



105年牙醫門診總額一般服務 執行成果評核報告

報告人：徐邦賢

中華民國牙醫師公會全國聯合會理事
牙醫門診醫療服務審查執行會首席副主委



大 綱

壹、前言

貳、整體規劃與執行檢討

一、整體資源配置與未來規劃

二、年度重點項目之推動與檢討

參、一般服務執行績效

一、委員意見與期許

二、維護保險對象就醫權益

三、專業醫療服務品質之確保與提升

四、協商因素項目之執行情形

五、總額之管理與執行績效



壹、前言 (續)

牙醫界最基本的宗旨，

以「利他」為出發點

作為社會價值

為社會服務之初衷



壹、前言 (續)

105年度重點工作

- 保障民眾就醫權益
- 民眾就醫安全



壹、前言 (續)

● 保障民眾就醫權益

一、提升民眾假日緊急就醫服務：

105年新增2項支付標準：「牙醫急症處置（92093B）」及「週日及國定假日牙醫門診急症處置（92094C）」。

將106年週日及國定假日於VPN登錄看診日數納入品質保證保留款指標。

二、牙周病統合照護之患者在治療上有顯著成效：

牙周囊袋深度大幅降低，自我口腔清潔照護能力大幅提升，拔牙顆數減少，再治療、根管治療、拔牙之預後指標均呈現較低，配合回診之牙周病患者有穩定的牙周狀況，明顯改善牙周健康。



壹、前言 (續)

● 保障民眾就醫權益

三、提升老人的口腔改善計劃：

新增複合體充填89013C、研訂牙周病統合照護計畫及牙周顧本計畫，107年提出高齡者族群重大傷病或糖尿病口腔照顧計畫，加強口腔照護(每3個月執行牙結石清除、牙周疾病控制、塗氟)。

增加老人福利機構照護，提供衛教及醫療服務。

四、解決醫療資源均衡：

規劃107年「弱勢鄉鎮(排除醫缺地區)醫療效益獎勵提升計畫」，提升次醫缺地區民眾就醫醫療服務、確保民眾就醫醫療品質與就診品質、六分區次醫缺地區醫師人力逐漸成長、提升身心障礙者就醫可近性、提升院所感染管制執行率為目標。



貳、整體規劃與執行檢討

一、整體資源配置與未來規劃

二、年度重點項目之推動與檢討



一、整體資源配置與未來規劃

- (一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況
- (二)健保六區醫療資源分布
- (三)醫療資源不足地區醫療分布
- (四)特殊醫療需求醫療資源情形
- (五)分級醫療推動策略，醫院處理急重症



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

分級	名稱	定義
A	都會區 (蛋黃中心區)	支付標準附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則之適用鄉鎮。
B	衛星市鎮區 (蛋黃邊緣)	非A、C、D區域之鄉鎮。
C	次醫療資源不足區 (蛋白區)	105年底戶籍人數小於40,000且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮、離島地區之鄉鎮。
D	醫療資源不足區 (蛋殼區)	全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之鄉鎮。

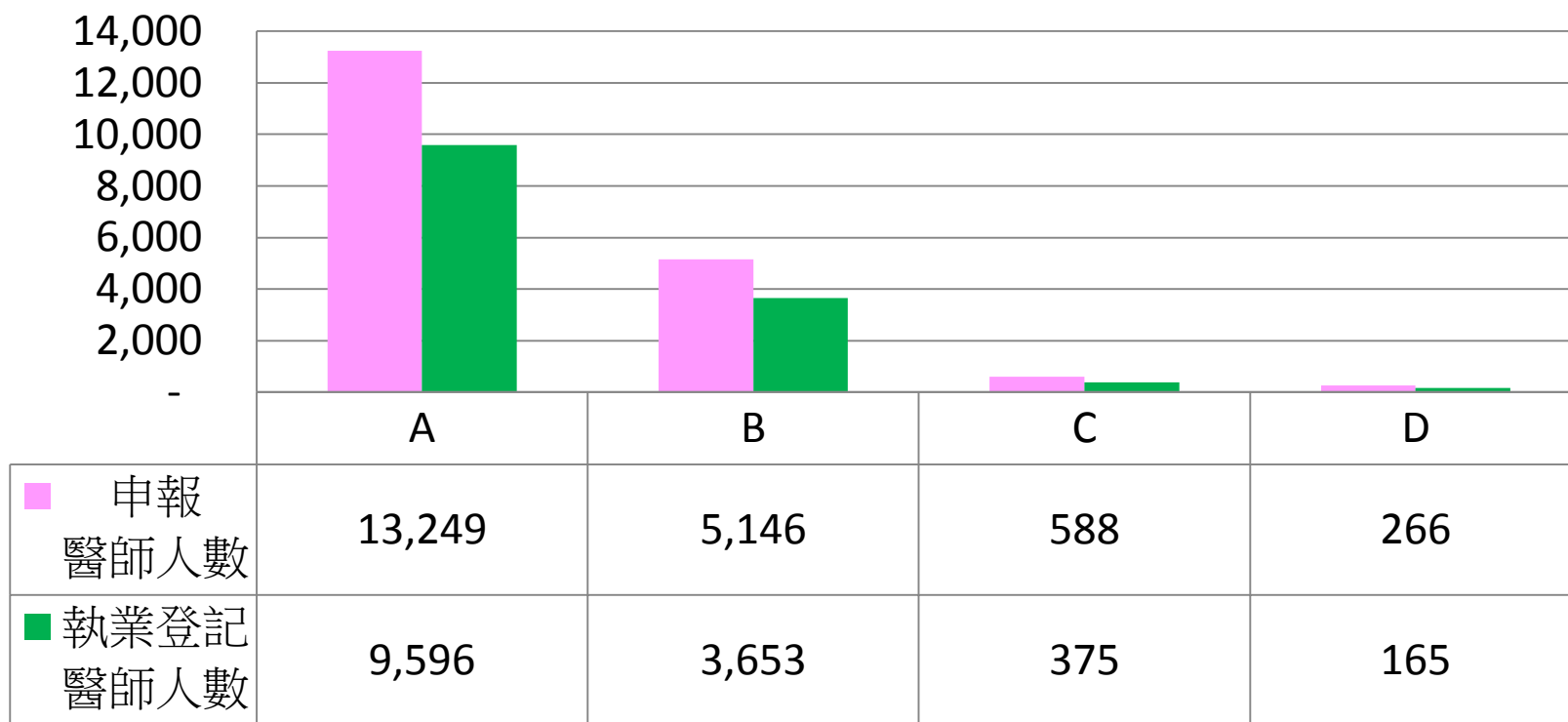
本會將368個鄉鎮依據A、B、C、D，依據健保署提供101-105年以醫師申報資料為主，進行資料分析，鄉鎮分級加總時未扣除重覆人數。



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

105年全國分級申報醫師數及執業登記醫師數



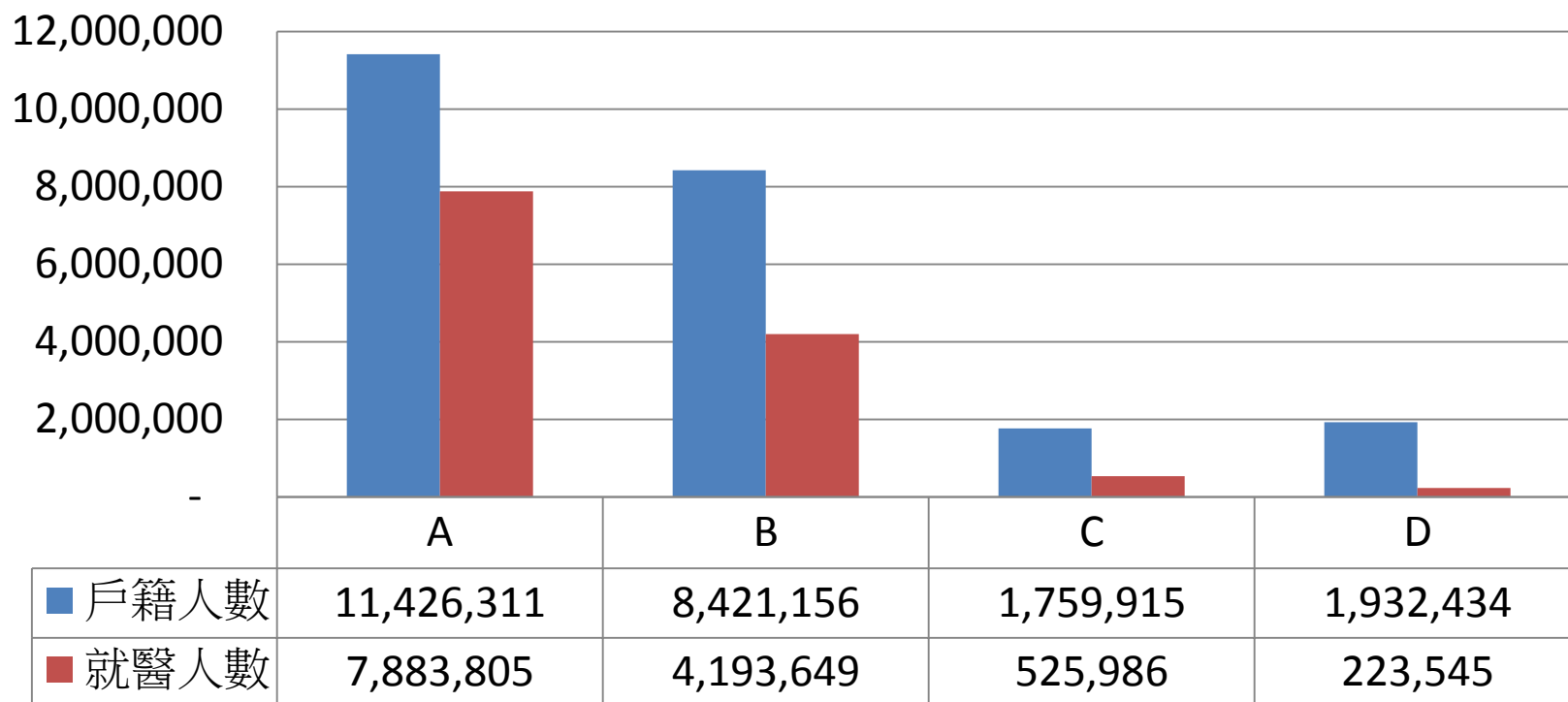
本會將368個鄉鎮依據A、B、C、D，依據健保署提供101-105年以醫師申報資料為主，進行資料分析，鄉鎮分級加總時未扣除重覆人數。



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

105年全國分級戶籍人數



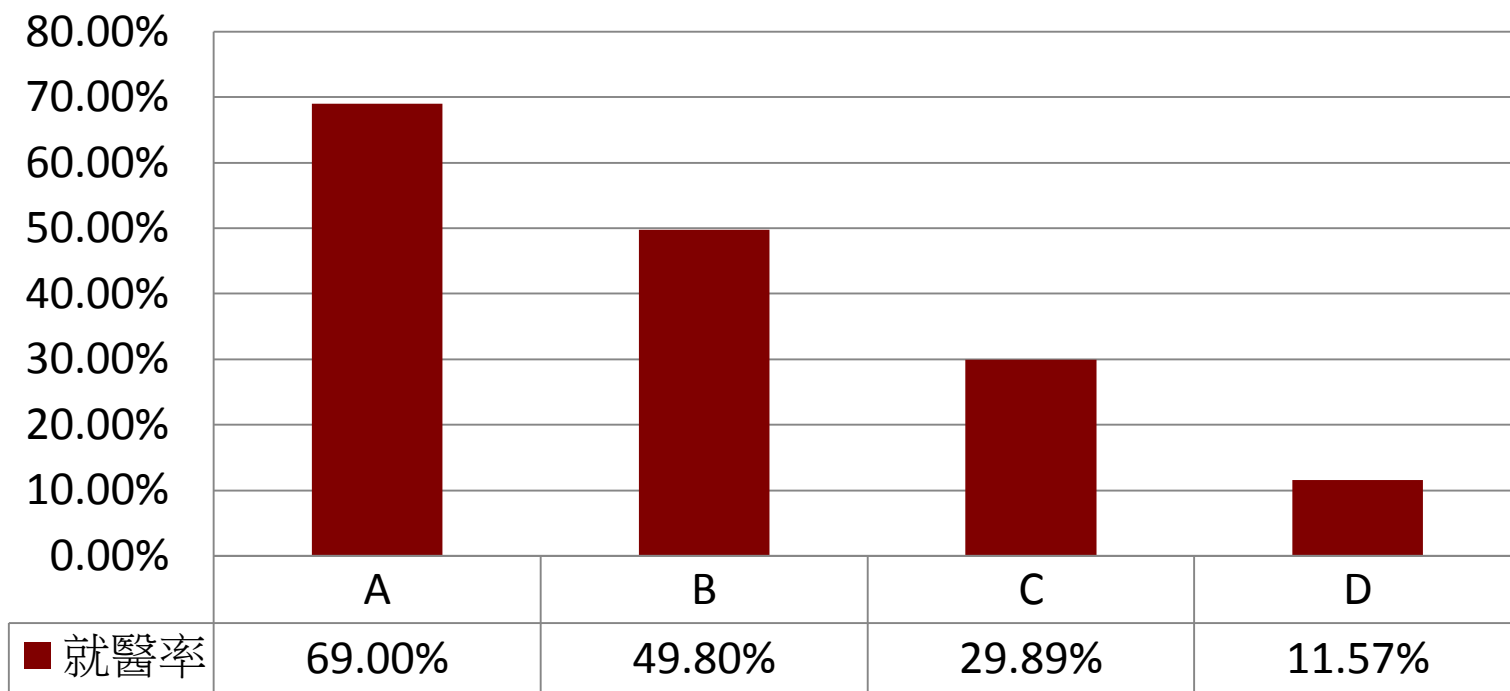
本會將368個鄉鎮依據A、B、C、D，依據健保署提供101-105年以醫師申報資料為主，進行資料分析，鄉鎮分級加總時未扣除重覆人數。



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

105年全國分級就醫率



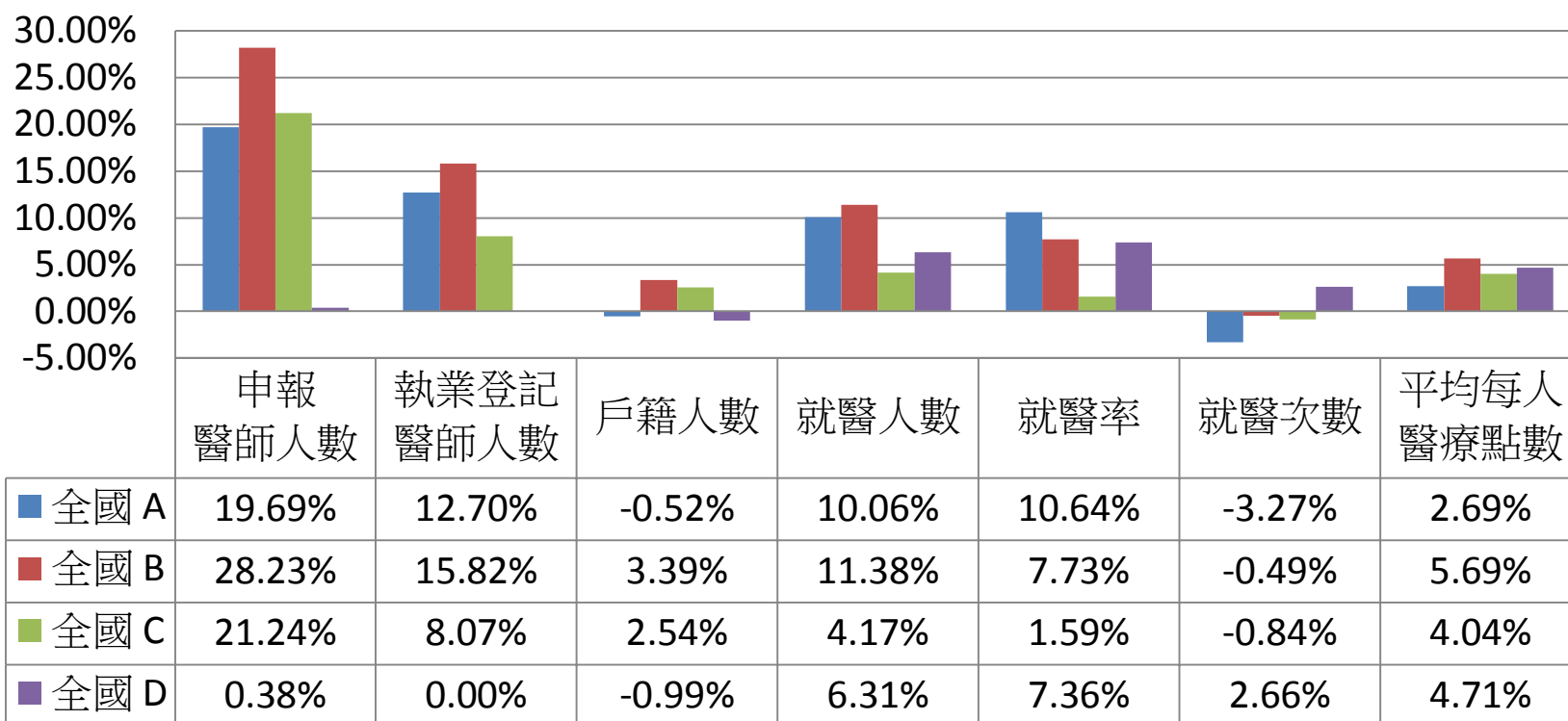
本會將368個鄉鎮依據A、B、C、D，依據健保署提供101-105年以醫師申報資料為主，進行資料分析，鄉鎮分級加總時未扣除重覆人數。



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

105年與101年全國分級各項成長率



本會將368個鄉鎮依據A、B、C、D，依據健保署提供101-105年以醫師申報資料為主，進行資料分析，鄉鎮分級加總時未扣除重覆人數。



該如何？

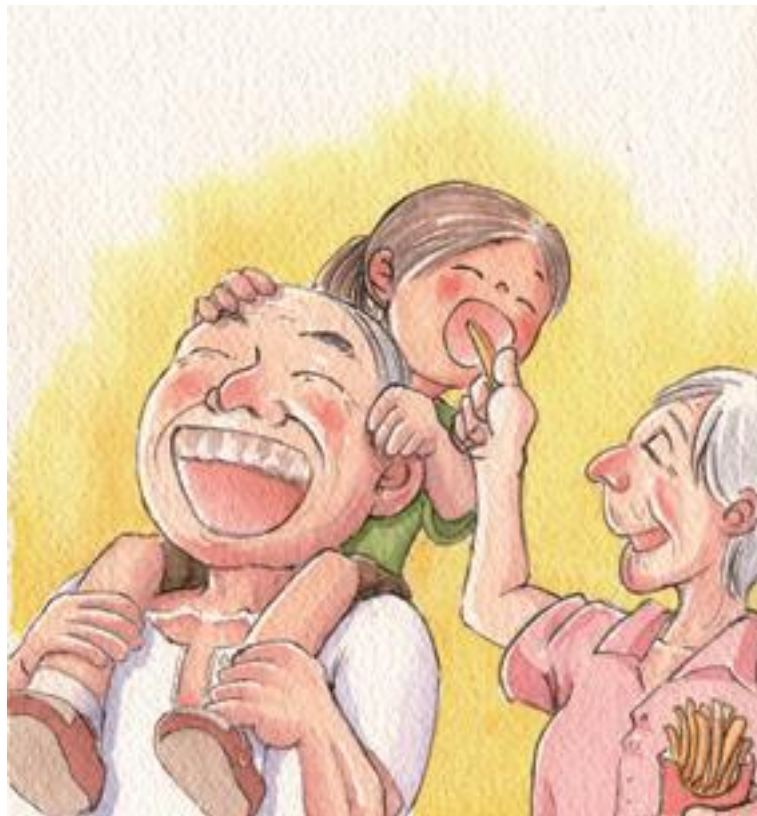
- D的醫療資源不足區（蛋殼區）有牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案來獎勵支撐。C的次醫療資源不足地區（蛋白區）雖有「醫療資源不足且點值低地區獎勵計劃」，但只補助點值不足1元的分區，獎勵明顯不足，而C區（蛋白區）就醫人數更是比其他區域的就醫人數成長最為緩慢，醫師到蛋白地區執業的意願不高。
- 如何提升C區（蛋白區）就醫率？
- 如何保障蛋白區民眾就醫權益？
- 如何提升就醫可近性？
- 如何讓優質醫師前往蛋白區執業？



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）（蛋白區）醫療效益獎勵提升計畫





一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）（蛋白區）醫療效益獎勵提升計畫

計畫之目的

- 1.提升次醫缺地區民眾就醫醫療服務。
- 2.確保民眾就醫醫療品質與就診品質。
- 3.六分區次醫缺地區醫師人力逐漸成長。
- 4.提升身心障礙者就醫可近性。
- 5.提升院所感染管制執行率。



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）（蛋白區）醫療效益獎勵提升計畫

方案實施前一年(106年12月)戶籍人數小於40,000且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮。

適用鄉鎮
198個

不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）（蛋白區）醫療效益獎勵提升計畫

本會嚴謹篩選醫事機構，必須符合
關照弱勢族群、增加醫療服務、提高醫療品質
以「關懷、責任、專業」自許
達到「弱勢優先、病人優先、品質優先」



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）（蛋白區）醫療效益獎勵提升計畫

★無下列情形者，得予以核發

- 1.方案實施前五年至當年結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約1個月(含)以上處分者。
- 2.方案實施前三年至當年結算前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達5萬點(含)以上者。
- 3.方案實施前一年醫事服務機構平均月初核核減率在全國90百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。醫事服務機構平均月初核核減率=醫事服務機構每月初核核減率之合計/醫事服務機構核定月數。



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）（蛋白區）醫療效益獎勵提升計畫

★無下列情形者，得予以核發

4.未依「牙醫院所感染管制SOP作業細則」執行且當年任一月未申報符合加強感染管制之牙科門診診察費者。(新開業以實際開業月份計算)。

5.未依「全民健康保險轉診實施辦法」執行，並未張貼全聯會就診須知海報(此項由所轄健保業務組及審查分會認定)，若違反規定直接由分區共管會議提報，則該年度不予核發。

6.醫師未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(當年任一月未符合計畫資格，該年度均未申報16案件)



一、整體資源配置與未來規劃

(一)鄉鎮市區就醫率及人力分布狀況

弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）（蛋白區）醫療效益獎勵提升計畫

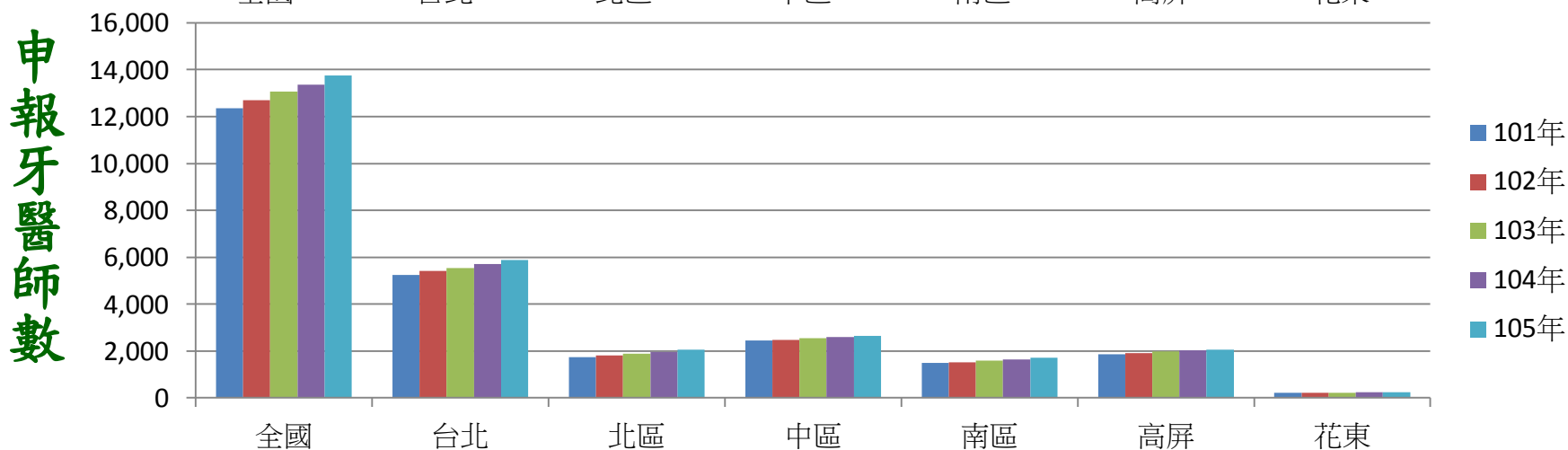
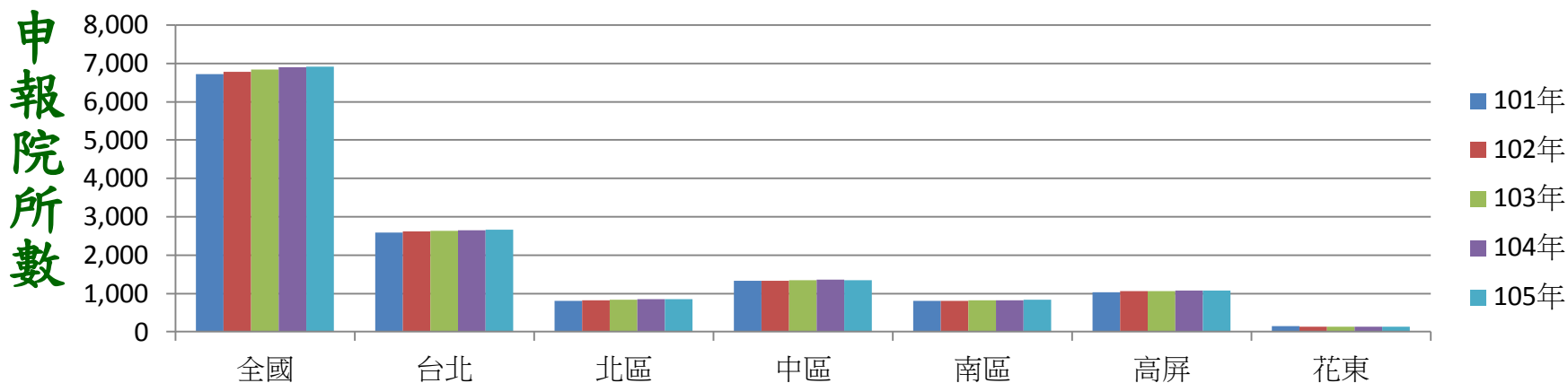
獎勵方式

- ★ 屬於實施對象東區保險醫事服務機構醫師申報處置費得加成2成，每位醫師每月加成點數以10萬點為上限。
- ★ 屬於實施對象前一年至少2季浮動點值低於全國浮動點值之分區保險醫事服務機構醫師申報處置費得加成1.2成，每位醫師每月加成點數以6萬點為上限。
- ★ 屬於實施對象保險醫事服務機構不為1、2項者醫師申報之處置費得加成1成，每位醫師每月加成點數以5萬點為上限。



