全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議

115 年 11 月 24 日（星期二）

本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

115 年第 4 次會議議程

壹、 主席致詞

貳、 前次會議紀錄確認

參、 報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘，適當時機由主席裁示)

		PDF 頁碼
一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1	11
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1	12
三、115 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1	32
四、116 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。	報 4-1	72
五、116 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。	報 5-1	75

肆、 討論事項

		PDF 頁碼
一、有關 116 年度牙醫門診總額地區預算分配，提請討論。	討 1-1	77
二、有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，提請討論。(資料後補)	討 2-1	81
三、有關修訂「牙體復形」診療項目之支付規定申報時間限制案，提請討論。	討 3-1	82
四、修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」，提請討論。	討 4-1	101
五、修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，提請討論。	討 5-1	134

六、修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，提請討論。	討 6-1	174
七、修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫」，提請討論。	討 7-1	291
八、修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。	討 8-1	319
九、修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」，提請討論。	討 9-1	401
十、修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，提請討論。	討 10-1	439

伍、 臨時動議

陸、 散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額
115 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 8 月 25 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：張副署長禹斌　　紀錄：張容慈

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表俊凱	王俊凱	許代表慧瑩	許慧瑩
余代表建宏	(請假)	連代表新傑	連新傑
余代表政明	余政明	陳代表少卿	陳少卿
吳代表廸	吳廸	陳代表建富	陳建富
吳代表享穆	吳享穆	陳代表淑華	陳淑華
吳代表明彥	林佩菽(代)	游代表竣傑	游竣傑
吳代表健民	吳健民	黃代表立賢	黃立賢
季代表麟揚	季麟揚	黃代表智嘉	邱昱瑋(代)
林代表俊彬	林俊彬	楊代表文甫	楊文甫
林代表鎰麟	林鎰麟	葉代表育敏	葉育敏
邱代表昶達	邱昶達	劉代表林義	(請假)
涂代表福利	謝喬均(代)	蔡代表建宗	徐慧伊(代)
施代表皇仰	(請假)	蔡代表爾輝	蔡爾輝
洪代表榮杰	洪榮杰	蔡代表蕙如	蔡蕙如
范代表景章	温致群(代)	鄭代表力嘉	鄭力嘉
徐代表邦賢	(請假)	簡代表志成	簡志成
翁代表德育	翁德育	羅代表界山	羅界山
許代表恒瑞	許恒瑞	蘇代表主榮	顏正婷(代)

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、方嘉昀
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會	曾士哲、劉振聲、侯乃文 邵格蘊、潘佩筠
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘、張智凱
台灣醫院協會	楊智涵、申哲
本署醫審及藥材組	賴秋伶、成庭甄、陳珏如、 陳怡蒨、賴淑華、陳信婷 陳盈如、茆家靜
本署醫務管理組	林右鈞、洪于淇、黃瓊萱 張祐禎、李羿萱
本署臺北業務組	李純馥*、朱文玥*、宋兆喻* 邱玲玉*、游博雁*
本署北區業務組	楊淑娟*、方亞芸*、林耿揚* 廖智強*
本署中區業務組	楊惠真*、林裕能*、戴秀容* 柯依鳳*、周宛儀*、陳蕙歆* 廖錦善*
本署南區業務組	賴大年*、賴文琳*、盧靜宜* 高宜聲*、秦莉英*、李昕璇* 劉乃慈*、胡瓊文*
本署高屏業務組	陳淑惠*、李金秀*、黃晧綱*、 吳孜威*
本署東區業務組	劉翠麗*、陳淑貞*、高慶翔* 陳嘉慧*

柒、**主席致詞(略)**

捌、**確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。**

玖、**報告事項**

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：項次 1-3 均解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

決定：修正議程第 16 頁，牙醫師執業數(層級別)數字(附件)，餘洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年第 1 季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、 115 年第 1 季各分區一般服務點值確認如下：

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.99156520	0.99253045
北區	1.06457711	1.06709771
中區	1.05965564	1.05852990
南區	1.11812823	1.11316378
高屏	1.08433496	1.08192597
東區	1.15186933	1.15000000
全區	1.04540528	1.04501638

二、 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、 各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：確認115年第1季牙醫門診總額點值結算，餘洽悉。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

一、 114 年品保款業於 115 年 7 月 13 日前完成撥款作業。

二、 114 年計 4,895 家(66.5%)院所符合獎勵條件且核發品保款，2,471 家(33.5%)牙醫院所未領取品保款(2,467 家不符核發資格、4 家指標達成率為 0%)。

三、 114 年預算為 212,182,605 元，扣除 113 年申復核發金額 163,421 元後，可支用預算為 212,019,184 元。每家牙醫院所計算核發金額採四捨五入方式，實際核發 212,019,147 元，預算數與實際核發數相較剩餘 37 元，回歸健保基金。

決定：洽悉。

壹拾、**討論事項**

第一案

提案單位：徐邦賢代表

案由：「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」稽核院所雲端藥歷查詢方式，請討論案。

決議：

一、 請本署醫務管理組邀牙醫診所 HIS 資訊廠商討論，瞭解本署健保雲端查詢系統與院所 HIS 資訊系統回饋機制相關環節。

二、 案涉本署系統程式邏輯及院所資訊系統等問題，爰費用年月 115 年 4 月至 115 年 12 月為緩衝期，持續檢核按月回饋報表予院所自行管理，暫緩核扣。

三、 費用年月 115 年 1 月至 115 年 3 月維持以現行核刪及申復流程

辦理；申復案件以程序審查為原則，如果院所僅於病歷記載查詢結果，得以專業審查判定。

四、 有關支付標準修訂一節，維持原規範。

壹拾壹、臨時動議：無。

壹、散會：下午 2 時 58 分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案　由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說　明：共 1 項，擬解除列管計 1 項，繼續列管計 0 項。

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	115_3_討(1)：「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」稽核院所雲端藥歷查詢方式，請討論案。	一、本請本署醫務管理組邀牙醫診所HIS資訊廠商討論，瞭解本署健保雲端查詢系統與院所HIS資訊系統回饋機制相關環節。 二、案涉本署系統程式邏輯及院所資訊系統等問題，爰費用年月115年4月至115年12月為緩衝期，持續檢核按月回饋報表予院所自行管理，暫緩核扣。 三、費用年月115年1月至115年3月維持以現行核刪及申復流程辦理；申復案件以程序審查為原則，如果院所僅於病歷記載查詢結果，得以專業審查判定。 四、有關支付標準修訂一節，維持原規範。	一、本署於115年10月16日與社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)召開溝通會議，共識由牙全會研訂申報注意事項供院所遵行，本署提供核減院所名單供牙全會輔導。 二、本署業於115年11月5日與牙全會、牙醫診所HIS資訊廠商召開討論會議，決議如下： (一)本署每日提供回饋查詢健保雲端查詢系統報表，及建立查詢紀錄唯一識別碼，以利院所與本署快速比對點閱紀錄。 (二)請牙全會與HIS資訊廠商協助蒐集被核減案例，以利共同研議兼顧院所使用便利性及查詢紀錄正確性之改善方式。	■解除列管 □繼續列管

決　定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案　由：牙醫門診總額執行概況報告案（詳附件）。

決　定：

附件

牙醫門診總額
【執行概況報告】

行政院衛生福利部
中央健康保險署

大綱

01 115年第3季點值預估

02 115年第3季牙醫總額醫療供給及利用概況

03 115年第1-2季牙醫總額各計畫及專款執行情形

115年第3季點值預估

01 點值預估假設

02 115年第3季點值預估

點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子採前1年同期結算報表值。
3. 預算攤月以114年同期之申報資料分別計算週日、週六、國定假日及工作日回攤115年得出每季各月之費用占率。
4. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採114上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

115年第3季點值預估

115年【牙醫門診總額】分區點值預估

季別	就醫分區	牙醫總額預算(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第3季	臺北	4,925	0	44	5,079	0.9532	0.9616
	北區	2,222	0	18	2,108	1.0396	1.0453
	中區	2,395	0	20	2,322	1.0190	1.0227
	南區	1,642	0	14	1,524	1.0584	1.0675
	高屏	1,807	0	13	1,687	1.0609	1.0629
	東區	251	0	2	208	1.2028	1.1916
	合計	13,242	0	111	12,927	1.0158	1.0156

註：114Q3結算全國浮動點值為0.9952、平均點值為0.9952

115年第3季牙醫總額醫療供給及利用概況

牙醫診所數【分區別】

◆ 111年9月-115年9月

115年6月牙醫診所數7,002家，成長率0.1%。成長率以北區1.0%最高。								
年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111年9月	2,646	917	1,321	813	1,004	112	6,813	0.5%
112年9月	2,686	936	1,342	814	1,003	111	6,892	1.2%
113年9月	2,688	964	1,350	826	1,004	109	6,941	0.7%
114年9月	2,722	974	1,357	836	998	110	6,997	0.8%
115年9月	2,730	984	1,348	829	1,002	109	7,002	0.1%
增減家數	8	10	-9	-7	4	-1	5	
成長率	0.3%	1.0%	-0.7%	-0.8%	0.4%	-0.9%	0.1%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

7

牙醫師執業數【分區別】

◆ 111年9月-115年9月

115年9月牙醫師執業人數16,908人，成長率1.9%。成長率以高屏2.4%最高。								
年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111年9月	6,517	2,280	2,802	1,681	2,216	216	15,712	1.8%
112年9月	6,622	2,321	2,874	1,718	2,237	217	15,989	1.8%
113年9月	6,732	2,411	2,965	1,766	2,233	221	16,328	2.1%
114年9月	6,795	2,477	3,050	1,801	2,259	217	16,599	1.7%
115年9月	6,931	2,503	3,116	1,824	2,314	220	16,908	1.9%
增減人數	136	26	66	23	55	3	309	
成長率	2.0%	1.0%	2.2%	1.3%	2.4%	1.4%	1.9%	

註：增減牙醫師人數及成長率係與前一年同期比較。

8

牙醫師執業數【層級別】

◆ 111年9月-115年9月

115年9月牙醫師執業人數以基層最多(16,908人)；成長率以區域醫院3.8%最高。									
年月	牙醫師數					成長率			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫
111年9月	1,154	756	273	13,529	15,712	0.8%	-1.2%	6.2%	2.0%
112年9月	1,151	728	248	3,862	5,989	-0.3%	-3.7%	-9.2%	2.5%
113年9月	1,233	655	251	14,189	16,328	7.1%	-10.0%	1.2%	2.4%
114年9月	1,284	630	255	14,430	16,599	4.1%	-3.8%	1.6%	1.7%
115年9月	1,310	654	228	14,716	16,908	2.0%	3.8%	-10.6%	2.0%
增減人數	26	24	-27	286	309				

註：增減牙醫師人數及成長率係與前一年同期比較。

牙醫就診人數【分區別】

◆ 115年第3季

單位：千人

115Q3牙醫就診人數589.2萬人，成長率2.7%。成長率以南區4.3%最高。								
年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111Q3	1,787	802	1,020	653	777	81	5,080	8.7%
112Q3	1,917	867	1,083	676	800	83	5,383	6.0%
113Q3	1,963	891	1,114	697	829	84	5,538	2.9%
114Q3	2,042	938	1,146	717	848	86	5,736	3.6%
115Q3	2,078	962	1,186	748	871	89	5,892	2.7%
增減人數	36	25	40	31	23	3	156	
成長率	1.8%	2.6%	3.4%	4.3%	2.7%	4.0%	2.7%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。
註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

醫療服務價量比較【層級別】

◆ 115年第3季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	362	4.3%	3.9%	649,628	8.0%	4.5%	1,797	3.5%
2區域醫院	271	6.9%	2.9%	492,039	10.0%	3.4%	1,813	2.8%
3地區醫院	114	-10.9%	1.2%	189,662	-11.7%	1.3%	1,670	-0.9%
4基層診所	8,599	0.6%	92.0%	13,019,477	2.6%	89.7%	1,514	2.0%
5交付機構	-	-	-	169,805	-1.7%	1.2%	-	-
合計	9,346	0.8%		14,520,611	2.8%		1,554	2.0%

註1：成長率係與前一年同期比較。
註2：本表以各醫院115年9月當下之層級歸類。

醫療服務價量比較【分區別】

◆ 115年第3季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	3,283	-0.1%	2,078	1.8%	1.58	-1.8%	5,071,109	1.5%	1,544	1.6%
北區	1,511	0.3%	962	2.6%	1.57	-2.3%	2,356,663	1.7%	1,560	1.4%
中區	1,834	1.6%	1,186	3.4%	1.55	-1.8%	2,912,644	4.1%	1,588	2.5%
南區	1,179	2.1%	748	4.3%	1.58	-2.1%	1,824,676	4.2%	1,547	2.1%
高屏	1,394	0.9%	871	2.7%	1.60	-1.7%	2,101,400	3.9%	1,507	3.0%
東區	144	3.2%	89	4.0%	1.59	-0.7%	254,119	6.7%	1,762	3.4%
合計	9,346	0.8%	5,892	2.7%	1.59	-1.9%	14,520,611	2.8%	1,554	2.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

