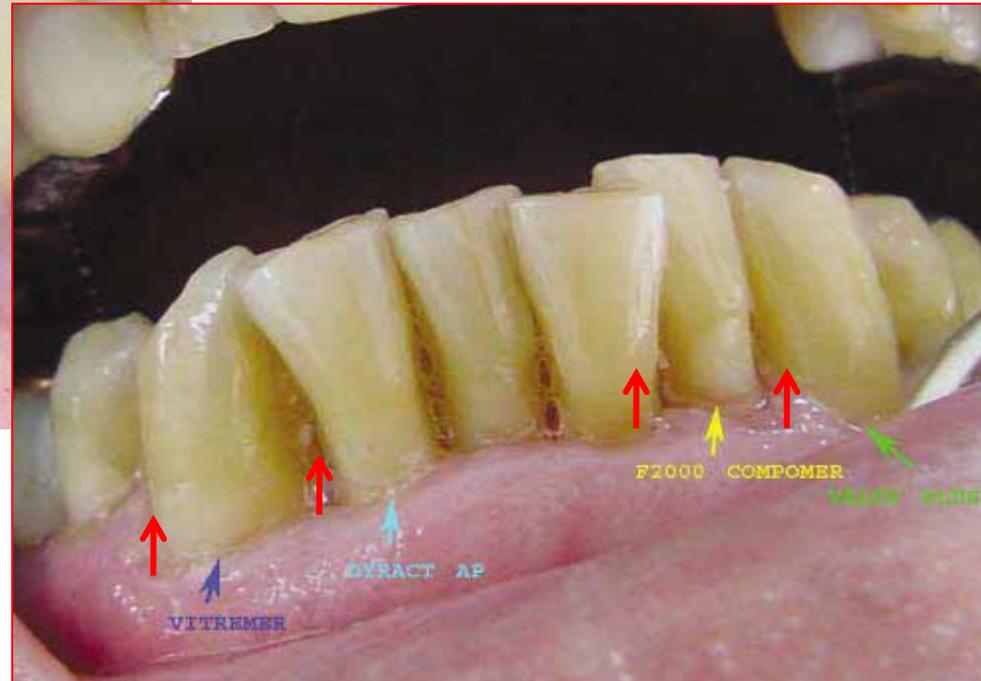




# 根部齧齒填補(建議)



複合體





## 根部齶齒填補材料比較

材料名稱	複合樹脂	玻璃離子體	複合體	銀粉
固著方式	砒瑯質酸蝕	牙本質黏著	牙本質黏著	牙齒修型
硬度	V	X	V	V
美觀	V	X	V	X
氟離子釋放/ 防蛀發生	X	V	V	X
適應症	牙冠部位	牙冠/牙根部位	牙冠/牙根部位	?



## 高齡族群根部齲齒填補(續)

985,000人(99年65歲以上老年就醫人口數)

\*14顆(平均剩餘齒數)

\*30%(預估根部齲齒指數;RCI)

\*10%(預估填補率)

\*800元/顆(複合體填補費用)(Compomer)

=330,960,000 約331百萬



# 根管治療難症特別處理

## 救一顆牙齒或者拔掉？



# 自民國84年以來根管治療的差異性

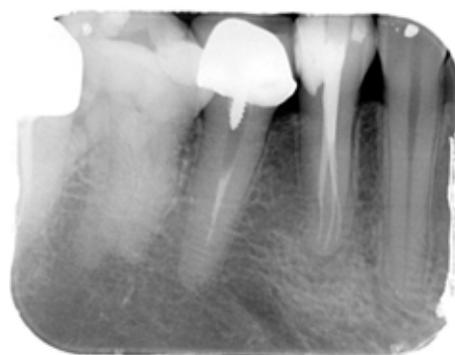
以前	現在
用手動器械，空針沖洗，肉眼找根管，根管充填則是側充填。	根管治療為旋轉式器械，超音波沖洗系統，根管充填為熱充填。