一、整體資源配置與未來規劃

(二)健保六區醫療源分布--醫療供給

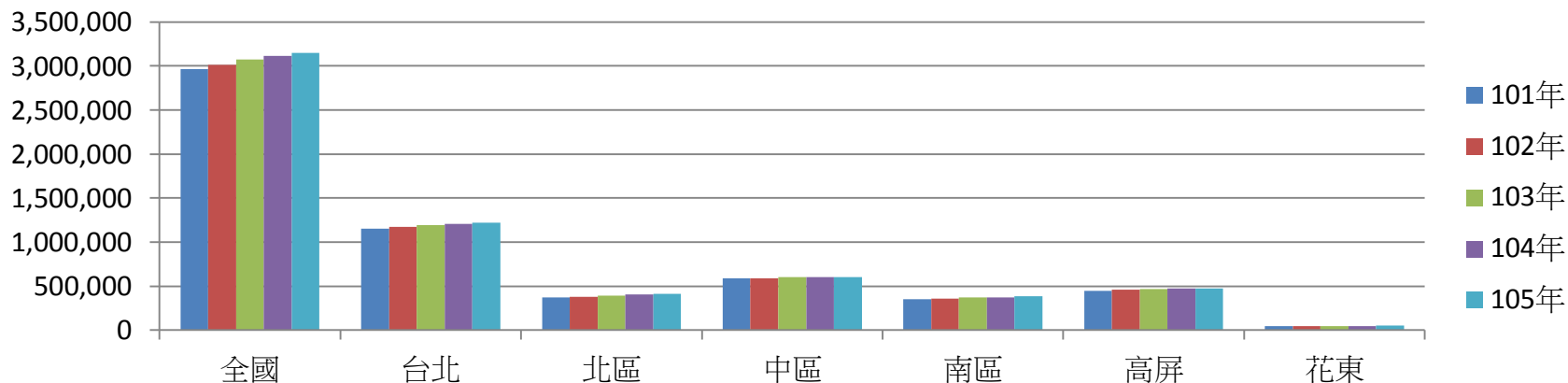




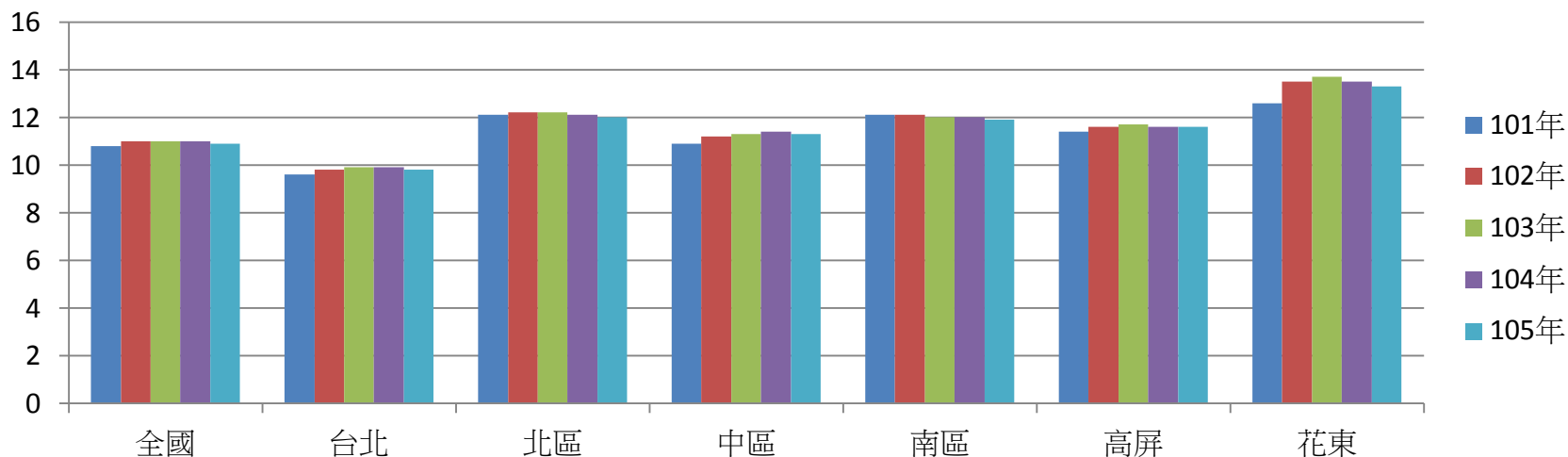
一、整體資源配置與未來規劃

(二)健保六區醫療源分布--醫療供給

牙醫師看診總日數



每牙醫師每日服務人次

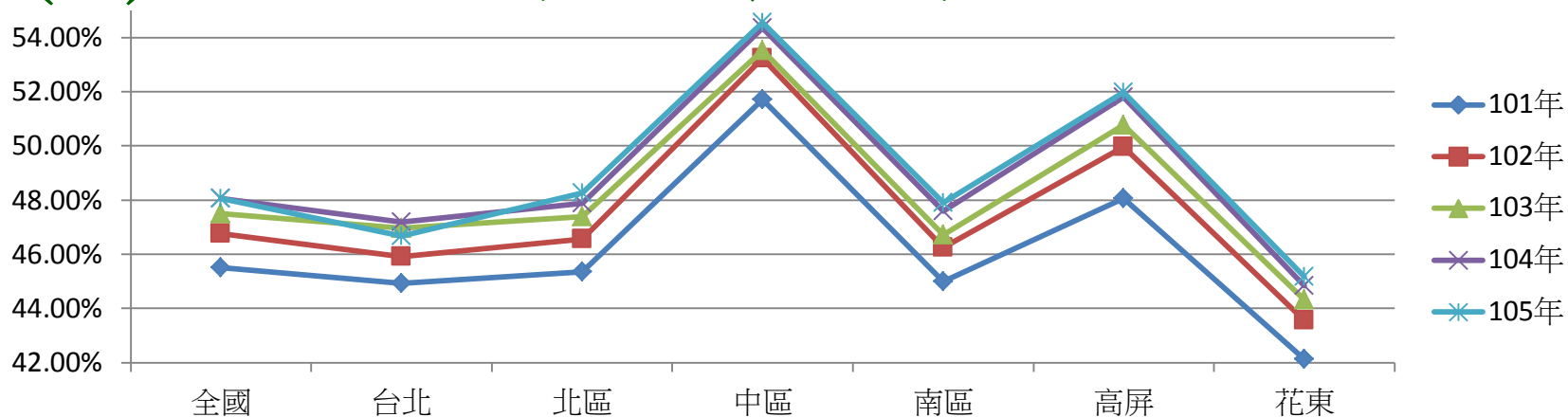




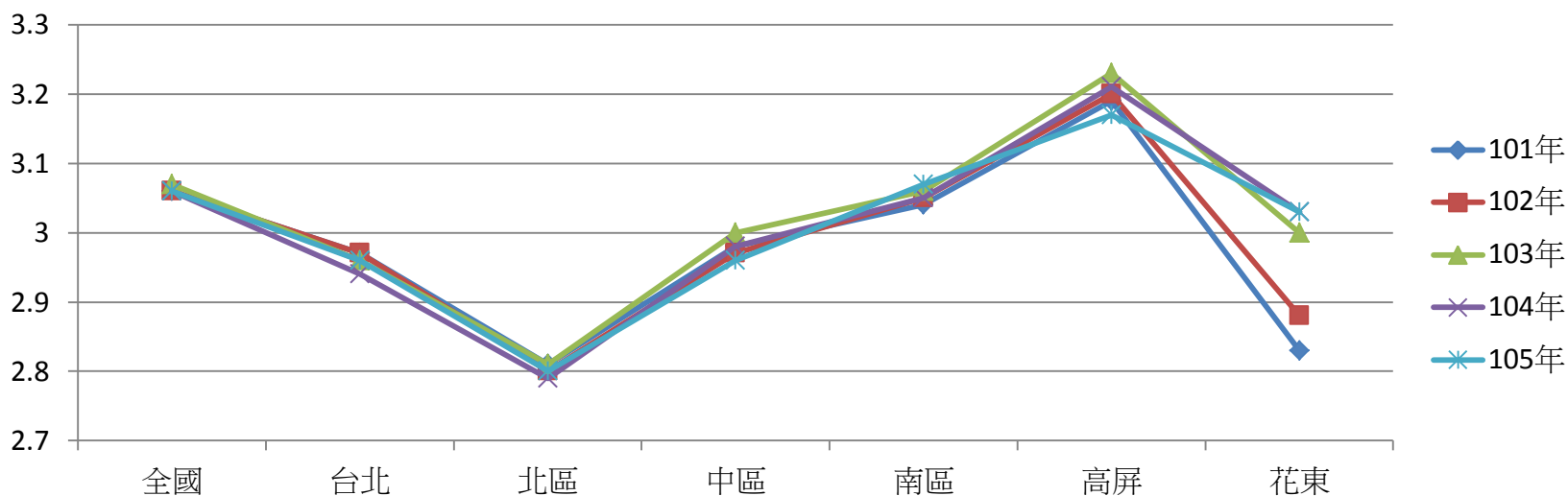
一、整體資源配置與未來規劃

(二)健保六區醫療源分布--醫療利用

就醫率



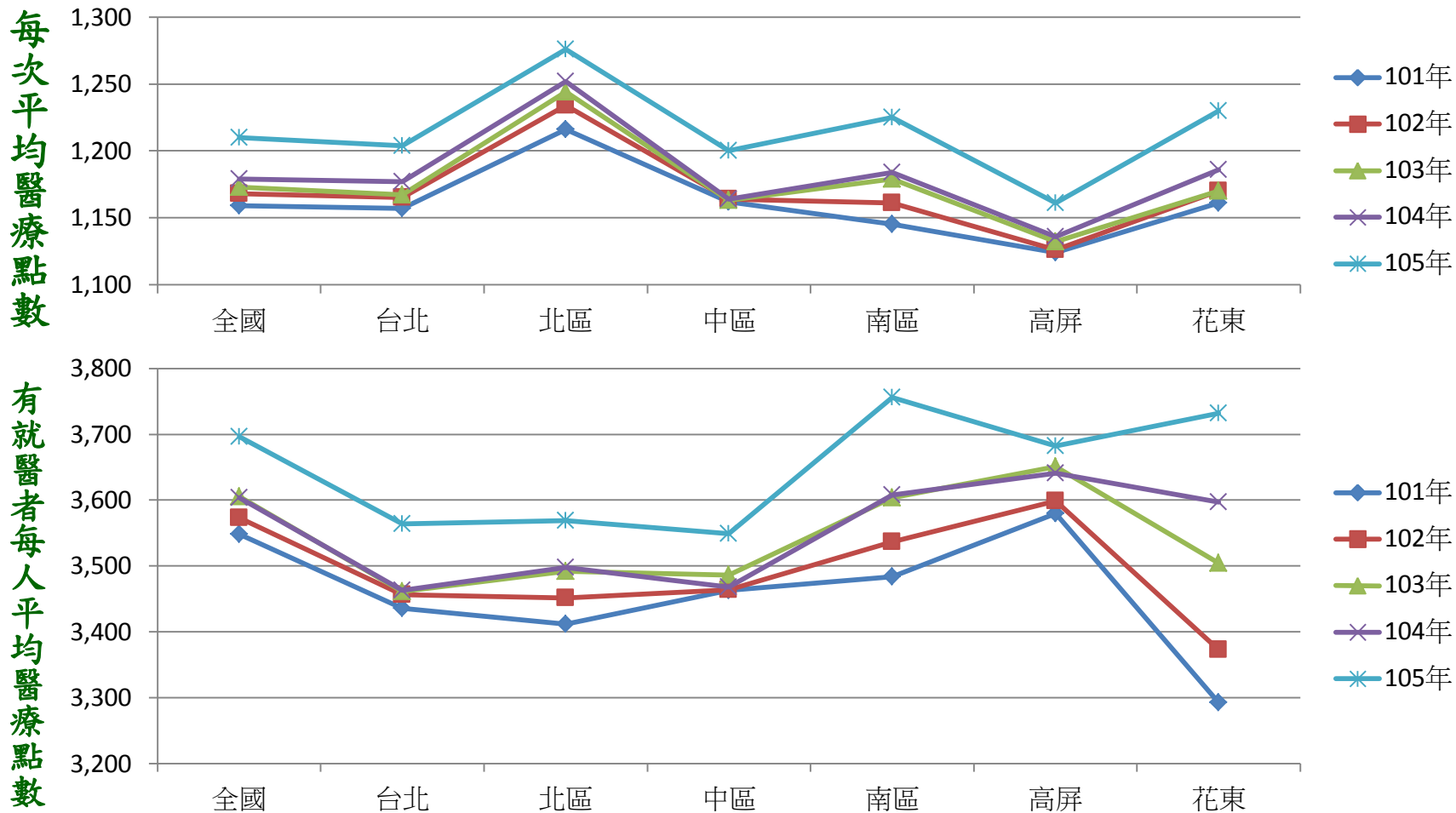
就醫者平均就醫次數





一、整體資源配置與未來規劃

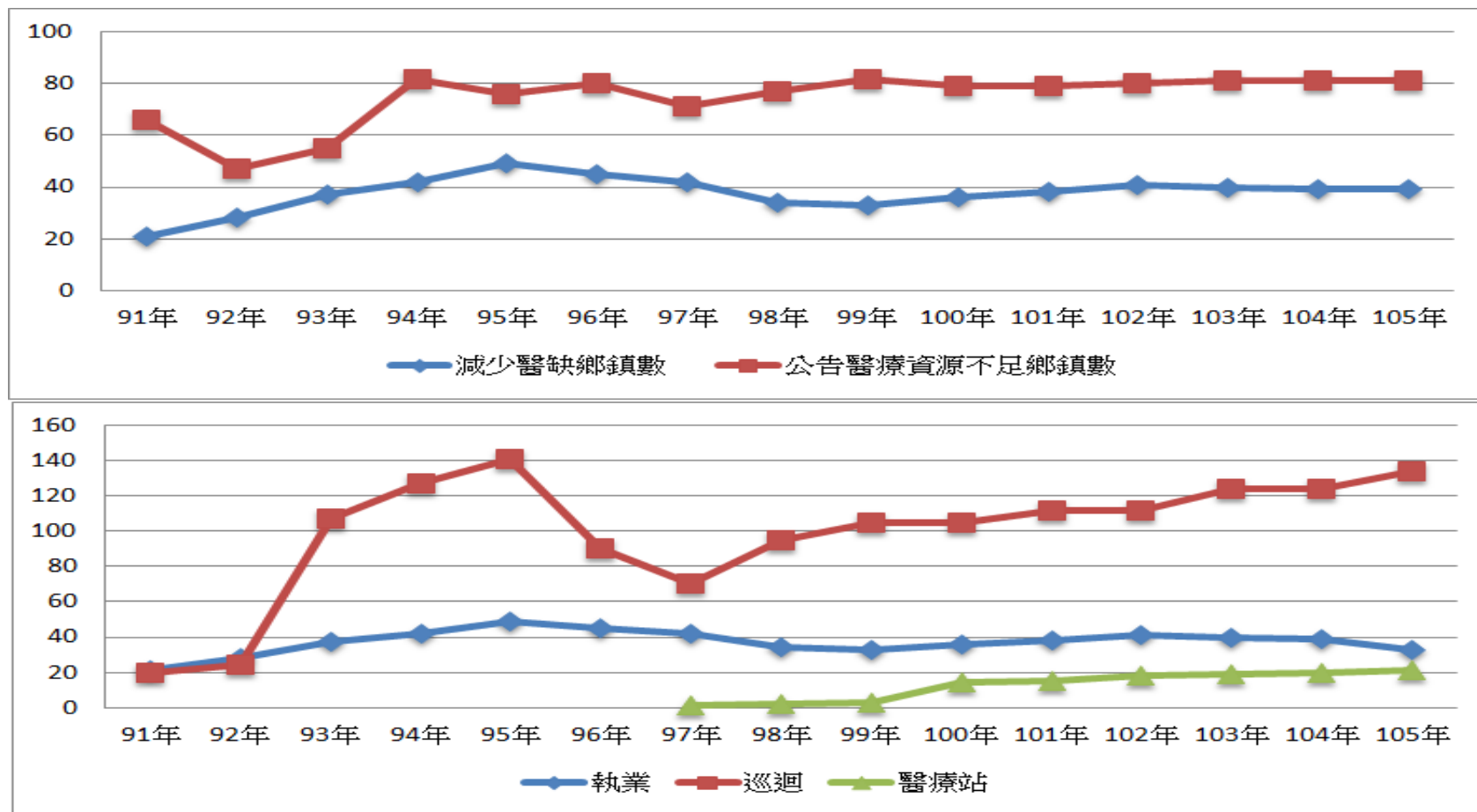
(二)健保六區醫療源分布--醫療利用





一、整體資源配置與未來規劃

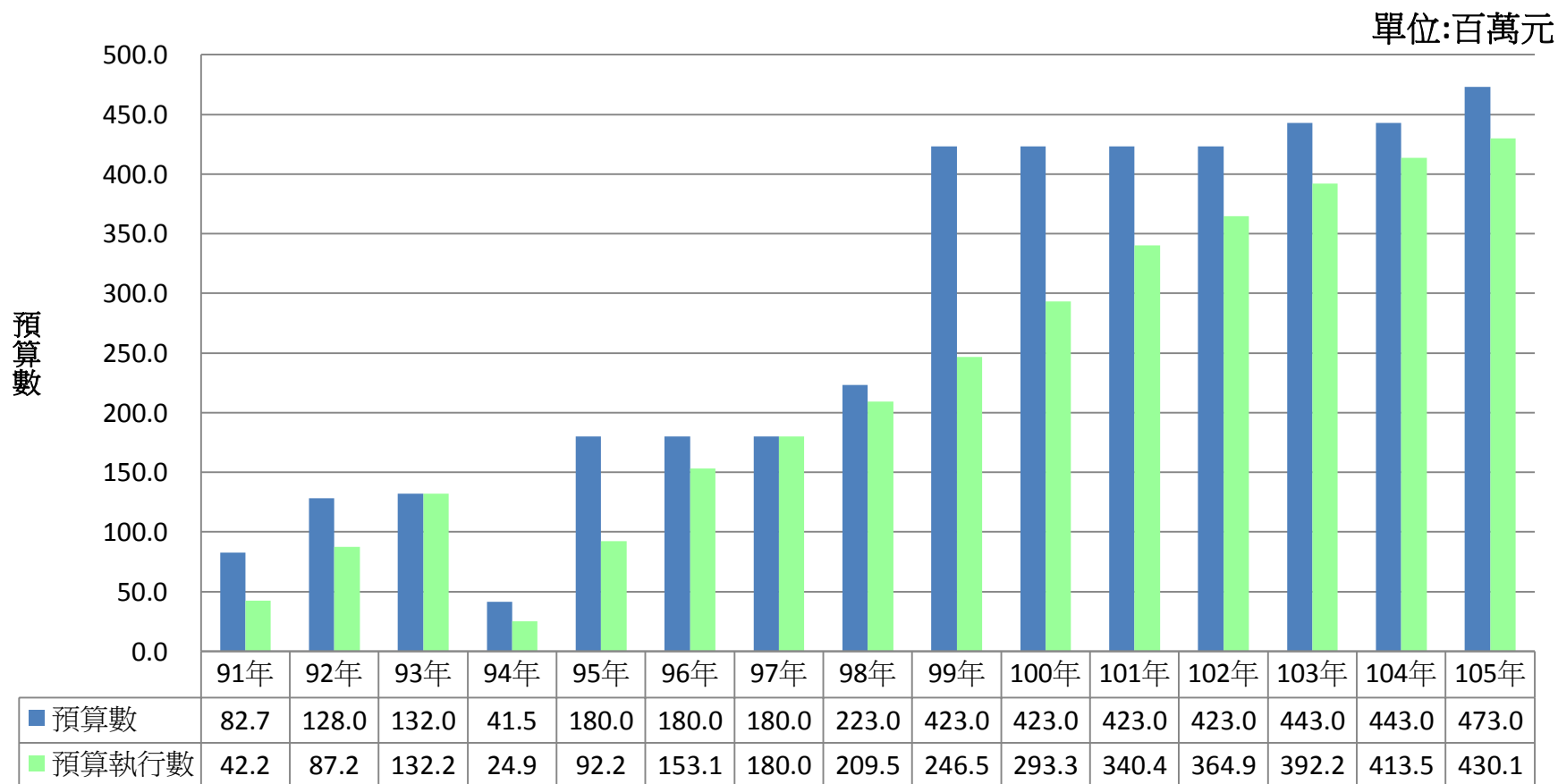
(三)醫療資源不足地區醫療分布





一、整體資源配置與未來規劃

(四)特殊需求醫療資源情形





一、整體資源配置與未來規劃

(五)分級醫療推動策略，醫院處理急重症

1. 透過醫療體系院所間分工、合作，達到全民健康的目標
2. 鼓勵基層院所進行平行轉介與垂直轉介，增加就醫可近性，減少醫學中心病患壅塞的情況。
3. 醫院負責牙科急症外傷重症病患，診所協助處理急性牙痛病患，達到分級醫療的目的。
4. 105年擴大急重症項目納入轉診範圍，重新修訂轉診醫師資格。
5. 配合宣導健保署電子化轉診平台。



二、年度重點項目之推動與檢討

★必要項目

- (一)品質保證保留款分配方式之精進
- (二)專案計畫之整體檢討與後續規劃
(導入一般服務或退場)
- (三)地區預算分配後六分區民眾就醫及
資源分配之公平與合理性檢討

★自選項目

- (四)牙周病統合照護計畫成效



二、年度重點項目之推動與檢討

(一)品質保證保留款分配方式之精進

1. 加強牙醫醫療感染管制。
2. 恆牙根管治療完成率品質提升
3. 「牙周病統合照護品質」指標
4. 提升VPN登錄門診時間、週日及國定假日看診日數



二、年度重點項目之推動與檢討

(二)專案計畫之整體檢討與後續規劃

108年導入一般服務時，為考量納入前3年（108~110年）應採行小總額分配方式，維持牙周病統合照護之精神，維護確保牙統案件的延續性及執行率，達到執行品質的管控，民眾就醫權益。

108年導入時考量一般支付項目同一療程的銜接性，建議維持相同支付代碼，於本年度5月23日健保署研商議事會議與健保署共同擬定相關事項。



二、年度重點項目之推動與檢討

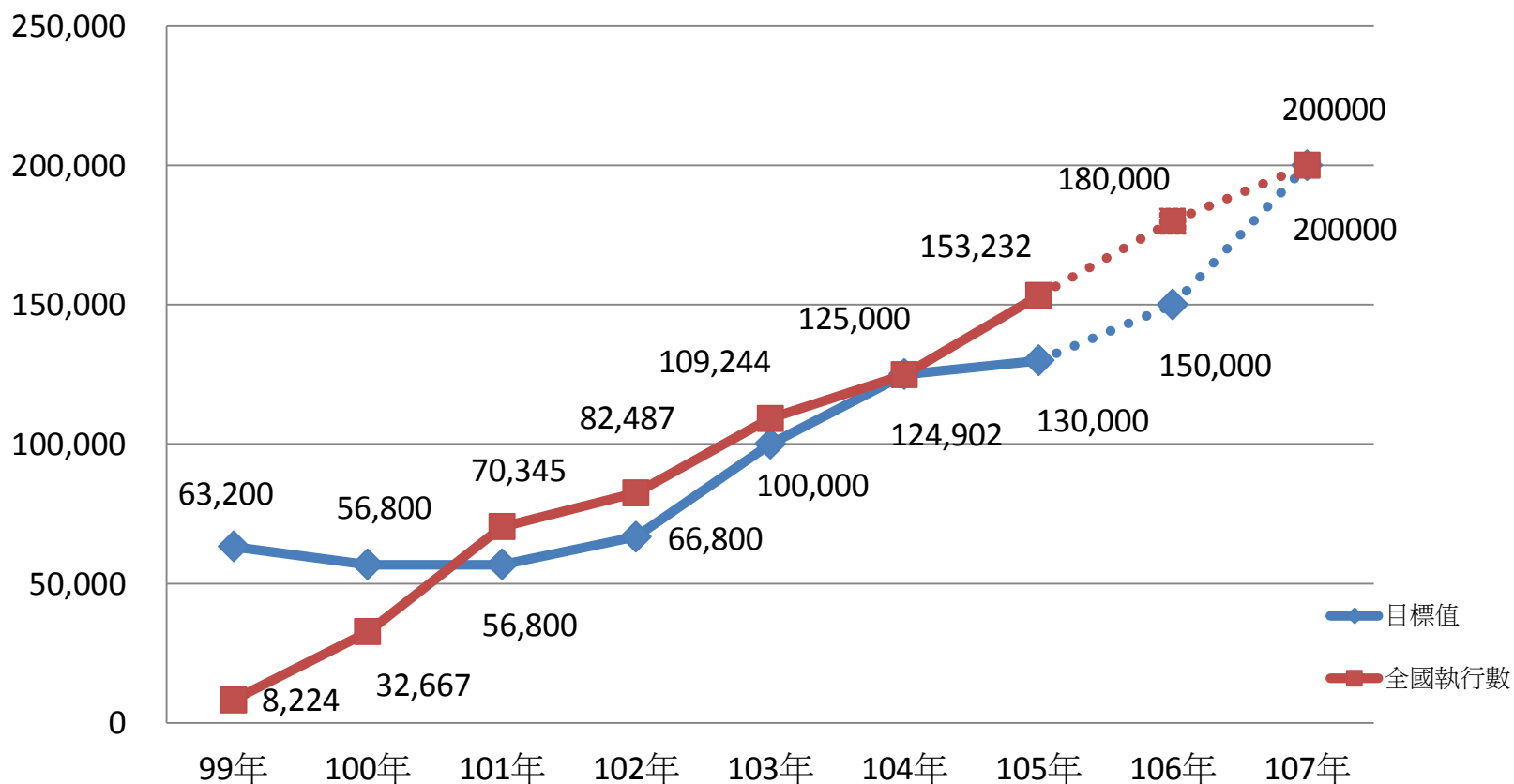
(三)地區預算分配後六分區民眾就醫及源分配之公平與合理性檢討

1. 專案論量不足額部分
2. 就醫率差異性
3. 疾病發生率地域差異性



二、年度重點項目之推動與檢討

(四)牙周病統合照護計畫成效--歷年服務人次





二、年度重點項目之推動與檢討

(四)牙周病統合照護計畫成效--國人就醫治療效果

1. 牙周囊袋深度大幅降低、自我口腔清潔照護能力大幅提升、拔牙顆數減少。
2. 再治療、根管治療、拔牙之預後指標均呈現較低。
3. 一年內回診治療次數越多拔牙顆數亦越少。
4. 牙周統合照護計畫配合回診系統可以讓牙周病患者有穩定的牙周狀況，有回診的病患明顯改善牙周健康。

文獻

1. 本會健保資料分析
2. 詹前隆、游慧真、連新傑與黃啟祥（2015）發表「台灣實施牙周統合照護計畫之療效探究」
3. 臺北業務組醫療費用三科，發表健保署內自行研究計畫「牙周炎患者照護介入與成效評估」
4. A comprehensive periodontal treatment project: The periodontal status, compliance rates, and risk factors(呂炫堃教授)。



參、一般服務執行績效

一、105年評核建議與期許

二、維護保險對象就醫權益

三、專業醫療服務品質之執行情形

四、協商因素項目之執行情形

五、總額之管理與執行績效



一、105年評核建議

- (一)維護保險對象就醫權益
- (二)專業醫療服務品質之確保與提升
- (三)協商因素項目之執行情形
- (四)總額之管理與執行績效



一、105年評核建議

(一)維護保險對象就醫權益

1.各項滿意度均有提升，特別是對醫師診療時間之滿意度明顯增加。惟「醫護人員有無進行衛教指導」的比率低於其他總額部門，部分分區滿意度下降，仍有努力空間。建議進一步了解民眾期待，瞭解未符期待的原因，並加以改善。

本項滿意度由104年度48.0%上升至105年度51.4%教導口腔衛生預防保健對象通常為初診患者，若調查病人為複診，口腔衛生預防保健大都已於初診時教導，因此比率較低，本會仍會持續宣導院所醫護人員對病患解說病情及牙齒預防保健方法之教導。



一、105年評核建議

(一)維護保險對象就醫權益

2.請牙全會妥為協調各牙醫診所提供例假日門診時段，特別是醫療資源不足地區。今年改版的健保牙科就醫須知，建議納入查詢假日服務院所之電話或網頁，或可參考中醫部門透過手機QR-code廣為宣傳。

本會於106年改版健保牙醫就診須知，亦遵從老師建議，**新增中央健康保險署「全民健保行動快易通」QR-code及網址**，便利民眾查詢。





一、105年評核建議

(一)維護保險對象就醫權益

3.有關就醫可近性問題，除考慮分區間的差異外，也須考量分區內資源分布的差異，例如台東縣醫療費用最高與最低的鄉鎮，差距達1.76倍(池上鄉4,584/延平鄉2,608)，建議瞭解原因並研擬改善措施。

本會在各部門中第一位於95年達到分區預算按投保人口計算，醫療資源不足的現況並未能因此解決，歷年的努力如下：

- 1.91年辦理全民健保牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。
- 2.99年訂定全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案，自一般服務預算提撥5000萬。
- 3.研議107年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮(排除醫缺地區)效益提升計畫(草案)。



一、105年評核建議

(一)維護保險對象就醫權益

4.老人的蛀牙填補及口腔健康指數較差，建議列為改善重點。可透過全國社區關懷據點，加強提供老人口腔的健康衛教及醫療服務。

老人的口腔改善計劃：

- 1.高齡長者牙根部齲齒本會新增複合體充填89013C、牙周疾病罹患率高，研訂牙周病統合照護計畫及牙周顧本計畫。
- 2.107年將研議高齡者族群重大傷病或糖尿病口腔照顧計畫，配合衛福部口腔健康政策，針對高齡者易罹患重大傷病、慢性病，為加強口腔照護於每3個月執行牙結石清除、牙周疾病控制、塗氟項目。
- 3.增加老人福利機構照護，研議從社區關懷據點老人機構、失能及長照老人機構、榮民之家、各縣市市立老人安養機構，針對老人口腔提供衛教及醫療服務。



一、105年評核建議

(二)專業醫療服務品質之確保及提升

1.各項品質指標皆達預期目標，整體照護結果，包括齲齒填補率、口腔健康指數等均有改善，值得肯定。惟3~6歲孩童的齲齒率與填補率狀況不佳，仍有努力空間。另，建議檢討品質指標的參考值，並呈現未符參考值之院所比率。

為能加強3-6歲孩童口腔健康，本會於106年提出「加強全民口腔疾病照護」成長項目，針對未滿12歲兒童強化口腔照護，增修訂支付標準「牙周暨齲齒控制基本處置」、「牙菌斑去除照護」，目前執行成效良好。



一、105年評核建議

(二)專業醫療服務品質之確保及提升

2.感染管控作業指引完善，執行院所數增加，並以執行感控程序作為品質獎勵依據，值得嘉許。未來建議發展感染管控之成果面指標，以具體呈現品質改善之成效。

本會非常重視患者就醫安全，期望朝向院所100%達到感染管控標準，努力方向如下：

1.97年第3季增列於「牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標」

2.104年將「符合加強感染管制院所」列入品質保證保留款核發條件(即未申報加強感染管制診察費院所不予核發品保款)



一、105年評核建議

(二)專業醫療服務品質之確保及提升

3.建議牙全會研議國民口腔健康改善結果面之全國性指標(例如：自然齒保留率、牙周囊袋深度等)，或與政府主管單位建立定期口腔健康調查，以反映牙醫整體的努力及國民口腔健康的改善情形。

本會與健保署106年第2次牙醫研商議事會議針對牙醫門診總額支付制度品質確保方案討論，將於下次會議提出「口腔健康指標」修訂意見及「牙周病品質指標」之建議內容。



一、105年評核建議

(三)協商因素項目之執行情形

1.建議關注整體支付標準項目的相對成本結構，而非單一支付項目的點數，並評估部分支付標準項目調整後的成效，例如新增「牙醫急症處置」、「周日及國定假日牙醫門診急症」項目。

每月監測申報情形，輔導院所朝向高品質醫療服務。

年度	符合管制診 診 00129C,00130C 00133C,00134C	加強牙科門 之察費用 增加 92093B	牙醫急症 處置 92094C	週日及國定 假日牙醫門 診急症處置 92094C	合計	執行率
105	900,844,629	4,975,500	6,583,600	912,403,729	821.99%	
106年Q1	306,293,315	2,543,600	11,073,120	319,910,035	288.21%	



一、105年評核建議

(三)協商因素項目之執行情形

2.一般性的感染管控標準，應納為院所的常規基本要求，若需透過支付標準獎勵(如「符合加強感染管制之牙科門診診察費」項目)，則應屬高標準的感染管控措施才合理。

本會92年訂定感染管制係參考美國疾病管制局之標準，105年再修訂時依據台灣疾病管制局之感染管制內容修訂本會辦法，相較牙醫院所執行感染管制項目較衛生局督導考核項目更為嚴謹周全。

未申報加強感染管制院所抽查比率提高一倍，優先辦理未訪查之院所，加強輔導，以保障病人就醫安全，提供適切合宜、安全乾淨的照護環境。

編製「牙科院所感染管制措施指引作業手冊」9000份，做為醫療院所及從業人員教育訓練、PGY訓練院所、教材等軟硬體設立及考核標準參考，落實醫療從業人員及牙醫師畢業後臨床醫學訓練之觀念。本會期望院所重視病人安全，加強感染管制，朝向100%執行率。



一、105年評核建議

(三)協商因素項目之執行情形

3.肯定致力推動「懷孕婦女照護」服務，惟「口腔癌統合照護計畫」、「口乾症患者照護」等協商因素項目，執行率仍偏低。

(1)口腔癌統合照護計畫：

本會檢討修訂口腔癌統合照護計畫於104年計畫調整如下：

- 1.口腔顎面外科專科醫師、口腔病理科專科醫師逕依支付標準申報。
- 2.確診須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)。
- 3.第一次及每365天應填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單。
- 4.不列入牙醫相對合理門診點數給付原則計算，排除各分區管控辦法計算。

年度	定期性口腔癌與癌前病變 追蹤治療 92090C	定期性口腔癌與癌前病 變追蹤治療 92091C	合計	執行率
102	769,200	68,000	837,200	3.64%
103	1,189,200	181,200	1,370,400	5.96%
104	2,174,460	332,400	2,506,860	10.90%
105	3,567,360	594,440	4,161,800	36.19%
106Q1	1,117,380	272,520	1,389,900	12.09%



一、105年評核建議

(三)協商因素項目之執行情形

3.肯定致力推動「懷孕婦女照護」服務，惟「口腔癌統合照護計畫」、「口乾症患者照護」等協商因素項目，執行率仍偏低。

(2)口乾症患者照護：

- 針對系統性疾病患者且服藥而造成口乾症狀，
- 需執行牙結石清除或塗氟時，於病歷載明適應症後，
- 針對病者病情執行口乾症牙結石清除（91005C）及
- 口乾症塗氟（92072C），加強口腔病患之照顧。
- 106年第1季執行率37.86%，推估全年151.44%。

年度	口乾症牙結石清除-全口91005C	口乾症塗氟92072C	合計	執行率
103	493,200	391,400	884,600	2.94%
104	905,940	931,000	1,836,940	6.10%
105	7,054,200	6,126,550	13,180,750	43.79%
106年Q1	3,068,520	2,610,550	5,679,070	37.86%



一、105年評核建議

(三)協商因素項目之執行情形

4.104年品質保證保留款之核發指標更具鑑別度，值得嘉許，惟對於未符合核發條件之院所，應給予適當輔導、說明。

本會近年對於品質保證保留款朝向醫療品質優先之精進，並自105年起核發品保款之精神，依評核老師之建議以正向指標導向，區分為專業獎勵指標及政策獎勵指標，以提升品質為指標內容，朝向將品保款的分配差距拉大，以鼓勵院所積極提升醫療品質。

每年將品質保證保留款核發結果周知六分會轉知會員，並於網站公告相關訊息，期望健保署於未來能提供未符合條件之院所，以便能與院所溝通、說明、輔導。



一、105年評核建議

(四)總額之管理與執行績效

- 1.總額管理之績效優異，平均每人醫療費用降低，醫療利用控制良好，點值穩定且品質持續提升。
- 2.審查制度設計精緻，推動「全民健康保險牙醫門診醫療服務異地審查作業」之跨區審查，及試辦「全民健康保險牙醫門診醫療服務精進審查」計畫，透過特殊案例討論，建立同儕共識，值得作為其他總額部門之借鏡。
- 3.建議培養具備評估計畫、統計分析能力的專才，以更精確掌握問題、研擬對策。

感謝評核老師的肯定，本會持續努力！



二、維護保險對象就醫權益之具體措施

- (一)滿意度調查結果之檢討及改善措施
- (二)民眾諮詢及抱怨處理
- (三)民眾自費情形及改善措施
- (四)就醫可近性及公平性之改善措施
- (五)其他確保民眾就醫權益之措施



(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

1.歷年民眾滿意度持肯定態度的比例均達九成以上，其中九大項目滿意度與104年相較不相上下，如下表：

指標項目	104.10	105.10
整體醫療品質滿意度	93.8	93.3 ↓
治療效果滿意度	91.4	91.9 ↑
牙醫診療環境(醫療設備)	94.9	95.5 ↑
醫護人員服務態度滿意度	94.4	94.1 ↓
醫師看診病(檢查)及治療花費時間	91.1	90.6 ↓
醫師看病及治療過程滿意度	92.5	93.2 ↑
醫護人員有無常常解說病情或預防保健方法情形	48.0	51.4 ↑
約診或就診容易度	74.8	73.1 ↓
就醫交通時間接受程度	92.6	91.2 ↓



(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

2.105年度滿意度未達80%項目如下：

單位:%

指標項目\年月	104.10	105.10
1.約診或就診容易度	74.8	73.1 ↓
2.醫護人員有無常常解說病情、教導牙齒預防保健方法	48.0	51.4 ↑



(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

2.105年度滿意度未達80%項目-檢討與改善

(1)「約診或就診容易度」

104年	105年
74.8	73.1 ↓

- A. 本項由104年74.8%下降為73.1%，各區在約診方面增減差異不大，台北、南區、東區為上升。
- B. 加強民眾宣導約診可減少等候時間及提高就診容易度，改善民眾之就醫觀念，避免臨時就診之困難（如：充分時間做妥適醫療）。



(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

2.105年度滿意度未達80%項目-檢討與改善

(2)「醫護人員有無常常解說病情、教導牙齒預防保健方法」

104年	105年
48.0	51.4 ↑

A. 編製「牙科治療注意事項與指導」衛教手冊及光碟，提供民眾治療時應遵循事項。

B. 推廣牙醫助理參與認證課程，提昇本職學能協助於候診時提供病患口腔預防保健方法。





(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

2.105年度滿意度未達80%項目-檢討與改善

(2)「醫護人員有無常常解說病情、教導牙齒預防保健方法」

C. 配合104年新增「懷孕婦女牙結石清除」健保給付，製作衛教單張，提供全國醫療院所推廣懷孕婦女牙齒預防保健方法，早期發現疾病，早期治療，降低早產或胎兒體重過輕的風險，維護寶寶的健康。

The image displays four educational brochures from the Chinese Dental Association (CDA). The first brochure, titled '新生兒口腔保健' (Newborn Oral Care), lists key points for parents, such as brushing the baby's gums and avoiding pacifiers. The second brochure, '懷孕婦女口腔照護' (Pregnant Women's Oral Care), highlights the new health insurance coverage for pregnancy-related dental treatments and provides specific advice for pregnant women. The third brochure is a 'Q&A' section addressing common concerns about pregnancy and oral health. The fourth brochure, '口腔衛生' (Oral Hygiene), emphasizes the importance of maintaining good oral health for overall well-being.



(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

2.105年度滿意度未達80%項目-檢討與改善

(2)「醫護人員有無常常解說病情、教導牙齒預防保健方法」

D. 持續推廣並更新第4版

「牙醫健保門診就診須知」
內含貝氏刷牙法、
牙間刷及牙線使用方式，
加深口腔預防保健意識。

口腔衛教：進食後立即刷牙及使用牙線清潔口腔是維護口腔健康及好口氣的最佳習慣！





(二)民眾諮詢及抱怨處理

1. 101至105年度健保署民眾申訴案件及原因統計：

申訴類別	案件數							
	101年	102年	103年		104年		105年	
			健保	非健保	健保	非健保	健保	非健保
1.額外收費(自費抱怨)	35	16	7	2	21	1	8	3
2.多收取部分負擔費用	3	2	4	0	3	1	7	0
3.不開給費用明細表及收據	18	18	8	1	9	0	6	2
4.多刷卡	3	3	3	0	1	2	0	0
5.刷卡換物	4	2	0	0	0	0	0	0
6.疑有虛報醫療費用	45	33	40	4	60	4	57	3
7.藥品及處方箋	2	1	1	0	1	0	0	0
8.質疑醫師或藥師資格	2	1	3	0	2	1	2	0
9.服務態度及醫療品質	45	36	26	1	27	0	33	4
10.其他醫療行政或違規事項	103	57	21	2	24	2	50	15
11.轉診相關申訴	0	1	0	0	0	1	0	0
12.其他	19	36	16	5	10	1	14	4
合計	279	206	129	15	158	13	177	31



(二)民眾諮詢及抱怨處理

2. 105年度本會受理民眾諮詢、申訴案件共79件（8件為申訴案件，71件為諮詢案件），其中申訴案件分佈情形如下圖：





(二)民眾諮詢及抱怨處理

2.105年本會受理民眾諮詢及申訴

處理結果：關於民眾諮詢與申訴案件，

本會注重時效性與完整性，處理結果如下：

(1)民眾**諮詢**案件：71件皆於**3天內回覆**。

(2)民眾申訴案件：共8件，處理結果如下：

104年申訴案件處理結果	案件數
本會協調處理完畢	2
經本會說明後結案	1
與病人溝通後結案	1
轉請縣市公會進行協調處理	6
持續回診接受治療	1
與病人溝通後結案	3
經縣市公會說明後結案	2
總計	8



(三)民眾自費情形及改善措施

1.自費情形

(1)歷年民眾自費之情形如下，105年有自付費用者占9.1%，79.6%之原因為健保不給付項目，因非健保給付內容，僅製表提供參考，不做文字描述。

項目\年月	101.08	102.05	103.08	104.10	105.10
調查樣本數	2,422	2,010	1,150	2,011	2,019
有自付費用					
占率(%)	7.5	7.5	7.1	8.9	9.1
人數	181	151	82	179	184
理由(單位：%)					
健保不給付	82.1	82.3	75.6	85.0	79.6
補健保差額	4.3	2.7	2.7	3.6	2.3
該醫院或診所未加入健保	1.2	5.6	3.1	—	—
沒帶卡	—	0.5	0.7	—	1.0
非健保身分	—	—	0.4	—	—
其他	0.3	1.3	—	2.1	4.3
不知道	12.1	7.6	17.8	15.9	—
拒答	—	—	—	—	—



(三)民眾自費情形及改善措施

健保不給付項目【單位: % (人數)】	101.08	102.05	103.08	104.10	105.10
裝置假牙	40.6	48.6	40.3	43.7	40.7
牙齒矯正	24.8	20.8	26.9	23.6	24.9
植牙	14.4	15.7	15.8	10.5	9.3
牙體復形(補牙)	11.6	4.0	11.9	4.4	8.2
藥品	5.2	0.5	4.4	6.3	1.5
醫療用之材料或耗材費用	3.3	5.7	3.3	5.6	4.7
根管治療	4.5	1.0	2.8	6.9	1.7
牙周病治療	1.1	2.9	1.6	4.5	2.1
連續拔牙	0.7	0.5	1.3	—	0.9
口腔外科手術(含拔牙)	3.2	2.8	1.2	0.4	0.4
塗氟	2.1	4.9	—	—	5.5
檢查或檢驗	3.2	1.5	—	2.6	2.4
打針	1.2	0.6	—	0.9	—
裝置牙套	—	—	—	—	—
其他	0.5	—	2.0	—	0.8
不知道	1.3	—	—	2.1	3.4
拒答	—	—	—	—	—



(三)民眾自費情形及改善措施

2.改善措施

- (1) 持續協同內政部規劃辦理中低收入戶老人、身心障礙者假牙補助，以降低弱勢民眾自付負擔。
- (2) 牙醫各項治療引進多項新科技，基於民眾對醫療品質高度需求，自費項目略有增加。
- (3) 本會針對牙周病統合照護牙周抗生素凝膠及消炎凝膠，召開專家會議研議該藥所具療效、適應症及參考價格區間，以便對民眾作宣導。
- (4) 於健保牙醫就診須知中詳列健保不予支付範圍，供就診民眾參閱，並減少民眾對就診費用之疑慮。以同儕制約詢問式約談被投訴院所，釐清收費明細，減少模糊空間，積極約束。
- (5) 本會於105年改版健保門診就醫須知內容，新增美容項目不為健保給付，寄發各牙醫醫療院所，以便供民眾參考。

「牙周消炎凝膠」 知多少？！

資料來源：臺灣牙周病醫學會

一、牙周消炎凝膠適應症：較嚴重牙周病，激進型牙周病，復發性牙周炎、患有系統性疾病身體免疫力較弱患者等。

二、牙周消炎凝膠禁忌：

1. 對四環黴素類藥物和 Metronidazole 衍生物有過敏的病人，若常規或經常性使用，可能會造成牙周病抗生素濫用及產生抗藥性。
2. 孕婦與哺乳的婦女：四環黴素列為懷孕用藥等級 D 級（有證據說明此藥對胎兒會造成危險），它可影響胎兒牙齒與骨骼的發育，使牙齒出現棕灰色的變化，同時琺瑯質生長不良（enamel dysplasia），骨骼發育亦受阻礙，亦會對母體產生肝毒性。
3. 八歲以下的兒童：若兒童服用四環黴素，也會造成恆齒（永久齒）的琺瑯質生長不良、齒冠變形（crown deformations）。

三、牙周消炎凝膠之人員資格要求、執行頻率或其他相關注意事項：

1. 非例行治療，需搭配基礎治療使用，且無法取代基礎治療或手術。
2. 執行頻率可依病情實際情況做調整，如一周一次，連續四次等等。
3. 相關注意事項：要配合傳統牙周病治療來為之，不可單獨作為主要治療牙周病方式（可參考附註文獻）；其使用應由牙醫師依臨床狀況做專業判斷並依病患需要來決定，不是每位牙周病患者都需要使用。

• 附註：參考文獻 - J Periodontol 2006;77:1458.