115年第3季醫療服務供給＆利用概況

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數（115年9月）	2,730	984	1,348	829	1,002	109	7,002
成長率	0.3%	1.0%	-0.7%	-0.8%	0.4%	-0.9%	0.1%
醫師數（115年9月）	6,931	2,503	3,116	1,824	2,314	220	16,908
成長率	2.0%	1.0%	2.2%	1.3%	2.4%	1.4%	1.9%
人口數（千）	7,410	3,942	4,533	3,222	3,589	518	23,213
人口數（成長率）	-0.57%	0.11%	-0.37%	-0.66%	-0.64%	-0.80%	-0.45%
每位醫師照護人口數	1,069	1,575	1,455	1,766	1,551	2,355	1,373
每萬人口醫師數	9.35	6.35	6.87	5.66	6.45	4.25	7.28
申報件數（千）	3,283	1,511	1,834	1,179	1,394	144	9,346
成長率	-0.1%	0.3%	1.6%	2.1%	0.9%	3.2%	0.8%
申報醫療費用（百萬）	5,071	2,357	2,913	1,825	2,101	254	14,521
成長率	1.5%	1.7%	4.1%	4.2%	3.9%	6.7%	2.8%
平均每件申報醫療費用點數	1,544	1,560	1,588	1,547	1,507	1,762	1,554
成長率	1.6%	1.4%	2.5%	2.1%	3.0%	3.4%	2.0%

註1：人口數來源為115年9月戶政統計，成長率為較114年同期相較。
註2：診所家數及醫師數成長率係與前一年同期比較。
註3：不含代辦案件，資料期間為115年7-9月。
註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較

13

115年第3季費用成長因素

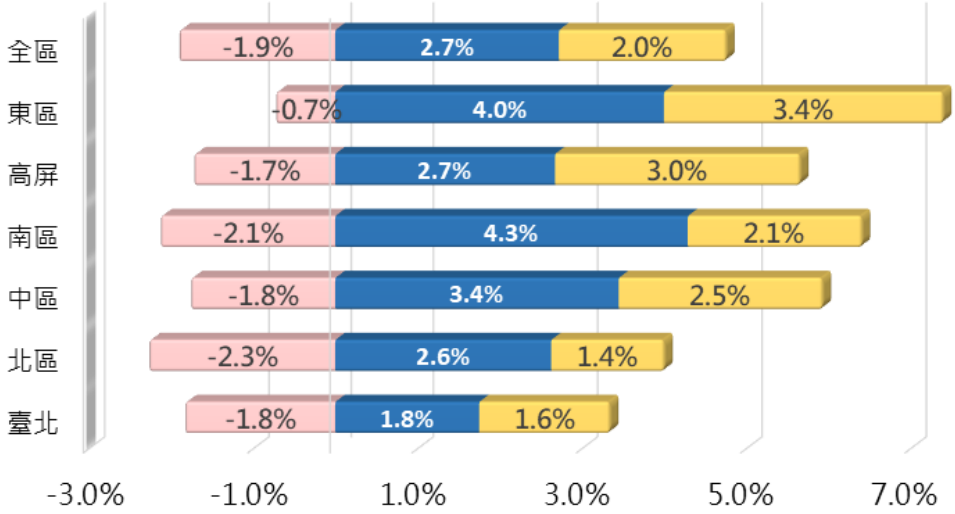
- 整體醫療點數成長(2.8%)，東區成長(6.7%)最高。
- 就醫件數：全區成長(0.8%)，東區成長(3.2%)最高。
- 就醫人數：全區成長(2.7%)，南區成長(4.3%)最高。
- 每人就醫件數：全區負成長(-1.9%)，北區負成長(-2.3%)最高。
- 每件就醫點數：全區成長(2.0%)，東區成長(3.4%)最高。
- 每人就醫點數：全區成長(0.1%)，東區成長(2.6%)最高。

分區別	醫療點數	就醫件數	就醫人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	1.5%	-0.1%	1.8%	-1.8%	1.6%	-0.3%
北區	1.7%	0.3%	2.6%	-2.3%	1.4%	-0.9%
中區	4.1%	1.6%	3.4%	-1.8%	2.5%	0.7%
南區	4.2%	2.1%	4.3%	-2.1%	2.1%	-0.1%
高屏	3.9%	0.9%	2.7%	-1.7%	3.0%	1.2%
東區	6.7%	3.2%	4.0%	-0.7%	3.4%	2.6%
全區	2.8%	0.8%	2.7%	-1.9%	2.0%	0.1%

註：
1：資料來源：本署多模型健保資料平台：門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算(115.11.10擷取)
2：件數：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。
3：人數：依身分證號與生日歸戶計數。
4：醫療點數：申請點數＋部分負擔金額。
5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

14

115年第3季整體費用分析解構圖



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
就醫人數	1.8%	2.6%	3.4%	4.3%	2.7%	4.0%	2.7%
每人就醫件數	-1.8%	-2.3%	-1.8%	-2.1%	-1.7%	-0.7%	-1.9%
每件就醫點數	1.6%	1.4%	2.5%	2.1%	3.0%	3.4%	2.0%
點數成長率	1.5%	1.7%	4.1%	4.2%	3.9%	6.7%	2.8%

15

115年第1-2季牙醫總額各計畫及專款執行情形

16

115年第1-2季牙醫專款計畫執行情形

- **醫療資源不足地區改善方案**：預算執行率47.7%。
- **牙醫特殊醫療服務計畫**：預算執行率50.8%。
  - 115年第2季預算250百萬元，已支用點數257.9百萬點，浮動點值0.93258142 ，以一般服務預算支應1.9百萬元後，每點支付金額為0.95。
  - 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值0.95計算。
- **青少年口腔提升照護試辦計畫**：預算執行率40.78%。
- **超音波根管沖洗計畫**：預算執行率40,52%
- **高風險疾病口腔照護計畫**：預算執行率48.64 %
- **特定疾病病人牙科就醫安全計畫**：預算執行率45.88 %
- **非齒源性口腔疼痛處置**：預算執行率37.28 %

一般服務移撥專用相關預算執行情形

115年第1-2季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算	結餘款
移撥中區0.2億元、高屏0.1億元	7,500	7,500			15,000	30,000	15,000
執行率	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	50.0%	-	-
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	44,390	68,321			112,711	270,000	157,289
執行率	16.4%	25.3%	0.0%	0.0%	41.7%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	18,022	19,201			37,223	80,000	42,777
執行率	22.5%	24.0%	0.0%	0.0%	46.5%	-	-
合計	69,912	95,022	0	0	164,934	380,000	215,066

註：移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形

115年第1-2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					323,800	
1.執業服務之定額給付(論量)	19,125	18,962			38,087	25%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,076	3,748			6,824	4%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-				
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.2	0.4			0.6	0.0004%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,702	8,887			13,589	9%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-				
7.巡迴服務__論次給付(論次)	38,632	49,530			88,163	57%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	2			4.9	0.003%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,742	3,961			7,703	5%
暫結金額	69,281	85,091			154,372	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	80,950	92,619	88,478	169,428		
本季未支用金額	11,669	7,528	88,478	169,428		
各季執行占總預算比率(%)	21.4%	26%			47.7%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

19

牙醫特殊醫療服務預算執行情形 (1/2)

115年第1-2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算						955,900
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	3,827	3,895	0	0	7,722	1.59%
2 自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	55,814	59,637	0	0	115,451	23.79%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	33,939	36,340	0	0	70,278	14.48%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	36,286	41,027	0	0	77,313	15.93%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	14,389	15,674	0	0	30,063	6.19%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	3,123	3,666	0	0	6,789	1.40%
7 醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	19,575	22,646	0	0	42,221	8.70%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	13,215	15,875	0	0	29,091	5.99%
9 醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	18,732	21,926	0	0	40,659	8.38%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	850	967	0	0	1,817	0.37%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	67	100	0	0	166	0.03%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	1,333	1,929	0	0	3,263	0.67%
13 醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務	515	622	0	0	1,137	0.23%
14 醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)	16,165	22,006	0	0	38,170	7.86%
15 醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務	847	1,146	0	0	1,993	0.41%
16 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	47	62	0	0	109	0.02%

20

牙醫特殊醫療服務預算執行情形 (2/2)

115年第1-2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
17 醫療團特定需求者(論次)	415	570	0	0	985	0.20%
18 醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	137	206	0	0	343	0.07%
19 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	111	92	0	0	204	0.04%
20 醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	99	175	0	0	275	0.06%
21 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	28	33	0	0	61	0.01%
22 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
23 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	2,189	2,702	0	0	4,892	1.01%
24 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	3,608	4,022	0	0	7,630	1.57%
25 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	554	567	0	0	1,121	0.23%
26 居家長照個案牙醫醫療服務	1,357	1,652	0	0	3,010	0.62%
27 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
28 居家居整病人牙醫醫療服務	236	306	0	0	542	0.11%
29 居家出院準備牙醫醫療服務	6	0	0	0	6	0.00%
30 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	20	32	0	0	52	0.01%
暫結金額	227,484	257,877	0	0	485,361	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	238,975	250,466	231,564	470,539		
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	11,491	-7,411	231,564	470,539		
執行占總預算比率	23.8%	27.0%	0.0%	0.0%	50.8%	

青少年口腔提升照護試辦計畫預算執行情形

115年第1-2季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					240,000
已支用點數	51,340	46,539			97,879
執行率	21.39%	19.39%	0.00%	0.00%	40.78%

註：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

超音波根管沖洗計畫預算執行情形

115年第1-2季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					144,800
已支用點數	27,743	30,936			58,679
執行率	19.16%	21.36%	0.00%	0.00%	40.52%

註：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

高風險疾病口腔照護計畫預算執行情形

115年第1-2季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					4,255,800
已支用點數	1,002,380	1,067,554			2,069,934
執行率	23.55%	25.08%	0.00%	0.00%	48.64%

註：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算執行情形

115年第1-2季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					424,400
已支用點數	92,721	101,986			194,707
執行率	21.85%	24.03%	0.00%	0.00%	45.88%

註：本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

25

非齒源性口腔疼痛處置

115年第1-2季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					14,400
已支用點數	2,558	2,811	-	-	5,369
執行率	17.76%	19.52%	0.00%	0.00%	37.28%

註：本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

26

PDF第25頁

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】

◆ 115年第1-2季

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C-91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	134,014	1.68%	1,295.2	1.81%

- 預算執行率(註2)：40.22%
- 預算執行率(註3)：45.17%
- 服務人次執行率：44.67%
  【134,014 /300,000】

層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
醫療點數 (百萬點)	60.9	7.73%	49.0	11.62%	22.1	-17.62%	1,163.3	1.60%	1,295.2	1.81%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	473.9	228.7	248.4	141.9	182.4	19.9	1,295.2
成長率	-0.74%	3.51%	4.27%	3.40%	2.91%	-5.45%	1.81%

備註：
1.資料擷自115/11/10本署四代倉儲門診檔。
2.一般計算方式：全年預算=108年預算×歷年一般服務成長率=3,300.0百萬點
3.牙全會建議計算方式：全年預算=108年預算×歷年人口因素成率=2,884.0百萬點

其他參考資料

醫療服務價量比較【案件分類】

◆ 115年第3季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	32	1.0%	6,684	5.3%	209	4.3%
2.牙醫急診	5	22.7%	18,603	107.2%	3,985	68.9%
3.牙醫門診手術	15	2.4%	54,844	6.9%	3,670	4.4%
4.無牙醫鄉服務	35	9.4%	58,752	10.4%	1,658	0.9%
5.牙醫特殊醫療	58	6.0%	233,129	9.0%	4,006	2.8%
6.其他專案	9,201	0.7%	13,978,794	2.6%	1,519	2.0%
7.交付機構	-	-	169,805	-1.7%	-	0.0%
合計	9,346	0.8%	14,520,611	2.8%	1,554	2.0%

註1：成長率係與前一年同期比較。
註2：支付機構未統計申報件數。

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】

◆ 115年第3季(表_1/2)