- 現在大幅提高根管治療的成功率。
- 但給付維持一樣。



## 困難性的根管型態

1. C型根管
2. 多根管
3. 彎曲根管
4. 阻塞根管
5. 破損或吸收的根管
6. 不完全發育的根管





## 難症治療常用到的設備

1. 旋轉式鎳鈦金屬根管銼。
2. 超音波根管沖洗機。
3. 熱充填根管設備系統。



## 所需成本分析

**機器類成本：**以每年600根管來計算，平均每根管花費16.66~33.33元

**耗材類成本：**

- 1.旋轉式鎳鈦金屬根管銼(Desnply Protaper)平均每根管成本為380元
- 2.超音波根管沖洗針:平均150~360元
- 3.熱充填根管設備系統:平均每根管充填費用為166.6元

人事費用				
治療種類	人事成本	時間	單位	小計
非手術單根管治療	892.9	3	小時	2,678.6
非手術雙根管治療	892.9	5	小時	4,464.3
非手術多根管治療	892.9	7	小時	6,250.0
根尖手術治療	1,488.1	4	小時	5,952.4



## 成本分析

- 一個困難的根管治療比一般根管治療所需增加的材料成本為每根管1,633.81元。
- 還未加上時間成本



## 效益

- 每成功一顆根管治療的牙齒代表減少一顆被拔掉的牙齒，代表病患可以因此減少植牙或假牙的支出



99年度難症特別處理(90091C-90097C)申報  
醫令數為207,566\*500點(調整之點數)+  
145,800\*0.5(90091C-94C預估增加使用量  
) \*1,000+  
19,456\*0.5(90095C預估增加使用量)\*1,500+  
33,248\*0.5(90096C預估增加使用量)\*2,000+  
9,062\*0.5(90097C預估增加使用量)\*2,500  
= 235,850,500 約236百萬



# 懷孕婦女照護

健康的媽媽孕育健康  
的新世代!

VS.

生一個寶寶掉一顆牙?



## 孕婦口腔的特異性的原因

- 孕婦容易罹患蛀牙和牙齦炎，主要是因為懷孕期間由於未能即時處理生理變化引起的初期症狀或因此疏忽了口腔清潔，導致牙菌斑大量堆積，再加上荷爾蒙的變化加重病情所致。



- 懷孕牙齦炎



- 懷孕瘤



# 為什麼懷孕時孕婦的蛀牙率會增加？牙周健康會惡化？

主要原因有以下幾點：

1. 進食次數明顯的增加
2. 懷孕的初期對酸性食物特別偏好
3. 常會反胃及吐酸水
4. 內分泌的改變
5. 孕婦常感疲倦和行動不便，情緒也不穩定，所以常疏忽口腔清潔



## 懷孕母親牙周病產生的影響

- 懷孕使牙周病惡化，牙周病也對懷孕造成負面影響，如體重過輕之早產兒。
- 懷孕使牙齦炎加劇，牙齦反應約從懷孕之第二個月開始，到第八個月達到高峰，除非經過治療，牙齦炎不會因此消失。



## 懷孕母親牙周病產生的影響

- 0.2% to 10%之孕婦會生懷孕瘤，臨床症狀類似Pyogenic granuloma。
- 患有廣泛性牙周炎的孕婦與牙周健康者相比，其35週早產風險是5倍，32周早產風險則為7倍。



## 牙周囊袋CPI=0~4分布情形

級數	0	1	2	3	4
WHO 年齡分層	健康 (%)	牙齦出血 (%)	牙結石 (%)	淺囊袋 (4-5 mm) (%)	深囊袋 (≥6 mm) (%)
18-34	1.5	4.9	60.4	28.3	4.9
35-44	0.6	2.4	43.9	37.4	15.6
45-49	0.7	0.9	32.2	45.0	21.3
50-64	0.2	1.6	28.7	45.4	24.2
65-74	0.6	0.9	25.8	46.0	26.7
75 以上	0.0	0.0	23.3	56.2	20.6
total	0.7	2.5	40.7	39.2	16.9