- ADA Center for Evidence-Based Dentistry July, 2015

四、參考價格區間：價格可能依執行頻率、嚴重度、執行部位而異，建議參照各縣市衛生局核定自費項目收費標準。



牙醫健保門診就診須知

牙科看診，請多利用約診服務提升醫療品質。

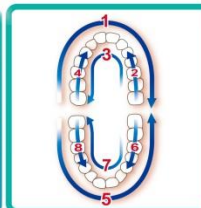
申訴及諮詢：TEL: 02-2500-0133、FAX: 02-2500-0126 服務信箱：service@cda.org.tw（牙醫師全聯會）

- 繳交健保卡、身分證明文件，證件未齊全之保險對象應先繳交醫療費用，於七日內（不含例假日）補足證明，再予退費。
- 規定繳交部分負擔50元及掛號費亦請民眾主動索取就醫明細及收據。
- 治療前請詳細告知牙醫師您目前正在服用中的藥物及是否有特殊系統性疾病，如：高血壓、糖尿病、心臟病、藥物過敏等，也請確實了解治療計劃，並於療程結束後遵從醫師之用藥、飲食及相關囑咐。
- 轉診規定：由醫師根據病患病情診療需要決定，得將病患轉診至其他醫療院所接受治療，轉診時請填具轉診單交付病患。
- 交付處方籤：醫師會依病情之需要來決定是否使用藥物；領用藥品時請持醫師開立之「全民健康保險門診交付處方籤」至全民健保特約藥局調劑領藥。
- 請民眾於健保給付項目之診療過程中注意是否有被要求加收額外費用收費理由應詳細說明，但下列項目並不在健保給付範圍：
 - 非外傷性齒列矯正。
 - 成藥及醫師指示用藥。（目前已給付之醫師指示用藥除外）
 - 病人交通、掛號、證明文件。
 - 義齒：牙冠、牙橋、牙柱心、活動假牙、人工植牙...
 - 預防保健：塗氟、潔牙訓練、溝隙封閉劑...
 - （特定對象除外）
- 牙周病相關治療中，全民健保不給付項目如下，醫師依特殊需要，並向病人詳述理由，獲得同意後，得另提供：
 - （一）牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠
 - （二）牙周組織引導再生手術（含骨粉、再生膜）
 - （三）因美容目的而作的牙周整形手術
 - （四）牙周去敏感治療（排除頭頸部腫瘤電療後病患）
- 第二醫療意見：民眾若對原服務院所醫師之診斷或治療計畫有所疑慮時，可另向其他牙醫院所尋求第二醫療意見。
- 網站：中央健保局 → 一般民眾 → 網路申辦及查詢 → 1. 牙醫身心障礙服務院所網路查詢 2. 牙周統合照護服務院所網路查詢
- 口腔衛教：進食後及睡覺前徹底刷牙及使用牙線清潔口腔是維護口腔健康及好口氣的最佳習慣！

貝式刷牙法



刷牙次序圖



牙間刷的使用方法



牙線的使用方法



「全民健保行動快易通」
QR code

- 牙髓病科
- 兒童牙科
- 牙髓修復科
- 口腔顎面外科
- 口腔病理科
- 齒顎矯正科
- 受理轉診院所

牙周病綜合照護
全聯醫學會牙醫院所
牙醫門診諮詢及轉診服務計畫
【黏貼處】

身心障礙者
牙醫門診諮詢及轉診服務計畫
【黏貼處】



牙醫健保門診就診須知

明白揭示

牙科看診，請
申訴及諮詢：TEL: 02-2

**是否有被要求加收額外費用收費理由應詳細說明，
下列項目並不在健保給付範圍**

- 1 繳交健保卡、身分證明文件，證
- 2 規定繳交部分負擔50元及掛號費
- 3 治療前請詳細告知牙醫師您目前
請確實了解治療計劃，並於療程
- 4 轉診規定：由醫師根據病患病情
- 5 交付處方籤：醫師會依病情之需要來決定是否使用藥物；領用藥品時請持醫師開立之「全民健康保
健保特約藥局調劑領藥。
- 6 請民眾於健保給付項目之診療過程中注意是否有被要求加收額外費用收費理由應詳細說明，但下列項目並不在健保給付範圍：
① 非外傷性齒列矯正。② 成藥及醫師指示用藥。（目前已給付之醫師指示用藥除外）③ 病人交通、掛號、證明文件。

6 請民眾於健保給付項目之診療過程中注意是否有被要求加收額外費用收費理由應詳細說明，但下列項目並不在健保給付範圍：

1. 非外傷性齒列矯正。
2. 成藥及醫師指示用藥。（目前已給付之醫師指示用藥除外）
3. 病人交通、掛號、證明文件。
4. 義齒：牙冠、牙橋、牙柱心、活動假牙、人工植牙…。
5. 預防保健：塗氟、潔牙訓練、溝隙封閉劑…。（特定對象除外）
6. 經主管機關公告不給付之診療服務、藥品及政府負擔之醫療服務項目。





(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 健保六分區醫療資源之分布：

1. 醫療供給-

(1) 申報院所成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
101	1.33%	1.85%	2.16%	1.06%	1.51%	-0.19%	0.00%
102	0.98%	1.43%	1.61%	-0.37%	0.25%	2.03%	-1.40%
103	0.78%	0.38%	1.83%	1.50%	0.86%	0.57%	-3.55%
104	0.91%	0.72%	2.16%	0.15%	1.47%	1.22%	-1.47%
105	0.28%	0.45%	0.94%	-0.15%	0.36%	-0.56%	2.99%

(2) 申報牙醫師成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
101	3.33%	4.02%	4.94%	2.68%	3.09%	1.15%	-4.23%
102	2.81%	3.05%	3.62%	1.35%	1.20%	3.56%	2.94%
103	2.75%	2.49%	4.60%	2.86%	4.68%	3.54%	7.14%
104	1.34%	2.79%	3.44%	1.80%	3.53%	2.16%	4.89%
105	2.82%	3.09%	5.58%	1.92%	3.65%	1.48%	0.42%



(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 健保六分區醫療資源之分布：

1.醫療供給-

(3)牙醫師看診總日數成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
101	2.44%	2.85%	4.08%	1.68%	1.97%	1.83%	-1.06%
102	1.48%	1.50%	2.14%	0.52%	1.99%	2.19%	-3.00%
103	2.04%	1.66%	2.97%	1.64%	2.39%	2.28%	4.14%
104	1.34%	1.32%	3.13%	0.15%	1.17%	1.40%	2.72%
105	1.05%	0.95%	2.43%	0.22%	2.42%	0.02%	1.97%

(4)每牙醫師每日服務人次成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
101	0.00%	0.00%	0.00%	0.93%	0.83%	0.00%	3.28%
102	1.85%	2.08%	0.83%	2.75%	0.00%	1.75%	7.14%
103	0.00%	1.02%	0.00%	0.00%	-0.83%	0.00%	1.48%
104	-0.09%	-0.48%	-0.01%	1.11%	0.00%	-0.05%	-0.91%
105	-0.84%	-1.00%	-0.72%	-0.25%	-1.51%	-0.82%	-1.83%



(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 醫療供給面之檢討及改善措施

- (1) 整體牙醫師人數及院所數均為正成長，除了中區及高屏院所為負成長，花東地區之院所數前三年均為負成長，今年呈正成長2.99%。
- (2) 以牙醫相對合理門診點數給付原則進行調控，106年修訂適用鄉鎮，將A級都會區之鄉鎮納入本給付原則，該鄉鎮若有專科醫師排除本條款，以提高非都會區及專科之醫療供給。



(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 醫療供給面之檢討及改善措施

- (3)持續以「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」鼓勵牙醫師投入醫療資源缺乏區(無牙醫鄉、山地離島及交通特殊困難)服務，並定期檢討調整級數，目標每投入一個牙醫醫療資源不足地區之牙醫醫療服務，都是為就醫公平性確保資源不足區民眾就醫權益。
- (4)透過牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案，維持都會邊緣區域的醫師數量，避免醫師流失，目前刻正研議1「弱勢鄉鎮(排除醫缺地區)醫療效益獎勵提升計畫」，期待更多牙醫師投入偏鄉服務，以達資源均衡，民眾就醫便利。



(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 醫療供給面之檢討及改善措施

- (5)透過「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」的執行，以身心障礙教養機構巡迴醫療供給增加及到宅醫療服務之提供，提升特殊需求者就醫可近性，104年新增照護無法外出及自行就醫之失能老人，以維護就醫之公平性。
- (6)勞動基準法之修訂，105年起全面實施週休二日，單週不得超過40小時，牙醫輔助人員已納入勞基法，受勞基法規範，形同工時限縮，增加人事成本，假日開診之困難度亦提高很多。



(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 健保六分區醫療資源之分布：

2. 醫療利用

(1) 就醫率 (就醫率=就醫人數／投保人口數)

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
101	45.51%	44.93%	45.35%	51.70%	45.00%	48.05%	42.13%
102	46.76%	45.90%	46.55%	53.22%	46.25%	49.96%	43.55%
103	47.50%	46.96%	47.38%	53.52%	46.72%	50.77%	44.32%
104	48.06%	47.19%	47.87%	54.34%	47.59%	51.79%	44.83%
105	48.05%	46.67%	48.25%	54.54%	47.89%	51.97%	45.18%

(2) 就醫者平均就醫次數

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
101	3.06	2.97	2.81	2.98	3.04	3.19	2.83
102	3.06	2.97	2.80	2.97	3.05	3.20	2.88
103	3.07	2.96	2.81	3.00	3.06	3.23	3.00
104	3.06	2.94	2.79	2.98	3.05	3.21	3.03
105	3.06	2.96	2.80	2.96	3.07	3.17	3.03



(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 健保六分區醫療資源之分布：

2.醫療利用：

(3)每次平均醫療點數

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
101	1,159	1,157	1,216	1,162	1,145	1,124	1,161
102	1,168	1,165	1,234	1,164	1,161	1,126	1,170
103	1,173	1,167	1,244	1,163	1,179	1,132	1,170
104	1,179	1,177	1,252	1,164	1,184	1,136	1,186
105	1,210	1,204	1,276	1,200	1,225	1,161	1,230

(4)每人平均醫療點數

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
101	3,548	3,436	3,412	3,463	3,484	3,580	3,292
102	3,573	3,456	3,451	3,464	3,537	3,599	3,373
103	3,605	3,461	3,492	3,486	3,604	3,651	3,504
104	3,604	3,463	3,498	3,468	3,608	3,641	3,597
105	3,696	3,564	3569	3,549	3,756	3682	3732



(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 醫療利用面之檢討及改善措施

- (1) 歷年就醫率逐年增加且各分區民眾就醫率幾乎皆呈上升趨勢，顯示就醫可近性及利用率提升，在103年評核委員建議調整全年僅執行預防保健項目就醫人數後，醫療利用情形(就醫率)仍逐年增加，下一階段將**以減少城鄉差距，牙醫師人力分布趨向合理化**為目標。
- (2) 每人平均醫療點數自100年度起因陸續調整支付標準表點數而緩步提升，調整的重點為感染管制費用**提升民眾就醫的安全、積極保留老人的自然齒**、調整根管治療難症、阻生齒拔除及相關口腔顎面外科手術等，使給付更趨合理，進而改善因給付偏低形成低醫療利用情形。



(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 醫療利用面之檢討及改善措施

- (3)本年度加強口腔健康衛教之媒體宣傳，結合時事宣導新增牙醫醫療服務，將口腔健康觀念深植人心，並加強高需求之特定族群（如兒童、老人、身心障礙者及口腔癌患者等）醫療及衛教宣傳，提高民眾及早就醫意願，以避免病情之延誤。
- (4)深入分析老人醫療利用較低之原因是忽略保存自然牙及就醫可近性低所致，近年積極推動牙周病統合照護計畫及提出失能老人到機構及到宅醫療服務，配合衛生福利部所屬老人長期照顧安養機構，104年設置5家，105年設置7家，本會全力配合至所屬老人之家提供醫療服務，提供更積極的醫療照護服務，讓失能老人及一般老人得到更便利及友善的醫療環境。



(四)就醫可近性及公平性之改善措施

● 醫療利用面之檢討及改善措施



➤ 特殊需求者醫療服務示範中心

全民健康保險
NATIONAL HEALTH INSURANCE

身心障礙者 牙醫醫療服務院所

牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

請具有「肢體障礙（限腦性麻痺及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、重度以上視覺障礙、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙（需為新制評鑑為第1類及第7類）等身心障礙者，於就診時**出示身心障礙手冊及告知相關身心狀況資訊**，以期提供適宜醫療服務。

民眾諮詢專線（02）2500-0133
中華民國牙醫師公會全國聯合會

➤ 提供身心障礙者到宅醫療服務院所貼紙



(五)其他確保民眾就醫權益之措施

1. 106年改版「健保門診就診須知」第4版，增加院所受理牙周統合照護計畫、特殊醫療(身心障礙)服務計畫、轉診、加註「民眾多加利用健康存摺全民健保行動快易通APP」查詢就醫資料，可即時、便利地取得就醫資訊。
2. 104年編製「牙科治療注意事項與指導」衛教手冊及光碟8000份，105年著手編製「牙科治療注意事項與指導—專業版」。
3. 本會網站刊載「用藥安全須知」訊息，提醒用藥安全措施
4. 不定期召開記者會，藉由媒體宣導相關衛教。



(五)其他確保民眾就醫權益之措施

5. 舉辦全國暨各區國小學童潔牙比賽。
6. 辦理特殊需求者口腔照護指導員課程(基礎班)。
7. 舉辦特殊需求者機構潔牙觀摩活動。
8. 兒童牙齒塗氟保健服務、國小學童白齒窩溝封填、小學學童含氟漱口水防齲計畫。
9. 結合口腔黏膜篩檢，將戒菸戒檳作為口腔健康保健推廣之重點。
10. 成立牙科急重症任務小組，檢討目前牙科急診現況與困境，並研擬牙科急診給付提升方案。



(五)其他確保民眾就醫權益之措施

不定期召開記者會
藉由媒體宣導相關衛教

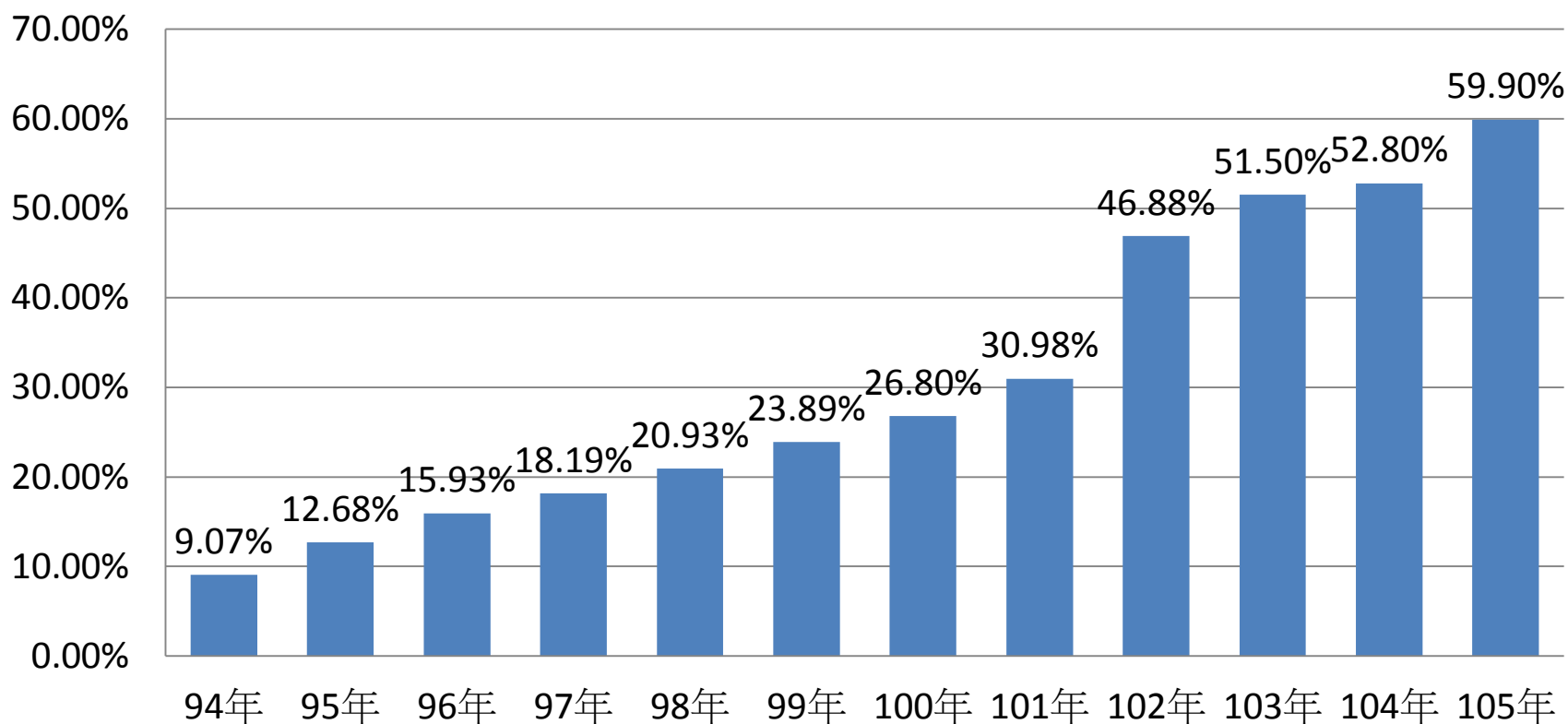
舉辦特殊需求者
機構潔牙觀摩活動





(五)其他確保民眾就醫權益之措施

11.歷年兒童牙齒塗氟保健服務執行覆蓋率



覆蓋率：執行塗氟人數/5歲以下人口數



三、專業醫療服務品質之確保及提升

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施



(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(1)醫療利用情形

項目	監測值	指標值之趨勢				檢討與改善措施
		第一季	第二季	第三季	第四季	
人次利用率	±10%	-1.62%	0.67%	-0.26%	0.53%	監測結果穩定、持續追蹤
各區每點支付金額改變率	±10%	-0.20%	-4.77%	-1.57%	-8.80%	在監測值範圍內持續追蹤



(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(2)醫療利用情形

項目	指標	指標方向	指標值	監測值	監測結果
1	牙體復形同牙位再補率-1年	負向	0.01%	< 2.5%	O
2	牙體復形同牙位再補率-2年	負向	0.25%	< 4.6%	O
3	保險對象牙齒填補保存率-1年	正向	97.81%	> 87.77%	O
4	保險對象牙齒填補保存率-2年	正向	93.55%	> 83.72%	O
5	保險對象牙齒填補保存率-恆牙2年	正向	94.88%	> 85.04%	O
6	保險對象牙齒填補保存率-乳牙1年半	正向	89.56%	> 79.81%	O
7	恆牙根管治療半年以內保存率	正向	98.66%	> 88.76%	O
8	同院所90日以內根管治療完成率	正向	91.67%	> 81.92%	O
9	13歲(含)以上全口牙結石清除率	正向	74.94%	> 49.63%	O

→執行良好，皆在監測範圍內



(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

項目	指標	指標方向	指標值	監測值	監測結果	檢討及改善措施
10	6歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率	正向	92.41%	> 67.25%	○	本會積極爭取，開放辦理兒童牙齒保健社區巡迴服務， 大幅提高執行率
11	院所感染控制申報率	正向	90.35%	> 70.79%	○	執行良好超過監測值， 列入105年品保款核發條件，執行率大幅提升。
12	執行感染控制院所查核合格率	正向	93.44%	> 76.17%	○	執行良好合格率已超過9成
13	牙周病統合照護計畫執行率	正向	117.81%	尚未訂定	—	新增指標項目，持續監控

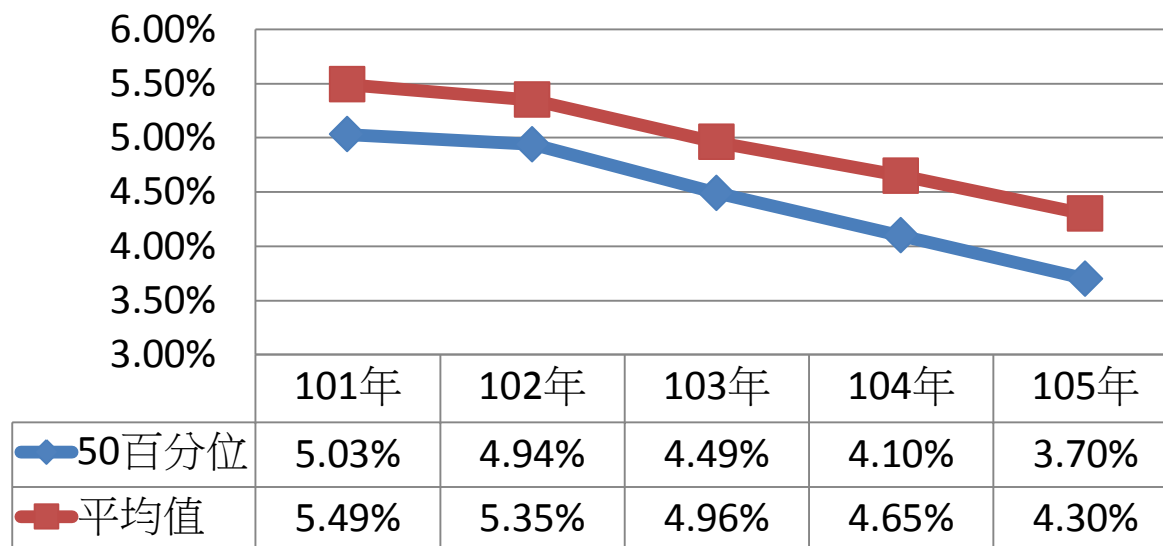
註：兒童牙齒塗氟保健服務自102年6月起新增健保卡序號「IC87」，衛生福利部於104年5月7日衛部保字第1041260322號公告修正納入計算，為103年指標值僅計算醫令代碼「IC81」，致符合低收入戶、身心障礙、原住民地區、偏遠及離島地區身分別改申報IC87之兒童牙齒塗氟保健服務未納入指標值計算，監測數據失真，爰校正指標值納入IC87計算，校正結果列於上表()中。



(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

● 半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率

依據歷年的數據結果顯示，半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率呈現**下降趨勢**。



為維護被保險人就醫權益有5~6%再洗牙率是合宜的！

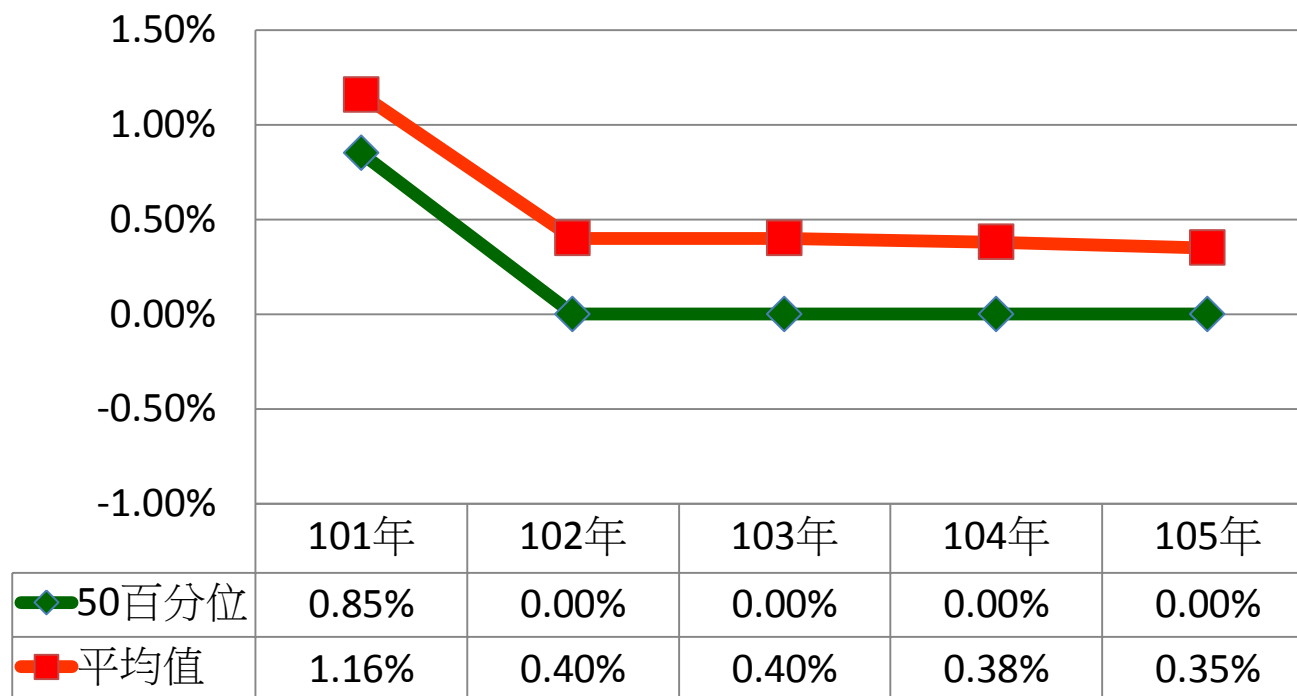
(如.中重度牙周病患者有每三個月洗牙需求)



(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

● 半年內他家醫事機構根管治療之再治療率

依據歷年的數據結果，半年內他家醫事機構根管治療之再治療率結果呈現下降趨勢。





(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施

- (1)編製「牙科治療注意事項與指導」衛教手冊及光碟，加強牙醫師與民眾說明治療計畫、增加醫病互動溝通。
- (2)藉由品質保證保留款，鼓勵院所積極提升醫療品質。
- (3)透過案例討論及異地審查作業，精進審查品質。



(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施

(4)配合牙醫感染管制措施，修訂提升全國牙醫醫療院所之感染管制品質，以確保全國病患之健康與安全。



105年度牙醫門診加強感染管制共識營及說明會
邀請台中市衛生局張瑞麟主任秘書蒞臨指導



(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施

(5)協助國健署積極推動戒菸服務

105年共計377名牙醫師完成初階課程、107名牙醫師完成進階課程、79名牙醫師參與種子師資培訓課程，投入各縣市推動戒菸服務。





(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施

(6)協助國健署積極推動口腔癌防治



- 口腔黏膜健檢基礎班研習會課程培訓212人。
- 口腔黏膜健檢進階班研習會課程培訓183人。





四、協商因素項目之執行情形

- (一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)
- (二)給付項目及支付標準修訂
- (三)其他協商因素(103-105年協定內容)
- (四)品質保證保留款實施方案



(一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)

105年協商協定事項

醫療服務利用及密集度改變預算111百萬、醫療服務成本指數改變率預算：44.18百萬，共155.18百萬、評估影響費用157.09百萬，105年申報點數602,751,276。

新增診療項目：

身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用、前後牙雙鄰接面複合樹脂充填、乳牙複雜拔牙、牙醫急症處置、周日及國定假日牙醫門診急症處置。

支付代碼	診療項目	支付點數	影響費用	105年 申報點數
<u>00304C</u>	<u>身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用</u>	<u>200</u>	9,984,900	3,100
<u>89014C</u>	<u>前牙雙鄰接面複合樹脂充填</u>	<u>1,200</u>	7,774,845	260,390,606
<u>89015C</u>	<u>後牙雙鄰接面複合樹脂充填</u>	<u>1,450</u>	36,406,238	319,530,990
<u>92092C</u>	<u>乳牙複雜性拔牙</u>	<u>560</u>	34,862,730	11,267,480
<u>92093B</u>	<u>牙醫急症處置</u>	<u>1000</u>	16,700,000	4,975,500
<u>92094C</u>	<u>週日及國定假日牙醫門診急症處置</u>	<u>800</u>	51,361,760	6,583,600



(二)給付項目及支付標準修訂

1. 門診診察費調升-約673.88百萬元

支付代碼	診療項目	原支付點數	修訂點數	影響費用
一牙科門診診察費 3.山地離島地區				
00125C	1)處方交付特約藥局調劑	250	<u>260</u>	119,340
00126C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	250	<u>260</u>	1,216,810
一符合加強感染管制之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (≤ 20)				
00129C	一處方交付特約藥局調劑	285	<u>313</u>	100,245,824
00130C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	285	<u>313</u>	566,063,540
2.山地離島地區				
00133C	一處方交付特約藥局調劑	305	<u>343</u>	832,238
00134C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	305	<u>343</u>	5,398,394



(二)給付項目及支付標準修訂

2. 前牙複合樹脂充填調升-約154.0百萬元

支付代碼	診療項目	原支付點數	修訂點數	影響費用
89004C	前牙複合樹脂充填-單面	450	<u>500</u>	75,766,850
89005C	前牙複合樹脂充填-雙面	600	<u>650</u>	78,223,150

3. 牙齦切除術調升-約1.8百萬元

支付代碼	診療項目	原支付點數	修訂點數	影響費用
91013C	牙齦切除術	300	<u>330</u>	1,792,470

4. 口腔顎面外科費用調升-約3.54百萬元

支付代碼	診療項目	原支付點數	修訂點數	影響費用
92020B	口內軟組織腫瘤切除	1,210	<u>1,800</u>	2,751,170
92047B	顎關節內注射	400	<u>600</u>	228,800
92054B	軟性咬合器治療	500	<u>800</u>	556,200



(二)給付項目及支付標準修訂

5. 轉診費用調升-約3.67百萬元

支付代碼	診療項目	原支付點數	修訂點數	影響費用
89088C	牙體復形轉出醫療院所之轉診費用	50	<u>200</u>	51,150
90088C	根管治療轉出醫療院所之轉診費用	50	<u>200</u>	891,000
91088C	牙周病轉出醫療院所之轉診費用	50	<u>200</u>	316,950
92088C	口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用	50	<u>200</u>	2,415,450

6. 新增支付項目-約44.18百萬元

支付代碼	診療項目	支付點數	影響費用
<u>89014C</u>	<u>前牙雙鄰接面複合樹脂充填</u>	<u>1,200</u>	7,774,845
<u>89015C</u>	<u>後牙雙鄰接面複合樹脂充填</u>	<u>1,450</u>	36,406,238



(三)其他協商因素項目

1. 105年協定事項

成長率為0.296%，預算金額為111.0百萬

(1)符合加強感染管制之牙科門診診察費增加費用

(2)牙醫急症處置

(3)週日及國定假日牙醫門診急症處置

年度	符合加強感染管制之牙科門診診察費增加 00129C,00130C 00133C,00134C	牙醫急症處置 92093B	週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C	合計	執行率
105	900,844,629	4,975,500	6,583,600	912,403,729	821.99%
106年Q1	306,293,315	2,543,600	11,073,120	319,910,035	288.21%

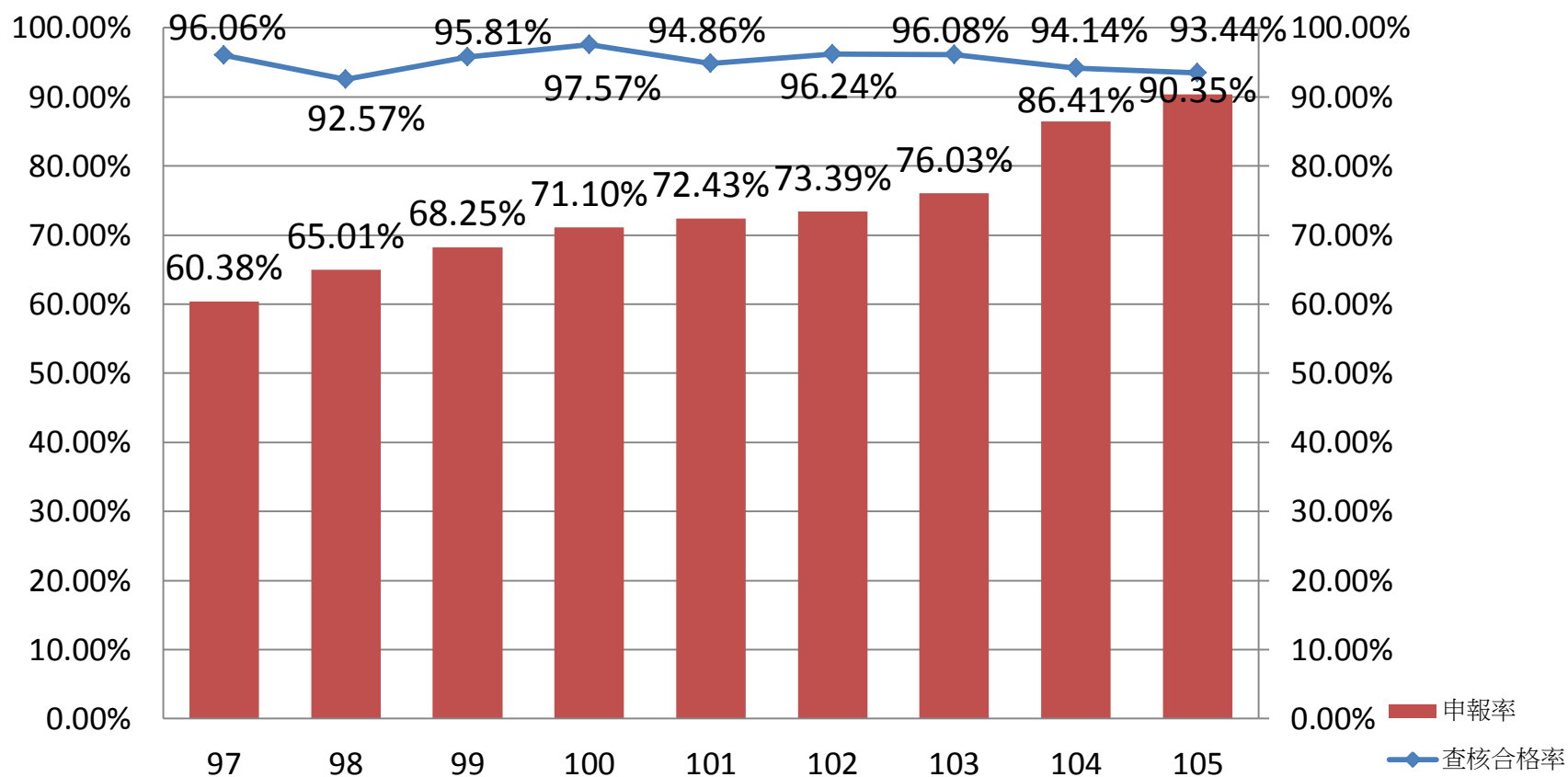
註：105年3月28日公告，105年4月1日生效



(三)其他協商因素項目

★持續加強院所感染管制之推動

本會配合加強感染管制院所由103年76.03%於105年提升為90.35%。





(三)其他協商因素項目

2.104年協定事項

1. 牙周顧本計畫(0.4%)

(1)預算金額為147.5百萬，

(2)新增特定牙周保存治療-全口總齒數9-15顆(91015C)、
特定牙周保存治療-全口總齒數4-8顆(91016C)、
牙周病支持性治療(91018C)三項。

(3)105年執行率100.29%，

106年第1季執行率34.21%，推估全年136.84%。

年度	特定牙周保存治療 全口總齒數9-15顆 91015C	特定牙周保存治療 全口總齒數4-8顆 91016C	牙周病支持性治 療 91018C	合計	執行率
104	4,493,600	786,450	45,241,700	50,521,750	34.25%
105	9,974,200	1,683,700	136,268,400	147,500,000	100.29%
106年Q1	3,346,200	582,800	46,529,800	50,458,800	34.21%

註：104年2月12日公告，溯及104年1月1日生效



(三)其他協商因素項目

2.104年協定事項

(2)特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫(0.027%)

A. 預算金額為10百萬，新增口腔黏膜難症特別處置(92073C)。

B. 為能推廣特殊口腔黏膜患者，提高執行成效，於105年支付標準修訂診療項目，不再局限於口腔顎面外科、口腔病理專科醫師申報，在診療中若發現有疑似病患，可隨即做病理切片或抽驗血液，達到提早診斷提早治療的效果。

C. 105年執行率為197.43%，

106年第1季執行率已達52.69%，推估全年210.76%。

年度	口腔黏膜難症特別處置92073C	執行率
104	9,318,060	93.18%
105	19,742,760	197.43%
106年Q1	5,268,660	52.69%

註：104年2月12日公告，溯及104年1月1日生效



(三)其他協商因素項目

2.104年協定事項

(3)懷孕婦女照護(0.217%)

A. 預算金額為80百萬，新增懷孕婦女牙結石清除(91017C)。

B. 加強懷孕婦女口腔照護的推動，

印製20萬份「懷孕婦女口腔照護」衛教單張，辦理說明會。

本會104年建議國健署媽媽手冊新增「懷孕婦女口腔照護」內容，國健署新版內容將於105年9月印製。

C. 105年執行率為18.32%，

106年第1季執行率5.62%，推估全年22.48%。

年度	懷孕婦女牙結石清除91017C	懷孕婦女牙周緊急處置91019C	執行率
104	5,451,440	—	6.81%
105	14,655,880	—	18.32%
106年Q1	4,342,400	153,500	5.62%

註：104年2月12日公告，溯及104年1月1日生效



(三)其他協商因素項目

2.104年協定事項

(3)懷孕婦女照護(0.217%)

D. 105年修訂支付標準，

原規定於懷孕期間執行一次
放寬為每九十天可執行一次。

聯合報 中華民國一〇五年五月十三日 星期五 生活A8

「生一個孩子，掉一顆牙」？

給付增為3次 孕婦洗牙可省近千元

孕婦口腔衛生要注意什麼？

- 1.懷孕前做口腔檢查，打造良好懷胎環境
- 2.吃完東西就刷牙
- 3.孕吐後多漱口，中和口中酸性
- 4.懷孕期間有任何不適症狀，應隨時就診
- 5.懷孕4到6個月做口腔檢查或洗牙

資料來源／陳彥廷、張志鵬牙醫師

不少准妈妈擔心牙齒治療會影響胎兒發育，新光醫院牙科主任張志鵬說，洗牙是非侵入性治療，相當安全，還可兼做口腔衛教，建議孕婦與牙醫師討論合適的洗牙頻率。

「記者江慧珮／台北報導」俗話說「生一個孩子，掉一顆牙」，牙醫師提醒孕婦，如果口腔衛生狀況不佳又患有牙周病，容易導致胎兒早產與新生兒體重過輕等風險，健保署宣布，從本月起給付懷孕期間洗牙由現行的一次增加為三次，可省下近千元的自費洗牙。守護準媽媽牙齒健康。

牙醫師公會全國聯合會常務理事陳彥廷說，女性懷孕期間因荷爾蒙改變，牙齦常腫脹導致牙周病，孕期飲食嗜酸又少量多餐，且孕吐中也含有胃酸，容易傷害琺瑯質，如果孕婦本身口腔衛生不良就可能造成蛀牙，尤其罹患牙周病的孕婦，發生早產或胎兒體重過輕的機率比健康孕婦高七倍，日後母子共用湯匙、嚼碎後餵食的習慣，也會讓寶寶提高蛀牙的機率。

目前健保署每半年給付洗牙一次，去年起新增給付「懷孕婦女牙結石清除」，讓準媽媽可以多一次洗牙機會。健保署醫管組專門委員陳真慧指出，因懷孕期間的民間習俗忌諱，儘管國內每年約有廿萬名孕婦，但去年卻僅五千八百名孕婦接受洗牙服務，洗牙利用率不到百分之三，為讓更多准妈妈能善加利用，本月起將放寬準媽媽洗牙次數到三次，也就是在孕早期每九十天可洗牙一次，只需付掛號費與部分負擔即可。



(三)其他協商因素項目

3. 103年協定事項

(1)口乾症患者照護(0.082%)

A. 預算金額為30.1百萬，新增口乾症牙結石清除-全口(91005C)及口乾症塗氟(92072C)二項。

B. 針對高血壓、糖尿病患者且服藥而造成口乾症狀，需執行牙結石清除或塗氟時，於病歷載明適應症後，針對病者病情執行口乾症牙結石清除(91005C)及口乾症塗氟(92072C)，加強口腔病患之照顧。

C. 106年第1季執行率37.86%，推估全年151.44%。

年度	口乾症牙結石清除-全口91005C	口乾症塗氟92072C	合計	執行率
103	493,200	391,400	884,600	2.94%
104	905,940	931,000	1,836,940	6.10%
105	7,054,200	6,126,550	13,180,750	43.79%
106年Q1	3,068,520	2,610,550	5,679,070	37.86%

註：104年2月12日公告，溯及104年1月1日生效



(四)品質保證保留款

年度	成長率	金額 (百萬元)	實際 金額 (百萬元)	協定事項
104	0.3%	110.6	220.6	1.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近2年(103、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。
105	0.3%	112.5	223.1	1.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近2年(104、105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。



(四)品質保證保留款

(一)100-104年品保款核發比例院所占率：

年度		核發比例					
比例	100%	80-95%	55-75%	25-50%	5-20%	不核發	
100	4.60%	18.50%	28.00%	24.90%	13.20%	10.80%	
101	5.90%	22.40%	29.90%	28.80%	2.30%	10.70%	
比例	100%	80-95%	60-75%	40-55%	20-35%	5-15%	不核發
102	7.10%	17.20%	24.10%	26.50%	12.30%	2.30%	10.40%
103	1.30%	18.10%	27.60%	27.90%	13.00%	1.10%	11.10%
比例	100%	76-96%	56-75%	40-55%	20-35%	4-15%	不核發
104	1.8%	20.3%	22.4%	19.1%	7.6%	0.7%	28.2%

(本方案設計有利於醫療品質進步)



(四)品質保證保留款

(二)103年層級實施結果

核發 比率 層級		100%	80-95%	60-75%	40-55%	20-35%	5-15%	0%
醫院	家數	8	55	47	31	19	2	12
	占率	5%	32%	27%	18%	11%	1%	7%
基層 診所	家數	82	1,182	1,842	1,876	870	71	745
	占率	1%	18%	28%	28%	13%	1%	11%
總計	家數	90	1,237	1,889	1,907	889	73	757
	占率	1%	18%	28%	28%	13%	1%	11%

103年品保款核發金額為218百萬

醫院核發金額總計為23百萬（占總預算11%）

基層診所核發金額總計為195百萬（占總預算89%）

有領到品保款計6,085家院所（醫院162家、基層5,923家）



(四)品質保證保留款

(三)104年層級實施結果

核發 比率		100%	76-95%	56-75%	40-55%	20-35%	4-15%	0%
層級								
醫院	家數	48	39	21	16	10	—	37
	占率	28%	23%	12%	9%	6%	0%	22%
基層 診所	家數	74	1,360	1,525	1,300	515	47	1,912
	占率	1%	20%	23%	19%	8%	1%	28%
總計	家數	122	1,399	1,546	1,316	525	47	1,949
	占率	2%	20%	22%	19%	8%	1%	28%

104年品保款核發金額為220百萬

醫院核發金額總計為27百萬（占總預算12%）

基層診所核發金額總計為194百萬（占總預算88%）

有領到品保款計4,955家院所（醫院134家、基層4,821家）



(四)檢討及改善方向-105年

1. 105年方案修訂方向，核發品保款的精神，依評核老師之建議以正向指標導向，區分為專業獎勵指標及政策獎勵指標，以提升品質為指標內容，朝向將品保款的分配差距拉大，以鼓勵院所積極提升醫療品質。
2. 專業獎勵指標共四項，修訂文字，未修改核發基準及要件。



(四)檢討及改善方向-105年

3. 政策獎勵指標共五項：

- (1) **新增「牙周顧本計畫」指標**，鼓勵牙醫師加強牙周保存治療，針對特定保存治療(91015C、91016C)及牙周病支持性治療(91018C)申報件數達3件(含)以上。
- (2) **牙周病統合照護**，仍以鼓勵醫師繼續追蹤治療之精神，指標定義未更動。
- (3) **口腔癌篩檢**，指標定義未改變。
- (4) **每月完成門診時間網路登錄**，診所的登錄將核算基礎由4%提升為5%，以落實健保署政策配合，提升民眾查詢就醫資料之準確性。
- (5) **修訂「月平均初核核減率」**，核算基礎由2%及6%修改為5%，並刪除全國最高二區就醫率之條件。



(四)檢討及改善方向-106年

在專業獎勵指標方面仍維持四項未異動

在政策獎勵指標共六項，四項內容均未異動：

1)「牙周顧本計畫」指標、2)牙周病統合照護、
3)口腔癌篩檢、6)「月平均初核核減率」。

4)每月完成門診時間網路登錄，診所的登錄將核算基礎由5%修訂為3%，5)增加「週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」，該院所當年度週日及國定假日於VPN登錄看診日數 ≥ 1 天（週日及國定假日，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），核算基礎為2%。