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	0	-55.6%	5	-49.9%	19	269.5%
2.牙醫急診	14,939	112.2%	3,540	89.8%	121	75.4%
3.牙醫門診手術	34,755	4.4%	17,486	13.2%	2,250	1.8%
4.無牙醫鄉服務	287	9.4%	382	-7.7%	2,679	13.0%
5.牙醫特殊醫療	56,696	10.9%	28,808	20.2%	11,017	-24.6%
6.其他專案	542,951	6.5%	441,818	8.9%	173,577	-11.3%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-
合計	649,628	8.0%	492,039	10.0%	189,662	-11.7%

註1：成長率係與前一年同期比較。
註2：交付機構未統計申報件數。

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】

◆ 115年第3季(表_2/2)

案件分類	基層診所		交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	6,660	5.2%	-	-	6,684	5.3%
2.牙醫急診	4	-8.8%	-	-	18,603	107.2%
3.牙醫門診手術	352	-0.2%	-	-	54,844	6.9%
4.無牙醫鄉服務	55,404	10.4%	-	-	58,752	10.4%
5.牙醫特殊醫療	136,608	10.0%	-	-	233,129	9.0%
6.其他專案	12,820,449	2.5%	-	-	13,978,794	2.7%
7.交付機構	-	-	169,805	-1.7%	169,805	-1.7%
合計	13,019,477	2.6%	169,805	-1.7%	14,520,611	2.8%

註1：成長率係與前一年同期比較。
註2：交付機構未統計申報件數。

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】

◆ 115年第3季(表_1/2)

案件分類	1.一般案件(簡表)		2.牙醫急診		3.牙醫門診手術		4.無牙醫鄉服務	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	2,761	6.8%	8,221	116.5%	11,550	-2.1%	3,212	-10.8%
北區	1,555	11.7%	754	166.6%	4,640	-3.7%	2,685	-9.8%
中區	766	17.0%	4,039	116.4%	13,870	6.9%	20,813	16.8%
南區	693	-4.5%	2,778	88.9%	8,715	16.9%	8,791	18.1%
高屏	867	-6.9%	2,197	84.7%	11,767	10.0%	16,343	8.9%
東區	42	-27.2%	614	65.6%	4,302	20.4%	6,908	8.6%
合計	6,684	5.3%	18,603	107.2%	54,844	6.9%	58,752	10.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】

◆ 115年第3季(表_2/2)

案件分類	5.牙醫特殊醫療		6.其他專案		7.交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	74,716	10.2%	4,913,933	1.3%	56,718	-3.1%	5,071,109	1.5%
北區	36,464	6.9%	2,280,748	1.6%	29,816	-1.1%	2,356,663	1.7%
中區	49,445	9.6%	2,788,589	3.9%	35,122	0.2%	2,912,644	4.1%
南區	23,565	3.8%	1,759,145	4.1%	20,988	-1.7%	1,824,676	4.2%
高屏	37,044	8.3%	2,009,273	3.8%	23,911	-1.7%	2,101,400	3.9%
東區	11,895	18.8%	227,107	5.9%	3,251	-1.7%	254,119	6.7%
合計	233,129	9.0%	13,978,794	2.6%	169,805	-1.7%	14,520,611	2.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】

◆ 115年第3季(表_1/2)

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	9,928	3.3%	3,909	2.9%	150,118	8.8%
區域醫院	5,286	3.2%	3,052	1.9%	112,880	11.6%
地區醫院	1,412	-9.9%	1,140	-9.7%	44,551	-7.3%
基層診所	316	-6.6%	232	-7.8%	3,342,667	4.7%
交付機構	93,465	-1.2%	76,339	-2.2%	-	-
總計	110,407	-0.8%	84,671	-2.0%	3,650,215	4.9%

註：成長率係與前一年同期比較。

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】

◆ 115年第3季(表_2/2)

層級別	4.診療費小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	485,242	7.8%	432	2.0%	649,628	8.0%
區域醫院	370,569	9.6%	252	12.2%	492,039	10.0%
地區醫院	142,524	-13.1%	37	5.3%	189,662	-11.7%
基層診所	9,676,262	1.9%	-	-	13,019,477	2.6%
交付機構	-	-	0.4	183.8%	169,805	-1.7%
總計	10,674,597	2.2%	721	5.5%	14,520,611	2.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】

◆ 115年第3季(表_1/2)

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	38,720	-2.1%	28,261	-3.3%	1,283,006	3.8%
北區	18,029	-0.7%	14,187	-2.2%	595,605	4.3%
中區	22,320	1.1%	17,513	-0.2%	725,082	5.8%
南區	14,271	-1.3%	10,887	-1.6%	456,336	6.3%
高屏	14,519	-0.2%	12,061	-1.7%	531,732	5.3%
東區	2,548	2.9%	1,762	0.0%	58,454	8.0%
總計	110,407	-0.8%	84,671	-2.0%	3,650,215	4.9%

註：成長率係與前一年同期比較。

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】

◆ 115年第3季(表_2/2)

分區別	4.診療小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	3,720,876	0.8%	247	0.1%	5,071,109	1.5%
北區	1,728,810	0.8%	31	-9.6%	2,356,663	1.7%
中區	2,147,540	3.7%	189	0.7%	2,912,644	4.1%
南區	1,343,040	3.6%	141	4.0%	1,824,676	4.2%
高屏	1,543,015	3.5%	74	31.4%	2,101,400	3.9%
東區	191,315	6.5%	40	71.0%	254,119	6.7%
總計	10,674,597	2.2%	721	5.5%	14,520,611	2.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

敬請指教

行政院衛生福利部
中央健康保險署

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案　由：115 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。

說　明：

一、115年第2季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、115年第2季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算報表詳附件，頁次報3-3頁)：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.92957252	0.94300328	0.95267772
北區	1.00259064	1.01757805	1.02097940
中區	1.00292044	1.00818113	1.01280828
南區	1.03590554	1.04855350	1.05117308
高屏	1.03535996	1.04024124	1.04150257
東區	1.15176822	1.15000000	1.13539228
全區	0.99538491	0.99542386	1.00157686

註：專款點數不含品質保證保留款及獎勵金。

三、檢附114年第2季點值結算資料供參。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.95221473	0.95431779	0.95057977
北區	1.03655109	1.04292711	1.03575695
中區	1.03146247	1.03073908	1.01974080
南區	1.07081535	1.07160072	1.06016509
高屏	1.06367691	1.06444626	1.05033138
東區	1.15181014	1.15000000	1.12926757
全區	1.01378366	1.01370100	1.00628079

註：專款點數不含品質保證保留款及獎勵金。

四、 本季牙醫門診總額結算作業，擬俟會議確認後，依全民健康保險法第62條規定一併辦理點值公布、結算事宜。另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年12月15日起暫付、核付之牙醫門診總額費用依115年第1季點值辦理，並於115年12月辦理點值結算追扣補付事宜。

決　定：

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

（一)115年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

＝115年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) x 111-113年各季核定點數平均占率(Ra)
x 該區113年各季人口風險因子(R_113)
＝ 12,505,038,631

註: 依據114年11月25日「牙醫門診總額研商議事會議」114年度第4次會議決定，115年度牙醫門診總額預算四季重分配方式，以「111-113年各季核定點數平均占率(Ra)」計算一般服務預算四季重分配占率：第1季24.301362%、第2季24.321297%、第3季25.740679%、第4季25.636662%。115年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區113年度各季人口風險因子(R_113)進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。

115全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為51,416,002,324元：

1.115第1季調整後預算12,494,788,851元＝115年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_113)。

2.115第2季調整後預算12,505,038,631元＝115年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_113)。

3.115第3季調整後預算13,234,828,112元＝115年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_113)。

4.115第4季調整後預算＝ 115年全年預算數－ 115年第1季調整後預算－ 115年第2季調整後預算－ 115年第3季調整後預算
＝ 51,416,002,324－ 12,494,788,851－ 12,505,038,631－ 13,234,828,112
＝ 13,181,346,730元。

5.計算過程詳本表頁次26：「三、一般服務費用總額」。

(二)115年調整前各季牙醫一般服務醫療給付費用分配至各分區預算

	113年各季一般服務醫療給付費用總額 (A1)	112年各季校正投保人口預估成長率差值 (B1)	113年違反特管辦法之扣款(註1) (B2)	114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (G0) =(A1＋B1＋B2)×(1＋2.676%)	113年各季校正投保人口預估成長率差值 (B3)	114年違反特管辦法之扣款(註2) (B4)	115年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (G1) =(G0＋B3＋B4)×(1＋2.468%)	106年編列之品質保證保留款預算 (C1)	115年3項一般服務移撥專用費用 (F)	115年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算 (D2) =G1－C1－F	支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款 (I)
第1季	11,221,283,676	29,741,499	200,029	11,552,307,990	135,630,092	1,168,586	11,977,593,821	26,806,674	95,000,000	11,855,787,147	0
第2季	11,956,344,645	92,336,077	200,029	12,371,308,800	125,020,636	1,168,586	12,805,936,273	28,723,750	95,000,000	12,682,212,523	1,914,725
第3季	12,837,130,398	96,582,042	200,029	13,280,023,967	137,164,163	1,168,586	13,749,521,760	30,832,102	95,000,000	13,623,689,658	0
第4季	12,502,022,084	87,035,302	200,027	12,926,145,941	129,769,710	1,168,586	13,379,333,075	30,020,079	95,000,000	13,254,312,996	0
合 計	48,516,780,803	305,694,920	800,114	50,129,786,698	527,584,601	4,674,344	51,912,384,929	116,382,605	380,000,000	51,416,002,324	1,914,725

註：

1.114年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)
＝（113年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)＋112年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)＋前1年度(113年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)）×（1＋2.676%）。
※一般服務成長率為2.676%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.675%，協商因素成長率0.001%。
※113年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 800,114元，按季均分。

2. 115年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)
＝（114年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)＋113年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)＋前1年度(114年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)）×（1＋2.468%）。
※一般服務成長率為2.468%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.471%，協商因素成長率-0.003%。
※114年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 4,674,344元，按季均分。

3.106年編列之品質保證保留款預算(C1)
＝（105年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額＋ 104年各季校正投保人口預估成長率差值）x106年品質保證保留款成長率（0.3%）。
※依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後114年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會114年第8次委員會議決議，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(114年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與114年度品質保證保留款(97百萬元)合併運用(計213.4百萬元)。

4.115年3項一般服務移撥專用費用(F)：依據114年11月25日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議114年度第4次會議決定辦理。115年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計3.8億元，按季均分：
(1)移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。
(2)移撥0.8億元支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」。
(3)移撥 2.7億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。
(4)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，
若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

5.為避免調整後各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計與調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計產生數元誤差，故調整後第4季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算＝調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計－調整後第1季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算－調整後第2季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算－調整後第3季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算。

(三)115年3項一般服務移撥專用費用

全年預算＝380,000,000元

1.移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。每季移撥7,500,000元(Z)，其中中區移撥5,000,000元，高屏移撥2,500,000元。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2.移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算＝270,000,000元

第1季:

第1季預算＝270,000,000/4＝ 67,500,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 976(J6) 暫結金額 976(J26)

巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 23,264,199(J7) 暫結金額 24,985,337(J27)

(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 12,352(J11) 暫結金額 12,352(J21)

社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 18,249,961(J12) 暫結金額 19,391,634(J22)

(3)小計 加成前點數 41,527,488(J19) 暫結金額 44,390,299(J29)

暫結金額 ＝ 44,390,299 未支用金額 ＝ 第1季預算 － 暫結金額 ＝ 23,109,701

第2季:

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 270,000,000/4 ＋ 23,109,701＝ 90,609,701

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 1,886(K6) 暫結金額 1,886(K26)

巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 43,915,819(K7) 暫結金額 47,679,461(K27)

(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 12,212(K11) 暫結金額 12,212(K21)

社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 19,279,413(K12) 暫結金額 20,627,468(K22)

(3)小計 加成前點數 63,209,330(K19) 暫結金額 68,321,027(K29)

暫結金額 ＝ 68,321,027 未支用金額 ＝ 第2季預算 － 暫結金額 ＝ 22,288,674

第3季:

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 270,000,000/4 ＋ 22,288,674＝ 89,788,674

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 0(L6) 暫結金額 0(L26)

巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 0(L7) 暫結金額 0(L27)

(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 0(L11) 暫結金額 0(L21)

社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 0(L12) 暫結金額 0(L22)

(3)小計 加成前點數 0(L19) 暫結金額 0(L29)

暫結金額 ＝ 0　　未支用金額 ＝ 第3季預算 － 暫結金額 ＝ 89,788,674

第4季:

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 270,000,000/4 ＋ 89,788,674＝157,288,674

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 0(M6) 暫結金額 0(M26)

巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 0(M7) 暫結金額 0(M27)

(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 0(M11) 暫結金額 0(M21)