行政院衛生署國民健康局97年度「台灣地區18歲以上人口牙周狀況及保健行為之調查研究」



## 執行方式

- 孕婦之牙周照顧計劃  
配合孕婦手冊
  - A、孕婦口腔衛教指導
    - (1) 孕婦刷牙
    - (2) 牙菌斑檢測
  - B、孕婦全口牙結石清除照護
- 懷孕期間兩次（懷孕中、後期）



## 懷孕婦女照護

- 支付點數  
孕婦口腔衛教指導：200點  
增強孕婦全口牙結石清除照護：600點
- 所需經費  
 $190,0009(\text{預估}101\text{年孕婦數}) * 44.4\%(\text{99年就醫率}) * (800 + 230) * 2\text{次}$   
 $= 173,781,600$  約174百萬



# 醫療資源不足地區改善方案之 論量計酬費用

1. 100年協商時獲付費者支持增加100百萬元之預算，但一般與專案增加比例懸殊。
2. 依據100年1-5月執行率推估，一般服務經費使用約150百萬，專款經費使用約179百萬，101年由專款預算移撥50百萬於一般服務預算，讓預算的編列與實際費用的發生相符。
3. 100年協商未盡事宜進行調整。



# 重大傷病民眾的牙科醫療

- 1、術前評估(含治療前詳細的檢查)
- 2、治療前的處置
- 3、全身性重大傷病導致的風險
- 4、因應風險的特殊狀況處理  
(治療後配套處置)



# 中風

中風是腦血管病變通稱，主要原因和動脈硬化、高血壓、心臟病變有關。

## 臨床表徵：

38~47%的患者會死亡，其餘則是運動功能、言語或精神狀態受到影響。

臨床上中風是屬於不可回復的，而暫時性腦缺血(transient ischemic attacks)則是可回復的變化。



# 中風

## 牙科治療注意事項：

- a. 發病 6-12 個月內避免侵犯性治療。
- b. 服用抗凝劑(如 coumadin)者，需於手術前兩天停藥，手術當天檢查 PT，PT 值大於控制值 1.5 倍時須繼續停藥。服用抗血栓劑者須停藥 7-10 天，會診內科醫師給予替代藥物。
- c. 檢查 bleeding time，大於 12 分鐘者建議會診內科醫師，若有需要則建議住院治療。
- d. 高血壓、糖尿病、高血脂患者當天需正常服藥。
- e. 做好疼痛控制，含 1:100000-1:200000 腎上腺素的麻藥不應給予超過 4ml。
- f. 可給予患者氧化二氮，必要時給予低劑量抗憂鬱藥劑，降低病患焦慮感，防止中風發生。

## 急症處置：

讓患者平躺，給予氧氣，維持患者生命徵象後，轉內科急診接受進一步。



600,000(重大傷病排除慢性精神病領證人數)

\*44.4%(99年就醫率)

\*3,500(99年每就醫人門診耗用點數)

\*0.3(費用加三成)

=279,720,000 約280百萬



# 服務利用及密集度的 改變



# 牙醫門診總額醫療利用情形\_1

項目	就醫率			有就醫者平均 每人醫療費用點數			有就醫者平均 每人就醫次數		
	97	98	99	97	98	99	97	98	99
全局	42.4%	43.6%	44.4%	3,590	3,579	3,492	3.12	3.11	3.07
成長率	1.4%	2.5%	2.1%	2.1%	-0.3%	-2.4%	0.6%	-0.4%	-1.2%