五、總額之管理與執行績效

- (一)醫療利用及費用管控情形
- (二)點值穩定度
- (三)專業審查及其他管理措施
- (四)院所違規情形及醫療機構輔導



(一)醫療利用及費用管控情形

● 105年全國及各分區醫療利用情形

項目\分區	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
就醫人數	11,277,364	4,013,186	1,787,544	2,316,902	1,479,160	1,737,147	219,951
就醫總人次	34,447,187	11,882,588	5,000,073	6,853,260	4,534,295	5,509,505	667,496
每人就醫次數	3.0545	2.9609	2.7972	2.9579	3.0655	3.1716	3.0347
就醫率	48.05%	46.67%	48.25%	54.54%	47.89%	51.97%	45.18%
僅執行預防保健人數	444,197	156,003	80,651	83,720	54,609	76,652	12,491
就醫率	46.16%	44.83%	46.04%	52.58%	46.11%	49.53%	42.64%
就醫人數成長率	0.27%	-0.58%	1.59%	0.71%	0.26%	0.28%	0.05%
就醫總人次成長率	0.20%	-0.06%	1.69%	-0.03%	0.87%	-0.80%	0.11%
每人就醫次數成長率	-0.07%	0.53%	0.10%	-0.74%	0.61%	-1.07%	0.06%
就醫率成長率	-0.03%	-1.12%	0.80%	0.37%	0.64%	0.36%	0.78%



(一)醫療利用及費用管控情形

● 101-105年就醫者主要處置醫令較前一年之成長率

項目	101年	102年	103年	104年	105年
牙結石清除 91004C	疾病控制、提高預防保健成效				1.28%
牙體復形 89001C~89005C+ 89008C~89015C+ 89101C~89105C+ 89108C~89115C	齲齒及根管治療件數皆下降				-1.26%
根管開擴及清創90015C	-1.61%	-1.06%	-1.36%	-3.13%	-2.27%
口腔顎面外科 簡單性及複雜性拔牙 92013C+92014C	1.45%	2.56%	1.76%	0.05%	-2.79%



(一)醫療利用及費用管控情形

● 101-105年平均每人拔牙顆數較前一年之成長率

項 目	101年	102年	103年	104年	105年
口腔顎面外科 簡單性及複雜性拔牙 92013C+92014C	-1.26%	-0.52%	-0.40%	-1.73%	-3.07%



(一)醫療利用及費用管控情形

- 101-105年就醫者難症處置醫令較前一年之成長率

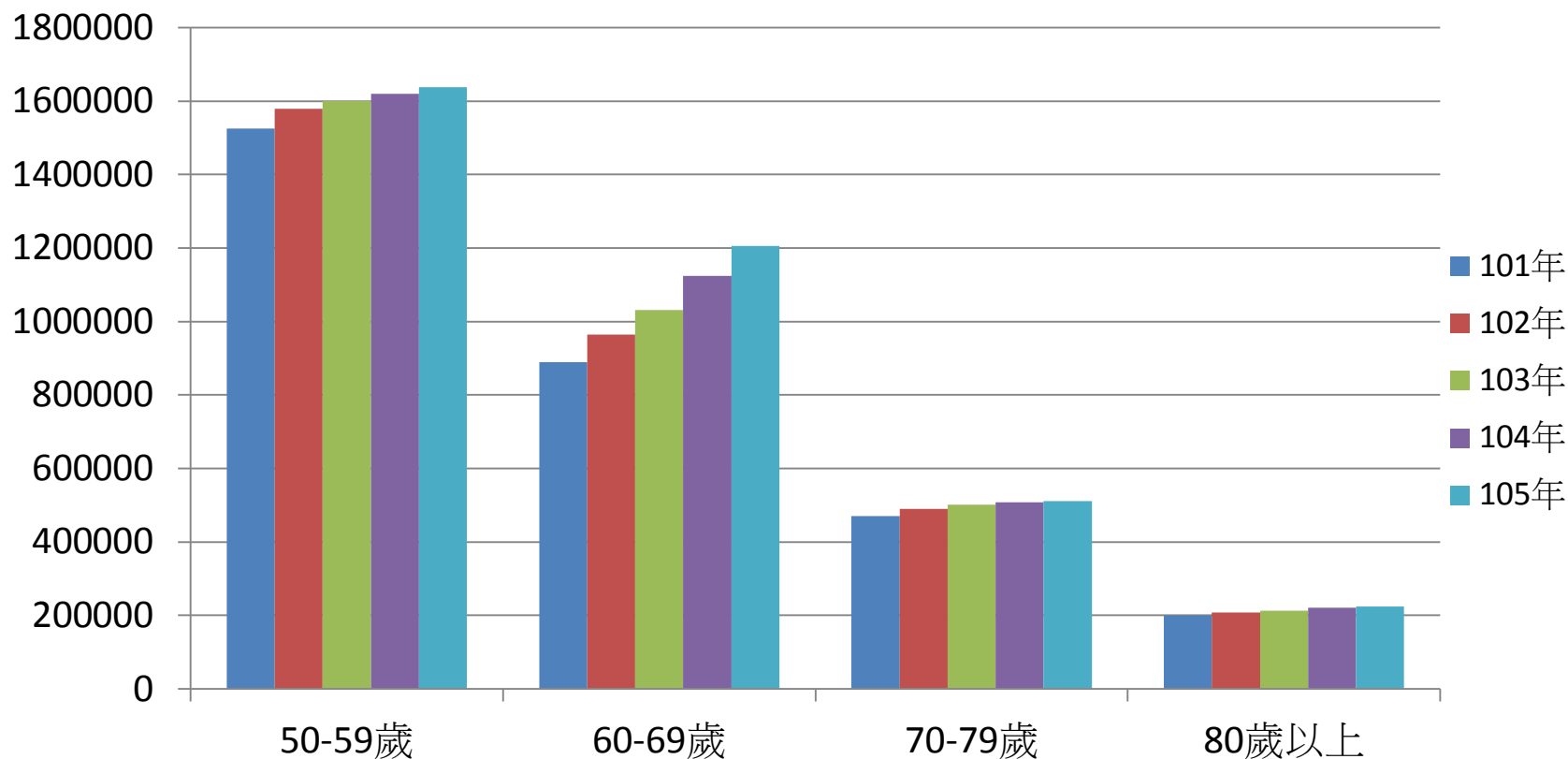
牙周及難症處置件數逐年增加

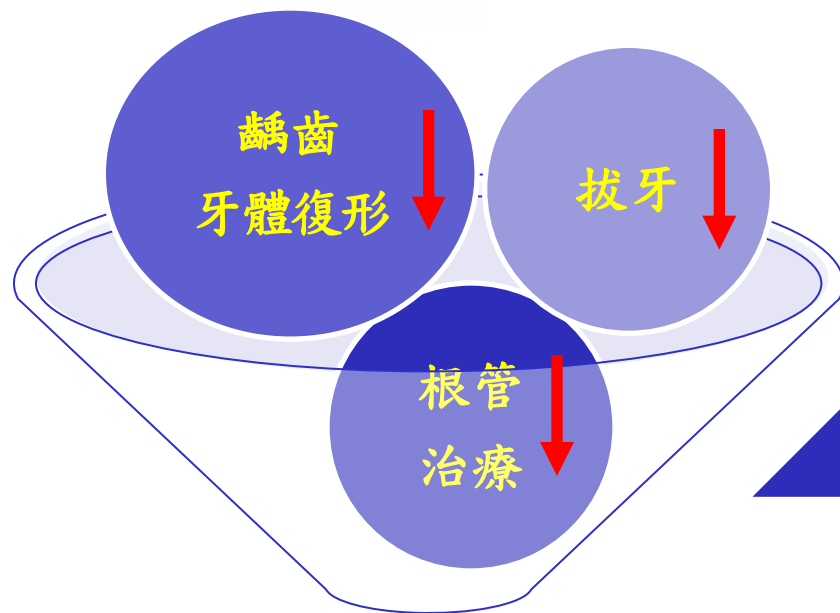
項目	101年	102年	103年	104年	105年
根管治療難症特別處理 90091C-90098C	16.45%	10.37%	10.26%	5.27%	9.00%
牙周病 齒齦下刮除術91006C-91008C 牙周統合照護P4001-P4003 牙周顧本91015C、16C、18C	15.61%	8.21%	11.39%	12.53%	20.00%
口腔顎面外科 簡純齒及複雜齒切除術 92015C+92016C	9.06%	5.47%	3.63%	6.89%	3.06%



二、醫療利用及費用管控情形

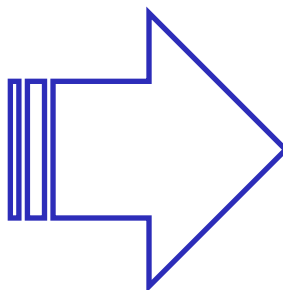
● 101-105年50歲以上各年齡層就醫人數





牙齒保存
健康提昇

✚
非協商因素
醫療服務
成本改變率



提高
民眾就醫安全

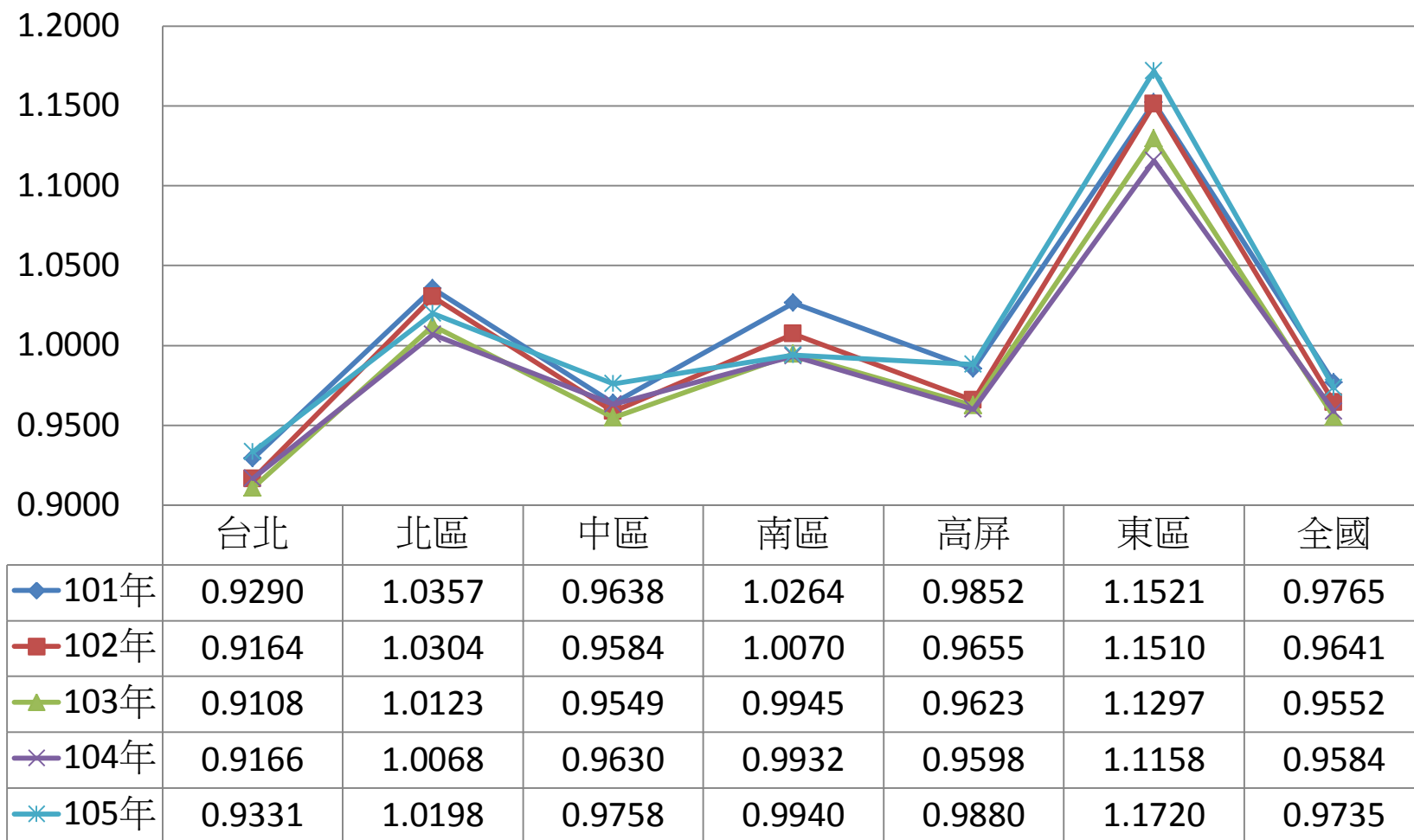
提高
高難度醫療
可近性

調整支付表
提高醫療品質
滿足難症需求

感染管制-病人安全
難症處理-提高醫療品質
老人根部齲齒-老人照顧



(二)點值穩定度





(二)點值穩定度

1.本會歷年平均每點支付金額(含浮動及非浮動點數)，除東區其他區之變動均在可容許正負10%範圍內，且妥善照顧到被保險人的就醫權益：

- 每年就醫人數及就醫率逐年增加。
- 有就醫者牙結石清除率亦逐年增加。
- 在牙體復形、根管開擴及清創、簡單性及複雜性拔牙每年均呈現負成長。
- 難症及牙周處置之比例逐年增加。



(二)點值穩定度

- 2.為維持各區每季預算數合理及點值趨於更穩定，本會於105年研議並送健保署研商議事第一次會議通過牙醫門診總額預算四季重分配，各季預算按前三年各季核定點數平均占率重分配。
- 3.修訂支付標準牙醫相對合理門診點數給付原則，分區已結算之最近4季平均點值超過1.05，該年度該區之專任醫師，不適用本原則之折付方式。以鼓勵花東地區院所增加服務天數及時數、加強醫療利用率。
- 4.本會研議「弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）醫療效益獎勵提升計畫」，提升長期資源不足、弱勢人口數較少且分布分散之鄉鎮醫療服務。



(三)專業審查及其他管理措施

1.審查醫師管理

(1)審查醫藥專家管理辦法

項目	管理辦法
遴聘	全民健康保險牙醫門診醫療服務審查醫藥專家遴聘原則
管理	全民健康保險牙醫門診醫療服務審查醫藥專家管理要點
品質	全民健保牙醫門診醫療服務審查醫藥專家審查品質考核辦法 牙醫門診醫療服務審查品質提升與監測方案
審查 尺度	牙醫醫療服務審畢案件評量作業要點 「全民健康保險牙醫門診醫療服務精進審查」試辦計畫

(2)審查醫藥專家申復管道

依據審查醫藥專家管理要點第十六條規定，「受記點或解聘處理之審查醫藥專家**不服者**，得向牙醫審查執行會**醫審室聲明異議**；不服異議之結果者，可再向牙醫**審查執行會聲請再議**」。



(三)專業審查及其他管理措施

(3) 101至105年審查醫師考核統計之結果

年度	抽審移地審查			暫停職務三個月				作業疏忽或誤用法規
	行為模式異常	濫用權力進入行政或司法調查程序	專案抽審比對計畫	單月排行進前1%	違反第11點規定接受行政或司法調查程序者	醫療行為模式異常	審查行為模式異常	
101	0	0	0	0	0	0	0	1
102	0	0	0	0	0	0	0	1
103	0	0	0	-	0	0	0	0
104	0	0	0	0	0	0	0	0
105	0	0	0	0	0	0	0	0

註：審查醫藥專家申報個人醫療費用進入該分區個人單月排行前1%規定於104年1月25日第12屆第3次牙醫門診醫療服務審查執行會議通過刪除。



(三)專業審查及其他管理措施

2.審查注意事項研修情形

- (1)配合新增支付項目訂定口乾症審查注意事項，另檢討修訂身心障礙病患施行X光攝影困難得於病歷上詳細記載及調整橡皮障防濕裝置申報方式，104年1月1日起生效。
- (2)根管治療申報橡皮障防濕裝置（90012C），需至少檢附一次X光片或相片上可證實有使用橡皮障防濕裝置（亦即牙齒上夾有clamp時）。同一療程可按實際執行次數申報，病歷應詳實記載，並於每次執行時申報，104年1月1日起生效。
- (3)主要處置需要之牙周囊袋測量記錄表須醫師簽名及加註檢查日期。時效：在進行牙周病緊急處置（91001C）以外之牙周病處置後，若欲再作進一步治療，除特定牙周保存治療（91015C、91016C）及牙周病支持性治療（91018C）外，皆須重新檢測囊袋，記錄表之時效最長不超過六個月，104年10月1日起生效。



(三)專業審查及其他管理措施

3.檔案分析指標與抽審指標之訂定

(1)依委託契約標的研訂檔案分析指標20項指標，於102年進行檢討修訂，修訂結果業於103年5月27日牙醫門診總額研商議事會議103年第2次會議通過。由各區定義異常值百分位區間界於94.5-100%之間，並由二十項指標中選用七項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質。

(2)各分區**抽審指標由各分區自主制定內容**，統一原則如下：

A.審核尺度依現行相關審查辦法執行，不宜有過度延伸或逾越超過法規之範圍。

B.抽審、申復、爭審均應要求備齊所有完整文件。



(三)專業審查及其他管理措施

4.異常院所分析與建議抽審比例

(1)依委託契約建立以檔案分析為主軸之醫療服務審查異常管理作業

(2)依據電腦檔案分析指標擇出

A.每項指標取百分位前5%

B.異常人數以該區總醫師數1%為上限

C.異常院所名單以該區總家數之1%為上限

(3)依特約醫事服務機構異常管理方案，進行加重審查：

A.加重審查之指標方式採大同小異原則，全國共同性指標佔80%，各分區彈性指標佔20%。

B.加重審查院所數以全部抽審院所數的10%為上限。

C.各分區點值大於1者，則酌減加重審查案件的比例。



(三)專業審查及其他管理措施

5.專業審查統計資料

(1)初核核減率、申復核減率、爭審核減率統計資料

點數單位：百萬點

年度	醫療費用 點數 (A)	申請點數 (B)	核定點數 (C)	申復補 付點數 (E)	爭審補 付點數 (F)	初核 核減率 (B-C)/A	申復後 核減率 (B-C-E)/A	爭審後 核減率 (B-C-E-F)/A
101	37,198.09	35,729.54	35,596.20	32.00	0.92	0.36%	0.27%	0.27%
102	38,734.60	37,235.85	37,093.67	31.16	0.53	0.37%	0.29%	0.29%
103	39,852.69	38,332.82	38,200.99	30.29	0.32	0.33%	0.25%	0.25%
104	40,529.25	38,999.62	38,840.20	34.43	0.58	0.39%	0.31%	0.31%
105	41,663.65	40,137.63	39,991.23	30.19	0.32	0.35%	0.28%	0.28%

不是用核減率做管理依歸。

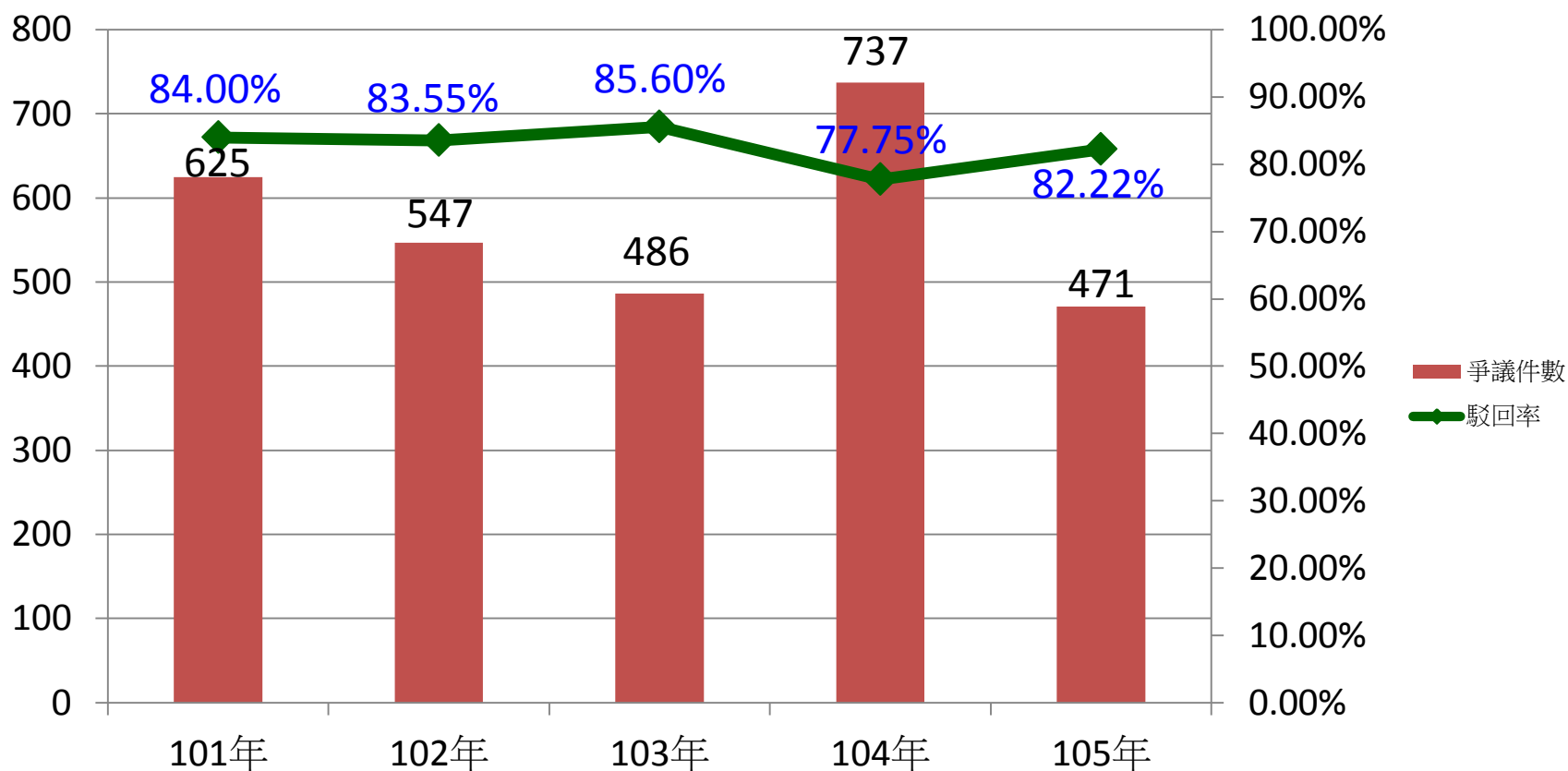
以審查品質穩定，全國審查標準趨於一致為目標。



(三)專業審查及其他管理措施

2.爭審統計結果

105年度爭審駁回率為82.22%，爭審件數471。





(三)專業審查及其他管理措施

3.審畢案件抽審統計結果

105年審查合理件數占率為99.22%，結果如下：

分區	抽審 醫藥專 家數	抽審 案件數	審查 合理 件數	審查合理 件數 占率	審查 不合理 件數	審查不合 理件數 占率	處理方式	
							通知改善 醫師數	列入追蹤 醫師數
台北	27	1,517	1,503	99.08%	14	0.92%	8	0
北區	11	1,460	1,454	99.59%	6	0.41%	5	0
中區	42	1,318	1,314	99.70%	4	0.30%	4	0
南區	15	853	841	98.59%	12	1.41%	6	0
高屏	13	1,472	1,465	99.52%	7	0.48%	4	0
東區	9	786	771	98.09%	15	1.91%	3	0
合計	117	7,406	7,348	99.22%	58	0.78%	30	0



(四)院所違規情形及醫療機構輔導

1. 全民健康保險特約醫事服務機構查處統計

年月	類別	醫 院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
101年	處分家數	22	194	24	44
	違規率	4.60%	1.93%	0.38%	1.37%
102年	處分家數	10	170	39	48
	違規率	2.11%	1.68%	0.61%	1.46%
103年	處分家數	24	144	37	42
	違規率	5.04%	1.41%	0.57%	1.24
104年	處分家數	23	133	55	39
	違規率	4.82%	1.3%	0.84%	1.13%
105年	處分家數	12	141	42	30
	違規率	2.52%	1.37%	0.64%	0.85%

備註：1.資料來源：全民健康保險業務執行報告，資料日期：105年3月21日

2.處分家數係指經健保署核定予以違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約之醫事服務機構家數。

3.違規率計算公式：分母為各類別之特約家數；分子為各類別之處分家數。



(四)院所違規情形及醫療機構輔導

2.103-105年牙醫門診總額部門查處追扣金額表

(資料來源：健保署)

年度	103年				104年				105年			
類型別	總額舉發		非總額舉發		總額舉發		非總額舉發		總額舉發		非總額舉發	
	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數
扣減	1	4,427	6	21,571	0	0	29	696,572	0	0	25	283,677
罰鍰	1	58,729	2	9,956,683	0	0	22	8,406,575	0	0	11	294,919
其他	1	1,661,769	15	1,494,470	1	15,940	4	13,259	0	0	25	4,388,511
小計	3	1,724,925	23	11,472,724	1	15,940	55	9,116,406	0	0	44	4,967,107

備註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與本局主動查核項目；總額舉發為總額受託單位舉發。

2.類型別之定義：扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數

(如:院所坦承、雙方協商等可追扣之金額)



(四)院所違規情形及醫療機構輔導

3.醫療機構輔導依全民健保牙醫門診總額特約醫事服務機構異常管理及輔導作業持續執行，歷年輔導家數累計

輔導醫療院所數		台北	北區	中區	南區	高屏	花東	總計
101年	輔導家數	359	224	692	81	57	1	1,414
	申報家數	2,586	805	1,339	809	1,037	143	6,719
102年	輔導家數	491	222	801	30	88	0	1,632
	申報家數	2,623	818	1,334	811	1,058	141	6,785
103年	輔導家數	421	62	800	22	56	4	1,365
	申報家數	2,633	833	1,354	818	1,064	136	6,838
104年	輔導家數	489	158	719	52	39	0	1,457
	申報家數	2,652	851	1,356	830	1,077	134	6,900
105年	輔導家數	394	65	696	9	26	16	1,206
	申報家數	2,664	859	1,354	833	1,071	138	6,919

註：輔導家數自101年起大幅上升，係因部分分區調整篩選比例及配合政策推動進行主動輔導（如：中區101年起各項指標篩選條件由>97.5百分位修改為>95百分位；北區101年以檔案分析有申報牙周病相關醫令院所，主動發函通知院所輔導加入牙周病統合照護計畫，102年依共管會議決議，發函院所建議依會議共識調整申報方式）。



(四)院所違規情形及醫療機構輔導

4. 歷年六區審查分會輔導自願繳回之費用統計

點數單位：千點

分區\ 年度	101年		102年		103年		104年		105年	
	院所數	自願繳 回點數 (千點)	院所數	自願繳 回點數 (千點)	院所數	自願繳 回點數 (千點)	院所數	自願繳 回點數 (千點)	院所數	自願繳 回點數 (千點)
台北	5	241	0	0	6	1,159	0	0	0	0
北區	20	328	31	1,596	12	5,072	31	872	26	358
中區	221	5,390	198	9,335	34	3,689	47	3,839	88	11,234
南區	7	907	19	4,005	10	1,338	5	546	2	10
高屏	0	0	3	-	6	0	2	-	25	-
東區	0	0	0	0	0	0	0	0	2	68
合計	253	6,865	251	14,936 (未含高屏)	62	11,258 (未含高屏)	85	5,257 (未含高屏)	143	11,670 (未含高屏)

註：高屏區因輔導院所自願繳回(改核)費用，係由院所主動自承列表與分區業務組聯繫相關事宜，未取得自願繳回點數資料。



結語

建構以健康安全為導向的醫療環境

邁向以提升品質為目標的醫療制度

優先考量弱勢、醫缺、急重症之特殊性

藉由專業責任達到全民口腔健康之提昇



健康快樂



摘自網路圖片



牙醫門診總額專案計畫 執行成果報告

報告人：羅界山

中華民國牙醫師公會全國聯合會常務理事
牙醫門診醫療服務審查執行會執行長



- 壹、醫療資源不足地區改善方案
- 貳、特殊醫療服務計畫
- 參、牙周病統合照護計畫
- 肆、105年評核委員評論意見與期許之
回應說明



壹、醫療資源不足地區改善方案



大綱

- 一、預算執行數及執行率
- 二、目標達成情形
- 三、執行概況與結果
- 四、成效評估
- 五、檢討與改善方向
- 六、106方案修訂重點



一、預算執行數與執行率

年度	預算數(百萬)	執行數(百萬)	預算達成率
97	208.3	213.9	102.69%
98	228.3	227.3	99.58%
99	228.3	234.8	101.53%
100	229.2	185.7	81.02%

年度	預算數(百萬)	執行數(百萬)	預算達成率
101	229.2	229.8	100.26%
102	229.2	250.3	109.20%
103	280	248.5	89%
104	280	247.1	88%
105	280	241.9	86.39%
106Q1	280	48.8	17.43%

自100年起費用來源分為專款及一般經費



二、目標達成情形

(一)執業計畫：1.執行鄉鎮/地區數

年度	目標值	執行鄉數	醫缺鄉減少數	目標達成率
96	併同91年度起共以減少45個醫缺乏地區	41	45	100.00%
97	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	38	42	120.00%
98	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	29	34	97.14%
99	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	28	33	94.29%
100	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	31	36	102.86%
101	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	33	38	108.57%
102	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	36	41	117.14%
103	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	34	40	114.29%
104	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	33	39	111.43%
105	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	33	39	111.43%

備註：

105年相較104年底新增1位醫師，退出1位醫師；因個人生涯因素考量改至台東縣鹿野鄉執業，為花東地區民眾服務，另包含未加入計畫自行於澎湖縣湖西鄉開業醫師1位。



(一)執業計畫：2.服務總天數及總人次

年度	目標值	服務 總天數	目標 達成率	總服務 人次	目標 達成率
99	服務總天數5,100天	6,146	120.51%	48,017	106.70%
	總服務人次45,000人次				
100	服務總天數5,100天	6,965	136.57%	52,893	117.54%
	總服務人次45,000人次				
101	服務總天數5,100天	7,665	150.29%	57,083	126.85%
	總服務人次45,000人次				
102	服務總天數5,600天	8,858	158.13%	62,405	127.36%
	總服務人次49,000人次				
103	服務總天數5,600天	8,927	159.41%	61,563	123.13%
	總服務人次50,000人次				
104	服務總天數5,600天	8,521	152.16%	58,497	116.99%
	總服務人次50,000人次				
105	服務總天數5,600天	7,970	142.32%	54,202	108.40%
	總服務人次50,000人次				

資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。



(二)巡迴計畫：1.醫療團執行數

年度	目標值	執行醫療團數	執行鄉鎮數	目標達成率
96	以維持14個醫療團為目標	20	90	111.11%
97	以18個醫療團為目標	19	70	105.56%
98	以18個醫療團為目標	19	95	105.56%
99	以18個醫療團為目標	19	105	105.56%
100	以18個醫療團為目標	18	105	100.00%
101	以18個醫療團為目標	18	104	100.00%
102	以18個醫療團為目標	18	112	100.00%
103	以18個醫療團為目標	18	124	100.00%
104	以18個醫療團為目標	18	124	100.00%
105	以18個醫療團為目標	18	134	100.00%

備註：目前醫療團以縣市為單位申請。



(二)巡迴計畫：2.社區醫療站執行數

分區	承辦單位	所屬醫療站	分區	承辦單位	所屬醫療站
台北	金門醫院	烈嶼鄉醫療站	高屏	高雄市	甲仙醫療站
	新北市	石碇醫療站		高雄市	六龜醫療站
	新北市	貢寮醫療站		澎湖縣	七美醫療站
中區	台中市	谷關醫療站		屏東縣	佳冬牙科醫療站 (屏南醫療站)
	台中市	石岡區醫療站			崁頂醫療站
	台中市	新社區醫療站		屏東縣	崁頂醫療站
	彰化縣	竹塘鄉醫療站	東區	花蓮縣	秀林鄉衛生所巡迴社區醫療站
	彰化縣	漢寶社區醫療站		花蓮縣	西林社區醫療站
	南投縣	中寮醫療站		花蓮縣	卓溪醫療站
	南投縣	地利村醫療站		花蓮縣	瑞穗社區醫療站
南區	嘉義縣	東石社區醫療站		臺東縣	大武鄉醫療站

備註：截至106年3月共成立21個社區醫療站。



(二)巡迴計畫：3. 服務總天數及總人次

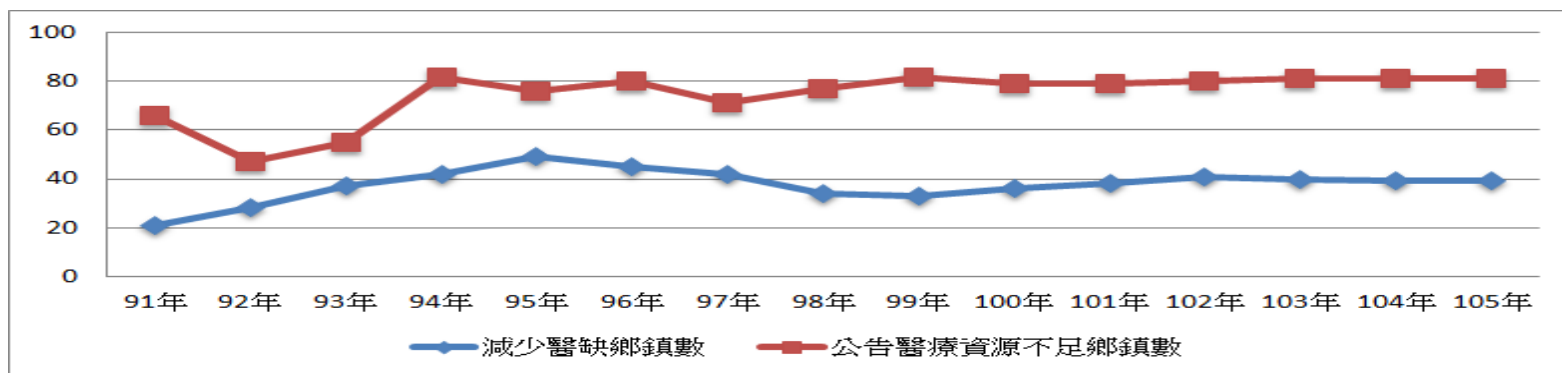
年度	目標值	服務 總天數	目標 達成率	總服務 人次	目標 達成率
99	服務總天數4,500天	5,793	128.73%	78,081	102.74%
	總服務人次76,000				
100	服務總天數6,000天	7,401	123.35%	84,611	94.01%
	總服務人次90,000				
101	服務總天數6,000天	10,076	167.93%	105,472	117.19%
	總服務人次90,000				
102	服務總天數6,000天	10,983	183.05%	117,116	130.13%
	總服務人次90,000				
103	服務總天數6,000天	11,365	189.42%	118,392	118.39%
	總服務人次100,000				
104	服務總天數6,000天	11,414	190.23%	118,941	118.94%
	總服務人次100,000				
105	服務總天數6,000天	11,388	189.80%	116,722	116.72%
	總服務人次100,000				

資料來源：依健保署每月提供申報資料統計

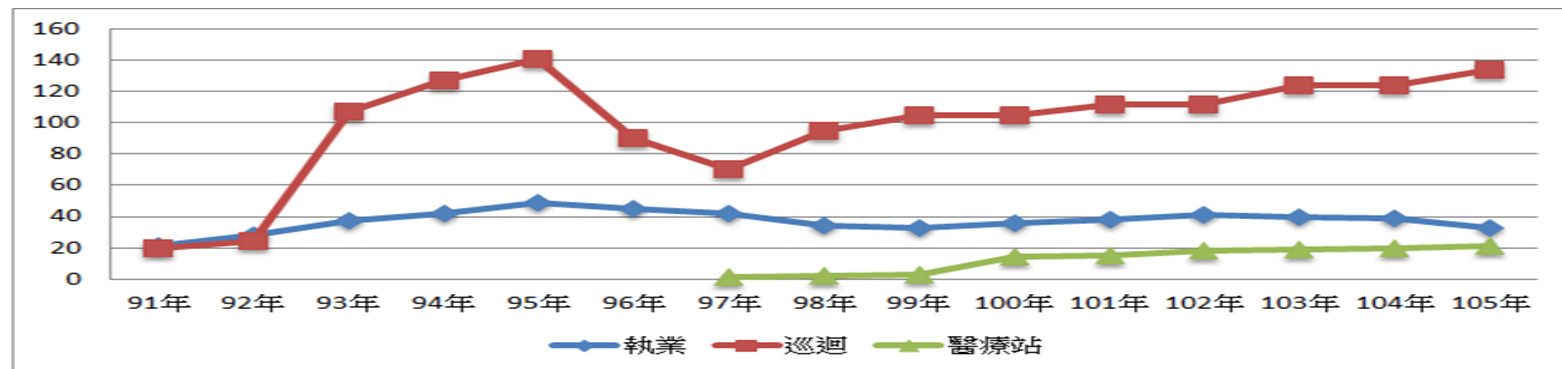


三、執行概況及結果

(一)歷年醫療服務提供情形-執業點執行鄉鎮/地區數



歷年醫療服務提供情形-巡迴執行鄉鎮/地區數



備註：1.執業計畫：自91年度實施本方案計畫以來，有5位牙醫師退出本計畫，但仍繼續留在該鄉執業。

2.巡迴計畫：93-95執行本方案，除專款預算扣除執業計畫預算，皆另加上前1-2年剩餘款，以致本專案執行率迅速提升。96年預算不足部分由地區預算支應。

自97年起使用金額超出部分依方案採浮動點值給付，始回復穩定成長。



(二)醫療利用情形1.執業計畫

105年度

分區	就醫 人次	就醫 人數	總服務 點數	執行 天數	每就醫人 平均點數	每案件 平均點數
台北	5,560	2,556	6,704,891	1,497	2,623	1,206
北區	12,447	5,498	11,385,153	2,110	2,071	915
中區	9,347	3,702	9,999,352	607	2,701	1,070
南區	8,497	3,207	9,868,086	680	3,077	1,161
高屏	13,142	5,725	14,701,238	2,165	2,568	1,119
花東	5,209	2,881	4,579,050	911	1,589	879
合計	54,202	23,569	57,237,770	7,970	2,429	1,056

106年度第1季

分區	就醫 人次	就醫 人數	總服務 點數	執行 天數	每就醫人 平均點數	每案件 平均點數
台北	1,380	875	1,658,137	351	1,895	1,202
北區	3,080	2,022	2,774,517	505	1,372	901
中區	2,375	1,533	2,500,654	146	1,631	1,053
南區	1,943	1,011	2,403,858	152	2,378	1,237
高屏	2,949	1,837	3,303,502	507	1,798	1,120
花東	1,447	1,000	1,234,923	238	1,235	853
合計	13,174	8,278	13,875,591	1,899	1,676	1,053

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。



(二)醫療利用情形2.巡迴計畫-一般巡迴點

105年度

分區	就醫 人次	就醫 人數	總服務 點數	執行 天數	每就醫人 平均點數	每案件 平均點數
台北	9,816	5,794	16,635,207	993	2,871	1,695
北區	6,412	3,244	8,157,939	564	2,515	1,272
中區	12,222	8,572	19,629,883	1,602	2,290	1,606
南區	18,037	10,758	19,944,760	840	1,854	1,106
高屏	20,140	9,997	27,963,964	1,849	2,797	1,388
花東	16,024	9,124	20,465,045	1,103	2,243	1,277
合計	82,651	47,489	112,796,798	6,951	2,375	1,365