社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 0(M12) 暫結金額 0(M22)

(3)小計 加成前點數 0(M19) 暫結金額 0(M29)

暫結金額 ＝ 0　　未支用金額 ＝ 第4季預算 － 暫結金額 ＝ 157,288,674

全年合計:

全年預算＝270,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 2,862(N6) 暫結金額 2,862(N26)

巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 67,180,018(N7) 暫結金額 72,664,798(N27)

(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量): 加成前點數 24,564(N11) 暫結金額 24,564(N21)

社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 37,529,374(N12) 暫結金額 40,019,102(N22)

(3)小計 加成前點數104,736,818(N19) 暫結金額112,711,326(N29)

已暫結金額 ＝ 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

＝ 44,390,299＋ 68,321,027＋ 0＋ 0

＝ 112,711,326

未支用金額 ＝全年預算 － 已暫結金額

＝ 270,000,000 － 112,711,326

＝ 157,288,674 (E4)

註：1.依據「115年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥270百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。

2.移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

3.全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫

全年預算：80,000,000元

第1季:預算＝80,000,000/4＝ 20,000,000

已支用點數: 18,022,156

暫結金額 ： 1元/點x已支用點數 ＝ 18,022,156

未支用金額: 第1季預算－第1季暫結金額＝ 20,000,000－ 18,022,156＝ 1,977,844

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝80,000,000/4＋ 1,977,844＝ 21,977,844

已支用點數: 19,200,626

暫結金額 ： 1元/點x已支用點數 ＝ 19,200,626

未支用金額: 第2季預算－第2季暫結金額＝ 21,977,844－ 19,200,626＝ 2,777,218

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝80,000,000/4＋ 2,777,218＝ 22,777,218

已支用點數: 0

暫結金額 ： 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額: 第3季預算－第3季暫結金額＝ 22,777,218－ 0＝ 22,777,218

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝80,000,000/4＋22,777,218＝ 42,777,218

已支用點數: 0

暫結金額 ： 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額: 第4季預算－第4季暫結金額＝ 42,777,218－ 0＝ 42,777,218

全年合計:預算＝80,000,000

全年已支用點數: 37,222,782

全年已結算金額: 1元/點x全年已支用點數＝ 37,222,782

全年未支用金額 ＝ 全年預算 － 全年已結算金額

＝ 80,000,000 － 37,222,782

＝ 42,777,218（E5）

註: 1.依據115年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。

2.移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4.全年合計：

全年預算380,000,000元

第1季:預算＝　380,000,000/ 4 ＝　95,000,000

已暫結金額:　7,500,000(Z)＋　44,390,299(J29)＋ 18,022,156　＝　69,912,455

未支用金額: 第1季預算－第1季已暫結金額＝　95,000,000－　69,912,455 ＝　25,087,545

第2季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝　380,000,000/ 4＋　25,087,545 ＝　120,087,545

已暫結金額:　7,500,000(Z)＋　68,321,027(K29)＋ 19,200,626　＝　95,021,653

未支用金額: 第2季預算－第2季已暫結金額＝　120,087,545－　95,021,653 ＝　25,065,892

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝　380,000,000/ 4＋　25,065,892 ＝　120,065,892

已暫結金額:　0(Z)＋　0(L29)＋　0　＝　0

未支用金額: 第3季預算－第3季已暫結金額＝　120,065,892－　0 ＝　120,065,892

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝　380,000,000/ 4＋ 120,065,892 ＝　215,065,892

已暫結金額:　0(Z)＋　0(M29)＋　0　＝　0

未支用金額: 第4季預算－第4季已暫結金額＝　215,065,892－　0 ＝　215,065,892

全年合計:預算＝　380,000,000

全年已暫結金額:　164,934,108

全年未支用金額 ＝ 全年預算－ 全年已暫結金額

＝　380,000,000 －　164,934,108

＝　215,065,892 (E11)

註：

1.各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，
若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2.移撥全年3項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：第1季至第3季為0(E11)

二、專款項目費用

(一)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 ＝ 323,800,000

第1季:

預算＝323,800,000/4＝ 80,950,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1：	點數	10,061,090(J0)	收入	19,125,381(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2：			已支用點數	3,076,050(J2)
執業計畫診所之品質獎勵費用J13：			已支用點數	0(J13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	976(J6)	加成已支用點數	194(J3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	23,264,199(J7)	加成已支用點數	4,702,491(J4)
巡迴計畫之品質獎勵費用J14：			已支用點數	0(J14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)J5:			已支用點數	38,632,250(J5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	12,352(J11)	加成已支用點數	2,475(J8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,249,961(J12)	加成已支用點數	3,741,994(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				60,216,544(J10)

暫結金額

＝ 執業服務之定額給付收入（J1)＋1元/點×（J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14已支用點數）

＝ 69,280,835

未支用金額

＝ 第1季預算 － 暫結金額

＝ 11,669,165

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(J6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(J7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(J11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(J12)由一般服務預算項下移撥支應。

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 323,800,000/4 ＋ 11,669,165＝ 92,619,165

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1：	點數	10,835,713(K0)	收入	18,961,895(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2：			已支用點數	3,748,260(K2)
執業計畫診所之品質獎勵費用K13：			已支用點數	0(K13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,886(K6)	加成已支用點數	375(K3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	43,915,819(K7)	加成已支用點數	8,887,008(K4)
巡迴計畫之品質獎勵費用K14：			已支用點數	0(K14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)K5:			已支用點數	49,530,400(K5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	12,212(K11)	加成已支用點數	2,448(K8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	19,279,413(K12)	加成已支用點數	3,960,902(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				76,965,106(K10)

暫結金額
＝ 執業服務之定額給付收入 (K1)＋1元/點×(K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14已支用點數)
＝ 85,091,288

未支用金額
＝ 第2季預算 － 暫結金額
＝ 7,527,877

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(K6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(K7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(K11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(K12)由一般服務預算項下移撥支應。

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 323,800,000/4 ＋ 7,527,877＝ 88,477,877

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1：	點數	0(L0)	收入	0(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2：			已支用點數	0(L2)
執業計畫診所之品質獎勵費用L13：			已支用點數	0(L13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L6)	加成已支用點數	0(L3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L7)	加成已支用點數	0(L4)
巡迴計畫之品質獎勵費用L14：			已支用點數	0(L14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)L5:			已支用點數	0(L5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L11)	加成已支用點數	0(L8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L12)	加成已支用點數	0(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):				0(L10)

暫結金額
＝ 執業服務之定額給付收入 (L1)＋1元/點× (L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14已支用點數)
＝ 0

未支用金額
＝ 第3季預算 － 暫結金額
＝ 88,477,877

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(L6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(L7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(L11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(L12)由一般服務預算項下移撥支應。

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 323,800,000/4 ＋ 88,477,877＝169,427,877

(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1：	點數	0(M0)	收入		0(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2：			已支用點數		0(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13：			已支用點數		0(M13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M6)	加成已支用點數		0(M3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M7)	加成已支用點數		0(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14：			已支用點數		0(M14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5:			已支用點數		0(M5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M11)	加成已支用點數		0(M8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M12)	加成已支用點數		0(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14):					0(M10)

暫結金額
＝ 執業服務之定額給付收入（M1)＋1元/點×（M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14已支用點數）
＝ 0

未支用金額
＝ 第4季預算 － 暫結金額
＝ 169,427,877

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(M6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(M7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(M11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(M12)由一般服務預算項下移撥支應。

全年合計:

全年預算＝323,800,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	20,896,803(N0)	收入	38,087,276(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	6,824,310(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	2,862(N6)	加成已支用點數	569(N3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	67,180,018(N7)	加成已支用點數	13,589,499(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	0(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5:			已支用點數	88,162,650(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	24,564(N11)	加成已支用點數	4,923(N8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	37,529,374(N12)	加成已支用點數	7,702,896(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14):				137,181,650(N10)

全年已暫結金額 ＝ 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
＝ 69,280,835＋ 85,091,288＋ 0＋ 0 ＝ 154,372,123

全年未支用金額 ＝ 全年預算－ 全年已暫結金額＝ 169,427,877

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(N6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(N7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(N11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(N12)由一般服務預算項下移撥支應。

註：

1. 依據「115年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，各季預算先扣除執業計畫「定額支付」費用後，執業計畫－巡迴服務之「論次支付」、巡迴計畫之「論次支付」及「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
2. 「115年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」巡迴計畫規定，屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、青少年口腔提升照護試辦計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫(P3601C)、支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、支付標準「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)案件，依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加計2成。
3. 社區醫療站及巡迴點牙醫醫療服務：依據「115年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，社區醫療站及巡迴點提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

(二)牙醫特殊醫療服務

全年預算　＝ 955,900,000

第1季：預算＝ 955,900,000/4＝ 238,975,000	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,827,215(V01)	3,826,156(VF01)	1,059(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	55,813,811(V02)	54,472,907(VF02)	1,340,904(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,938,882(V03)	33,267,824(VF03)	671,058(VN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	36,286,347(V04)	35,843,718(VF04)	442,629(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,388,694(V05)	14,022,762(VF05)	365,932(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,123,350(V06)	2,835,628(VF06)	287,722(VN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,574,676(V07)	19,574,094(VF07)	582(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,215,310(V08)	13,215,103(VF08)	207(VN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	18,732,259(V09)	18,729,228(VF09)	3,031(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	850,298(V10)	850,298(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	66,711(V11)	66,711(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,333,118(V12)	1,333,118(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	514,572(V13)	514,551(VF13)	21(VN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	16,164,600(V14)	16,164,600(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	846,908(V15)	846,908(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	46,831(V16)	46,831(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	414,600(V17)	414,600(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	136,909(V18)	136,789(VF18)	120(VN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	111,432(V19)	111,373(VF19)	59(VN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	99,483(V20)	99,444(VF20)	39(VN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	28,154(V21)	28,154(VF21)	0(VN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V22)	0(VF22)	0(VN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,189,147(V23)	2,189,147(VF23)	0(VN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,607,903(V24)	3,607,903(VF24)	0(VN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	553,845(V25)	553,845(VF25)	0(VN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	1,357,298(V26)	1,357,298(VF26)	0(VN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V27)	0(VF27)	0(VN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	236,402(V28)	236,402(VF28)	0(VN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,700(V29)	5,700(VF29)	0(VN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	19,753(V30)	19,753(VF30)	0(VN30)
(99)合計	227,484,208(V99)	224,370,845(VF99)	3,113,363(VN99)

暫結金額
＝ 1元/點x已支用點數＝ 227,484,208

未支用金額
＝ 第1季預算 － 暫結金額＝ 11,490,792

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 955,900,000/4＋ 11,490,792＝ 250,465,792

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,894,781(W01)	3,894,169(WF01)	612(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	59,637,258(W02)	58,231,955(WF02)	1,405,303(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	36,339,543(W03)	35,629,496(WF03)	710,047(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	41,026,787(W04)	40,485,997(WF04)	540,790(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,674,213(W05)	15,283,745(WF05)	390,468(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,665,511(W06)	3,272,048(WF06)	393,463(WN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,646,360(W07)	22,645,881(WF07)	479(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,875,195(W08)	15,874,948(WF08)	247(WN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	21,926,454(W09)	21,923,201(WF09)	3,253(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	966,844(W10)	966,798(WF10)	46(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	99,597(W11)	99,597(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,929,436(W12)	1,929,436(WF12)	0(WN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	622,013(W13)	621,961(WF13)	52(WN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	22,005,600(W14)	22,005,600(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	1,146,115(W15)	1,145,831(WF15)	284(WN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	61,825(W16)	61,825(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	570,000(W17)	570,000(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	206,425(W18)	206,425(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	92,347(W19)	92,307(WF19)	40(WN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	175,360(W20)	175,320(WF20)	40(WN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,070(W21)	33,070(WF21)	0(WN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W22)	0(WF22)	0(WN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,702,422(W23)	2,702,422(WF23)	0(WN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,022,032(W24)	4,022,032(WF24)	0(WN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	567,208(W25)	567,208(WF25)	0(WN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	1,652,258(W26)	1,652,258(WF26)	0(WN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	305,987(W28)	305,987(WF28)	0(WN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	32,092(W30)	32,092(WF30)	0(WN30)
(99)合計	257,876,733(W99)	254,431,609(WF99)	3,445,124(WN99)

原暫結金額
＝ 1元/點×已支用點數＝ 257,876,733

原未支用金額
＝ 第2季預算 － 暫結金額＝ -7,410,941

※一般預算支應前第2季浮動每點支付金額

$$= \frac{[\text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times (WF01+WF02+WF03+WF07+WF08+WF15+WF16+WF18+WF19+WF23+WF24+WN99)]}{WF04+WF05+WF06+WF09+WF10+WF11+WF12+WF13+WF14+WF17+WF20+WF21+WF22+WF25+WF26+WF27+WF28+WF29+WF30}$$