註1：資料來源：中央健康保險局資料倉儲、截至100年6月5日明細彙總檔。

註2：保險對象人數來源為計算總額人口風險因子之各季中人數之平均人數。

註3：本表含專款專用申報件數及點數。

註4：就醫率 = 就醫人數 / 保險對象人數。

有就醫者平均每人醫療費用點數 = 申請醫療費用點數 / 就醫人數。

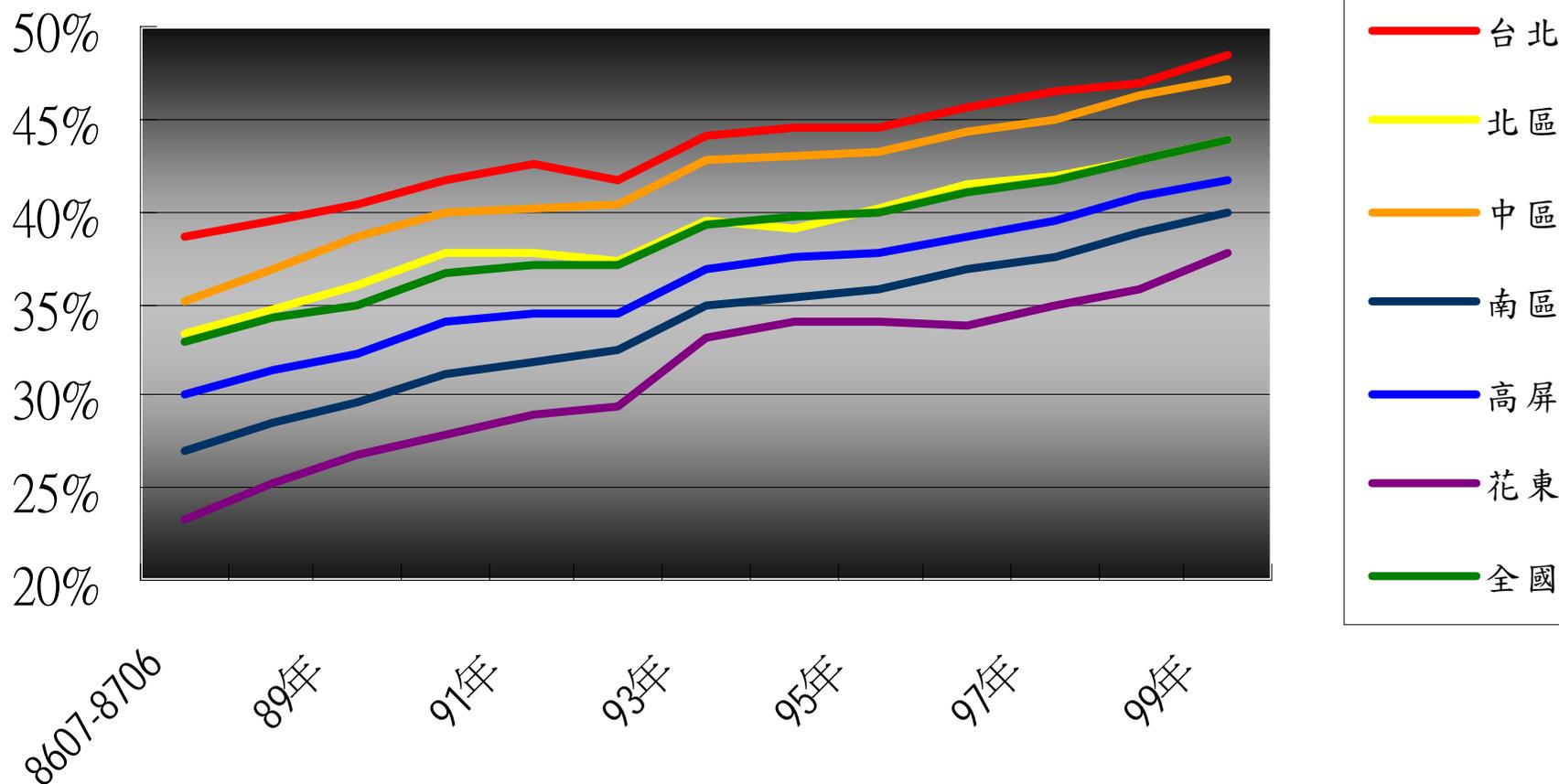
有就醫者平均每人就醫次數 = 申報件數 / 就醫人數。

註5：成長率係於前一年比較。

摘錄自99年執行成果評核會健保局報告投影片



## 利用增加—就醫率增加



備註：1. 就醫率=就醫人數/戶籍人口數  
2. 口頭報告新增資料