106年度第1季

分區	就醫 人次	就醫 人數	總服務 點數	執行 天數	每就醫人 平均點數	每案件 平均點數
台北	1,586	1,426	2,869,283	196	2,012	1,809
北區	1,301	1,234	1,680,950	121	1,362	1,292
中區	2,937	2,557	4,935,486	374	1,930	1,680
南區	2,692	724	1,822,088	88	2,517	677
高屏	4,805	3,818	6,505,577	425	1,704	1,354
花東	3,336	3,113	4,076,933	226	1,310	1,222
合計	16,657	12,872	21,890,317	1,430	1,701	1,314

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。



(二)醫療利用情形2.巡迴計畫-社區醫療站

105年度

分區	就醫 人次	就醫 人數	總服務 點數	執行 天數	每就醫人 平均點數	每案件 平均點數
台北	4,575	1,748	4,530,523	523	2,592	990
北區	-	-	-	-	-	-
中區	7,916	3,318	9,899,005	1,543	2,983	1,251
南區	883	519	1,073,039	160	2,068	1,215
高屏	14,608	4,954	24,215,131	1,408	4,888	1,658
花東	6,089	2,825	7,849,369	803	2,779	1,289
合計	34,071	13,364	47,567,067	4,437	3,559	1,396

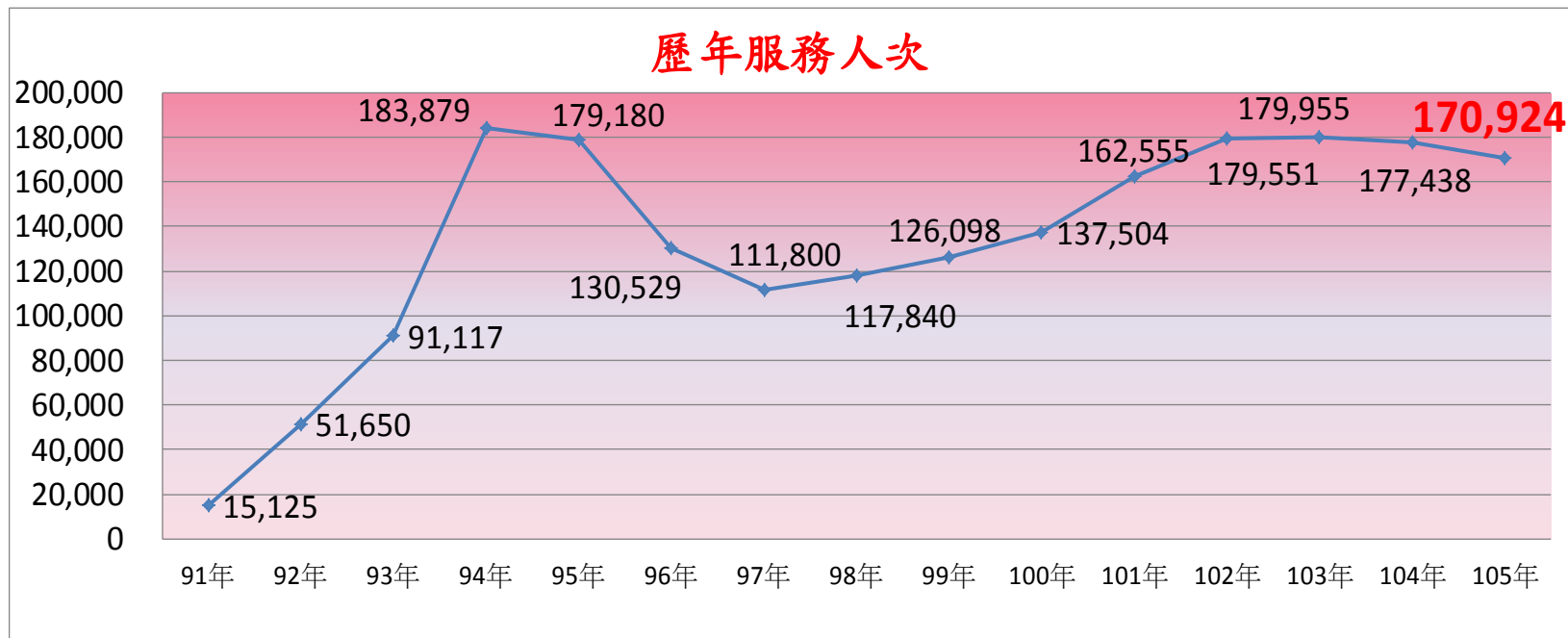
106年度第1季

分區	就醫 人次	就醫 人數	總服務 點數	執行 天數	每就醫人 平均點數	每案件 平均點數
台北	1,114	679	1,172,876	135	1,727	1,053
北區	-	-	-	-	-	-
中區	2,284	1,323	3,156,092	433	2,386	1,382
南區	190	147	365,403	56	2,486	1,923
高屏	3,597	1,771	6,182,554	324	3,491	1,719
花東	1,597	955	2,199,907	197	2,304	1,378
合計	8,782	4,875	13,076,832	1,145	2,682	1,489

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。



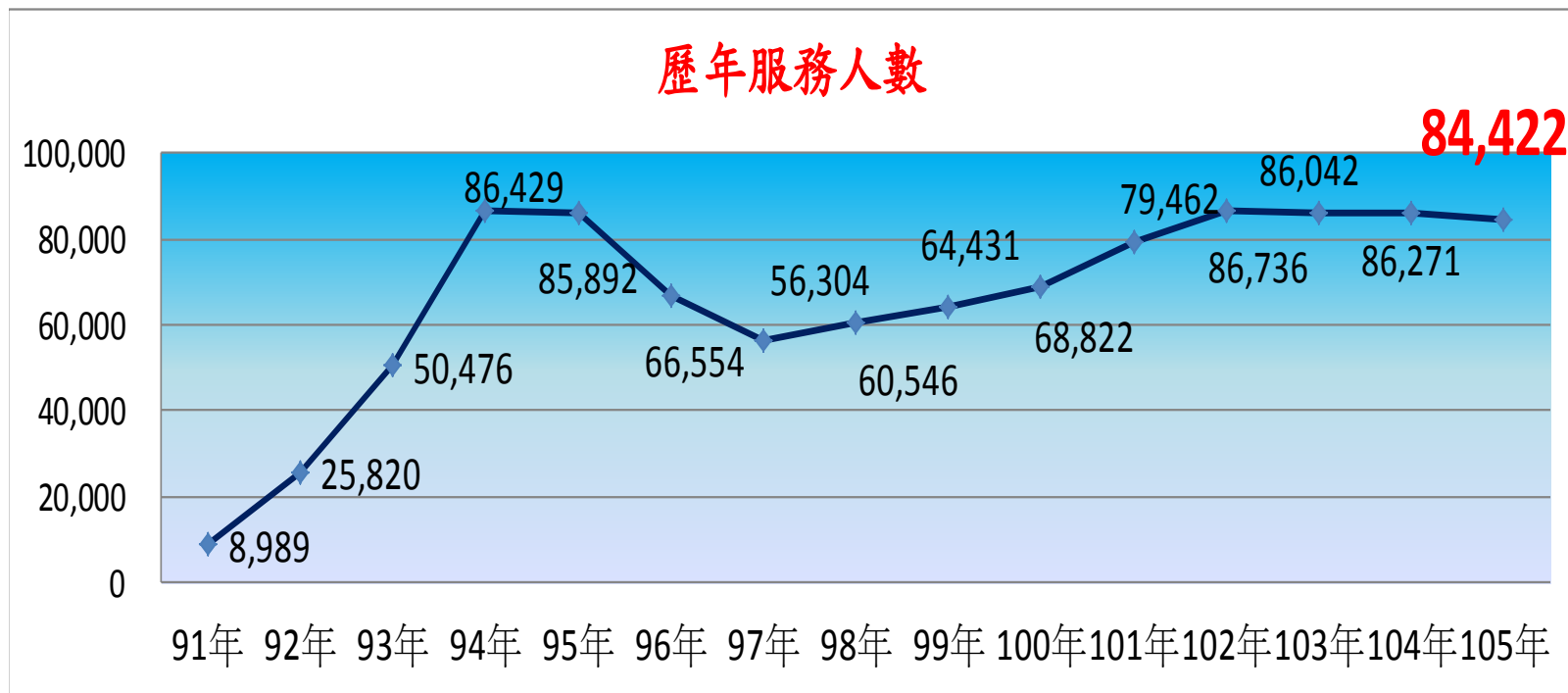
(三) 歷年服務醫療利用情形比較圖



資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。



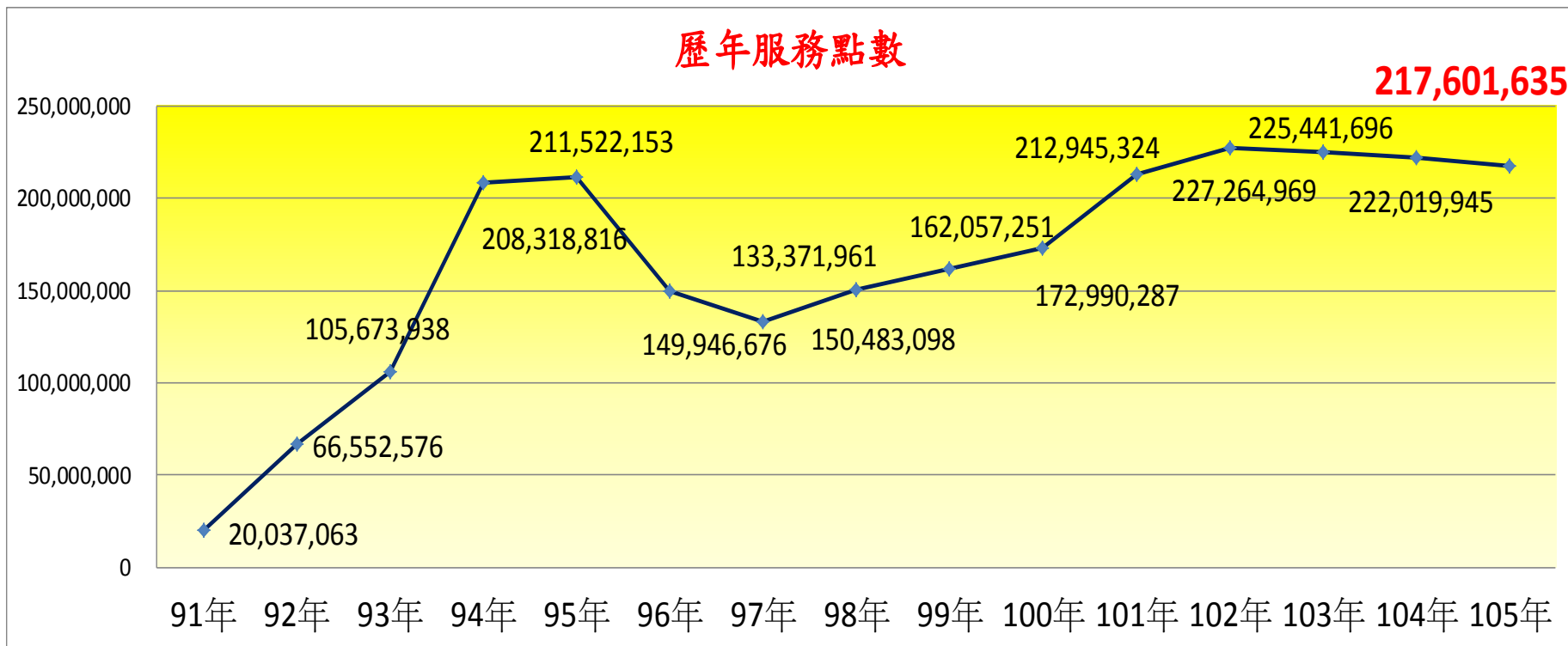
(三)歷年服務醫療利用情形比較圖



資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。



(三)歷年服務醫療利用情形比較圖



資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。



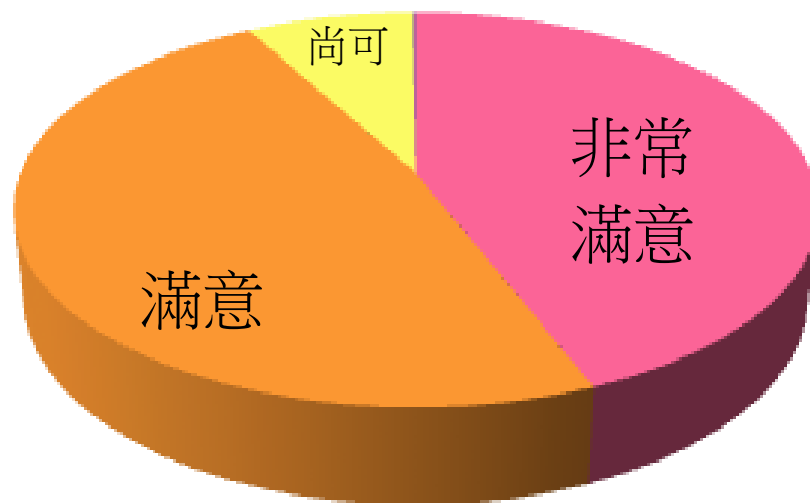
四、成效評估

(一)民眾滿意度調查

1. 對該項計畫感到滿意的程度

滿意度	人數	佔率
非常滿意	565	43.93%
滿意	616	47.90%
尚可	103	8.01%
不滿意	2	0.16%
非常不滿意	0	0.00%
合計	1286	100.00%

問卷調查時間：106年3-5月
回收有效問卷：1,307份
(學校495份；一般民眾812份)

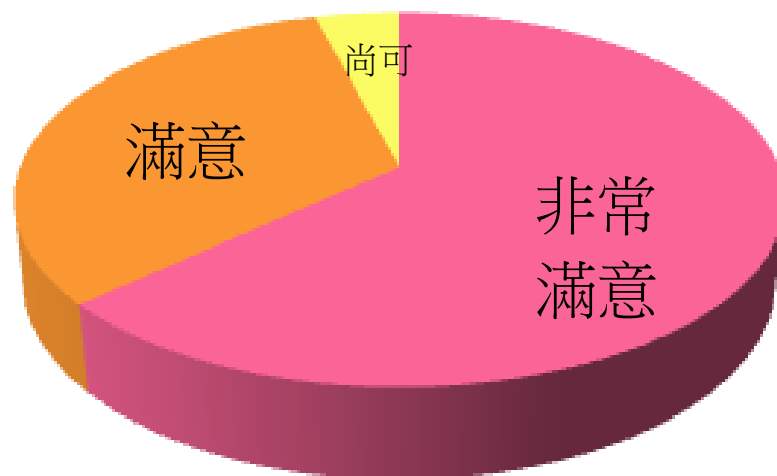


備註：本項題目回答的樣本為1,286份。



2. 該地區進入了執業醫師及醫療團後，是否認為就醫上較以往更便利

滿意度	人數	佔率
非常滿意	820	63.37%
滿意	420	32.46%
尚可	54	4.17%
不滿意	0	0.00%
非常不滿意	0	0.00%
合計	1294	100.00%



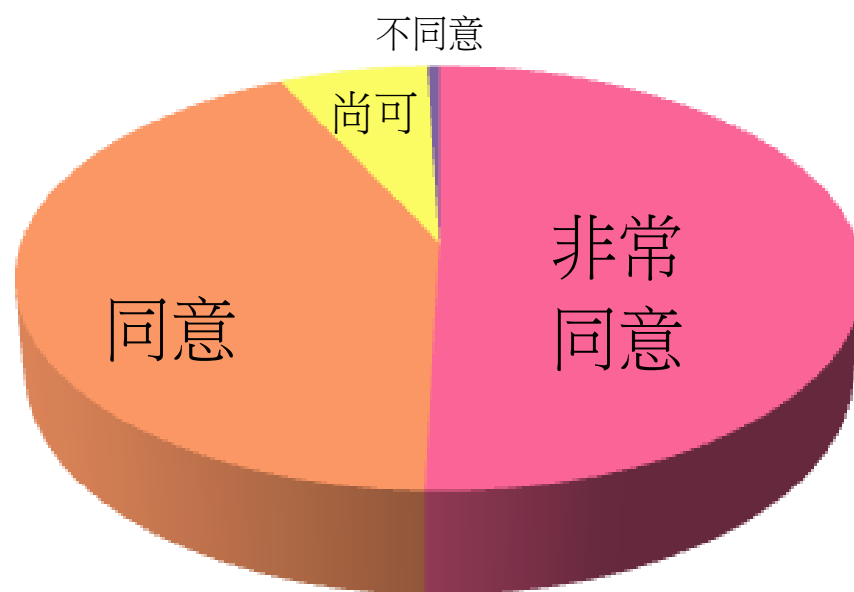
備註：本項題目回答的樣本為1,294份。

問卷調查時間：106年3-5月
回收有效問卷：1,307份
(學校495份；一般民眾812份)



3.由於醫缺方案的介入，您是否認同孩童或民眾的口腔健康有明確的改善

滿意度	人數	佔率
非常同意	649	50.47%
同意	544	42.30%
尚可	86	6.69%
不同意	7	0.54%
非常不同意	0	0.00%
合計	1286	100.00%



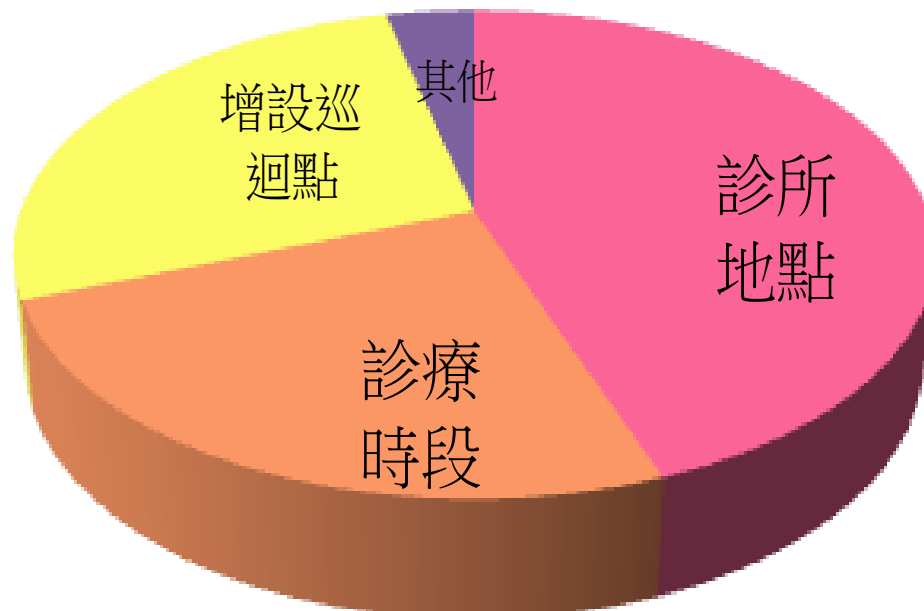
備註：本項題目回答的樣本為1,286份。

問卷調查時間：106年3-5月
回收有效問卷：1,307份
(學校495份；一般民眾812份)



4.就醫便利性及可近性應該改善的項目

項目	人數	佔率
診所地點	291	44.36%
診療時段	163	24.85%
增設巡迴點	178	27.13%
其他	24	3.66%
合計	656	100.00%



備註：本項題目僅統計一般民眾回答問卷的樣本為656份。

問卷調查時間：106年3-5月
回收有效問卷：1,307份
(學校495份；一般民眾812份)



(二)執業醫師考核情形

• 考核對象：

- 執業滿一年。
- 異常狀況：
 - 曾被民眾投訴或申報狀況異常。
 - 申報過低的醫療服務量。
 - 由牙醫全聯會審查分會執行會或中央健康保險署及其分區業務組提報需考核之醫師。

異常狀況

- 民眾投訴或申報異常
- 過低的醫療服務量
- 分區業務組反應異常者

執業滿一年

考核對象



- **考核行程**：105年度考核作業共分3梯次，時間地點如下

梯次	日期	分區	縣市	鄉鎮	診所
一	9/2(五)	高屏	高雄市	杉林區	承德牙醫診所
二	9/9(五)	北區	苗栗縣	三灣鄉	三灣牙醫診所
			苗栗縣	造橋鄉	紐約牙醫診所
三	9/30(五)	台北	新北市	平溪區	於仁牙醫診所
				貢寮區	新文化牙醫診所
			宜蘭縣	員山鄉	心德牙醫診所

- **考核結果**：

考核結果	優	良	合計
院所數	3	3	6



確認環境

設置明顯招牌

抽查病歷、消毒紀錄





(三)當地民眾就醫可近性

1. 執業及巡迴計劃實施地區民眾與全國民眾醫療利用情形比較： 依院所每月健保申報資料統計醫療利用情形

項目	執業	巡迴	全國
就醫總人次	54,202	116,722	34,447,187
就醫總人數	23,524	60,765	11,277,364
總服務點數	57,237,770	160,363,865	41,677,268,064
牙醫師申報總天數	7,970	11,388	3,148,545
每就醫者就醫次數	2.3	1.92	3.05
每就醫人平均點數	2,433	2,639	3,696
每案件平均點數	1,056	1,374	1,210



2.病患依投保地點歸戶後計算就醫率

項目	醫療資源不足地區	全國
就醫總人次	213,137	32,023,938
就醫總人數	72,957	10,578,170
總服務點數	271,149,808	40,539,075,194
每就醫者就醫次數	2.92	3.03
每就醫人平均點數	3,717	3,832
投保人數	202,195	23,663,611
就醫率	36.08%	44.70%

備註：

1. 資料來源：健保署二代倉儲，門診明細檔（106.4.19擷取）。
2. 資料範圍：不含本署代辦案件。
3. 投保人數：取當年最後一筆投保紀錄且在保之通訊地址郵遞區號歸類。
4. 就醫人數：以該投保於該鄉鎮人口，勾稽其當年度牙醫就醫案件，進行歸戶。
5. 就醫人次：補報、病理中心、轉代檢、慢箋領藥、就醫併同開立BC肝用藥案件，不計次。
6. 醫療費用：申請點數＋部分負擔金額。



3. 醫療資源不足地區民眾醫療利用情形

縣市	鄉鎮	就醫率	執業	醫療站	巡迴	其他	縣市	鄉鎮	就醫率	執業	醫療站	巡迴	其他
新北市	烏來區	40.71%	▲		*		台中市	新社區	37.42%		◎	*	
	萬里區	42.35%			*			石岡區	40.69%		◎	*	
	石碇區	42.20%	▲	◎	*			福興鄉	40.02%			*	
	坪林區	41.92%			*			線西鄉	41.92%			*	
	石門區	40.55%	▲		*			埔鹽鄉	38.90%			*	
	平溪區	40.24%	▲		*			埤頭鄉	36.37%			*	
	貢寮區	41.67%	▲	◎	*			竹塘鄉	39.31%		◎	*	
	雙溪區	37.74%			*			大城鄉	38.37%			*	
宜蘭縣	三峽區	39.88%			*		南投縣	芳苑鄉	38.56%		◎	*	
	南澳鄉	36.54%			*			仁愛鄉	33.94%			*	
	員山鄉	37.21%	▲		*			中寮鄉	35.63%		◎	*	
	大同鄉	32.19%			*			信義鄉	39.15%	▲	◎	*	
	壯圍鄉	34.36%			*			國姓鄉	33.28%			*	
	三星鄉	35.49%			*			魚池鄉	40.74%			*	
	頭城鎮	38.41%			*			古坑鄉	36.13%			*	
	蘇澳鎮	37.59%			*			東勢鄉	33.35%			*	
金門縣	礁溪鄉	40.47%			*		雲林縣	二崙鄉	35.75%			*	
	金寧鄉	43.68%						元長鄉	32.50%			*	
	烈嶼鄉	42.59%		◎	*			四湖鄉	35.88%			*	
連江縣	烏坵鄉	36.51%				☆		口湖鄉	29.94%			*	
	南竿鄉	48.10%				☆		水林鄉	32.47%			*	
	北竿鄉	43.28%				☆		台西鄉	30.74%			*	
	莒光鄉	49.18%				☆		林內鄉	34.67%			*	
桃園市	東引鄉	48.54%				☆		褒忠鄉	33.37%			*	
	復興區	35.53%			*			麥寮鄉	40.44%			*	
	觀音區	39.50%			*		嘉義縣	土庫鎮	35.00%			*	
新竹縣	新屋區	35.34%			*			莿桐鄉	36.88%			*	
	峨眉鄉	33.51%	▲		*			東石鄉	37.64%		◎	*	
	尖石鄉	34.60%	▲		*			番路鄉	36.06%	▲		*	
	五峰鄉	31.07%			*			大埔鄉	37.88%			*	
	橫山鄉	32.64%	▲		*			阿里山鄉	34.67%			*	
苗栗縣	三灣鄉	32.31%	▲					布袋鎮	42.17%			*	
	南庄鄉	29.17%	▲					六腳鄉	35.01%			*	
	獅潭鄉	31.84%						竹崎鄉	38.11%			*	
	造橋鄉	34.35%	▲					梅山鄉	38.59%			*	
	頭屋鄉	35.17%	▲					溪口鄉	36.65%			*	
	泰安鄉	35.08%	▲		*			鹿草鄉	39.22%			*	
	西湖鄉	35.66%	▲					大林鎮	37.97%			*	
台中市	和平區	42.81%	▲	◎	*			中埔鄉	36.09%			*	
	大安區	39.53%			*								



3. 醫療資源不足地區民眾醫療利用情形

縣市	鄉鎮	就醫率	執業	醫療站	巡迴	其他	縣市	鄉鎮	就醫率	執業	醫療站	巡迴	其他
台南市	玉井區	36.09%			*		屏東縣	鹽埕鄉	31.85%			*	
	關廟區	32.38%			*			佳冬鄉	30.53%		◎	*	
	東山區	37.40%			*			內埔鄉	35.21%			*	
	西港區	30.23%			*			高樹鄉	32.99%			*	
	後壁區	36.80%			*			恆春鎮	32.87%			*	
	大內區	38.93%			*			萬巒鄉	30.75%			*	
	南化區	34.88%			*		澎湖縣	七美鄉	43.40%		◎	*	
	龍崎區	29.36%			*			湖西鄉	46.45%			*	
	左鎮區	33.98%			*			白沙鄉	45.71%	▲		*	
	七股區	29.95%			*			望安鄉	42.09%	▲		*	
	鹽水區	31.42%			*			西嶼鄉	34.64%			*	
	將軍區	38.60%			*			馬公市	49.63%			*	
高雄市	北門區	32.66%	▲		*		花蓮縣	壽豐鄉	39.86%	▲		*	
	田寮區	30.65%	▲		*			豐濱鄉	29.55%			*	
	杉林區	32.25%	▲		*			萬榮鄉	33.62%		◎	*	
	茂林區	33.85%			*			秀林鄉	37.61%		◎	*	
	桃源區	34.89%			*			卓溪鄉	31.33%		◎	*	
	那瑪夏區	37.92%			*			瑞穗鄉	33.87%		◎	*	
	甲仙區	33.47%		◎	*			新城鄉	42.72%			*	
	內門區	33.80%			*			光復鄉	33.95%			*	
屏東縣	六龜區	36.76%		◎	*			富里鄉	32.53%			*	
	三地門鄉	30.30%			*		台東縣	玉里鎮	34.02%			*	
	瑪家鄉	25.08%	▲		*			卑南鄉	31.88%			*	
	來義鄉	27.43%	▲		*			太麻里鄉	32.71%			*	
	春日鄉	24.93%			*			達仁鄉	25.22%		◎	*	
	獅子鄉	28.39%			*			大武鄉	31.49%			*	
	牡丹鄉	30.45%			*			延平鄉	35.39%	▲		*	
	竹田鄉	35.12%	▲		*			長濱鄉	32.62%			*	
	崁頂鄉	34.77%		◎	*			金峰鄉	31.34%			*	
	滿洲鄉	32.70%			*			海端鄉	32.75%			*	
	枋山鄉	30.91%			*			蘭嶼鄉	31.39%	▲		*	
	霧台鄉	26.84%			*			綠島鄉	37.45%	▲		*	
	泰武鄉	29.02%			*			鹿野鄉	34.58%	▲		*	
	新埤鄉	32.84%	▲		*			東河鄉	30.72%			*	
	琉球鄉	34.82%			*	☆							



3. 醫療資源不足地區民眾醫療利用情形

- 新北市烏來區、石門區、平溪區及台中市石岡區等就醫率足以媲美全國其他鄉鎮平均就醫率，而屏東縣瑪家門鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、霧臺鄉及台東縣達仁鄉雖就醫率較低，但也達25%以上。
- 顯示醫療資源不足地區民眾雖居住於偏鄉，透過實施醫療資源不足地區改善方案後，醫療利用的情形與一般地區差異已經縮小。



4.105年學童口腔健康狀況及醫療需求調查分析

	人數
縣市數	11
鄉鎮數	124
學校數	645
人數	29,247
男	14,496
女	14,751

	平均每位學童 牙齒顆數
d	1.79
e	0.28
f	1.39
deft	3.46
D	1.75
M	0.05
F	1.60
DMFT	3.40
合計	6.85

醫療需求	牙齒顆數
需填補總顆數	130,180
未填補顆數	17,203
完成填補顆數	112,977
平均每人須填補顆數	4.451054809
平均每人完成填補顆數	3.862857729
治療後學童口腔內未填補率	9.02%
治療後學童口腔內完成填補率	90.98%
本計畫執行填補率	86.79%



三、歷年執行情形及成效評估

(五)其他執行情形-高屏訪視活動1



參觀佳冬醫療站實際運作情形

楊芸蘋、干文男委員及滕西華秘書長關心就診民眾情況



三、歷年執行情形及成效評估

(五)其他執行情形-高屏訪視活動2



佳冬醫療站座談會實際情形



五、檢討及改進

醫師人力

- 本會積極鼓勵牙醫師進入偏遠山區及離島地區執行醫療服務。
- 適合執業鄉鎮已有牙醫師進入開業，僅剩下不易設點之鄉鎮。
- 目前朝向醫療團間互相支援提供醫師人力，如台東縣大武社區醫療站、澎湖縣七美社區醫療站係由高雄市牙醫師公會支援醫師人力設立而成，期待其他有人力需求的鄉鎮亦能循此模式互相合作。



費用執行率1

- 透過本會努力，至105年巡迴醫療已深入多數醫療資源不足區，也期許更多新進牙醫師加入醫缺。
- 105年執業及巡迴執行目標人數及天數均超過100%，專款經費調高至280百萬，執行率仍高達86.39%。



費用執行率2

- 醫缺環境已改變，大環境影響下產生的都會化及少子化現象，這種現象於醫缺地區更加明顯。
- 除了費用執行率外，應該開始重視如何將執行的效益達到最大，並重新考量醫缺地區醫療服務績效的定義。



偏鄉交通困難

- 醫療資源不足地區改善方案有其特殊性，許多偏鄉路途遙遠、居住人口數少，再加上分佈範圍不夠集中並考量設置成本效益等因素，無法設置醫療站，造成當地民眾就醫不便。站在服務偏鄉民眾角度思考，提出二種改變交通方式之建議方案：**巡迴醫療車、醫療接駁車**

巡迴醫療車

可深入偏鄉普及醫療，不受路途或人口集中度影響，能服務更多有需求民眾的方案。

購置巡迴醫療車，需考慮：

- 1.車輛購置經費。
- 2.車輛後續維護修繕費用。
- 3.停車場所及費用。
- 4.全職或兼職司機聘請經費。
- 5.相關人員及醫療車保險費用。

醫療接駁車

接送醫療站周圍有需求民眾至醫療站就診。所需經費較購置醫療車少，亦可擴大服務偏鄉民眾，節省人力成本外，更能提升醫療站功能，並解決無法於每一醫療資源不足鄉鎮設立醫療站之困境。



醫療站相關問題

- 105年新增社區醫療站相關成效監測規定，要求成立滿2年之社區醫療站，每月平均每診次就醫人次連續三個月低於2人者，應提改善計畫書或變更巡迴服務時段，有助改善就醫可近性。
- 為回應健保署及民眾提出之需求於104年積極設立口湖社區醫療站，設立後每週安排3天門診，然應診人數不如預期，且醫師人力不堪負荷，但為照護偏鄉民眾口腔健康，本會仍將持續提供醫療服務，遂自105年8月起，變更為口湖社區巡迴醫療點。



未來目標與總結

- 希望透過預防保健及醫療資源的整合，給予偏鄉學童更完整的口腔照護。
- 於未來召開**符合偏遠地區民眾醫療模式研討會**，就民眾生活習慣、就醫習慣、醫療需求等，**研議更加貼近偏遠地區民眾的醫療模式**，希望能有更好的方案使醫療照護更加周全。



六、106年度計畫修正重點

(一)執業計畫：1.執業地點門診服務：

(3)支援規定：

- ✓ 執行本計畫之保險醫事服務機構負責醫師不得支援其他醫事服務機構，具專科資格且經核准者除外。



(一)執業計畫：2.牙醫巡迴醫療服務：

(3)服務時段：

- ✓ 牙醫全聯會須於前月月底，以電子檔為原則，傳送本執業計畫各診所當月之「巡迴點」資料(執業診所、鄉鎮區、級數、巡迴點及其地址、巡迴時段...等)予保險人登錄，以利執業診所申報巡迴醫療服務論次支付點數。



(一)醫療費用支付原則：1.執業計畫：

(3)執業計畫診所之品質獎勵費用：每月達成下列1或2情形者，依當月總申報人次給予每人次300點獎勵費用；於全年結算時併同支付。

①牙體復形(以下稱OD)案件+牙周案件申報點數占率 $\geq 70\%$ 。

②根管治療(以下稱Endo)案件申報點數占率 $\geq 20\%$ 。

註1：OD案件為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)第三部第三章第一節「牙體復形」所列醫令代碼，「89088C」(牙體復形轉出醫療院所之轉診費用)除外。

註2：牙周案件為支付標準第三部第三章第三節「牙周病學」所列醫令代碼，「91088C」(牙周病轉出醫療院所之轉診費用)除外。

註3：Endo案件為支付標準第三部第三章第二節「根管治療」所列醫令代碼，「90088C」(根管治療轉出醫療院所之轉診費用)除外。



3.論次支付點數申報：

- ✓ 醫療報酬申請表(附件7-1)：費用申報時，須至健保資訊服務網系統(VPN)登錄巡迴醫療服務明細，傳送資料後，請列印巡迴論次費用申報總表及明細，蓋上院所印信後寄送。請於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」，執業計畫之診所應另將影本寄牙醫全聯會、巡迴計畫之醫療團成員應另將影本寄所屬醫療團公會，並以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。



巡迴計畫鄉鎮：

- ✓ 巡迴計畫鄉鎮：新增「宜蘭縣冬山鄉(東城村)1級。
- ✓ 嘉義縣阿里山鄉由2及提升至3級。
- ✓ 屏東縣滿洲鄉由1及提升至2級。
- ✓ 屏東縣霧台鄉由2及提升至3級。



貳、特殊醫療服務計畫



大綱

- 一、預算執行數及執行率
- 二、目標達成情形
- 三、執行概況及結果
- 四、成效評估
- 五、檢討與改善方向
- 六、106年計畫修正重點



一、預算執行數及執行率

年度/項目	預算數	預算執行數	預算執行率
96 年	180,000,000	153,190,000	85.11%
97 年	180,000,000	180,000,000	100.00%
98 年	223,000,000	209,580,786	93.98%
99 年	423,000,000	246,568,890	58.29%
100 年	423,000,000	293,346,129	69.35%
101 年	423,000,000	340,416,704	80.48%
102 年	423,000,000	364,984,447	86.28%
103 年	443,000,000	392,277,473	88.55%
104 年	443,000,000	413,480,796	93.34%
105 年	473,000,000	430,073,469	90.92%
106 年第 1 季	473,000,000	113,403,069	23.98%

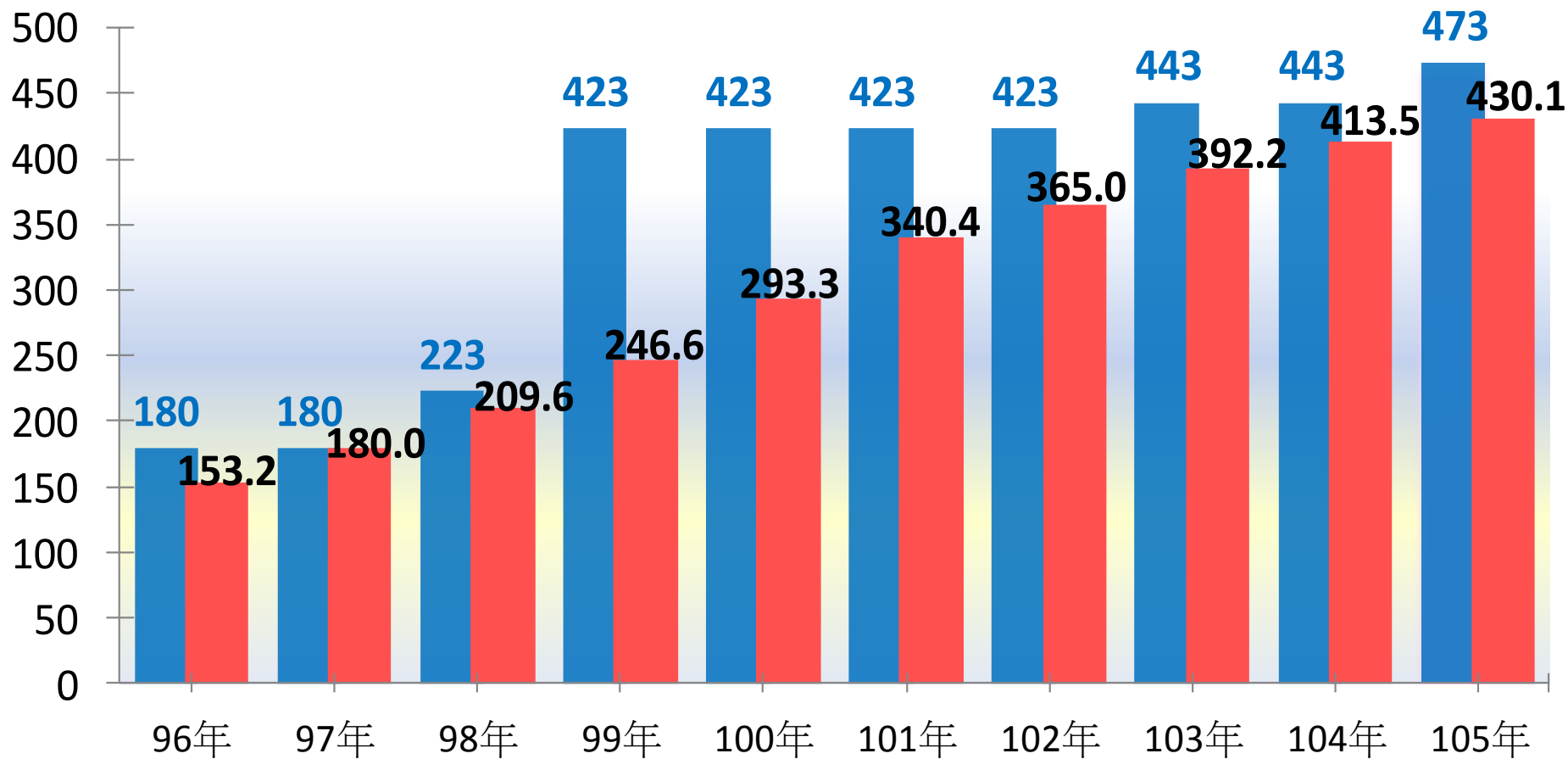
備註：**97 年度執行率實際超過百分之百，97 年度當年結算之結果為中度**

每點支付金額以 1.1 結算、重度以上每點支付金額以 1.36 結算。

（計畫中度身心障礙者每點支付金額不超過 1.3 結算、重度以上身心障礙者每點支付金額不超過 1.5 結算。）



■ 預算數 ■ 預算執行數 (單位：百萬元)