$= 0.93258142 < 0.95$

※依據「115年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本計畫預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應，另前述屬移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。

※浮動每點支付金額為0.95所需預算＝1元/點x(WF01＋WF02＋WF03＋WF07＋WF08＋WF15＋WF16＋WF18＋WF19＋WF23＋WF24＋WN99)
＋0.95元/點x(WF04＋WF05＋WF06＋WF09＋WF10＋WF11＋WF12＋WF13＋WF14＋WF17＋WF20＋WF21＋WF22＋WF25＋WF26＋WF27＋WF28＋WF29＋WF30)
＝252,380,517

※一般預算支應後第2季浮動每點支付金額為0.95，由一般服務預算支應之預算(I)＝252,380,517－第2季預算＝252,380,517－250,465,792＝ 1,914,725

調整後暫結金額
＝ 252,380,517

調整後未支用金額
＝ 第2季預算 ＋ 一般服務支應之預算－ 調整後暫結金額
＝ 250,465,792 ＋ 1,914,725 － 252,380,517
＝0

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 955,900,000/4＋ 0＝ 238,975,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X07)	0(XF07)	0(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X08)	0(XF08)	0(XN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X09)	0(XF09)	0(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X10)	0(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X11)	0(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(X12)	0(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(X13)	0(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(X14)	0(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X15)	0(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X16)	0(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X18)	0(XF18)	0(XN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X19)	0(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X20)	0(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X22)	0(XF22)	0(XN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X23)	0(XF23)	0(XN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X24)	0(XF24)	0(XN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X25)	0(XF25)	0(XN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	0(X26)	0(XF26)	0(XN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X27)	0(XF27)	0(XN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(X28)	0(XF28)	0(XN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(X29)	0(XF29)	0(XN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(X30)	0(XF30)	0(XN30)
(99)合計	0(X99)	0(XF99)	0(XN99)

暫結金額
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額
＝ 第3季預算 － 暫結金額＝ 238,975,000

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 955,900,000/4＋ 238,975,000＝ 477,950,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y30)	0(YF30)	0(YN30)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)

暫結金額
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額
＝ 第4季預算 － 暫結金額＝ 477,950,000

全年合計：全年預算＝ 955,900,000	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	7,721,996(Z01)	7,720,325(ZF01)	1,671(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	115,451,069(Z02)	112,704,862(ZF02)	2,746,207(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	70,278,425(Z03)	68,897,320(ZF03)	1,381,105(ZN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	77,313,134(Z04)	76,329,715(ZF04)	983,419(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	30,062,907(Z05)	29,306,507(ZF05)	756,400(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	6,788,861(Z06)	6,107,676(ZF06)	681,185(ZN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	42,221,036(Z07)	42,219,975(ZF07)	1,061(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	29,090,505(Z08)	29,090,051(ZF08)	454(ZN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	40,658,713(Z09)	40,652,429(ZF09)	6,284(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,817,142(Z10)	1,817,096(ZF10)	46(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	166,308(Z11)	166,308(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	3,262,554(Z12)	3,262,554(ZF12)	0(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	1,136,585(Z13)	1,136,512(ZF13)	73(ZN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	38,170,200(Z14)	38,170,200(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	1,993,023(Z15)	1,992,739(ZF15)	284(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	108,656(Z16)	108,656(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	984,600(Z17)	984,600(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	343,334(Z18)	343,214(ZF18)	120(ZN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	203,779(Z19)	203,680(ZF19)	99(ZN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	274,843(Z20)	274,764(ZF20)	79(ZN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	61,224(Z21)	61,224(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z22)	0(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,891,569(Z23)	4,891,569(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,629,935(Z24)	7,629,935(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	1,121,053(Z25)	1,121,053(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	3,009,556(Z26)	3,009,556(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z27)	0(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	542,389(Z28)	542,389(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,700(Z29)	5,700(ZF29)	0(ZN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	51,845(Z30)	51,845(ZF30)	0(ZN30)
(99)合計	485,360,941(Z99)	478,802,454(ZF99)	6,558,487(ZN99)

全年預算＝ 955,900,000

全年已支用點數＝ 第1-4季已支用點數

＝ 227,484,208 ＋ 257,876,733 ＋ 0 ＋ 0 ＝ 485,360,941

全年已結算金額＝ 227,484,208 ＋ 250,465,792 ＋ 0 ＋ 0 ＝ 477,950,000

全年由一般服務部門支應之預算＝　1,914,725
全年未支用金額＝ 全年預算　－（全年已結算金額－全年由一般服務醫療給付費用支應之預算）
＝ 955,900,000 －(477,950,000 －　1,914,725)
＝ 955,900,000 － 476,035,275
＝ 479,864,725

註：

依據「115年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」點值結算方式如下：

1. 本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
2. 全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元，另前述屬移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。
3. 計畫不得併報全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫；得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)專案案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。

(三)青少年口腔提升照護試辦計畫

全年預算＝ 240,000,000元

第1季:預算＝240,000,000/4＝ 60,000,000

已支用點數： 51,339,888

暫結金額 ： 1元/點x已支用點數 ＝ 51,339,888

未支用金額： 第1季預算－第1季暫結金額＝ 60,000,000－ 51,339,888＝ 8,660,112

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝240,000,000/4＋ 8,660,112＝ 68,660,112

已支用點數： 46,538,930

暫結金額 ： 1元/點x已支用點數 ＝ 46,538,930

未支用金額： 第2季預算－第2季暫結金額＝ 68,660,112－ 46,538,930＝ 22,121,182

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝240,000,000/4＋ 22,121,182＝ 82,121,182

已支用點數： 0

暫結金額 ： 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額： 第3季預算－第3季暫結金額＝ 82,121,182－ 0＝ 82,121,182

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝240,000,000/4＋ 82,121,182＝ 142,121,182

已支用點數： 0

暫結金額 ： 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額： 第4季預算－第4季暫結金額＝ 142,121,182－ 0＝ 142,121,182

全年合計:預算＝240,000,000

已支用點數： 97,878,818

全年已結算金額: 1元/點x全年已支用點數＝ 97,878,818

全年未支用金額 ＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 240,000,000 － 97,878,818

＝ 142,121,182

註:依據「115年度全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫」,預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(四)超音波根管沖洗計畫

全年預算：　144,800,000元

第1季:預算＝　144,800,000/4＝　36,200,000

已支用點數：　27,743,066

暫結金額　: 1元/點x已支用點數　＝　27,743,066

未支用金額: 第1季預算－第1季暫結金額＝　36,200,000－　27,743,066＝　8,456,934

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　144,800,000/4＋　8,456,934＝　44,656,934

已支用點數：　30,935,604

暫結金額　: 1元/點x已支用點數　＝　30,935,604

未支用金額: 第2季預算－第2季暫結金額＝　44,656,934－　30,935,604＝　13,721,330

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　144,800,000/4＋ 13,721,330＝　49,921,330

已支用點數：　0

暫結金額　: 1元/點x已支用點數　＝　0

未支用金額: 第3季預算－第3季暫結金額＝　49,921,330－　0＝　49,921,330

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　144,800,000/4＋ 49,921,330＝　86,121,330

已支用點數：　0

暫結金額　: 1元/點x已支用點數　＝　0

未支用金額: 第4季預算－第4季暫結金額＝　86,121,330－　0＝　86,121,330

全年合計:預算＝　144,800,000元

已支用點數：　58,678,670

全年已結算金額:　1元/點x全年已支用點數＝　58,678,670

全年未支用金額 ＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝　144,800,000 －　58,678,670

＝　86,121,330

註：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(五)高風險疾病口腔照護計畫

全年預算＝ 4,255,800,000元

第1季:預算＝ 4,255,800,000/4＝ 1,063,950,000

已支用點數： 1,002,379,941

暫結金額 : 1元/點x已支用點數 ＝ 1,002,379,941

未支用金額: 第1季預算－第1季暫結金額＝ 1,063,950,000－ 1,002,379,941＝ 61,570,059

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 4,255,800,000/4＋ 61,570,059＝ 1,125,520,059

已支用點數： 1,067,553,775

暫結金額 : 1元/點x已支用點數 ＝ 1,067,553,775

未支用金額: 第2季預算－第2季暫結金額＝ 1,125,520,059－ 1,067,553,775＝ 57,966,284

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 4,255,800,000/4＋ 57,966,284＝ 1,121,916,284

已支用點數： 0

暫結金額 : 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額: 第3季預算－第3季暫結金額＝ 1,121,916,284－ 0＝ 1,121,916,284

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 4,255,800,000/4＋ 1,121,916,284＝ 2,185,866,284

已支用點數： 0

暫結金額 : 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額: 第4季預算－第4季暫結金額＝ 2,185,866,284－ 0＝ 2,185,866,284

全年合計:預算＝ 4,255,800,000元

已支用點數： 2,069,933,716

全年已結算金額： 1元/點x全年已支用點數＝ 2,069,933,716

全年未支用金額 ＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 4,255,800,000 － 2,069,933,716

＝ 2,185,866,284

註：

1.本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。
全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。

2.「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數400點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。

(六)特定疾病病人牙科就醫安全計畫

全年預算＝ 424,400,000元

第1季:預算＝ 424,400,000/4＝ 106,100,000

已支用點數： 92,720,888

暫結金額 : 1元/點x已支用點數 ＝ 92,720,888

未支用金額: 第1季預算－第1季暫結金額＝ 106,100,000－ 92,720,888＝ 13,379,112

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 424,400,000/4＋ 13,379,112＝ 119,479,112

已支用點數： 101,985,806

暫結金額 : 1元/點x已支用點數 ＝ 101,985,806

未支用金額: 第2季預算－第2季暫結金額＝ 119,479,112－ 101,985,806＝ 17,493,306

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 424,400,000/4＋ 17,493,306＝ 123,593,306

已支用點數： 0

暫結金額 : 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額: 第3季預算－第3季暫結金額＝ 123,593,306－ 0＝ 123,593,306

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 424,400,000/4＋123,593,306＝ 229,693,306

已支用點數： 0

暫結金額 : 1元/點x已支用點數 ＝ 0

未支用金額: 第4季預算－第4季暫結金額＝ 229,693,306－ 0＝ 229,693,306

全年合計:預算＝ 424,400,000元

已支用點數： 194,706,694

全年已結算金額: 1元/點x全年已支用點數＝ 194,706,694

全年未支用金額 ＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 424,400,000 － 194,706,694

＝ 229,693,306(E6)

註：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。
全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(七)非齒源性口腔疼痛處置(114年新增項目)

全年預算＝　14,400,000元

第1季:預算＝　14,400,000/4＝　3,600,000

已支用點數：　2,557,800

暫結金額　: 1元/點x已支用點數　＝　2,557,800

未支用金額: 第1季預算－第1季暫結金額＝　3,600,000－　2,557,800＝　1,042,200

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　14,400,000/4＋　1,042,200＝　4,642,200

已支用點數：　2,811,224

暫結金額　: 1元/點x已支用點數　＝　2,811,224

未支用金額: 第2季預算－第2季暫結金額＝　4,642,200－　2,811,224＝　1,830,976

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　14,400,000/4＋　1,830,976＝　5,430,976

已支用點數：　0

暫結金額　: 1元/點x已支用點數　＝　0

未支用金額: 第3季預算－第3季暫結金額＝　5,430,976－　0＝　5,430,976

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　14,400,000/4＋　5,430,976＝　9,030,976

已支用點數：　0

暫結金額　: 1元/點x已支用點數　＝　0

未支用金額: 第4季預算－第4季暫結金額＝　9,030,976－　0＝　9,030,976

全年合計:預算＝　14,400,000元

已支用點數：　5,369,024

全年已結算金額:　1元/點x全年已支用點數＝　5,369,024

全年未支用金額　＝　全年預算－　全年已結算金額

＝　14,400,000　－　5,369,024

＝　9,030,976(E7)

註：本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足，則採浮動點值結算。

(八)品質保證保留款(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋115年編列之品質保證保留款預算

＝(105年1-4季牙醫一般服務醫療給付費用總額＋各季校正投保人口預估成長率差值）×106年品質保證保留款成長率(0.30%)＋　116,382,605

＝(8,887,743,719＋　47,814,126)×0.30%＋(9,536,674,173＋　37,909,079)×0.30%＋(10,232,725,814＋　44,641,542)×0.30%
＋(9,977,436,416＋　29,256,671)×0.30%＋　97,000,000