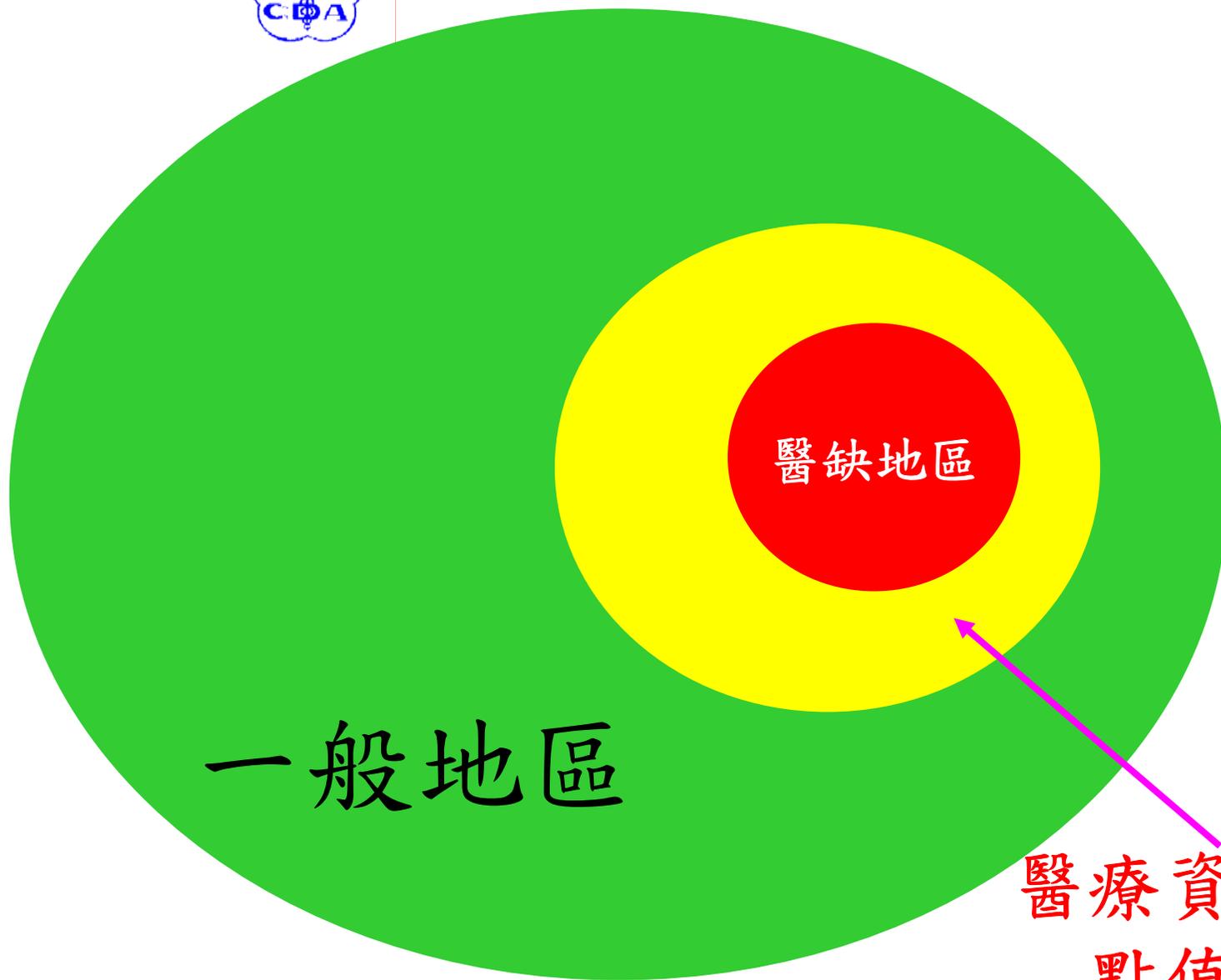
## 牙醫就醫率99年較98年成長2.1%

- 依健保局報表99年就醫率成長2.1%。
- 衡度被保險人實際醫療需求，給予總額部門相對應的成長率，本部門相對建議成長率為**0.50%**。



# 配合政府政策的鼓勵

100%錢跟著人走的下一步



一般地區

醫缺地區

醫療資源不足且  
點值低地區



## 100%錢跟著人走後進行微幅調整

- 某些特殊醫療資源艱困及利用困難(不便)地區長期點值低落，進而影響當地民眾就醫權益與牙醫師提供醫療之意願，為提升當地牙醫醫療資源照護情形，訂定此方案，預算為100百萬。