二、目標達成情形

年度/項目	年度執行目標	服務人次	目標達成率
96 年	35,000	52,195	149.1 %
97 年	35,000	69,826	199.50%
98 年	45,000	76,833	170.74%
99 年	至少 60,000	84,472	140.79%
100 年	至少 60,000	96,172	160.29%
101 年	至少 66,000	111,441	168.85%
102 年	至少 72,600	137,531	189.44%
103 年	至少 79,860	133,794	167.54%
104 年	至少 87,850	139,877	159.22%
105 年	至少 96,650	145,133	150.16%
106 年第 1 季	至少 106,350	37,438	35.20%



三、執行概況及結果

1.先天性唇顎裂及顱顏畸形症—

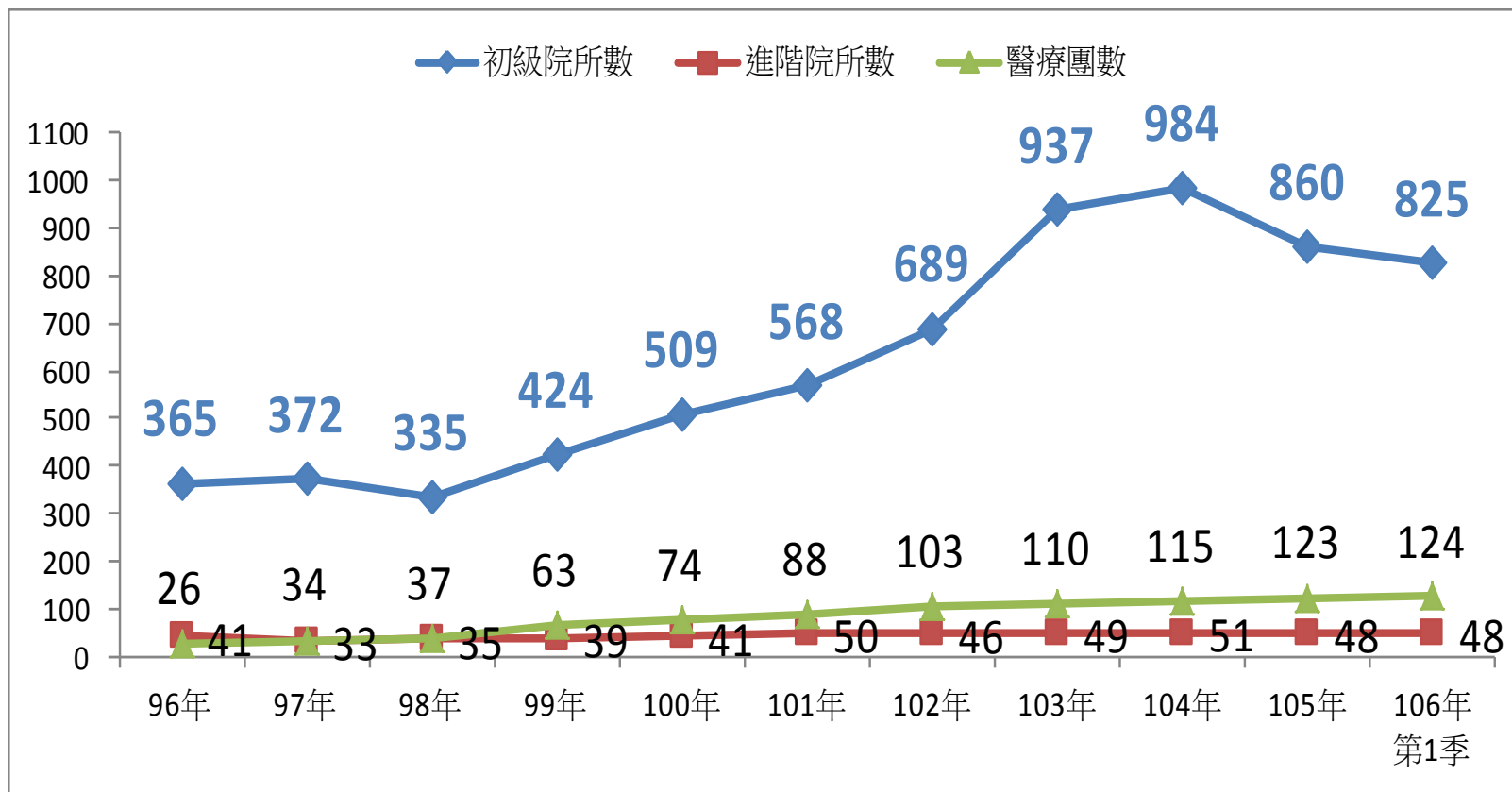
歷年醫療服務提供情形及民眾利用情形：

年度	申報 院所數	與前一年 成長率	牙醫師 申報總天數	總服務點數	就醫人數	就醫 總人次
96年	21	-16.00%	2,356	29,448,203	3,101	8,170
97年	21	0.00%	2,494	32,679,896	3,191	8,799
98年	16	-23.81%	2,187	28,704,215	3,466	7,025
99年	16	0.00%	2,054	26,131,212	3,355	5,817
100年	18	12.50%	1,978	26,129,839	3,266	5,122
101年	16	-11.11%	2,189	28,305,595	3,369	5,470
102年	13	-18.75%	2,210	27,885,899	3,252	5,284
103年	18	38.46%	2,161	27,236,014	3,166	5,160
104年	13	-27.78%	1,959	24,039,267	3,006	4,828
105年	11	-15.38%	1,944	24,600,961	2,940	4,926
106年第1季	5	-40.00%	477	6,610,772	1,059	1,267



2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

a.初級/進階照護院所數及醫療團數

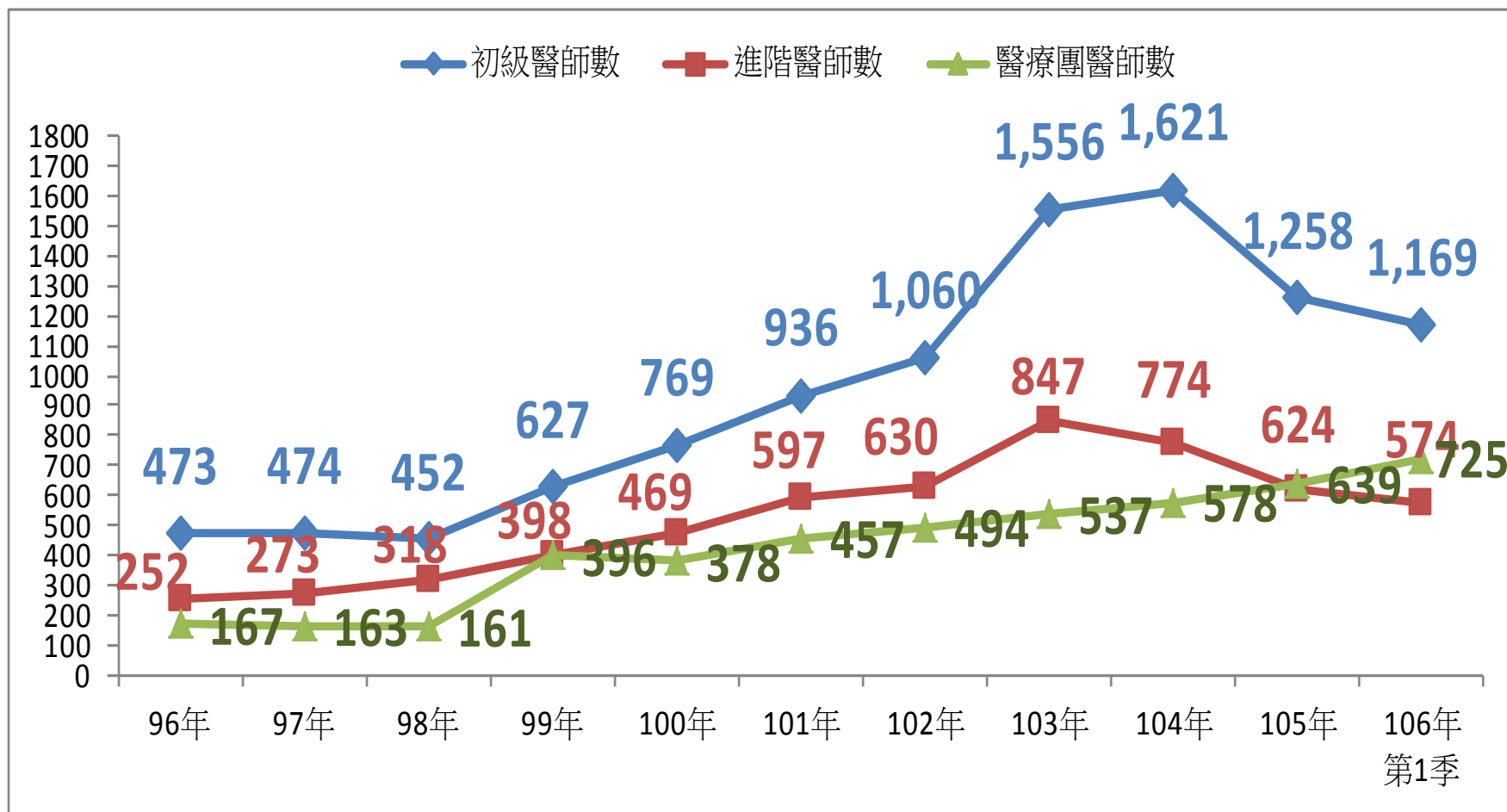


備註：1.院所自95年起依設備要求及是否可執行鎮靜麻醉分為初級/進階照護院所。

2.內政部為加強身心障礙福利機構之院民口腔衛生保健於94年補助完成設置19家機構。



b.初級/進階照護院所及醫療團醫師數



備註：1.院所自95年起依設備要求及是否可執行鎮靜麻醉分為初級/進階照護院所。

2.內政部為加強身心障礙福利機構之院民口腔衛生保健於94年補助完成設置19家機構。



c. 申報院所數及申報總天數

年度/ 項目	極重度		重度		中度		輕度	
	申報 院所數	申報 總天數	申報 院所數	申報 總天數	申報 院所數	申報 總天數	申報 院所數	申報 總天數
96 年	-	-	295	15,427	293	13,533	-	-
97 年	-	-	338	18,951	335	17,795	-	-
98 年	-	-	340	20,329	346	20,185	-	-
99 年	277	6,961	407	16,323	426	18,784	323	5,649
100 年	296	8,362	439	17,402	450	20,965	339	7,382
101 年	251	9,815	560	20,231	417	23,805	320	9,236
102 年	389	12,357	523	25,420	556	28,944	440	12,123
103 年	393	12,485	567	25,087	576	28,632	472	11,461
104 年	386	13,390	631	25,991	569	29,866	449	12,864
105 年	461	14,604	610	26,029	615	29,945	506	13,118
106 年第 1 季	389	3,917	543	6,889	573	7,707	418	3,611

備註：101年7月11日起施行ICF新制身心障礙鑑定與需求評估制度，身心障礙者就醫人數有大幅的變動，因ICF新制實施重新鑑定之故所影響。



3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

a.重度以上身心障礙者

年度/項目		就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
96 年	重度以上	9,572	25,653	2.68
97 年	重度以上	12,853	35,955	2.80
98 年	重度以上	14,200	40,206	2.83
99 年	重度	16,435	28,088	1.71
	極重度	5,317	13,593	2.56
100 年	重度	12,175	30,937	2.54
	極重度	5,849	16,220	2.77
101 年	重度	13,918	36,526	2.62
	極重度	6,918	18,709	2.70
102 年	重度	15,219	45,913	3.02
	極重度	7,668	23,809	3.10
103 年	重度	16,022	43,902	2.74
	極重度	8,577	23,984	2.80
104 年	重度	16,358	45,290	2.77
	極重度	8,812	25,099	2.85
105 年	重度	16,568	45,917	2.77
	極重度	9,442	26,796	2.83
106 年第 1 季	重度	8,631	11,836	1.37
	極重度	5,337	7,007	1.31

備註：99年計畫改為特定身心障礙者，適用對象為肢體障礙(限腦性麻痺)、智能障礙、自閉症、染色體異常、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙及頑固性(難治型)癲癇、植物人(100年)、罕見疾病、重度以上視覺障礙，肢障改為限重度以上(101年)、發展遲緩兒(103年)、失能老人(104年)、重度以上重要器官失去功能(105年)等身心障礙者，其餘障礙類別併入一般服務預算總額，未納入本表統計。



b. 中度身心障礙者

年度	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
96年	6,727	18,457	2.74
97年	9,014	25,071	2.78
98年	11,153	29,602	2.65
99年	11,930	30,224	2.53
100年	13,154	34,955	2.66
101年	14,576	39,493	2.71
102年	15,787	47,750	3.02
103年	17,242	46,943	2.72
104年	17,758	48,762	2.75
105年	18,153	50,107	2.76
106年第1季	8,722	12,450	1.42

備註：99年計畫改為特定身心障礙者，適用對象為肢體障礙(限腦性麻痺)、智能障礙、自閉症、染色體異常、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙及頑固性(難治型)癲癇、植物人(100年)、罕見疾病、重度以上視覺障礙，肢障改為限重度以上(101年)、發展遲緩兒(103年)、失能老人(104年)、重度以上重要器官失去功能(105年)等身心障礙者，其餘障礙類別併入一般服務預算總額，未納入本表統計。



c.輕度身心障礙者

年度/項目	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
99年	3,180	6,754	2.12
100年	3,735	8,938	2.39
101年	4,509	11,213	2.49
102年	5,216	14,713	2.82
103年	5,243	13,788	2.63
104年	5,555	15,227	2.74
105年	5,884	15,796	2.68
106年第1季	2,963	4,309	1.45

備註：99年計畫改為特定身心障礙者，適用對象為肢體障礙(限腦性麻痺)、智能障礙、自閉症、染色體異常、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙及頑固性(難治型)癲癇、植物人(100年)、罕見疾病、重度以上視覺障礙，肢障改為限重度以上(101年)、發展遲緩兒(103年)、失能老人(104年)、重度以上重要器官失去功能(105年)等身心障礙者，其餘障礙類別併入一般服務預算總額，未納入本表統計。



d.到宅牙醫醫療服務醫療利用情形

年度/項目	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
101年	11	30	2.72
102年	26	62	2.38
103年	84	149	1.77
104年	40	100	2.50
105年	142	268	1.89
106年第1季	110	127	1.15

備註：資料來源為健保申報資料



e.醫療費用利用情形 (醫療服務點數含加成)

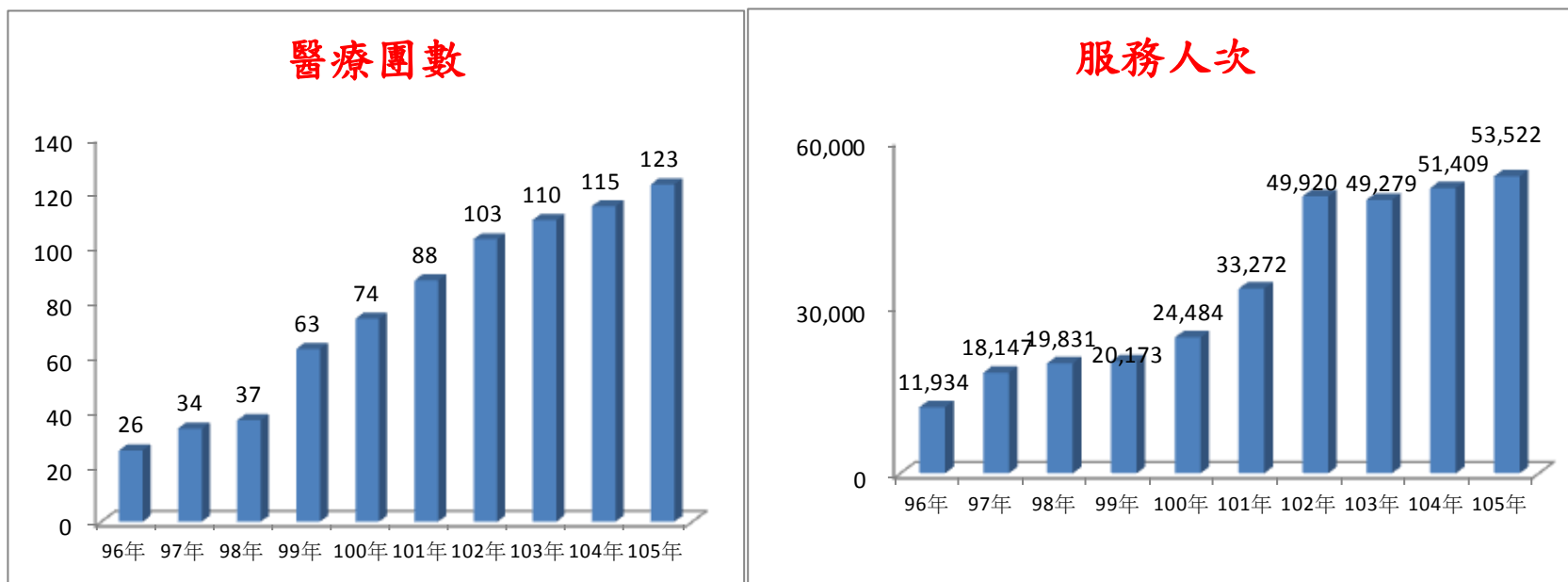
年度/項目	院 所			醫療團	合計
	重度以上	中度	輕度		
96 年	51,590,210	29,195,499	-	41,719,553	122,505,261
97 年	67,370,219	38,824,999	-	62,193,012	168,388,230
98 年	77,957,948	47,911,289	-	62,540,061	192,911,420
99 年	重度 53,065,710	42,085,449	9,116,965	94,808,901	220,437,678
	極重 21,360,653				
100 年	重度 53,559,055	45,383,795	12,216,878	128,758,929	266,699,893
	極重 26,781,236				
101 年	重度 62,574,516	52,298,821	15,420,343	150,339,210	312,111,109
	極重 31,421,219				
	到宅 57,000				
102 年	重度 64,388,808	57,042,542	19,246,519	161,914,140	337,098,548
	極重 34,388,739				
	到宅 117,800				
103 年	重度 71,221,032	62,510,920	20,992,097	169,657,830	365,041,459
	極重 38,212,020				
	到宅.特定需求者.發展遲緩兒童 2,447,560				
104 年	重度 73,291,587	65,204,961	23,211,698	180,976,566	386,976,327
	極重 41,601,564				
	到宅.特定需求者.發展遲緩兒童.失能老人 2,689,951				
105 年	重度 74,606,470	65,830,766	25,070,232	191,988,211	407,171,859
	極重 46,442,419				
	到宅.特定需求者.發展遲緩兒童.失能老人 3,233,761				
106 年 第 1 季	重度 21,146,068	17,200,571	7,067,577	47,043,037	106,792,297
	極重 13,153,702				
	到宅.特定需求者.發展遲緩兒童.失能老人 1,181,342				

備註：醫療費用為實際申報點數含加成費用，醫療團醫療費用含論次費用。



f.醫療團民眾利用情形：

96-105年醫療團執行身障機構數暨服務人次統計表

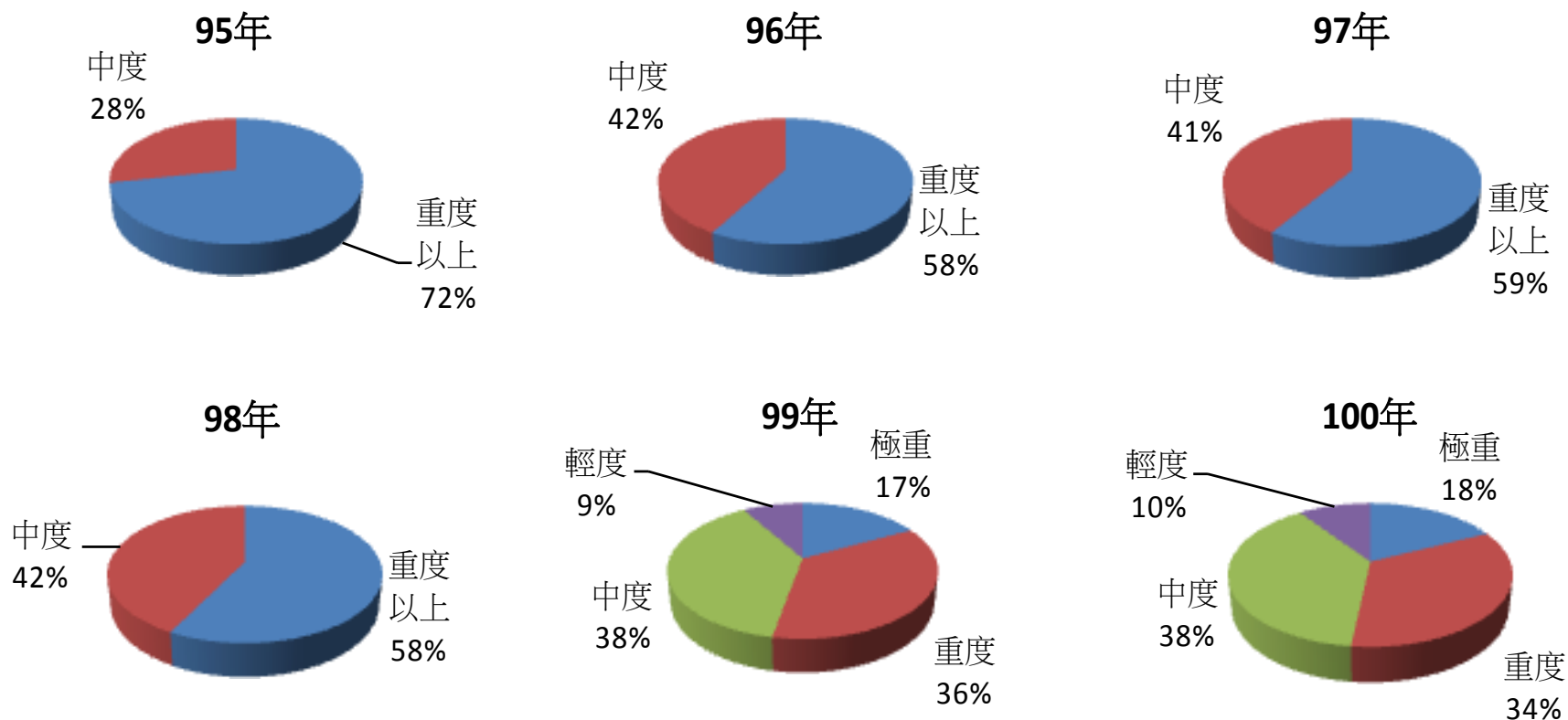


備註: 資料來源為健保申報資料



四、成效評估

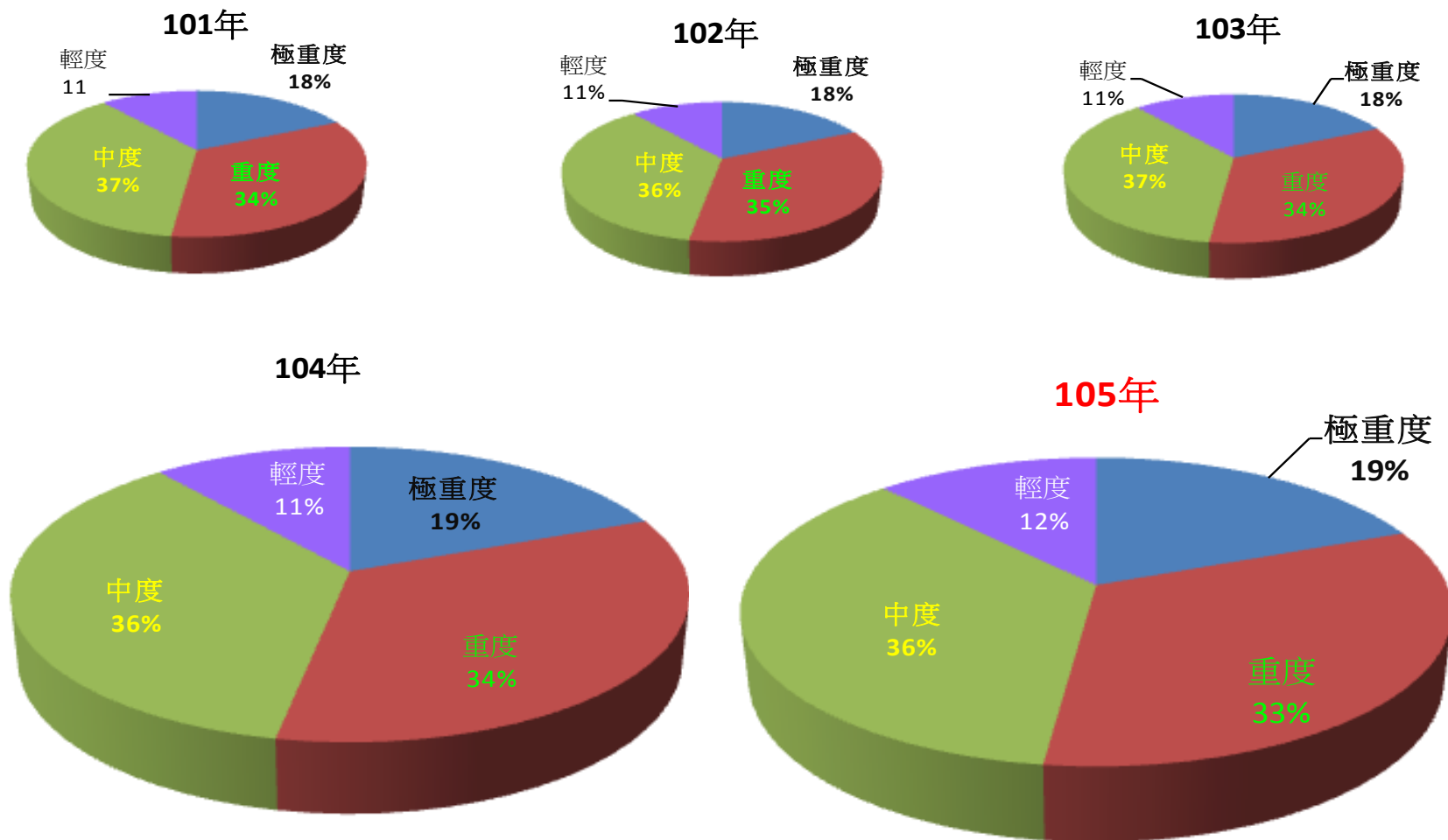
1.95-100年身心障礙者醫療利用情形



歷年服務人次重度以上超過5成



2.101-105年身心障礙者醫療利用情形



歷年服務人次重度以上超過5成、中度以上近9成



3.105年參訪活動—高醫大牙科特殊需求者門診、 紅十字會育幼中心慈暉園(高雄市)





4.105年參訪活動—衛生福利部南區老人之家與座談會





5.辦理身心障礙者機構潔牙觀摩活動



宜蘭縣105年度特殊需求學生口腔衛生潔牙競賽



105年南區特殊需求者機構潔牙觀摩會



105年桃竹苗地區特殊需求者
機構潔牙觀摩活動



105年度特殊需求者潔牙比賽
(雲林縣、嘉義縣、嘉義市)



105年高雄市特殊需求者機構
潔牙觀摩活動



7.身心障礙院所宣傳貼紙及發展遲緩兒童宣傳海報



身心障礙者 牙醫醫療服務院所

牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

請具有「肢體障礙（限腦性麻痺及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、重度以上視覺障礙、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙（需為新制評鑑為第1類及第7類）等身心障礙者，於就診時出示身心障礙手冊及告知相關身心狀況資訊，以期提供適宜醫療服務。

民眾諮詢專線 (02) 2500-0133
中華民國牙醫師公會全國聯合會



全民健康保險牙醫門診總額 特殊醫療服務試辦計畫

發展遲緩兒童 牙醫醫療服務院所

請您於就診時請出示衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書（診斷頁）或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書，以期提供適宜醫療服務。

各縣市聯合評估中心請至國民健康署
網站<http://www.hpa.gov.tw>查詢

民眾諮詢專線 (02)2500-0133
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會



早期療育 口腔健康的重要

發展遲緩與口腔健康

「發展遲緩兒童」指未滿六歲的孩子在生長與成熟的過程中，有發展速率緩慢或是順序異常的現象。更詳細的說，發展遲緩兒童係指六歲以前兒童，因各種原因（包括腦神經或肌肉神經、生理疾病、心理社會環境因素等等）所導致認知發展、生理發展、語言及溝通發展、心理社會發展或生活自理等方面，有發展落後或異常的兒童。出生到六歲是一個發展的關鍵期，希望藉由大家對於兒童早期發展的重視，來幫助可能或已經確定是特殊兒童或是遲緩兒童接受提早的醫療、教育等方式介入而更適應未來的生活。以往發展遲緩兒童之早期療育，多著重於身體及心理的發展療育，而忽略了孩子口腔健康的需求，又因為孩子的表達尚未成熟，臨床上常見因延誤治療時機而滿口爛牙的小朋友。口腔健康對孩童的營養的攝取、良好發育十分重要，因此及早養成適切的潔牙與口腔衛生習慣，給予孩童適當的口腔健康照護，定期接受牙醫師的口腔檢查與預防保健措施是我們牙醫師與家長、照護者共同的責任。

牙醫師公會全國聯合會提供全國就醫資訊
網站<http://www.cda.org.tw>特殊院所查詢





8.身心障礙者—口腔健康照護手冊



前言

依2005年調查，全國18歲以上民眾齲齒經驗指數（DMFT Index）中，身心障礙者之口腔狀況較全國民眾差，但接受治療的比率卻較低。依牙醫師公會全國聯合會辦理「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」的成果顯示，歷年就醫之身障者人口比例雖不斷攀升，但其結果仍令人不甚滿意，顯示出身障牙科醫療服務仍有很大努力的空間。

本手冊為針對身心障礙者所研發之「身心障礙者口腔健康照顧手冊」，內容包含口腔衛教、現有醫療資源、紀錄塗氟及口腔檢查之欄位等，提供身心障礙者口腔衛教資訊及呈現接受塗氟及口腔檢查的情形。期待透過口腔健康照顧手冊等資料的發放，除提供身障者及照顧者所需的衛教知能之外，也提供相關的醫療資源訊息，使有特殊需求的人士更易得到適切的服務，並且藉由就醫紀錄表格的填寫，提醒使用者定期看牙醫、做口腔檢查，以確保自身的口腔健康。





9.身心障礙課程醫師專業培訓：

提升會員醫師參與計畫意願讓醫師更了解認識身心障礙者，以期提供身心障礙者更完善的醫療服務，本會每年於各地舉辦課程，104年起除本會辦理課程之外，並與縣市公會、醫院(含示範中心)共同開課。



★台北場105/10/30-進階課程



★台中場105/10/23-基礎課程



➤ 衛生福利部所屬老人福利機構執行情形：

為因應我國高齡化所導致失能人口增加的長期照顧需求，本會於104年起特殊醫療服務計畫對象新增失能老人，將醫療服務擴大服務範圍至「衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)」，衛生福利部社會及家庭署為提昇老人口腔健康和照護，於104年起編列公益彩券回饋金補助機構設置牙科設備，設置情形如下表，另106年預計新增8家財團法人老人福利機構，目前已徵詢機構之意願，並於4月17日辦理提升老人福利機構住民口腔照護服務補助計畫說明會，後續衛生福利部社會及家庭署將進行評選與相關作業。



老人福利機構設置情形

補助年度	機構名稱	時程
104年	衛生福利部北區老人之家	104/11開始執行
	衛生福利部中區老人之家	104/12開始執行
	衛生福利部彰化老人養護中心	105/02開始執行
	衛生福利部南區老人之家	105/03開始執行
	衛生福利部東區老人之家	105/06開始執行
	衛生福利部澎湖老人之家	社家署：暫不設置
105年	財團法人台北市私立愛愛院	105/12開始執行
	財團法人臺灣基督長老教會雙連教會附設 新北市私立雙連安養中心	106/02開始執行
	財團法人台中市私立公老坪社會社利慈善事 業基金會附設台中市私立田園老人養護中心	106/02開始執行
	財團法人台灣省私立永信社會福利基金會 附設臺中市私立松柏園老人養護中心	106/04開始執行
	財團法人彰化縣私立慈恩老人養護中心	106/01開始執行
	財團法人南投縣私立南投仁愛之家	106/05開始執行



四、檢討與改善方向

- **健保IC卡註記身心障礙者障別：**可讓醫師於醫療服務提供前了解病患之特殊需求，除減低醫病關係溝通困難外亦降低病患在高度風險下接受醫療服務，進而讓身心障礙者得到更完善及專業的醫療環境，這是牙醫界的責任，也是大家共同努力的目標。
- **先天性唇顎裂及顱顏畸形患者醫療需求減少：**依本會內部的自我評估，可能是少子化，致患者人數下降，另這類患者經過早期篩檢早期治療，因此後續較不需要矯治的醫療服務。



➤ 建立身障醫療分層照護制度

推動醫療服務整合網絡，提供身心障礙者整體性、持續性、周全性的全方位醫療照護服務網，以提昇醫療服務品質。





➤ 轉診加成：

關於轉診加成之機制，感謝健保署及各界支持，於105年支付項目新增「身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用」，另原轉診加成辦法修訂至支付標準表通則後，亦將本計畫執行點數納入加成範圍，逐步提高執行本計畫之誘因。



➤ 人力問題：

1. 身心障礙福利機構經本會十餘年的努力之後，均肯定口腔健康的重要性並尋求口腔照護的醫療服務，但是欲增加適當醫療服務的醫事人力尚須大幅的努力；且除了醫師提供醫療外，由於患者本身抗拒或不理解、溝通困難，需要家長或是機構裡的照護人員提供協助，惟機構於輔助人力、配合上仍顯不足。
2. 整體執行醫師人力下降，醫療團之執行院所數持續上升，可能因素是相對於醫療風險、設備、人力，目前給付上的鼓勵仍不足，所以院所增加速度緩慢，為了提昇服務的廣度及醫療的便利性，此項計畫持續推廣是必須要突破的重要課題。



➤ 未來計畫執行和改進：

1. 持續努力推動到宅牙醫醫療服務：

自於100年起至今，到宅牙醫醫療服務內容已經過多次的修訂，**簡化相關流程**，修訂支付方式、**提高計畫執行誘因**，並**放寬執行醫師資格**，執行醫師數與院所數均持續增加中，感謝各界的支持與協助，期待未來能持續有更多醫師加入提供服務的行列，使身障者得到更多的醫療照護。



2. 本會雖然努力推動於身心障礙福利機構、啟智(特教)學校及未設牙科精神科醫院、老人福利機構等單位成立醫療團，截至105年為止已設置完成123個醫療團提供牙醫醫療服務，但多數身心障礙者仍在家裡或長照機構內，外出就醫十分不便，醫療服務應擴大服務目前計畫不適用的機構或與縣市政府結合醫療資源固定到社區巡迴點，提供無法或不便外出就醫之身心障礙者醫療服務，未來更可規劃結合機構與醫療院所配合提供經常性的身心障礙特別門診服務。



3. **失能老人執行狀況檢討：**為因應我國高齡化所導致失能人口增加的長期照顧需求，本計畫適用對象**104年起新增失能老人**，並於擴大服務範圍至衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)，至今成立之醫療團**共11個**；另到宅醫療之失能老人須為各縣市長期照顧管理中心核定之個案，本會曾於**104年函請全國各縣市照管中心協助轉介轄區內失能老人個案申請牙醫醫療服務**，服務人數已逐漸成長。



4. 本計畫自99年起適用對象限縮為特定之特殊障別，這些障別都是醫療風險高、難度高，以現有的加成鼓勵方式事實上仍是明顯誘因不足，建議未來計畫能提高加成成數，且應擴大服務障別，以維護身心障礙者就醫權益。
5. 本會將持續與身心障礙者相關學會召開專家會議，共同研討計畫執行的問題與實際之困難，修訂計畫內容與照護方式，期能使計畫執行方式更貼近身心障礙者之需求，提高身心障礙者之就醫可近性。



6. 因應高齡化社會的來臨，如何將牙醫醫療服務社區化，以滿足民眾之需求，將是牙醫界未來重要之課題，本會將持續與政府部門、專家學者進行研議，期能創造民眾、政府、牙醫界三贏的局面。



六、106年計畫修正重點

1. 於106年計畫提高極重度及重度身障患者之支付成數，期能提高誘因並使醫師獲得合理的給付。
 - 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：**極重度**身障患者得加**9成**、**重度**患者得加**7成**、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加3成、輕度患者（含失能老人）得加1成。
2. **新增服務對象且簡化到宅牙醫醫療之申請流程及資料**，期能使患者能更快獲得醫療照護。



六、106年計畫修正重點(續) (計畫條文)

1.到宅牙醫醫療服務對象須符合下列條件之一：

1) 符合本計畫之特定身心障礙類別(且同時符合下列條件)：

A.病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。

B.有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。

2) 屬「失能老人長照補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之患者。

3) 屬全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象且符合上列(1)或(2)者。



六、106年計畫修正重點(續) (計畫條文)

2. 符合本計畫到宅牙醫醫療服務之適用對象首次接受訪視或醫療服務時，由醫師提出申請，經牙醫全聯會核可者，始得至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務，醫療費用須帶回執業登記院所申報。
3. 訪視費項目（支付標準編號為P30006）：醫師為評估患者是否符合到宅牙醫醫療條件，於本計畫收案前訪視該患者得申報本項費用，惟須經牙醫全聯會核可，方可執行；每一個案訪視費用1553點，每年限申報一次，並不得再依身障等級別計算加成費用。申報本項費用時，應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由，訪視醫師以本保險特約醫事服務機構之醫師為限。



參、牙周病統合照護計畫



大綱

- 一、預算執行數及執行率
- 二、目標達成情形
- 三、執行概況及結果
- 四、成效評估
- 五、檢討及改善方向
- 六、106年計畫修正重點



一、預算執行數及執行率

年度	預算數(百萬)	執行數(百萬)	執行率(%)	支應項目
99年	384.3	66.9	17.4	第1~3階段
100年	384.3	225	58.55	第1、2階段
101年	384.3	484.6	126.09	第1、2階段
102年	452.3	556.6	125.27	第1、2階段
103年	680	749.4	110.21	第1、2階段
	164.6	276.5	167.95	第3階段
104年	850	857.3	100.86	第1、2階段
	244.6	317.4	129.77	第3階段
105年	884	1,050.2	118.8	第1、2階段
	330.9	394.3	119.15	第3階段
106年 第1季	1,088	285.4	26.43	第1、2階段
	415.6	107.6	25.88	第3階段