＝　26,806,674＋　28,723,750＋　30,832,102＋　30,020,079＋　97,000,000

＝　213,382,605

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.106年編列之品質保證保留款預算	26,806,674	28,723,750	30,832,102	30,020,079	116,382,605
2.115年編列之品質保證保留款預算	24,250,000	24,250,000	24,250,000	24,250,000	97,000,000
3.合計	51,056,674	52,973,750	55,082,102	54,270,079	213,382,605

※衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)與115年度之品質保證保留款(97百萬元)合併運用(計213.4百萬元)。

註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

三、各分區一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額:

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)＝(D2)×100% × 113年各季人口風險因子(R_113)(四捨五入至整數位)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.115年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算(D2)		11,855,787,147	12,682,212,523	13,623,689,658	13,254,312,996	51,416,002,324
2.113年人口風險因子(R_113)	臺北分區	0.37223	0.37198	0.37215	0.37246	
	北區分區	0.16647	0.16700	0.16789	0.16789	
	中區分區	0.18036	0.18040	0.18060	0.18038	
	南區分區	0.12465	0.12460	0.12405	0.12392	
	高屏分區	0.13724	0.13703	0.13634	0.13643	
	東區分區	0.01905	0.01899	0.01897	0.01892	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
3.依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)＝(D2)×100%×(R_113)(註1、2)	臺北分區	4,413,079,650	4,717,529,414	5,070,056,106	4,936,701,418	19,137,366,588
	北區分區	1,973,632,886	2,117,929,491	2,287,281,257	2,225,266,609	8,604,110,243
	中區分區	2,138,309,770	2,287,871,139	2,460,438,352	2,390,812,978	9,277,432,239
	南區分區	1,477,823,868	1,580,203,680	1,690,018,702	1,642,474,466	6,390,520,716
	高屏分區	1,627,088,228	1,737,843,582	1,857,453,848	1,808,285,922	7,030,671,580
	東區分區	225,852,745	240,835,217	258,441,393	250,771,603	975,900,958
	小計	11,855,787,147	12,682,212,523	13,623,689,658	13,254,312,996	51,416,002,324

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額:

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)＝(D2合計)× Ra－支應「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」預算不足款(I)
＋前一年分區保留款分配後結餘款(T)
＋115年3項一般服務移撥專用費用支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算不足款後之剩餘款(E11)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.各季預算占率(Ra)		24.301362%	24.321297%	25.740679%	25.636662%	100%
2.113年人口風險因子(R_113)	臺北分區	0.37223	0.37198	0.37215	0.37246	
	北區分區	0.16647	0.16700	0.16789	0.16789	
	中區分區	0.18036	0.18040	0.18060	0.18038	
	南區分區	0.12465	0.12460	0.12405	0.12392	
	高屏分區	0.13724	0.13703	0.13634	0.13643	
	東區分區	0.01905	0.01899	0.01897	0.01892	
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)
3.依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)＝(D2)×Ra×(R_113)(註1、2)	臺北分區	4,650,935,254	4,651,624,270	4,925,341,282	4,909,465,782	19,137,366,588
	北區分區	2,080,007,500	2,088,341,451	2,221,995,292	2,213,766,000	8,604,110,243
	中區分區	2,253,560,117	2,255,908,969	2,390,209,957	2,377,753,196	9,277,432,239
	南區分區	1,557,475,430	1,558,127,813	1,641,780,427	1,633,137,046	6,390,520,716
	高屏分區	1,714,784,822	1,713,565,444	1,804,436,465	1,797,884,849	7,030,671,580
	東區分區	238,025,728	237,470,684	251,064,689	249,339,857	975,900,958
	小計	12,494,788,851	12,505,038,631	13,234,828,112	13,181,346,730	51,416,002,324
4.支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)(註3)		0	1,914,725	0	0	1,914,725
5.各分區支應「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」預算不足款(BI) BI＝ I × R_113(註3)	臺北分區	0	712,239	0	0	712,239
	北區分區	0	319,759	0	0	319,759
	中區分區	0	345,416	0	0	345,416
	南區分區	0	238,575	0	0	238,575
	高屏分區	0	262,375	0	0	262,375
	東區分區	0	36,361	0	0	36,361
	小計	0	1,914,725	0	0	1,914,725

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
6.114年分區保留款分配後結餘款(T)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0
7.中區、高屏分區移撥款(Z) (註4)	中區分區	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000
	高屏分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	小計	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000
8.全年115年3項一般服務移撥專用費用支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算不足款後之結餘款(E11) (註5、註6及頁次7)(第4季計算)					0	0
9.各分區115年3項一般服務移撥專用費用支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算不足款後之結餘(BE11)款 (BE11＝(E11) × R_113) (第4季計算)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
10.調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)＝(BD1)－(BI)＋(T)＋(Z) ＋(BE11)	臺北分區	4,650,935,254	4,650,912,031	4,925,341,282	4,909,465,782	19,136,654,349
	北區分區	2,080,007,500	2,088,021,692	2,221,995,292	2,213,766,000	8,603,790,484
	中區分區	2,258,560,117	2,260,563,553	2,395,209,957	2,382,753,196	9,297,086,823
	南區分區	1,557,475,430	1,557,889,238	1,641,780,427	1,633,137,046	6,390,282,141
	高屏分區	1,717,284,822	1,715,803,069	1,806,936,465	1,800,384,849	7,040,409,205
	東區分區	238,025,728	237,434,323	251,064,689	249,339,857	975,864,597
	小計	12,502,288,851	12,510,623,906	13,242,328,112	13,188,846,730	51,444,087,599

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額各別加總後與分區一般服務預算總額(D2)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額＝ 分區一般服務預算總額(D2)減去前五分區一般服務預算總額。
2. 為避免調整後各季各分區一般服務預算總額個別加總後(加總BD1)與調整前各季各分區一般服務預算總額加總(加總BD)產生之數元誤差，故調整後第4季各分區一般服務預算總額(BD1_q4)＝調整前全年各分區一般服務預算總額(加總BD)減去第1-3季調整後各分區一般服務預算總額(BD1_q1、BD1_q2、BD1_q3)＝加總BD－BD1_q1－BD1_q2－BD1_q3。
3. 依據114年11月25日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議114年度第4次會議決定略以，115年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」預算按季均分及結算，以每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。
全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
4. 依據114年11月25日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議114年度第4次會議決定略以，115年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。
5. 依據114年11月25日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議114年度第4次會議決定略以，115年度牙醫門診總額一般服務預算移撥3.8億元作為特定用途移撥款，用於醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用、弱勢鄉鎮醫療服務及該投保人口就醫率全國最高二區之保障款等項定特用途，移撥經費
若有剩餘優先用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。
6. 「115年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」全年經費為4.244億元，本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，
當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。

四、各分區一般服務浮動點值之計算

1.一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保分區前季點值	核定浮動點數×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	3,869,498,427(BF)	0.99156520	----------	35,365,742	252,910
	2-北區分區	411,906,847	0.99156520	408,432,495	3,449,586	
	3-中區分區	249,058,181	0.99156520	246,957,425	2,118,990	
	4-南區分區	143,950,165	0.99156520	142,735,974	1,260,483	
	5-高屏分區	189,497,094	0.99156520	187,898,724	1,401,059	
	6-東區分區	23,987,970	0.99156520	23,785,636	273,599	
	7-合計	4,887,898,684(GF)		1,009,810,254(AF)	43,869,459(BG)	252,910(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	258,604,950	1.06457711	275,304,910	2,579,103	
	2-北區分區	1,539,354,754(BF)	1.06457711	----------	11,185,854	78,027
	3-中區分區	113,453,397	1.06457711	120,779,889	972,324	
	4-南區分區	74,661,481	1.06457711	79,482,904	602,020	
	5-高屏分區	45,298,673	1.06457711	48,223,930	327,830	
	6-東區分區	4,773,773	1.06457711	5,082,049	60,180	
	7-合計	2,036,147,028(GF)		528,873,682(AF)	15,727,311(BG)	78,027(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	77,414,637	1.05965564	82,032,857	770,898	
	2-北區分區	46,060,099	1.05965564	48,807,844	414,217	
	3-中區分區	2,014,085,632(BF)	1.05965564	----------	17,175,337	77,285
	4-南區分區	49,262,234	1.05965564	52,201,004	496,317	
	5-高屏分區	32,827,175	1.05965564	34,785,501	261,834	
	6-東區分區	3,332,513	1.05965564	3,531,316	41,495	
	7-合計	2,222,982,290(GF)		221,358,522(AF)	19,160,098(BG)	77,285(BJ)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保分區前季點值	核定浮動點數×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	63,953,542	1.11812823	71,508,261	655,817	
	2-北區分區	28,409,825	1.11812823	31,765,827	261,435	
	3-中區分區	70,204,181	1.11812823	78,497,277	636,857	
	4-南區分區	1,238,001,631(BF)	1.11812823	----------	11,152,311	62,030
	5-高屏分區	69,276,327	1.11812823	77,459,817	561,314	
	6-東區分區	2,539,460	1.11812823	2,839,442	36,106	
	7-合計	1,472,384,966(GF)		262,070,624(AF)	13,303,840(BG)	62,030(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	44,616,425	1.08433496	48,379,149	431,997	
	2-北區分區	18,572,171	1.08433496	20,138,454	169,289	
	3-中區分區	33,508,338	1.08433496	36,334,262	313,478	
	4-南區分區	71,485,587	1.08433496	77,514,321	582,325	
	5-高屏分區	1,465,925,540(BF)	1.08433496	----------	9,514,012	35,682
	6-東區分區	4,224,640	1.08433496	4,580,925	48,563	
	7-合計	1,638,332,701(GF)		186,947,111(AF)	11,059,664(BG)	35,682(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	13,861,014	1.15186933	15,966,077	181,775	
	2-北區分區	4,615,698	1.15186933	5,316,681	51,925	
	3-中區分區	4,821,065	1.15186933	5,553,237	50,396	
	4-南區分區	3,078,934	1.15186933	3,546,530	43,582	
	5-高屏分區	7,203,228	1.15186933	8,297,177	60,260	
	6-東區分區	168,541,754(BF)	1.15186933	----------	2,015,067	2,269
	7-合計	202,121,693(GF)		38,679,702(AF)	2,403,005(BG)	2,269(BJ)

2.一般服務浮動每點支付金額 ＝[調整後分區一般服務預算總額(BD2)
－ 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季點值(AF)
－ 投保該分區核定非浮動點數(BG)
－ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	=[4,650,912,031	－ 1,009,810,254	－ 43,869,459	－ 252,910]	／ 3,869,498,427	=	0.92957252
北區分區	=[2,088,021,692	－ 528,873,682	－ 15,727,311	－ 78,027]	／ 1,539,354,754	=	1.00259064
中區分區	=[2,260,563,553	－ 221,358,522	－ 19,160,098	－ 77,285]	／ 2,014,085,632	=	1.00292044
南區分區	=[1,557,889,238	－ 262,070,624	－ 13,303,840	－ 62,030]	／ 1,238,001,631	=	1.03590554
高屏分區	=[1,715,803,069	－ 186,947,111	－ 11,059,664	－ 35,682]	／ 1,465,925,540	=	1.03535996
東區分區	=[237,434,323	－ 38,679,702	－ 2,403,005	－ 2,269]	／ 168,541,754	=	1.16498934

3.一般服務全區浮動每點支付金額 ＝ 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)
－ 核定非浮動點數(BG)
－ 自墊核退點數(BJ)]
／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

	=[12,510,623,906	－ 105,523,377	－ 508,203]	／12,459,867,362	=	0.99556375	

4.一般服務分區平均點值 =[調整後分區一般服務預算總額(BD2)]
／[一般服務核定浮動點數(GF) ＋ 核定非浮動點數(BG) ＋ 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	=[4,650,912,031	]／[4,887,898,684	＋ 43,869,459	＋ 252,910]	=	0.94300328	
北區分區	=[2,088,021,692	]／[2,036,147,028	＋ 15,727,311	＋ 78,027]	=	1.01757805	
中區分區	=[2,260,563,553	]／[2,222,982,290	＋ 19,160,098	＋ 77,285]	=	1.00818113	
南區分區	=[1,557,889,238	]／[1,472,384,966	＋ 13,303,840	＋ 62,030]	=	1.04855350	
高屏分區	=[1,715,803,069	]／[1,638,332,701	＋ 11,059,664	＋ 35,682]	=	1.04024124	
東區分區	=[237,434,323	]／[202,121,693	＋ 2,403,005	＋ 2,269]	=	1.16089495	