## 牙醫醫療不足地區改善方案

- 100年預算229.2百萬，移撥50百萬於一般服務預算，101年預算為179.2百萬，讓預算的編列與實際費用的發生相符。

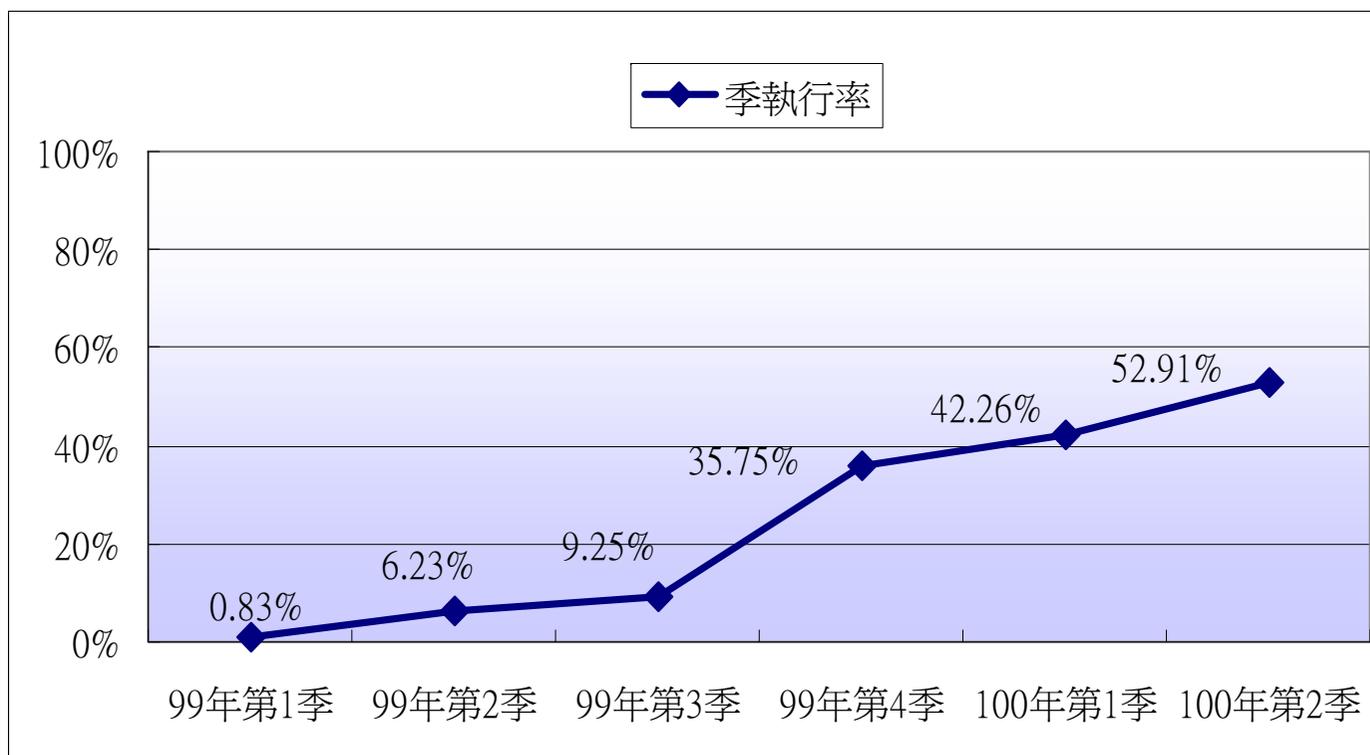
## 牙醫特殊服務

- 同100年預算持續本計畫，423百萬。



# 牙周病統合照護計畫

- 同100年預算持續本計畫，384.3百萬。



備註：1.資料來源：依健保局每月提供申報資料統計。