備註：(1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

(2)99年度預算執行數為第1~3階段（P4001C~P4003C）申報點數加總。

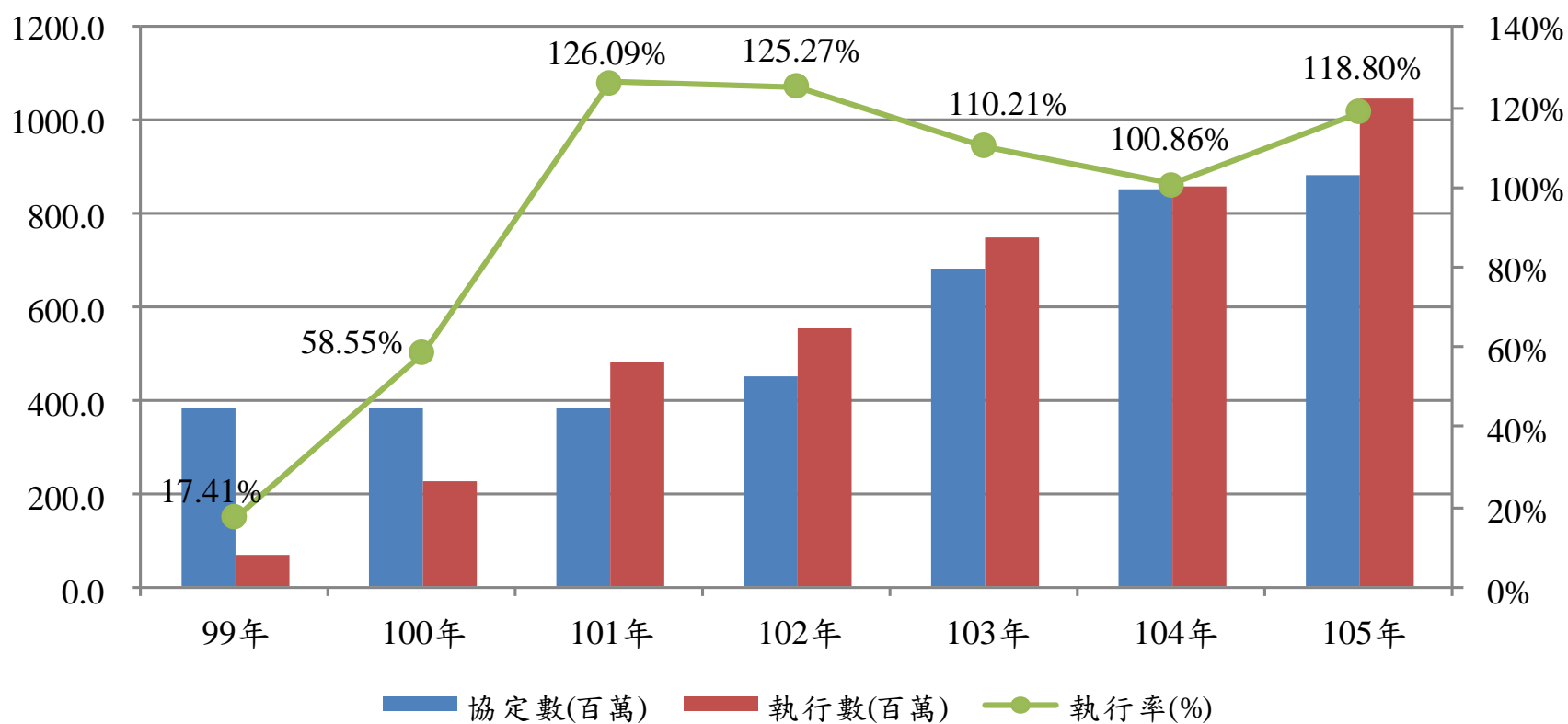
(3)100-102年度協定之費用僅支應第1、2階段（P4001C及P4002C），另第3階段（P4003C）由一般預算支應，故100-102年度預算執行數僅計算P4001C及P4002C申報點數加總。

(4)103年度起考量第3階段專款費用不足協定費用分列兩項，本會與健保署協商由一般服務預算移撥支應，103年移撥78.1百萬、104年移撥60.5百萬支應、105年移撥70.3百萬支應、106年移撥65.0百萬支應，故第3階段全年經費103年242.7百萬、104年305.1百萬、105年330.9百萬、106年415.6百萬。

(5)106年度評估以第1、2階段執行率推估之費用不足協定之費用分列兩項，本會與健保署協商由一般服務預算移撥支應，106年移撥45.6百萬，故第1、2階段全年經費106年1,088百萬元。



歷年預算執行數與執行率





二、目標達成情形

本計畫以第2階段及第3階段照護人次為執行目標，歷年目標、執行件數、執行率如下。

年度	第2階段 (P4002C)			第3階段 (P4003C)		
	目標	執行件數	執行率	目標	執行件數	執行率
99年	63,200	8,224	13.01%	-	4,103	-
100年	56,800	32,667	57.51%	-	24,993	-
101年	56,800	70,345	123.85%	-	53,390	-
102年	66,800	82,487	123.48%	-	65,857	-
103年	100,000	109,244	109.24%	70,000	86,379	123.40%
104年	125,000	124,902	99.92%	90,000	99,194	110.22%
105年	130,000	153,232	117.87%	95,000	123,210	129.69%
106年第1季	150,000	41,632	27.75%	110,000	33,613	30.56%

備註：資料來源為衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。



三、執行概況及結果

(一) 計畫執行統計-105年度

分區別	申請醫令數			申請點數			件數 配額	執行 率(%)
	P4001C	P4002C	P4003C	P4001C	P4002C	P4003C		
台北	63,366	61,984	49,500	114,058,800	309,920,000	158,400,000	47,623	130.16%
北區	24,399	23,762	18,653	43,918,200	118,810,000	59,689,600	20,334	116.86%
中區	24,924	24,195	19,481	44,863,200	120,975,000	62,339,200	23,614	102.46%
南區	19,296	18,556	15,355	34,732,800	92,780,000	49,136,000	17,163	108.11%
高屏	23,398	22,388	18,223	42,116,400	111,940,000	58,313,600	18,549	120.69%
東區	2,397	2,347	1,998	4,314,600	11,735,000	6,393,600	2,717	86.39%
全國	157,780	153,232	123,210	284,004,000	766,160,000	394,272,000	130,000	117.87%

備註：(1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

(2) **人次執行率**：第2階段執行153,232人次，執行率117.87%，相較99年8,224人次、100年32,667人次、101年70,345人次、102年82,487人次、103年109,244人次、104年124,902人次，逐年穩定上升。
(105年照護人次以達成第2階段130,000人次及第3階段95,000人次為執行目標)

(3) **第1、2階段費用執行率**：執行1,050,164,000，**執行率118.80%**。（105年度第1、2階段全年經費884.0百萬，為專款預算）

(4) **第3階段費用執行率**：執行394,272,000，**執行率119.15%**。（105年第3階段專款預算260.6百萬，考量費用不足，本會與健保署協商由一般服務預算移撥70.3百萬支應，全年經費共330.9百萬。）

(5)各分區執行之件數配額以103年R值分配。



三、執行概況及結果

99年第1~3階段扣款318.2，100年1、2階段未支應159.3百萬元。故不列入下列計算。

年度	項目	預算件數	執行件數	執行數	總預算數 (百萬)	總執行數 (百萬)	不足款項 (百萬)	協定費用 支應項目
101	P4001		73,804	132,847,200	384.3	484.6	100.3	第1、2階段
	P4002	56,800	70,345	351,725,000				
102	P4001		85,656	154,180,800	452.3	556.6	104.3	第1、2階段
	P4002	66,800	82,487	412,435,000				
103	P4001		112,976	203,356,800	680.0	749.4	69.4	第1、2階段
	P4002	100,000	109,244	546,220,000				
104	P4001		129,342	232,815,600	850.0	857.3	7.3	第1、2階段
	P4002	125,000	124,902	624,510,000				
105	P4001		157,780	284,004,000	884.0	1050.2	166.2	第1、2階段
	P4002	130,000	153,232	766,160,000				
小計	P4001				3250.6	3698.1	447.5	
	P4002							
年度	項目	預算件數	執行件數	執行數	總預算數 (百萬)	總執行數 (百萬)	不足款項 (百萬)	協定費用 支應項目
100	P4003		24,993	82,367,800		82.4	82.4	
101	P4003		53,390	170,848,000		170.8	170.8	-
102	P4003		65,857	210,742,400		210.7	210.7	-
103	P4003		86,379	276,412,800	164.6	276.5	111.9	第3階段
104	P4003	90,000	99,194	317,420,800	244.6	317.4	72.8	第3階段
105	P4003	95,000	123,210	394,272,000	330.9	394.3	63.4	第3階段
小計	P4003				740.1	1,452.2	712.1	
年度	項目	預算件數	執行件數	執行數	總預算數 (百萬)	總執行數 (百萬)	不足款項 (百萬)	
總計	三階段	-	-	-	3,990.7	5,150.3	1,159.6	



106年1-4月

分區別	申請醫令數			申請點數			件數 配額	執行率(%)
	P4001C	P4002C	P4003C	P4001C	P4002C	P4003C		
台北	23,431	22,886	18,230	42,175,800	114,430,000	58,336,000	55,084	41.55%
北區	9,095	8,856	7,092	16,371,000	44,280,000	22,694,400	23,616	37.50%
中區	8,854	8,594	6,853	15,937,200	42,970,000	21,929,600	27,205	31.59%
南區	6,701	6,403	5,481	12,061,800	32,015,000	17,539,200	19,688	32.52%
高屏	8,214	7,942	6,496	14,785,200	39,710,000	20,787,200	21,306	37.28%
東區	1218	1205	934	2,192,400	6,025,000	2,988,800	3,101	38.86%
全國	57,513	55,886	45,086	103,523,400	279,430,000	144,275,200	150,000	37.26%

備註：(1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

(2) **人次執行率**：第二階段(P4002C)執行55,886人次，執行率37.26%，**推估全年執行率111.77%，相較105年1-4月執行46,006件提升(成長率21.5%)**。第三階段(P4003C)執行45,086人次，執行率40.99%，**推估全年執行率122.96%**。(106年照護人次以達成第2階段150,000人次及第3階段110,000人次為執行目標)

(3) **第1、2階段費用執行率**：執行382,953,400，**執行率35.46%，推估全年執行率106.38%**。
(106年度第1、2階段全年經費10.880億元，其中10.424億元為專款預算，考量費用不足，本會與健保署協商由一般服務預算移撥0.456億元支應。)

(4) **第3階段費用執行率**：執行144,275,200，**執行率34.71%，推估全年執行率104.14%**。(106年第3階段專款預算3.506億元，考量費用不足，本會與健保署協商由一般服務預算移撥0.650億支應，全年經費共4.156億元。)

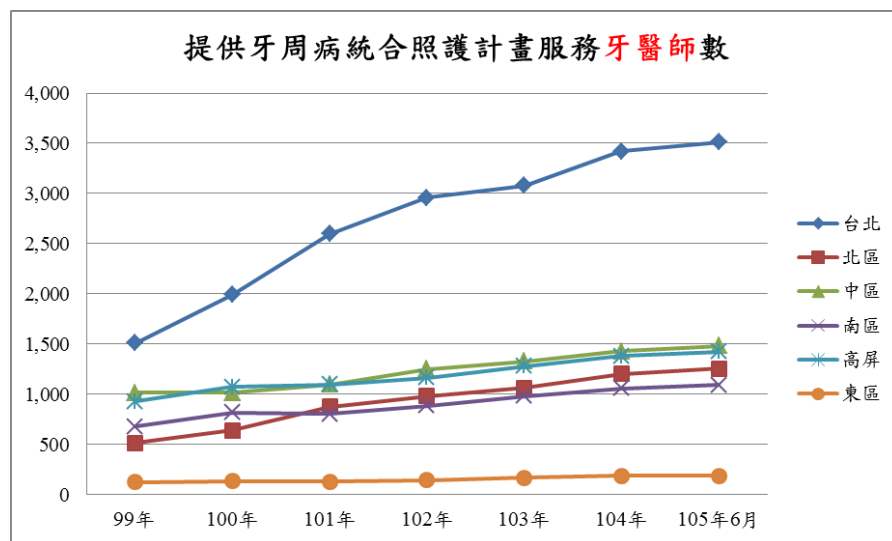
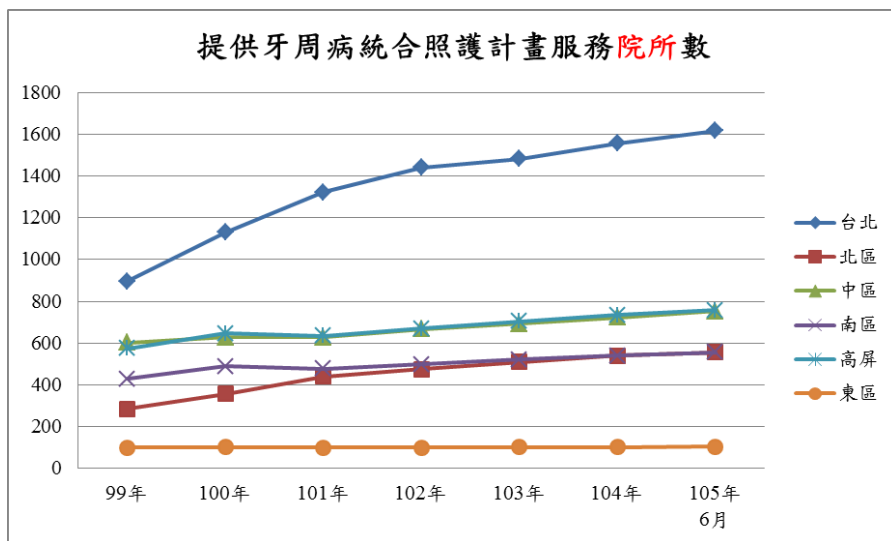
(5)各分區執行之件數配額以104年R值分配。



(二)歷年醫療服務提供情形

－ 提供牙周病統合照護計畫服務院所、牙醫師數統計

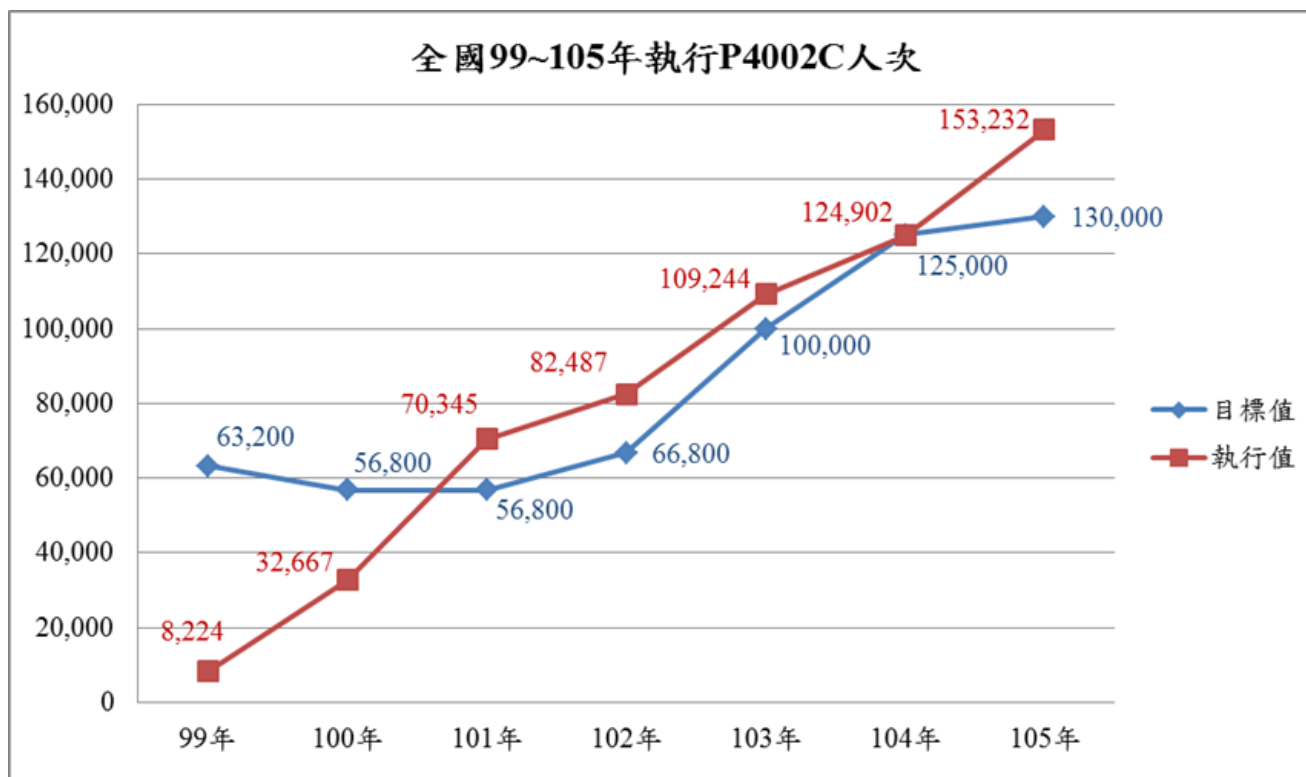
自105年7月1日起簡化牙醫師因執業執照異動無需再行函報核定作業，配合本項行政措施的推動，牙周病統合照護計畫服務院所及牙醫師數，歸戶採以執登院所計算，其各分區支援院所數、醫師數則未納入。截至106年5月止，提供牙周病統合照護計畫服務院所共4,151家及牙醫師數共8,104人。





(三) 歷年醫療利用情形

- 99~105年民眾利用情形如下(以P4002C執行件數認定)，自99年計畫開始迄今民眾利用率逐漸提升。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。



(四)其他執行事項

1.舉辦教育訓練：

至今共辦理106場次



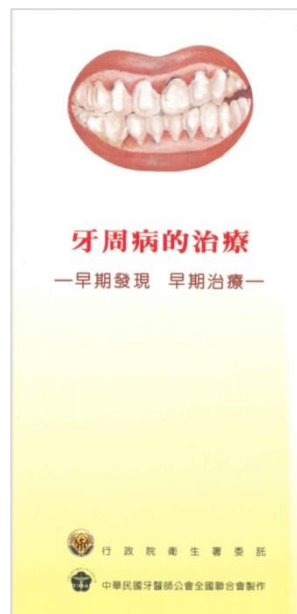
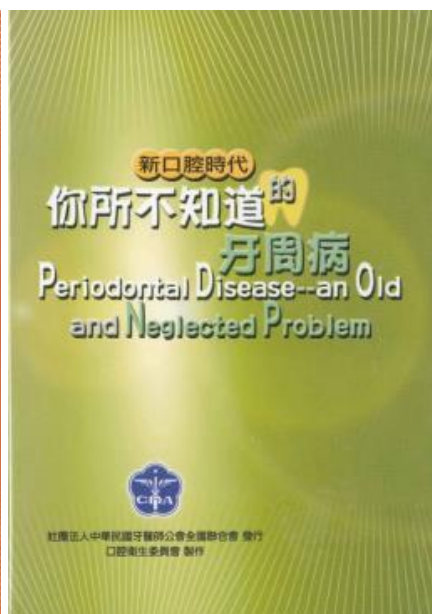
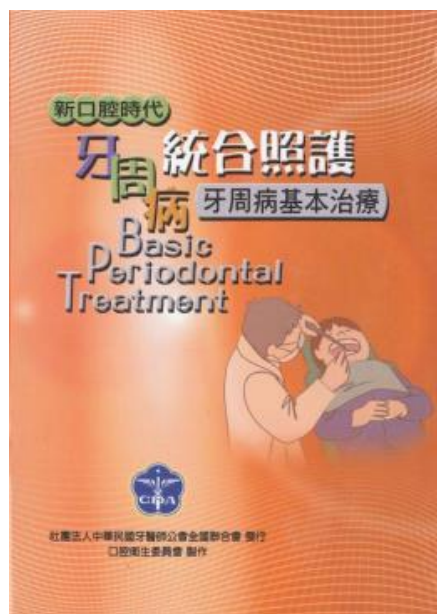
- 2. 提供牙周照護手冊：
已出版3版





(四)其他執行事項

3.製作教育光碟並刊登於本會網站



4.院所張貼識別貼紙

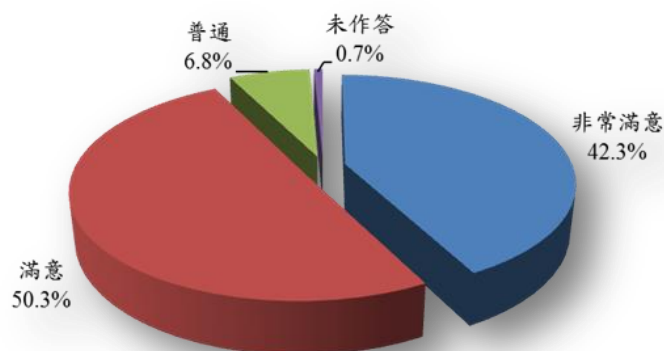




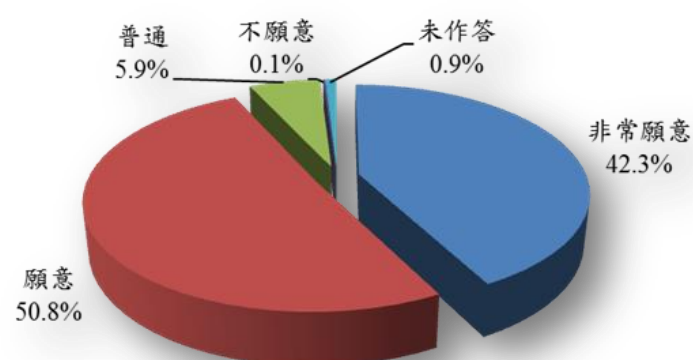
四、成效評估

(一) 民眾滿意度評估 (樣本數：977份)

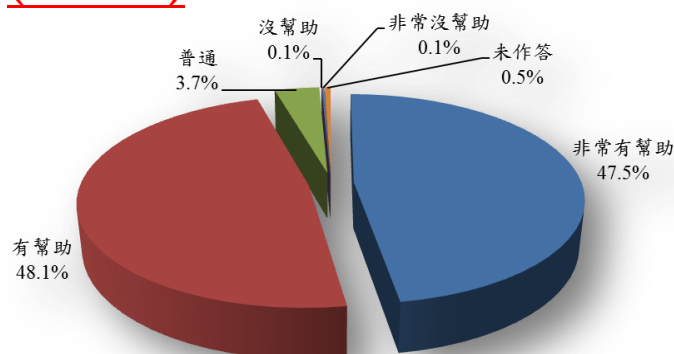
整體滿意度(92.53%)



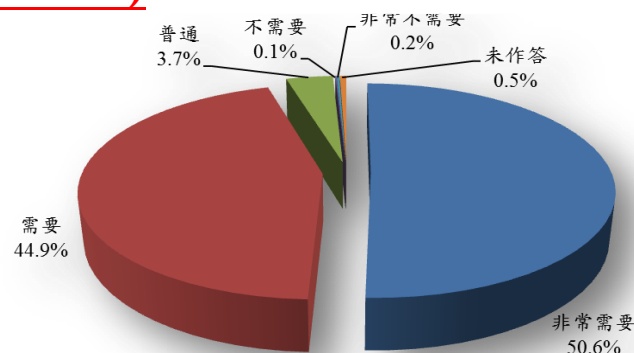
願意親友接受此項計畫(93.04%)



對牙周/國民口腔健康有幫助 (95.60%)



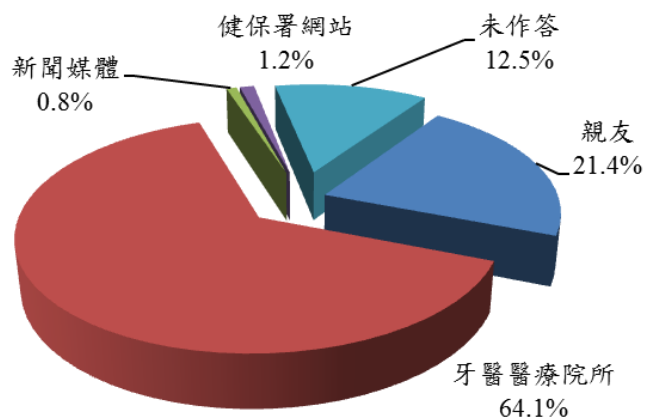
推動本計畫促進國民口腔健康 (95.49%)



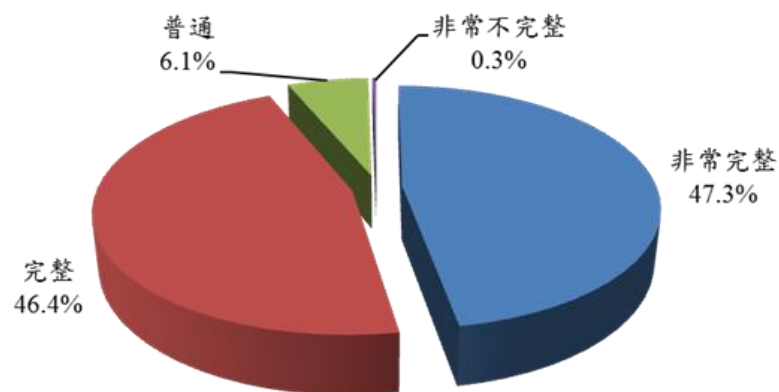


治療前已知道此計畫 (60.70%)

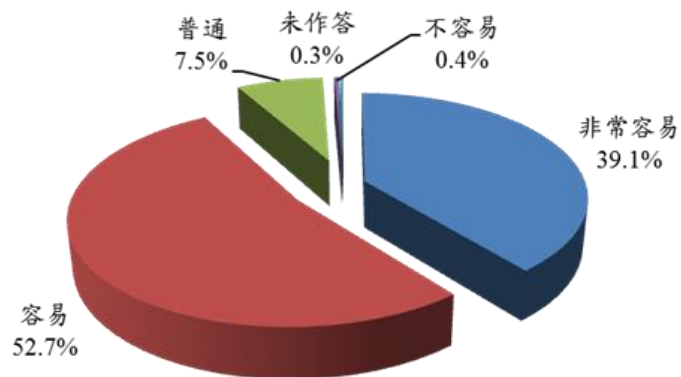
管道來源：



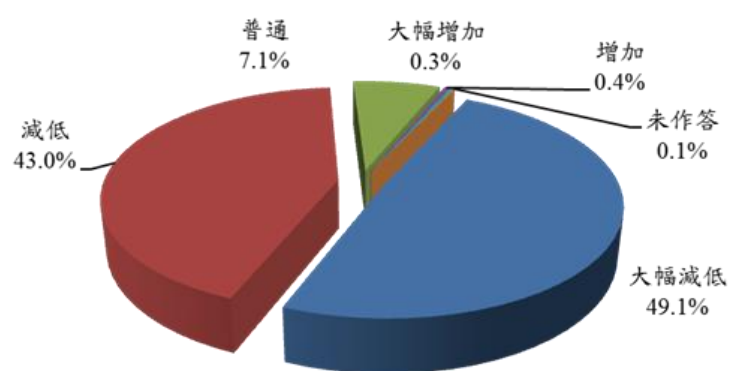
牙醫師說明清楚、明白 (93.24%)



更容易瞭解牙周疾病 (91.81%)

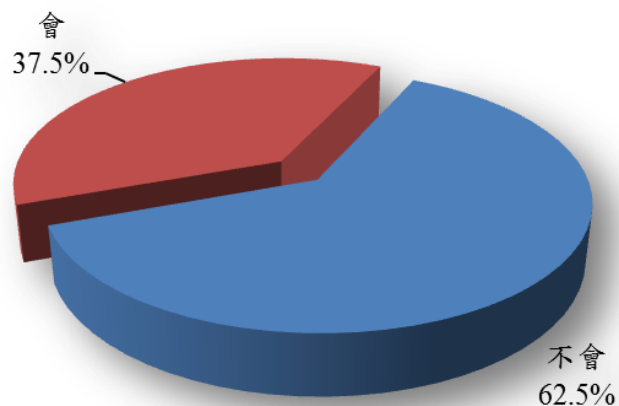


減低治療前不舒服之症狀 (92.12%)

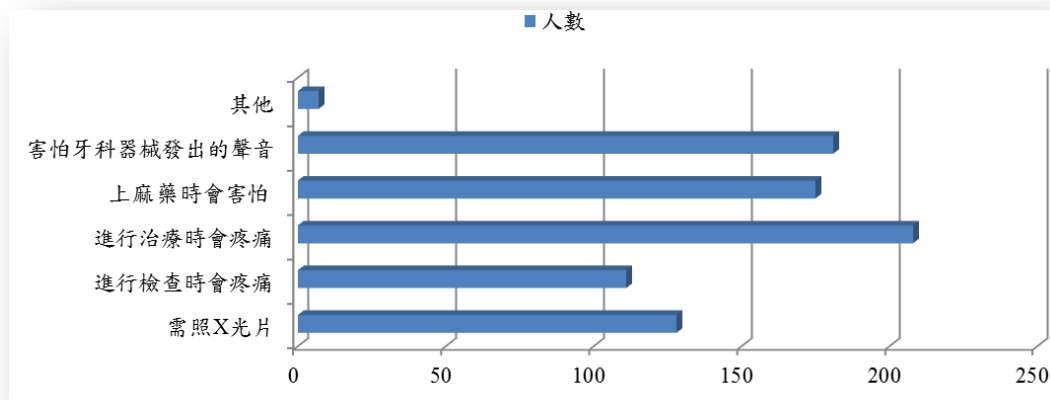




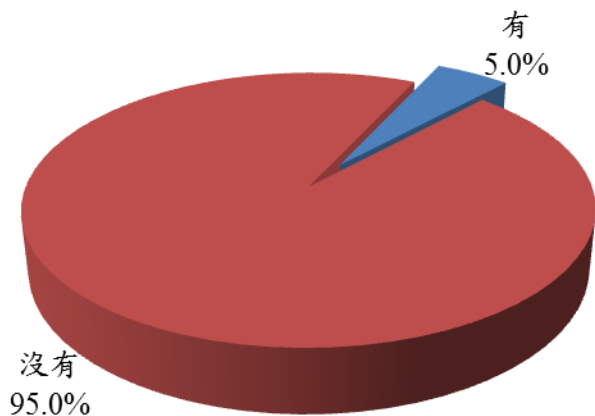
治療過程是否不舒服(62.54%)



不舒服原因



自付其它費用(5.02%)



自付費用項目

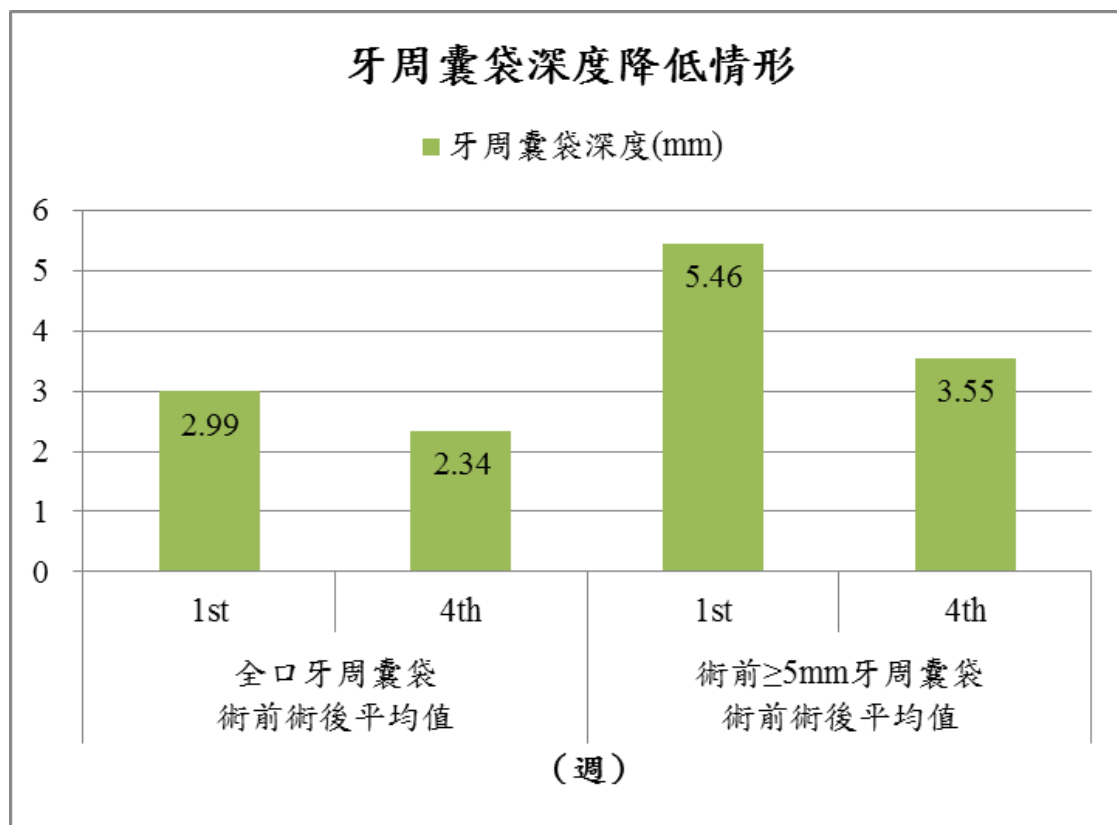
項目	人數
牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠	30
因美容目的而作的牙周整形手術	2
牙周組織引導再生手術（含骨粉、再生膜）	17



四、成效評估

(二) 牙周健康狀況改善情形(樣本數：994份)

牙周囊袋深度降低情形



備註：牙周病囊袋探測深度代表牙周病病情的嚴重度，健康的牙周囊袋深度應在3mm以下，牙周囊袋深度愈高則表示病情較重。牙周囊袋深度降低的情形，臨床上代表牙周病病情的改善狀況。

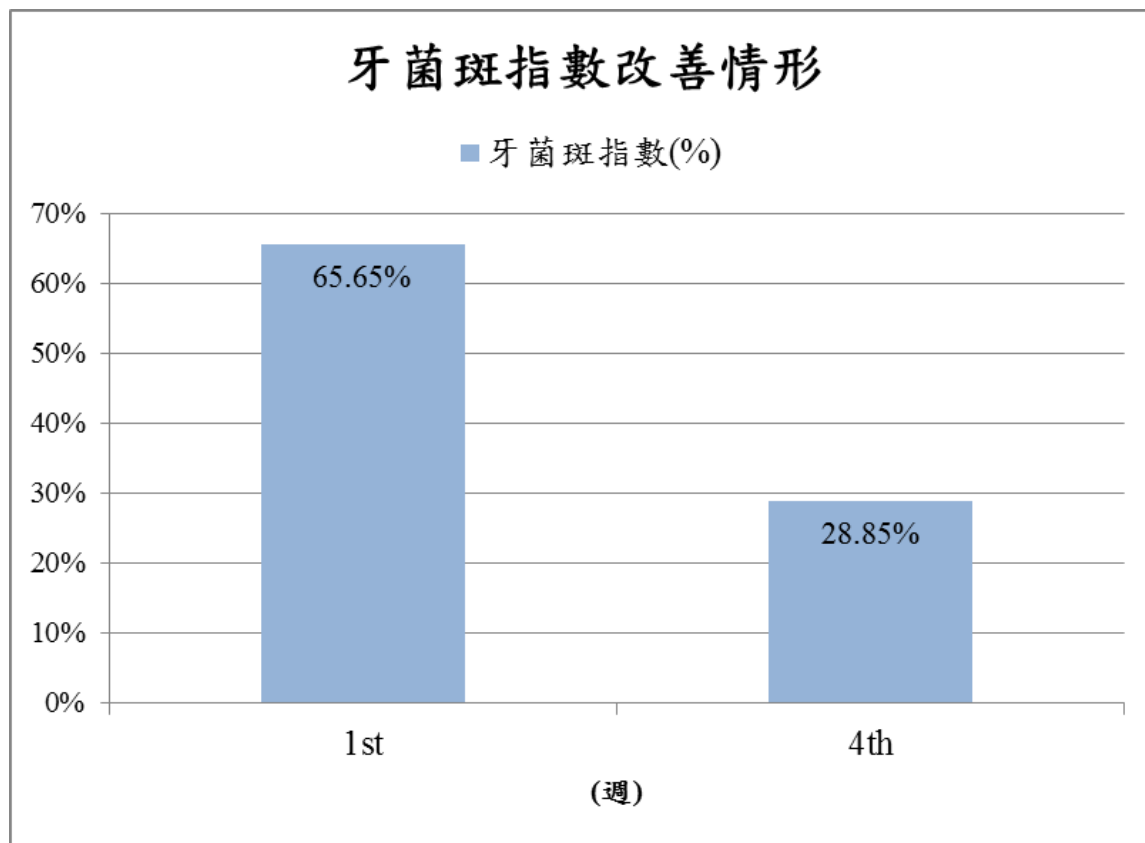


牙周囊袋深度降低情形（性別、年齡）

類別		全口牙周囊袋				術前 $\geq 5\text{mm}$ 牙周囊袋			
		術前術後平均值				術前術後平均值			
		術前 (mm)	術後 (mm)	降低 (mm)	改善 比率	術前 (mm)	術後 (mm)	降低 (mm)	改善 比率
性別	男	3.02	2.37	0.65	21.47%	5.45	3.56	1.89	34.68%
	女	2.97	2.31	0.67	22.40%	5.47	3.54	1.93	35.21%
年齡	未滿30歲	3.03	2.5	0.53	17.59%	5.42	3.7	1.72	31.74%
	30~39歲	3.02	2.3	0.72	23.85%	5.34	3.38	1.95	36.62%
	40~49歲	3.06	2.38	0.68	22.31%	5.48	3.62	1.86	33.89%
	50~59歲	2.99	2.36	0.64	21.22%	5.51	3.57	1.94	35.27%
	60歲以上	2.88	2.26	0.61	21.37%	5.46	3.56	1.9	34.80%



牙菌斑指數改善情形



備註：牙菌斑指數代表牙周病患本身的口腔清潔能力，牙菌斑指數較高代表病患維持牙周健康的能力較差，未來有較高的牙周病復發與較大的牙周破壞傾向。治療後牙菌斑指數降低代表未來病患可能有較低的牙周病復發機會與較少的牙周破壞情況。



牙菌斑指數改善情形（性別、年齡）

類別		術前	術後	改善率
性別	男	66.27%	28.28%	37.98%
	女	65.10%	29.35%	35.75%
年齡	未滿30歲	57.99%	31.16%	26.83%
	30~39歲	64.99%	27.21%	37.77%
	40~49歲	66.98%	31.35%	35.63%
	50~59歲	64.98%	27.24%	37.74%
	60歲以上	66.22%	29.09%	37.13%