5.一般服務全區平均點值

	=[12,510,623,906	]／[12,459,867,362	＋ 105,523,377	＋ 508,203]	=	0.99560119	

6.牙醫門診總額平均點值＝加總[依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)
＋ 專款專用暫結金額
＋ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額＋移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額
／加總[一般服務核定浮動點數(GF)＋ 核定非浮動點數(BG) ＋ 自墊核退點數(BJ)
＋ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)＋ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

臺北分區 ＝[4,650,912,031＋ 567,332,087＋ 8,936,755＋ 3,041,048]
／[4,887,898,684＋ 43,869,459＋ 252,910＋ 549,064,469＋ 8,936,755]＝0.95267772

北區分區 ＝[2,088,021,692＋ 225,905,827＋ 5,183,158＋ 2,193,979]
／[2,036,147,028＋ 15,727,311＋ 78,027＋ 216,784,617＋ 4,868,788]＝1.02097940

中區分區 ＝[2,260,563,553＋ 340,646,204＋ 13,965,317＋ 2,510,821]
／[2,222,982,290＋ 19,160,098＋ 77,285＋ 329,182,861＋ 13,179,313]＝1.01280828

南區分區 ＝[1,557,889,238＋ 197,794,990＋ 15,989,769＋ 6,519,207]
／[1,472,384,966＋ 13,303,840＋ 62,030＋ 191,576,066＋ 14,300,510]＝1.05117308

高屏分區 ＝[1,715,803,069＋ 255,173,158＋ 16,157,133＋ 3,914,390]
／[1,638,332,701＋ 11,059,664＋ 35,682＋ 247,378,372＋ 14,900,569]＝1.04150257

東區分區 ＝[237,434,323＋ 53,418,628＋ 8,088,896＋ 1,021,181]
／[202,121,693＋ 2,403,005＋ 2,269＋ 50,680,343＋ 7,023,395]＝1.14388980

全　　區 ＝[12,510,623,906＋ 1,640,270,894＋ 68,321,028＋ 19,200,626]
／[12,459,867,362＋ 105,523,377＋ 508,203＋ 1,584,666,728＋ 63,209,330]＝1.00173363

註：1.專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案支付金額＋牙醫門診總額特殊醫療服務計畫＋青少年口腔提升試辦照護計畫+超音波根管沖洗計畫
＋高風險疾病口腔照護計畫＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋非齒源性口腔疼痛處置
2.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋115年品質保證保留款預算/4。

五、修正後一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)＝(D2合計)× Ra
－支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I) x R_113(四捨五入至整數位)
＋前一年分區保留款分配後結餘款(T)
＋115年3項一般服務移撥專用費用支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算不足款後之剩餘款(E11)

調整後臺北分區一般服務預算總額	＝	4,650,912,031
調整後北區分區一般服務預算總額	＝	2,088,021,692
調整後中區分區一般服務預算總額	＝	2,260,563,553
調整後南區分區一般服務預算總額	＝	1,557,889,238
調整後高屏分區一般服務預算總額	＝	1,715,803,069
調整後東區分區一般服務預算總額	＝	237,434,323
總計		12,510,623,906

(二)保留款：

1.分區當季保留款(T1)＝依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)
－[(一般服務核定浮動點數(GF)＋ 核定非浮動點數(BG) ＋ 自墊核退點數(BJ)) × 1.15]

臺北分區當季保留款(T1)＝ 0
北區分區當季保留款(T1)＝ 0
中區分區當季保留款(T1)＝ 0
南區分區當季保留款(T1)＝ 0
高屏分區當季保留款(T1)＝ 0
東區分區當季保留款(T1)＝ 237,434,323－[(202,121,693＋ 2,403,005＋ 2,269)×1.15]＝ 2,228,311

2.分區累計保留款（T2）＝分區前季累計保留款(P)+分區當季保留款(T1)

臺北分區累計保留款(T2)＝ 前季累計保留款 0(P)＋當季保留款 0(T1)＝ 0
北區分區累計保留款(T2)＝ 前季累計保留款 0(P)＋當季保留款 0(T1)＝ 0
中區分區累計保留款(T2)＝ 前季累計保留款 0(P)＋當季保留款 0(T1)＝ 0
南區分區累計保留款(T2)＝ 前季累計保留款 0(P)＋當季保留款 0(T1)＝ 0
高屏分區累計保留款(T2)＝ 前季累計保留款 0(P)＋當季保留款 0(T1)＝ 0
東區分區累計保留款(T2)＝ 前季累計保留款 17,429,238(P)＋當季保留款 2,228,311(T1)＝ 19,657,549

(三)修正後分區一般服務預算總額(BD3)＝調整後分區一般服務預算總額(BD2)（四捨五入至整數位)－分區當季保留款(T1)

修正後臺北分區一般服務預算總額 ＝ 4,650,912,031(BD2)－ 0 ＝ 4,650,912,031
修正後北區分區一般服務預算總額 ＝ 2,088,021,692(BD2)－ 0 ＝ 2,088,021,692
修正後中區分區一般服務預算總額 ＝ 2,260,563,553(BD2)－ 0 ＝ 2,260,563,553
修正後南區分區一般服務預算總額 ＝ 1,557,889,238(BD2)－ 0 ＝ 1,557,889,238
修正後高屏分區一般服務預算總額 ＝ 1,715,803,069(BD2)－ 0 ＝ 1,715,803,069
修正後東區分區一般服務預算總額 ＝ 237,434,323(BD2)－ 2,228,311 ＝ 235,206,012

總計 12,508,395,595

註：保留款之運用係依據「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」辦理。

六、修正後各分區一般服務點值之計算

1.修正後一般服務浮動每點支付金額＝[修正後分區一般服務預算總額(BD3)
－ 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季點值(AF)
－ 投保該分區核定非浮動點數(BG)
－ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 ＝[	4,650,912,031	－ 1,009,810,254	－ 43,869,459	－ 252,910]	／	3,869,498,427	＝ 0.92957252
北區分區 ＝[	2,088,021,692	－ 528,873,682	－ 15,727,311	－ 78,027]	／	1,539,354,754	＝ 1.00259064
中區分區 ＝[	2,260,563,553	－ 221,358,522	－ 19,160,098	－ 77,285]	／	2,014,085,632	＝ 1.00292044
南區分區 ＝[	1,557,889,238	－ 262,070,624	－ 13,303,840	－ 62,030]	／	1,238,001,631	＝ 1.03590554
高屏分區 ＝[	1,715,803,069	－ 186,947,111	－ 11,059,664	－ 35,682]	／	1,465,925,540	＝ 1.03535996
東區分區 ＝[	235,206,012	－ 38,679,702	－ 2,403,005	－ 2,269]	／	168,541,754	＝ 1.15176822

2.修正後一般服務全區浮動每點支付金額 ＝ 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)
－ 核定非浮動點數(BG)
－ 自墊核退點數(BJ)]
／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

＝[	12,508,395,595	－ 105,523,377	－ 508,203]	／	12,459,867,362	＝ 0.99538491	

3.修正後一般服務分區平均點值＝[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]
／[一般服務核定浮動點數(GF) ＋ 核定非浮動點數(BG) ＋ 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區 ＝[	4,650,912,031	]／[	4,887,898,684	＋ 43,869,459	＋ 252,910	]＝	0.94300328
北區分區 ＝[	2,088,021,692	]／[	2,036,147,028	＋ 15,727,311	＋ 78,027	]＝	1.01757805
中區分區 ＝[	2,260,563,553	]／[	2,222,982,290	＋ 19,160,098	＋ 77,285	]＝	1.00818113
南區分區 ＝[	1,557,889,238	]／[	1,472,384,966	＋ 13,303,840	＋ 62,030	]＝	1.04855350
高屏分區 ＝[	1,715,803,069	]／[	1,638,332,701	＋ 11,059,664	＋ 35,682	]＝	1.04024124
東區分區 ＝[	235,206,012	]／[	202,121,693	＋ 2,403,005	＋ 2,269	]＝	1.15000000

4.修正後一般服務全區平均點值

＝[	12,508,395,595	]／[	12,459,867,362	＋ 105,523,377	＋ 508,203	]＝	0.99542386

5.修正後牙醫門診總額平均點值＝加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) ＋ 專款專用暫結金額
＋ 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額＋移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額]
／加總[一般服務核定浮動點數(GF)＋ 核定非浮動點數(BG) ＋ 自墊核退點數(BJ)
＋ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)＋移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

臺北分區 ＝[4,650,912,031＋ 567,332,087＋ 8,936,755＋ 3,041,048]
／[4,887,898,684＋ 43,869,459＋ 252,910＋ 549,064,469＋ 8,936,755]＝0.95267772

北區分區 ＝[2,088,021,692＋ 225,905,827＋ 5,183,158＋ 2,193,979]
／[2,036,147,028＋ 15,727,311＋ 78,027＋ 216,784,617＋ 4,868,788]＝1.02097940

中區分區 ＝[2,260,563,553＋ 340,646,204＋ 13,965,317＋ 2,510,821]
／[2,222,982,290＋ 19,160,098＋ 77,285＋ 329,182,861＋ 13,179,313]＝1.01280828

南區分區 ＝[1,557,889,238＋ 197,794,990＋ 15,989,769＋ 6,519,207]
／[1,472,384,966＋ 13,303,840＋ 62,030＋ 191,576,066＋ 14,300,510]＝1.05117308

高屏分區 ＝[1,715,803,069＋ 255,173,158＋ 16,157,133＋ 3,914,390]
／[1,638,332,701＋ 11,059,664＋ 35,682＋ 247,378,372＋ 14,900,569]＝1.04150257

東區分區 ＝[235,206,012＋ 53,418,628＋ 8,088,896＋ 1,021,181]
／[202,121,693＋ 2,403,005＋ 2,269＋ 50,680,343＋ 7,023,395]＝1.13539228

全　　區 ＝[12,508,395,595＋ 1,640,270,894＋ 68,321,028＋ 19,200,626]
／[12,459,867,362＋ 105,523,377＋ 508,203＋ 1,584,666,728＋ 63,209,330]＝1.00157686

註：1.專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案支付金額＋牙醫門診總額特殊醫療服務計畫＋青少年口腔提升試辦照護計畫+超音波根管沖洗計畫
＋高風險疾病口腔照護計畫＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋非齒源性口腔疼痛處置

2.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋115年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1.本季結算費用年月包括:

費用年月115/03(含)以前:於115/07/01～115/09/30期間核付者。

費用年月115/04～115/06:於115/04/01～115/09/30期間核付者。

2.當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案　由：116 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

說　明：

一、依據全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 105 年度第 1 次會議決議，以「近 3 年各季核定點數平均占率」進行一般服務預算四季重分配。

二、依據牙全會 115 年 11 月 5 日牙全賢字第 00517 號函所送 116 年度牙醫門診總額地區預算分配(頁次報 4-3)，116 年一般服務部門六分區預算各季預算重分配方式如下：

＝一般服務部門分區預算x112~114 年各季結算核定點數(浮動+非浮動核定點數+核退自墊金額)占率之年平均值。

三、109-114 年各季核定點數占率如下表：

季別	109 年	109 年第 1~2 季點數處理後	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年
Q1	47.49%	23.74%	25.41%	24.49%	23.96%	24.46%	23.85%
Q2		23.74%	20.99%	23.15%	24.81%	24.94%	24.81%
Q3	26.73%	26.73%	25.90%	26.20%	25.60%	25.44%	26.05%
Q4	25.79%	25.79%	27.71%	26.16%	25.62%	25.16%	25.29%
合計	100%	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

備註：

1.核定點數=浮動核定點數+非浮動核定點數+自墊核退點數。

2.109 年第 1~2 季合併結算，爰 109 年第 1、2 季各季核定點數=109 年第 1~2 季核定點數÷2

四、牙全會 115 年 11 月 5 日所送 116 年度牙醫門診總額地區預算分配(詳頁次討 1-1)，116 年地區預算分配方式係以 112-114 年各季核定點數平均占率計算，重分配後占率如下：第 1 季 24.08924503%、第 2 季 24.85586613%、第 3 季 25.69917603%、第 4 季 25.35571281%，研擬採牙全會之建議。

五、116 年牙醫門診一般服務之點值保障項目比照 115 年保障項目，

除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，其他不保障。

決　定：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：
電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長黃玄賢

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案　由：116 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。

說　明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，以每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。

二、116 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

會議次別	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
會議日期	3 月 9 日 星期二 (下午)	5 月 25 日 星期二 (下午)	8 月 24 日 星期二 (下午)	11 月 23 日 星期二 (下午)	12 月 7 日 星期二 (下午)

決　定：

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案　由：有關 116 年度牙醫門診總額地區預算分配，提請討論。

說　明：

一、依據社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)115年11月5日牙全賢字第00517號函(附件1，頁次討1-4)辦理。