2.季執行率：將年度目標分4季目標計算各季執行率，逐步成長中。

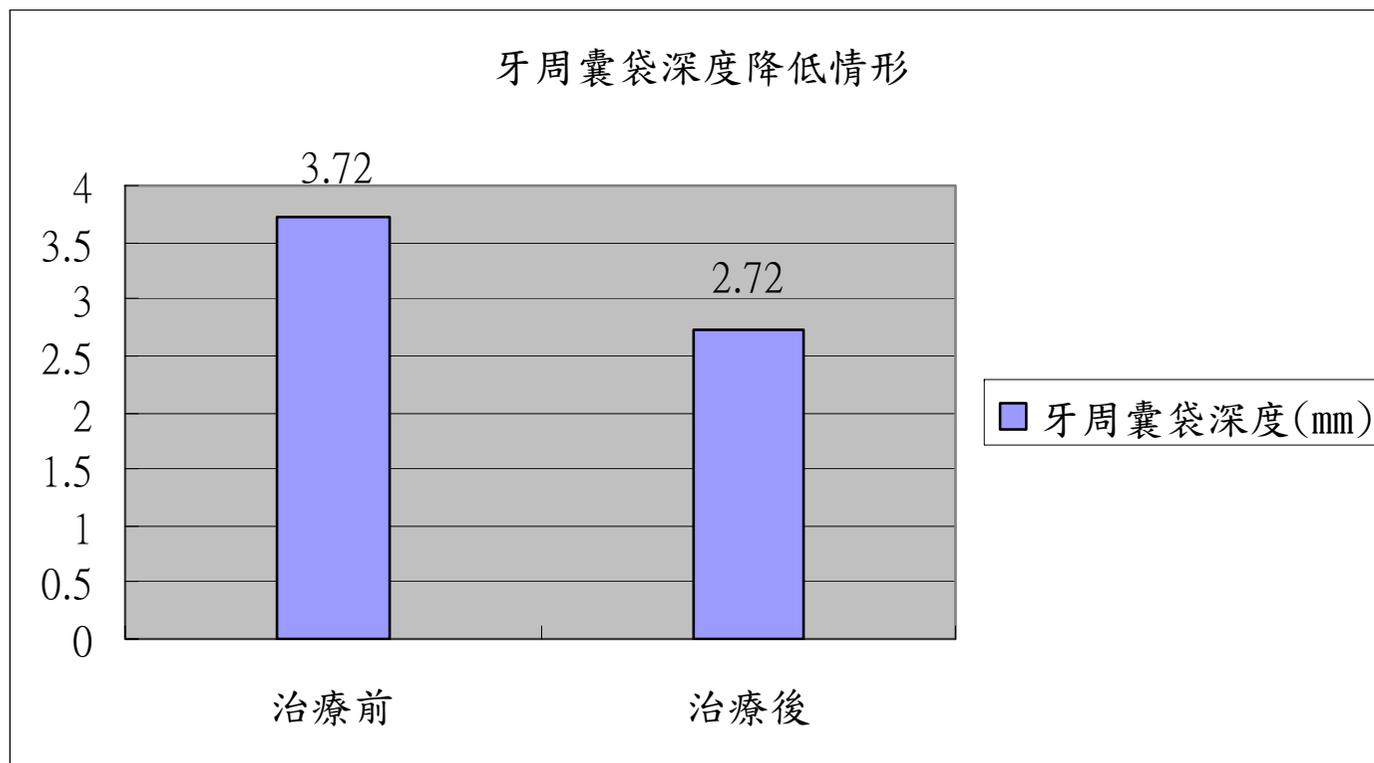


- 民眾牙周病治療刻不容緩，以完善的牙周病治療照護方式，除提升全民之牙周健康，也確保其他牙科治療之品質。
- 本計畫在執行初期，由於行政配合事務、醫療服務供給者以及民眾就醫習慣上都需要很多的配合與調整。本會基於對醫療品質的堅持，在簡化行政流程、積極辦理牙醫師教育訓練和加強民眾宣導的同時，對於治療療效、民眾自我口腔照護能力的提升也有所要求！