未接受
潔牙指導

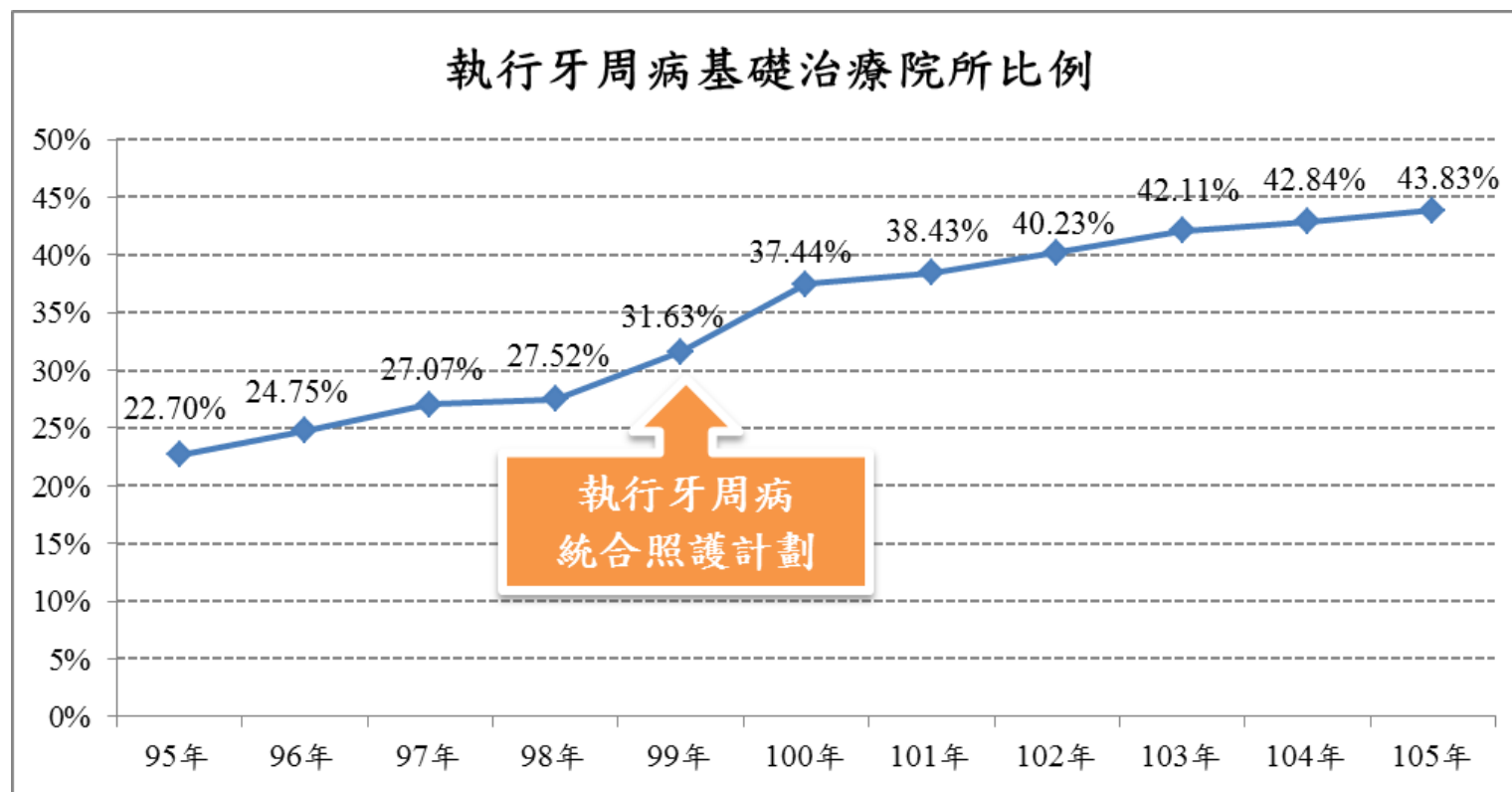


接受
潔牙指導



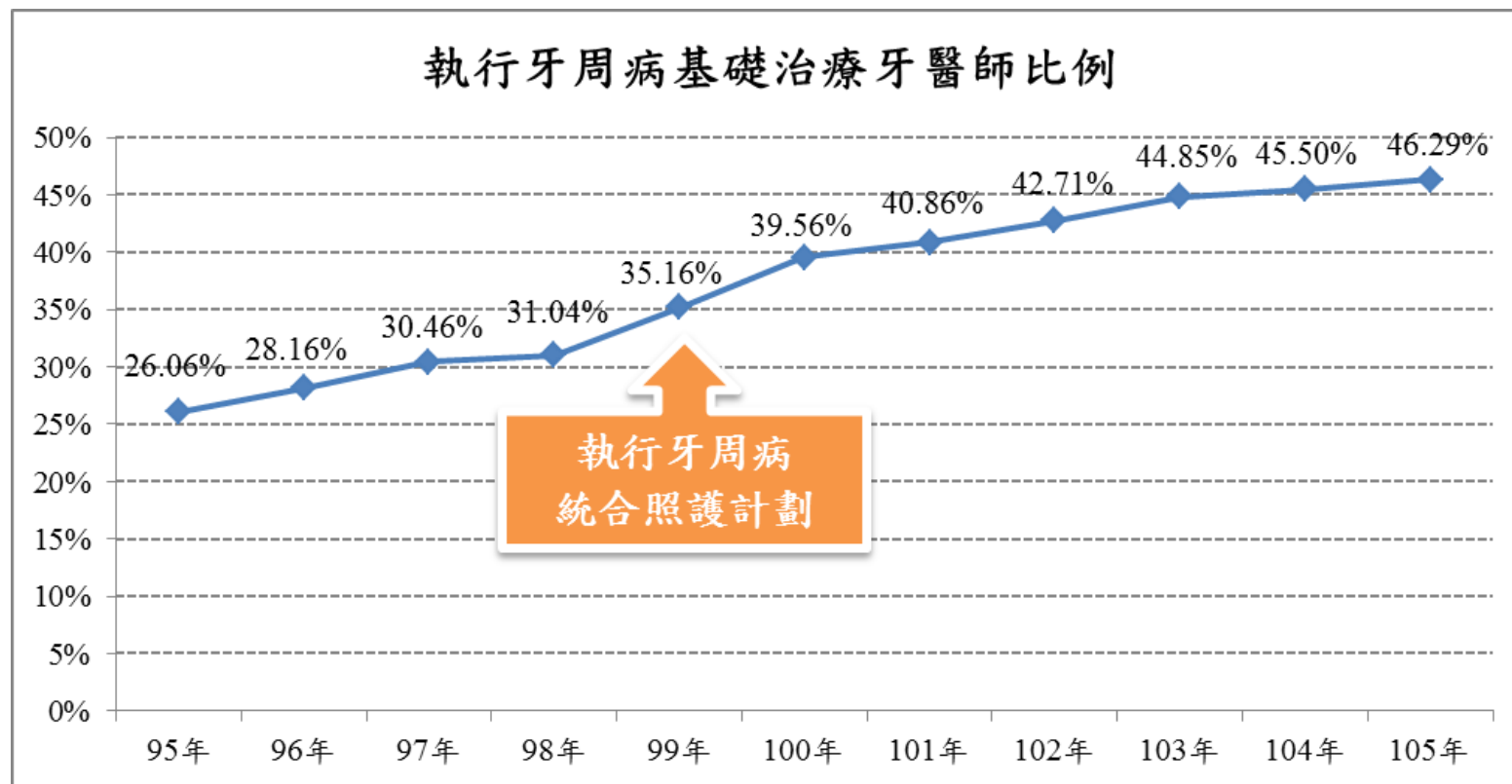


(三)提升國內牙周病基礎治療率：97年至105年牙周病基礎治療(91006C、91007C、P4001C、P4002C、P4003C)院所執行情形如下





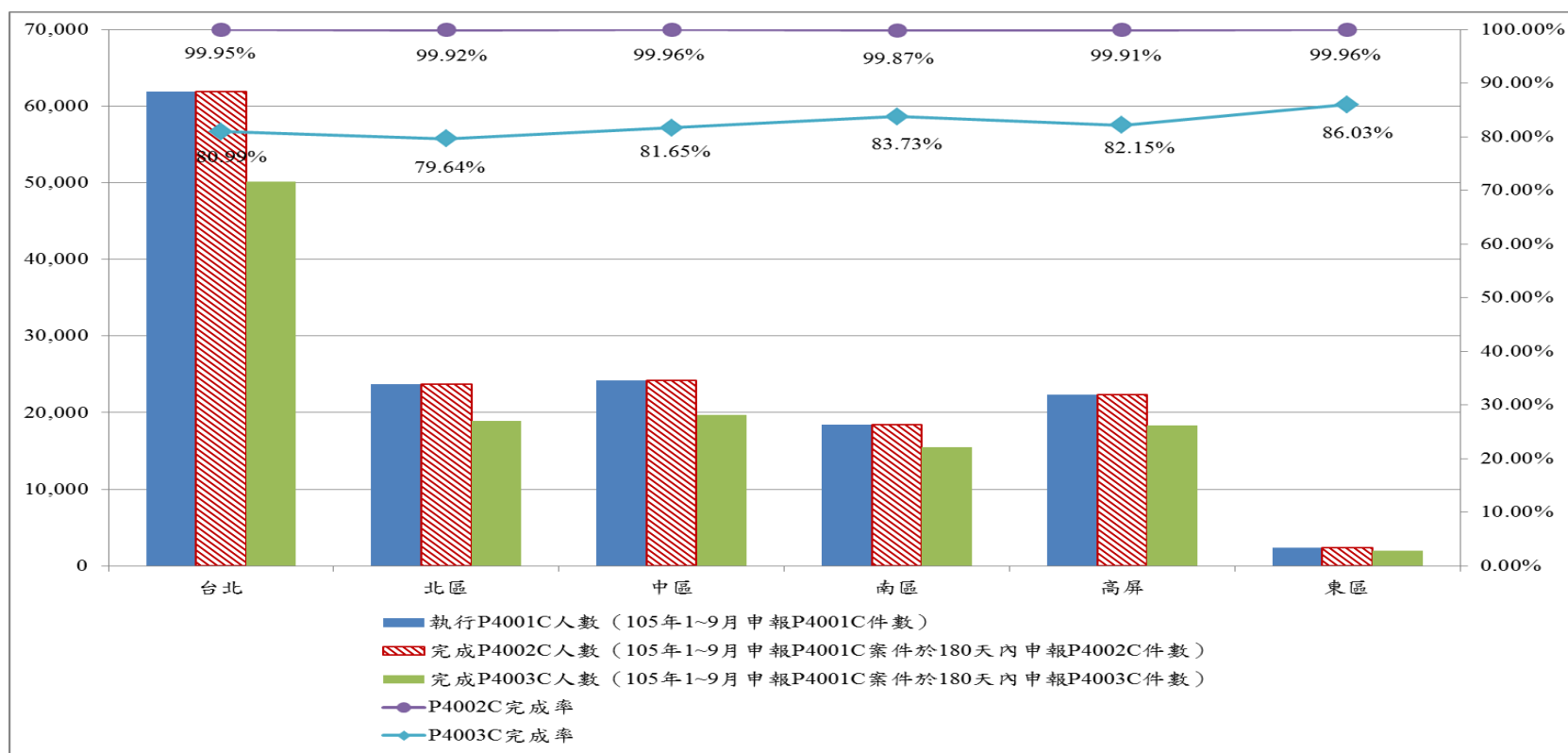
(三)提升國內牙周病基礎治療率：97年至105年牙周病基礎治療(91006C、91007C、P4001C、P4002C、P4003C)牙醫師執行情形如下





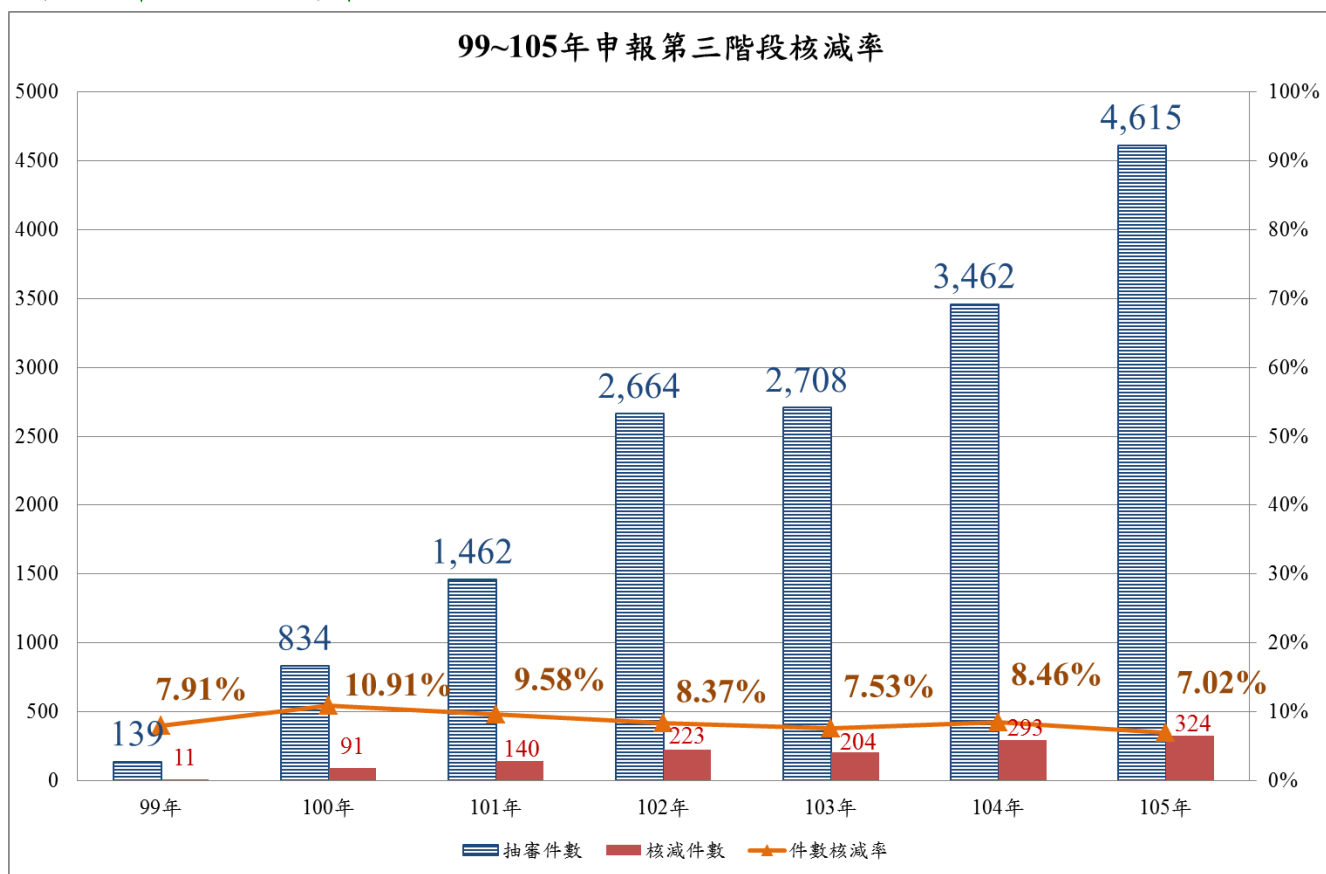
(四)評估指標項目及數值

1. **完成率**：醫師申報第一階段後，申報第二、三階段之比例如下，分析患者未完成療程可能原因有：A. 患者自覺症狀改善毋須再回診；B. 患者時間無法配合(出國或在外地工作或離開本地)；C. 患者牙周狀況改善情形未達本計畫規定





2. **申報第三階段件數核減率**：本統計係初核核減率，本會經與各區審查醫藥專家確認，多為院所送審資料檢附不全等行政疏失，因其不影響醫療品質，故本會已明定凡檢查表屬行政可補正之範圍，院所經補正即可補付；若非行政補正範圍，則請分會宣導會員醫師謹慎收案並執行，期能降低核減率。





3. 本計畫之施行對象跨院所執行91006C~91007C之比例：重新再治療比例極低

分區別	105年1~9月申報 P4001C及P4002C件數	105年1~9月申報 P4001C及P4002C之患 者，於180天內跨院 接受91006C~91007C 件數	百分比
台北	61,862	447	0.72%
北區	23,713	97	0.41%
中區	24,171	233	0.96%
南區	18,433	146	0.79%
高屏	22,339	115	0.51%
東區	2,354	3	0.13%
全國	152,840	1,041	0.68%

備註：1. 資料來源為衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

2. 統計105年1~9月執行P4001C及P4002C者，自P4001C起180天內跨院接受齒齦下刮除(91006C~91007C)件數。



(四)台灣實施牙周統合照護計畫之療效探究^{*註}

詹前隆、游慧真、連新傑與黃啟祥（2015）發表「台灣實施牙周統合照護計畫之療效探究」，採Logistic迴歸觀察實驗組與對照組在牙周治療一年半(545天)之再治療Retreatment、根管治療Endodontics、牙體復形Operative dentistry及拔牙dental extraction等4項預後指標，是否有較好的表現，結果發現除了牙體復形的發生狀況在實驗組與對照組間沒有明顯差異外，其他三項指標實驗組都呈現較低的發生狀況。該研究結果與本會專案計畫執行成果報告，牙菌斑控制後的結果是吻合的。

項目	合計		實驗組		對照組	
	人數(占率)/		人數(占率)/		人數(占率)/	
	平均(標準差)		平均(標準差)		平均(標準差)	
合計人數	172,082	100.00%	65,342	100.00%	106,740	100.00%
治療後結果指標						
再治療	19,856	11.54%	4,403	6.74%	15,453	14.48%
根管治療	37,515	21.80%	13,310	20.37%	24,205	22.68%
牙體復型	98,344	57.15%	37,330	57.13%	61,014	57.16%
拔牙	49,043	28.50%	16,644	25.47%	32,399	30.35%

*註：Chan CL, You HJ, Lian HJ, Huang CH: Patients receiving comprehensive periodontal treatment have better clinical outcomes than patients receiving conventional periodontal treatment. J Formos Med Assoc. 2016; 115(3):152-62.



(五) A comprehensive periodontal treatment project: The periodontal status, compliance rates, and risk factors^{*註}

黃國精、賴昭翰、黃瓊芳與呂炫堃（2016）發表，此研究是利用回溯性的方式，追蹤比較回診制度建立後，結合回診制度與牙周病統合照護計畫和回診制度與傳統牙周病治療的病人治療臨床結果。

161位回診追蹤病人，接受過完整的牙周治療，在平均追蹤3.8年後，有定期回診(n=94)相較於沒定期回診(n=67)的組別，在臨床參數上有顯著的改善。而有接受牙周統合照護計畫(n=46)相較於牙周傳統治療(n=48)的病人，有較多淺的牙周探測深度(PPD)分佈，較少的探測出血點(BOP)，較低的牙菌斑控制指數(PCR)，及較少的牙齒喪失數(TL)。

研究顯示定期回診並接受牙周病統合照護計畫的患者，在相關的治療臨床指數上都得到較好的療效，符合牙周病統合照護計畫內容定期回診追蹤機制重要性。

^{*註}：Huang KC, Lai CH, Huang CF, Lu HK: A comprehensive periodontal treatment project: The periodontal status, compliance rates, and risk factors. Journal of Dental Sciences. 2016; 11(2):182-88.



(六) 牙周炎患者照護介入與成效評估^{*註}

謝佩勳、蔡雅安、李幸諭、林怡君、李如芳臺北業務組醫療費用三科，發表署內自行研究計畫「牙周炎患者照護介入與成效評估」

採2011-2012年接受第一階段照護之病患排除相關條件後，分為對照組（接受第一階段照護後未接受第二階段照護）、介入組A(接受第一、二階段照護後未接受第三階段照護)與介入組B（完成三階段照護）。針對照護介入及回診維護對拔牙的影響。

結果發現完成三階段治療(介入組B)與對照組間，完成牙周病照護三階段拔牙顆數較少；完成3階段照護進行回診觀察期追蹤後續2年拔牙情形，顯示一年內回診維護越多拔牙顆數越少。符合牙周病統合照護介入達到積極治療、定期回診維護，可維持牙周狀況穩定。

評估項目		估計值	P值
照護介入對拔牙的影響	介入組B vs對照組	-0.0876	<.0001
回診維護對拔牙的影響	回診觀察期維護情形	-0.0134	0.002

*註3：謝佩勳、蔡雅安、李幸諭、林怡君、李如芳: 牙周炎患者照護介入與成效評估. 臺北業務組醫療費用三科; 2016.



(七) 口腔疾病之三段五級預防內容-牙周病

本會以牙周病三段五級的概念，積極發展牙周病預防及醫療的需求。考量牙周病患者需要終生的支持性治療，104年新增特定牙周保存治療、牙周病支持性治療、懷孕婦女牙結石清除等服務，擴大照護牙周病嚴重之病患，讓牙周病的照護更加全面、沒有漏洞，期望提供民眾更優質的口腔醫療服務，進而保存自然牙，擁有良好的口腔健康，提升生活品質。

預防程度	初段		次段	三段	
預防性	健康促進	特殊防護	早期診斷及立即治療	傷殘限制	復健
個人提供之服務	定期看診；預防服務需求	口腔衛生處置	自我檢查及轉診；使用牙科治療服務	使用牙科服務	使用牙科服務
社區服務	牙科衛教計畫；研究之提昇；提供口腔衛生器具；宣導	學校潔牙計畫之督導	定期篩檢及轉診複查；提供牙科治療服務	提供牙科治療服務	提供牙科服務
牙科專業人員提供之服務內容	病人衛教；牙菌斑控制；加強回診	牙齒排列不整之矯治；洗牙	完整檢查，牙結石清除，齒齦下括除術；矯治，保健及咬合調整服務	深部齒齦括除術；夾板固定；牙周病手術；選擇性拔牙	活動或固定補綴；小型矯政治療



五、檢討與改進

- 本計畫為99年度新增之計畫，目標為藉由建立牙周治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，透過三段五級的完整照護，以減少後續口腔醫療疾病費用之負擔。本計畫執行迄今，在行政部門、醫療服務供給者以及民眾就醫習慣上大幅的配合與調整下，對民眾的牙周病照護已逐年穩定提升。
- 依據國民健康署的調查，40歲以上的成年人有90%輕重程度不同的牙周病，其中只有部分接受治療，為期能照護更多有治療需求之民眾，並提昇本計畫品質，本會協同衛生福利部中央健康保險署實行以下方案：



(一)鼓勵牙醫師參與計畫，提供牙周病統合照護服務

1. 自100年起刪除事前審查，減少病患等候治療時間。
2. 牙醫合理門診點數排除本計畫申報點數。
3. 第3階段給付點值不足額，由一般預算之結餘款補足。
4. 刊載教育文章於本會會刊。
5. 明訂專業審查中行政補正之範圍，避免行政疏失遭核刪及放大，提升醫師提供服務之意願。



(二) 監控並提升醫療服務品質

1. 積極辦理教育訓練課程，98迄今共辦理106場次。
2. 製作牙周病統合照護計畫手冊，目前已印三版。
3. 案件採抽樣審查，使醫師謹慎執行本計畫。
4. 訂定醫師每月收案限制，確保民眾就醫之醫療品質。
5. 將本計畫納入品質保證保留款之鼓勵項目。
6. 將本計畫納入PGY訓練計畫，使牙周病統合照護為未來所有牙醫院所的常規治療。
7. 辦理牙周病專題研討會。
8. 配合「特定牙周保存治療」及「牙周病支持性治療」，104年~106年第1季已分別照護11,945及227,912人次。



(三)提升民眾就醫率

1. 每年召開記者會
2. 院所張貼識別貼紙
3. 提供牙周病治療院所網路查詢服務
4. 辦理相關推廣活動（銀髮族口愛特攻隊）。
5. 印製「懷孕婦女口腔照護」宣導單張，並提供予全國牙醫院所發給民眾。





(四) 監控病人自費情形

1. 於「牙周病統合照護計畫手冊」、「就診須知」、「牙周病統合照護治療作業流程」中，**詳列牙周病相關治療中健保不給付項目**，並加入齒間潔牙之衛教內容。
2. **函請院所執行牙周病相關自費項目價格應依衛生主管機關核定價格公開**，且應於收據詳列自費項目及點數。
3. 編修第三版之「牙醫健保門診就診須知海報」，**新增健保快易通APP、查詢接受轉診及牙周統合照護牙醫醫療服務院所**，並提供經健保署核備之醫療院所，診須知海報張貼其服務院所標示



牙醫健保門診就診須知

牙科看診，請多利用約診服務提升醫療品質。
申張及諮詢：TEL: 02-2500-0133 FAX: 02-2500-0125 服務熱線：service@cda.org.tw

- 1 應交健保卡、身分證文件，證件未齊全之保對象應先繳交醫療費用，於十日內（不含例假日）補足證明，再予退費。
- 2 規定繳交部分負擔50元 及掛號費亦請民眾主動索取就醫明細及收據。
- 3 治療前請詳細告知牙醫師您目前正在服用中的藥物、是否懷孕或患有特殊系統性疾病，如：高血壓、糖尿病、心臟病、藥物過敏等，也請確實了解治療計劃，並於療程結束後遵從醫師之用藥、飲食及相關編制。
- 4 轉診規定：由醫師根據病情治療需要決定，將病患轉診至其他醫療院所接受治療，轉診時請填具轉診單交付病患。
- 5 交付處方：醫師會依病情之需要決定是否使用藥物；領用藥品時請持醫師開立之「全民健康保險門診交付處方單」至全民健康保險藥局調劑領藥。
- 6 請民眾於健保給付項目之診療過程中注意是否有被額外收取費用，另外收費理由應詳細說明，但下列項目並不在健保給付範圍：
① 非外傷性齒列矯正 ② 成癮及藥物戒除用藥（目前已給付之醫師指示用藥除外） ③ 病人交通、掛號、證明文件、④ 費：牙冠、牙橋、牙柱心、活動假牙、人工植牙... ⑤ 預防保健：潔牙、牙菌斑、牙齦封閉劑...（特定對象除外） ⑥ 茶毒、煙酒、預防戒除及拔牙等自費項目。⑦ 其他經主管機關公告不給付之診療服務，與全民健康保險無關之服務項目。
- 7 牙周病相關治療中，各醫師可依病人特殊需要，向其詳述理由並簽同意書後，方得提供下列項目：
(一) 牙周抗生素治療、牙周消炎藥物 (二) 牙周組織引導再生手術（含骨粉、再生膜）
(三) 因美容目的而作的牙周整形手術 (四) 牙周去敏感治療（排除頸部腫痛等病後患患）
- 8 每一醫療項目，依標準診療費及診療項目之診療或治療費計算，並由其他醫療院所核定第一醫療項目。
- 9 民眾多加利用健康存摺（全民健保行動快易通APP）查詢就醫資料，可即時、便利地取得就醫資訊。
- 10 網站：衛生福利部中央健康保險署 (<http://www.nhi.gov.tw/>) → 一般民眾 → 網路申辦及查詢
→ 1. 牙醫身心障礙服務院所網路查詢 2. 牙周統合照護服務院所網路查詢
- 11 牙齒數：進食後立即刷牙及使用牙線清潔口腔是維護口腔健康及好口氣的最佳習慣！

貝式刷牙法

刷牙次序圖

牙間刷的使用方法

牙線的使用方法

全民健保行動快易通 (健康存摺) QR code

牙醫醫療服務院所

牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

中華民國牙醫師公會全國聯合會 關心您



(四) 監控病人自費情形

1. 105年6月17日召開專家會議，針對「牙周抗生素凝膠及消炎凝膠之適應症、治療效用等作明確定義」，針對其適應症、禁忌、人員資格要求、執行頻率、治療效用或其他相關注意事項等作明確的定義，相關內容刊載於本會會刊、網站，以及納入醫師教育訓練課程內容及召開記者會宣導，傳遞正確的知識。

醫藥衛生

THE COMMONS DAILY 民衆日報

2016年9月25日 星期日 14

治療牙周病 消炎凝膠不是萬靈丹

對四環素類藥物和Metronidazole衍生物過敏者、孕婦哺乳婦女及八歲以下兒童不宜使用



中華民國牙醫師公會全國聯合會日前舉辦105年媒體記者聯誼餐會。(記者鍾慧瑋攝)

【本報記者鍾慧瑋台北報導】牙周病是成人牙周病的主因，經過專業判斷為輕度患者治療或戒煙後，會給予牙周的消炎凝膠塗抹於齒根下，減低齒根下之細菌菌落，做為牙周病的輔助性治療，然而「牙周消炎凝膠」真的是治療牙周病的萬靈丹嗎？由中華民國牙醫師公會全國聯合會日前舉辦105年媒體記者聯誼餐會，並針對牙周病提出正確的治療概念。

當務理事陳添誌醫師表示，進行牙周病治療時，「牙周消炎凝膠」並非例行性之治療方式，而是需要搭配基礎治療並符合相關適應症下使用。

陳醫師說明，當牙醫開鏡下牙周消炎凝膠進行治療時，主要是針對較嚴重牙周病、激進行牙周病、復發性牙周炎及患有系統性免疫系統免疫力較弱者，以減低齒根下的細菌菌落。

但對於四環素類藥物和Metronidazole衍生物過敏者、孕婦哺乳婦女及八歲以下的兒童，使用牙周消炎凝膠則是禁忌，恐造成戒煙癮、影響胎兒或兒童的牙齒與骨骼發育，因此需經由醫師專業判斷。

陳醫師說明，牙周病治療首重基礎治療，80年起聯合會特向健保署爭取提供「牙周病綜合照護計畫」，當中治療步驟包括：提供治療前初次完整的牙周檢查、X光檢查及全口齒根下刮除或牙根平整治療，將齒牙菌斑去除技巧，說明牙周病產生原因、治療方式及正確的刷牙方式等資訊，以強化民眾口腔衛生自我保護的知識。

最後，陳醫師強調，民中若患牙周病，應盡速養成良好的口腔衛生習慣及徹底的專科治療。針對牙周病患者，應定期回診，檢視牙菌斑控制的情形，避免菌斑復發，降低了治療的成效。

公告欄

「牙周消炎凝膠」知多少？！

資料來源：臺灣牙周病醫學會

一、牙周消炎凝膠適應症：較嚴重牙周病、激進行牙周病、復發性牙周炎、患有系統性疾病身體免疫力較弱者等。

二、牙周消炎凝膠禁忌：

1. 對四環素類藥物和 Metronidazole 衍生物有過敏的病人，若常規或經常性使用，可能會造成牙周病抗生素濫用及產生抗藥性。
2. 孕婦與哺乳的婦女：四環素類為懷孕用藥等級 D 級（有證據說明此藥對胎兒會造成危險），它可影響胎兒牙齒與骨骼的發育，使牙齒出現棕灰色的變化，同時影響牙生長不良（enamel dysplasia），骨骼發育亦受阻礙，亦會對母體產生肝毒性。
3. 八歲以下的兒童：若兒童服用四環素類，也會造成恆齒（永久齒）的琺瑯質生長不良、齒冠變形（crown deformations）。

三、牙周消炎凝膠之人員資格要求、執行頻率或其他相關注意事項：

1. 非例行治療，需搭配基礎治療使用，且無法取代基礎治療或手術。
2. 執行頻率可依病情實際情況做調整，如一周一次，連續四次等等。
3. 相關注意事項：要配合傳統牙周病治療來為之，不可單獨作為主要治療牙周病方式（可參考附註文獻）；其使用應由牙醫師依臨床狀況做專業判斷並依病患需要來決定，不是每位牙周病患者都需要使用。

* 附註：參考文獻 - J Periodontol 2006;77:1458
- ADA Center for Evidence-Based Dentistry July, 2015

四、參考價格區間：價格可能依執行頻率、嚴重度、執行部位而異，建議參照各縣市衛生局核定自費項目收費標準。

2016. 35卷7期 新報 149



五、106年計畫修正重點

1. **提升執行目標人次**：照護人次以達成第2階段150,000人次及第三階段110,000人次為執行目標。
2. **依據費用協商結果修訂計畫專款預算經費及費用結算方式**：第1、2階段全年預算10.424億，另由一般服務移撥0.456億元支應，預算不足則採浮動點值。第3階段全年預算3.506億元，並由一般服務移撥0.650億元支應，每點以1元支付。
3. **由第一階段支付牙周病檢查日起**，一年內不得申報91006C至91008C之診療項目服務費用，修改為**第二階段支付牙周病治療**日起。



五、106年計畫修正重點

4. 修訂支付標準規定：明確標註執行P4001C需施行全口X光檢查。
5. 簡化牙醫師資格核定之函報作業。
6. 配合政府推動無紙化，衛教資料提供方式可採用電子檔。



肆、105年評核委員評論意見與期許之 回應說明



一、醫療資源不足地區改善方案

(一)「醫療資源不足地區改善方案」宜將就醫率列為成效指標，並建立醫療資源不足地區的評估模式，以因應社會環境的變遷，及做為未來調整參據。另，滿意度調查宜以巡迴地區之民眾為對象，建議各總額部門與健保署共同合作，發展標準化的評估工具，並交由第三單位進行調查。

回覆：如未來健保署發展標準化的評估工具，並交由第三單位進行調查，本會將全力配合。



(二) 執業服務計畫之執行已呈現膠著狀況，建議分析適合執行本計畫的地區條件，以利評估進駐的可行性及效益。

回覆：透過本會近年來推廣偏遠地區醫療服務，自醫療資源不足地區改善方案91年介入起共減少39無牙醫鄉鎮，本會亦重視如何將效益達到最大。

目前開放執業計畫施行地區以「無牙醫鄉」為優先，且執業計畫有保障額度核付管控原則，對於各級地區每月總服務量都有所管控。



(三)隨著社會環境改變，宜重新評估醫療資源不足地區的需求，若當地人口下降至某種程度，則須配合調整服務目標，並考量改以巡迴醫療的方式提供服務。

回覆：專案計畫有其特殊性，醫缺地區民眾通常為老人及小孩，交通不便使得就醫困難，牙醫師至牙醫資源不足地區及山地離島職業及提供巡迴醫療服務，均衡牙醫醫療資源。



(四)醫療資源不足地區民眾的就醫率，較山地離島地區低，建議加以探討、改善。另可參考美國對「醫師人力不足地區」之定義，如醫師人口比、就醫交通時間、貧窮線人數比率等，訂定資源不足地區的加成方式。

回覆：各醫缺地點民眾就醫習慣、人口年齡分布等均不同，可能影響民眾的就醫率，未來持續觀察。



(五)肯定105年修正計畫內容，要求成立滿2年之社區醫療站，若平均就診人次連續3個月過低時，應提出改善計畫或變更巡迴服務時段，此有助改善就醫可近性，建議結合村里幹事、志工等協助宣導，以利提升服務效率。

回覆：謝謝評核委員肯定計畫內容，巡迴醫療團每月會送排班表至當地衛生主管機關、所轄保險人分區業務組、牙醫全聯會、巡迴點及服務醫師，並委請衛生所、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處，未來會加強宣導於巡迴前和村里幹事、志工等合作，將看診資訊讓民眾廣為了解，使民眾獲得適當之牙醫醫療服務，以達到巡迴醫療的目的。



二、特殊醫療服務計畫

(一)報告已呈現不同障別的就醫人數，建議計算各障別的涵蓋率(按各地區人口數換算就醫率)，作為未來努力的方向。

回覆：

1. 若以衛生福利部公告105年計畫適用障別之人數與本計畫服務人數計算各障別之涵蓋率如下表：

	極重	重度	中度	輕度	總計
105年計畫服務人數	9,442	16,568	18,153	5,884	50,047
人數*	142,842	172,585	166,028	78,849	560,304
就醫率	6.6%	9.6%	10.9%	7.5%	8.9%



回覆：

2. 此數據並無法完整呈顯牙醫總額部門對身心障礙者提供照護之涵蓋率，因身心障礙者於就醫時若未出示相關證明文件或其障別未納入本計畫，醫師即以一般身分申報，另若醫師不具計畫資格，雖已提供身心障礙者醫療服務，但無法申報本計畫，亦不會列入上述表格之涵蓋率，相關資料建請健保署協助提供；此外，身心障礙者已有部分外出就醫困難，本會也已與健保署合作努力推動牙醫到宅醫療服務，期能使更多身心障礙者獲得所需之口腔醫療照護。



(二)建議未來提供口腔健康結果面的資料，以利評估成效。若蒐集不易，可考量先分析牙體復形、牙結石清除等過程面的利用資料。

回覆：104及105年院所與醫療團主要處置醫令數、就醫者主要處置醫令平均數、牙體復形醫令數詳如書面報告，於院所服務的部分，除牙結石清除外，均較前一年呈現下降，表示較趨於穩定，然醫療團服務的部分，因患者身體狀況較為嚴重，且每年度均有成立新的醫療團，因此主要處置醫令數、有就醫者主要處置醫令平均數均呈現上升。



(三)特定身心障礙者照護進入治療穩定期後，其照護頻率及成本會隨之改變，建議分析其需求變化，以配合調整醫療照護內容、目標值及預算數。至於是否納入不同障別，特別是輕症，應就醫療、經濟、社會等層面審慎考量。

回覆：本計畫自99年改為特定身心障礙者起，逐年新增適用之障別，醫療團數亦逐年增加，由健保申報資料顯示照護人數及人次亦逐年成長中，表示執行計畫之醫師視醫療需求而調整醫療人力之配置及醫療照護內容，另本會仍持續建議擴大適用障別，以維護身心障礙者就醫權益。



(四)建議更主動發掘照護個案，並建立系統化個案來源、轉介機制及成效評估方式。

回覆：本會將持續與**健保署、各縣市照管中心、居家護理所**合作，鼓勵照護單位轉介個案，期能主動發掘照護個案並提供醫療服務。

(五)失能個案行動不便，建議健保署與牙醫界研擬完整之到宅牙醫醫療服務方案，或可考量納入現行的居家醫療整合照護試辦計畫。

回覆：本會已在**研議及評估是否能將到宅牙醫醫療服務與現行居家醫療整合照護試辦計畫結合**，此部分亦有賴健保署予以協助。



三、牙周病統合照護計畫

(一)計畫評估之初步結果，呈現參與計畫者的再治療率、拔牙率、根管治療率均較佳。惟第3階段完成率較低，核減率較高，仍有改善空間，除行政核減原因外，建議進一步探討其專業原因。

回覆：

- 1.本計畫105年第3階段完成率及核減率相對較104年均有顯著的改善，第3階段完成率增加2.15%；第3階段之核減率減少1.62%。
- 2.另第3階段之申報採行論質給付，為監控醫療服務品質及確保治療效果。
- 3.結算103年及104年牙周病統合照護計畫，完成第三階段服務個案比率<33.33%之醫師，其退場機制兩年內不得參與計畫醫師之占率下降至0.74%。



(二)本計畫若成效良好，於執行穩定後，應考慮移列一般服務。

回覆：

1. 依106年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配協商結論，協定事項「牙周病統合照護計畫應於108年回歸一般服務」預定於研商議事會議規劃。
2. 衛生福利部國民健康署2007-2008年調查報告有976萬成年人有牙周病基礎治療需要。99年迄今執行牙周病完成之基礎治療約為58萬人次，相較於976萬人之潛在就醫需求，僅滿足5.12%，醫療需求尚未達到滿足的階段。



(三) 牙醫部門之滿意度調查結果佳，建議將未完成第3階段治療的病人納為調查對象，以利了解計畫缺失並加以改善。

回覆：

- 1.依其民眾滿意度評估調查結果，**高達92.53%**的病人對於本項計畫之治療過程與感受整體滿意程度持肯定態度。治療病患病情之第2階段（P4002C）於105年執行率已達99.93%。
2. 未完成第3階段之病人，經詢院所追蹤原因多數仍因病患就醫習慣自覺症狀改善毋須再回診的就醫習慣，則需透過院所應加強與患者間之溝通，宣導建立病患牙周病的就醫觀念需定期回診追蹤必要性。
- 3.時間無法配合超過計畫限定之180天回診天數，計畫於105年配合修訂第3階段之完成率採行限同院所不限同醫師完成，減少因約診時間所造成超過計畫限定之180天回診天數，以期增加完成率。



敬請指教