# 牙周健康狀況改善情形

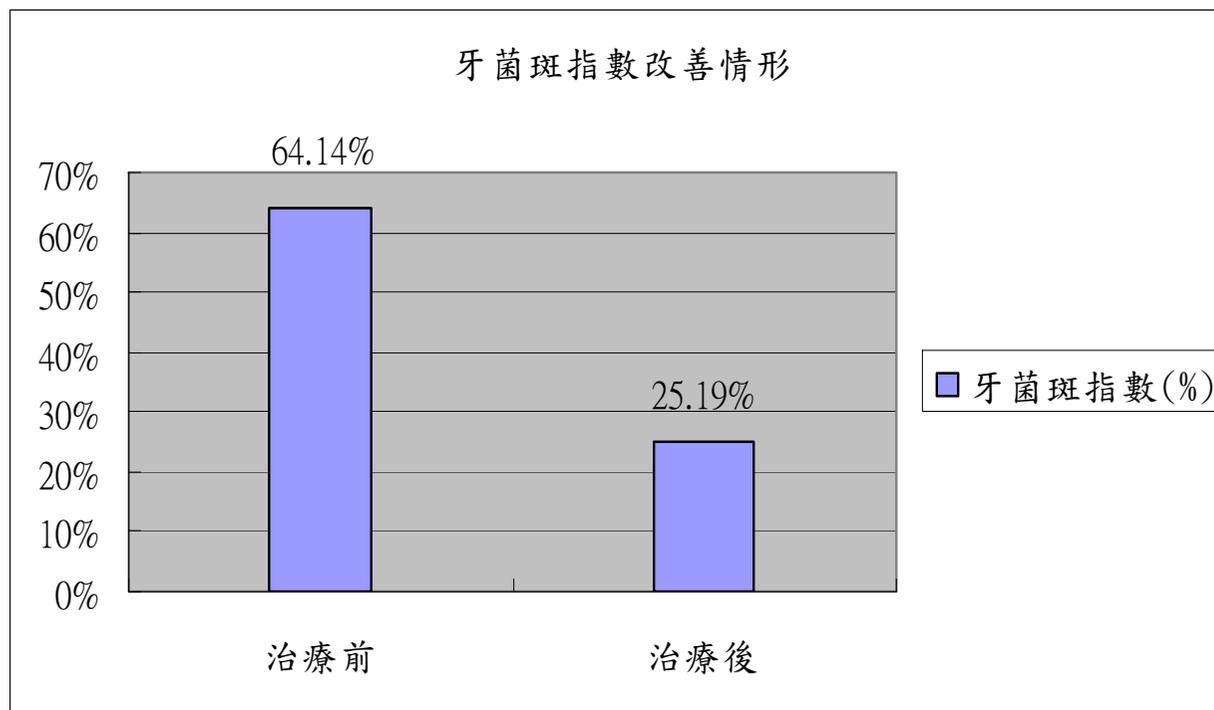
## (1) 牙周囊袋深度降低情形





# 牙周健康狀況改善情形

## (2) 牙菌斑指數改善情形





未接受潔牙指導前，病患雖然認真刷牙，牙菌斑指數依然偏高





接受潔牙指導後，只要病患認真潔牙，牙菌斑指數就會明顯改善！



# Tarepanda

敬請指教



Made by John C. tntclub