二、本次地區預算分配方式調整，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥2.4億元，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥0.5億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥0.3億元，共3.2億元。

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」,經費 2.4 億元由一般服務支應，經費使用如下：

1.「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費2.4億元，為避免因預算不足排擠偏鄉民眾就醫之權利，由一般預算提撥2.4億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

2.計算方式：

114年一般費用執行數為2.12億元,114年較113年費用成長率為10.7%，推估115執行數為2.12億*(1+10.7%)=2.35億元。

依據114年週日看診之巡迴點、醫療站共計10處，服務人次1,392人次。以92133C每次支付800點計算，預估115年申報點數約1,113,600點(大約120萬)=0.012億。

預估116年一般費用為2.35+0.012=2.362億，由一般支出經費2.4億元。

(二)「牙醫特殊醫療服務計畫」，經費 0.5 億元由一般服務支應，為避免因預算不足排擠身障民眾就醫之權利，由一般預算提撥 0.5 億於此，該預算按季均分及結算。

(三)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.2 億元及 0.1 億元。

(四)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 114 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

三、 116年牙醫門診總額醫療給付費用各項定義及計算方式說明：

(一)116 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額。

(二)醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用專用移撥款。

(三)牙醫特殊醫療服務計畫移撥款。

(四)中區及高屏投保人口就醫率全國最高二區之保障款。

(五)116 年各季一般服務部門分配至各分區預算。

(六)116 年一般服務部門六分區預算分配方式如下：

＝[116 年各季一般服務部門分配至各分區算]×100%
×114 年各分區人口風險因子

(七)116 年一般服務部門六分區預算各季預算重分配方式如下：

＝一般服務部門分區預算×112~114 年各季結算核定點數(浮動+非浮動核定點數+核退自墊金額)占率之年平均值。

(八)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 114 年第 4 季各區人口風險

因子(R 值)分配至各區。

本署意見：

有關 116 年牙醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算，本案預訂納入 115 年 11 月 23 日全民健康保險會第 7 屆 115 年第 10 次委員會議討論，將依會議決議辦理。

決　議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：
電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署　牙醫全聯會 收到章(266)

理事長 黃立賢

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

討論事項第二案　　（資料後補）

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案　由：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，提請討論。

說　明：

本署意見：

決　議：

討論事項第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂「牙體復形」診療項目之支付規定申報時間限制案，提請討論。

說　明：

一、 依據牙全會 115 年 11 月 5 日牙全賢字第 00517 號函辦理(附件 1，頁次討 3-4)。

二、 現行支付標準表牙體復形有關「乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C）費用，以同一院所為限。」之規定，原設計內容立意良善，為貫徹醫療品質，而讓醫師承擔全部責任;然施行多年與國際醫療文獻報告內容已有所悖離，故調整現行支付標準時程。

三、 調整牙體復形申報時間限制乳牙為半年、恆牙為一年，並研議新增「檔案分析審查不予支付指標」:「牙體復形充填(89001C~89005C、89008C~89012C、89014C~89015C)同牙位乳牙一年、恆牙一年半自家再補率」;中華民國牙體復形學會提供重補率相關文獻，詳附件 2，頁次討 3-5。

四、 修訂對照表詳附件 3，頁次討 3-7。

本署意見：

一、查牙全會所提供之國際醫療文獻報告係為 2012 年失敗率相關文獻，其中無不同填補材質(銀粉、玻璃離子充填)及乳牙相關資料，且以高齲齒風險及夜間磨牙為影響失敗率之主因；本次提案包括不同材質、前牙及後牙不同牙位皆一致性調整，請牙全會補充更完整評估及實證資料，另應一併就材料、醫師操作技術等面向予以完整說明。

二、又查高風險疾病口腔照護計畫(下稱高風險計畫)亦有牙體復形(89204C、89205C、89208C~89210C、89212C、89214C、89215C)之診療項目(頁次討 4-32)，是否併同修正申報時間限制，請牙全會說明。

三、財務影響：

(一)經查牙體復形等支付標準 11 項及高風險計畫 8 項，分別按 3%、5%成長率估算，將各增加 2.53 億元、0.55 億元，合計增加 3.08 億點(附件 4，頁次討 3-12)。

(二)本次修改之財務影響，請牙全會併同討論事項第二案(有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」)考量。

四、有關牙全會研擬新增「檔案分析審查不予支付指標」一節，請依程序填寫提案單及影響評估表送本署進行後續評估作業。

五、依據支付標準規定略以，同顆牙申報牙體復形，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C）費用，以同一院所為限。

六、另依據 115 年 6 月 12 日衛生福利部全民健康保險爭議審議會(下稱爭審會)115 年 6 月份第 1 次委員會議紀錄附帶建議略以，建議修訂前開現行支付標準「以同一院所為限」之規定(附件 5，頁次討 3-13)案，綜整相關單位意見如下：

(一)爭審會：「同病人、同醫師、同牙位、不同院所」之填補，依立法意旨固應符合該保固期之精神，惟考量病人患齒第 2 次再施行樹脂填充與第 1 次相較，施行填補所需工序較少，且現行支付標準規定未明確，並無限制不同院所第二次施行之條件，爰建請健保署審視並修正現行支付標準規定，俾利醫療院所遵循，減少爭議。

(二)牙全會：

1. 115 年 9 月 23 日牙全賢字第 00389 號函(附件 6，頁次討 3-16)函復本署請其就爭審會之附帶建議表示意見略以，牙體復形重補原因多元，可能涉及城鄉醫療資源差距及臨床實務等因素，不宜僅以再次填補之時間或是否為跨院所為單一判斷依據，目前跨院所牙體復形重補案件已有相關管理措施，對於重補率偏高或有異常情形之院所將依全民健保牙醫門診總額特約醫事機構異常管理方案辦理。
2. 又查於 110 年 3 月 8 日牙全棟字第 00944 號函(附件 7，頁次討 3-18)請本署就「同病人、同牙位、同醫師、不同院所」於牙體復形申報時間限制內重複申報逕予行政核刪醫療費用，本署並於同年 4 月 13 日函(附件 8，頁次討 3-19)牙全會表示，為避免逕予行政核刪爭議，有關該會建議牙體復形醫令核刪條件與現行支付標準規範不同一節，建請該會增修支付標準。

七、請牙全會就下列事項進行說明，並研擬支付標準與審查原則一致性之可行性：

(一)有關牙全會表示「牙體復形重補原因多元，不宜僅以再次填補之時間作為核刪依據」，然支付標準卻規定略以，同院所在一定時間內，所做任何形式之再填補不得再申報一節，請說明「同院所」及「不同院所」標準不同之理由。

(二)有關牙體復形醫令核刪條件(同醫師跨院所)與現行支付標準規範(限同院所)不同，請說明理由。

擬　辦：

本案依程序提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，涉支付標準部分，若公告日為當月 15 日(含)前，於次月 1 日生效；若公告日為當月 15 日後，則於次次月生效。

決　議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：
電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

裝

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

訂

正本：衛生福利部中央健康保險署　牙醫全聯會 校對章(266)

理事長 黃立賢

線

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

PDF第85頁

附件 2

中華民國牙體復形學會提供意見

一、針對研議將牙體復形申報時限從現行的 1.5 年下修，本會經學術文獻檢視與臨床實務盤點後，**建議可考量「縮短為一年」之方案**。將時限設定為一年，符合國際牙醫學界的「年失敗率（AFR）」標準，也符合國內常規的牙科預防醫學（定期洗牙與回診）週期。

二、1.5 年的規定，讓基層醫師承受了過多的「病患不可控風險」。將時限畫在「一年」，具備以下科學與臨床實務之正當性：

1. **通過「完整四季冷熱循環與咬合應力」的材料考驗：** 牙齒填補物存在於極端嚴苛的動態環境中。當一項複合樹脂填補物能在病患口中存活滿 365 天，經歷了完整的日常咀嚼應力、以及四季飲食習慣的冷熱循環（Thermal cycling）而未脫落，**在牙體復形材料學上，已充分證明該次「醫療處置與鍵結品質」是成功且合格的**。醫師已對健保與病患完成了充分的品質保證。

2. **與「常規牙科回診（Recall）週期」完美吻合：** 臨床上，我們要求病患每半年至一年必須進行全口洗牙與例行檢查。**「一年」正是檢驗病患是否具備基本「口腔照護配合度」的死線。** 如果填補物在一年後發生次發性齲齒或破損，這極大機率是因為病患未落實居家清潔、或拒絕定期回診保養所導致。將一年後的疾病復發歸咎於醫師，要求醫師無償重補，等同變相懲罰認真看診的醫師。

3. **符合國際實證醫學的「年失敗率（AFR）」評估基準：** 在牙體復形學的最高等級期刊中，評估填補材質壽命的通用科學指標為「Annual Failure Rate (AFR，年失敗率)」。健保署若能將申報時限與國際標準的「一年」對齊，在後續大數據品質指標的制定與學理探討上，將具備最強的國際文獻防禦力。

三、實務效益：釋放臨床壓力，保障弱勢就醫權

將時限由 1.5 年縮短為一年，實質上替基層醫師卸下了長達半年的無謂壓力。可降低臨床上的「防禦性醫療」——醫師在面對頭頸癌放療患者、乾燥症、身心障礙等重難罕病患時，不再需要因為擔憂 1.5 年的長期核刪而拒絕收治。一年為期的品質擔保，是第一線醫師樂意承擔，也能安心發揮專業的最佳平衡點。

PDF第86頁

四、國際文獻佐證

(一)佐證一：學界皆以「一年（AFR）」作為基準，且長期失敗主因為病患因素。

Demarco FF, et al. (2012). Longevity of posterior composite restorations: A systematic review and meta-analysis. Journal of Dental Research, 91(7), 599–605.

【文獻重點】 該文獻統整了國際臨床試驗，皆以「年失敗率 (AFR 1~3%)」作為常規評估標準。文獻更指出，長期的失敗主因是「次發性齲齒」與「材料破裂」，這兩者高度取決於病患的齲齒風險與夜間磨牙習慣，非醫師單方面能控制。

(二)佐證二：病患「高齲齒風險」將顯著加速填補物失敗。

Van de Sande FH, et al. (2013). Patient risk factors' influence on survival of posterior composites. Journal of Dental Research, 92(7_suppl), 78S-83S.

【文獻重點】 研究證實，高齲齒風險病患的失敗率顯著高於常人。這證明一年後發生的晚期失敗，應歸因於病患的高風險行為，健保署不應以 1.5 年的框架將此非戰之罪強加於醫師。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 收文附件專用

附件 3

調整牙體復形申報時間限制

編號	修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	現行條文	說明：
89001C 89002C 89003C	(同現行條文)	銀粉充填 Amalgam restoration － 單面 single surface － 雙面 two surfaces － 三面 three surfaces 註： 1.同顆牙申報銀粉充填，乳牙~~一~~半年、恆牙一年~~半~~內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C）費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	銀粉充填 Amalgam restoration － 單面 single surface － 雙面 two surfaces － 三面 three surfaces 註： 1.同顆牙申報銀粉充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C）費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	牙全會：調整牙體復形申報時間限制乳牙為半年、恆牙為一年。 本署： 1. 高風險計畫牙體復形項目是否併同修正，請牙全會表示意見。 2. 現有文獻實證不足，請補充不同材質、牙位及操作技術評估。 3. 不予支付指標如需新增，請依程序提送提案單及影響評估表。
89004C 89005C	(同現行條文)	前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth －單面 single surface －雙面 two surfaces 註： 1.同顆牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙~~一~~半年、恆牙一年~~半~~內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，	前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth －單面 single surface －雙面 two surfaces 註： 1.同顆牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，	牙全會：調整牙體復形申報時間限制乳牙為半年、恆牙為一年。 本署： 1. 高風險計畫牙體復形項目是否併同修正，請牙全會表示意見。 2. 現有文獻實證不足，請補充不同材質、牙位及操作技術評估。 3. 不予支付指標如需新

編號	修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	現行條文	說明：
		89014C ～ 89015C ， 89204C ～ 89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C）費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	89014C ～ 89015C ， 89204C ～ 89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C）費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	增，請依程序提送提案單及影響評估表。
89008C 89009C 89010C	(同現行條文)	後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth －單面 single surface －雙面 two surfaces －三面 three surfaces 註： 1.同顆牙申報複合樹脂充填，乳牙~~一~~半年、恆牙一年~~半~~內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C ， 89204C ～889205C ，89208C～889210C，89212C，89214C～889215C）費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth －單面 single surface －雙面 two surfaces －三面 three surfaces 註： 1.同顆牙申報複合樹脂充填，乳牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C ， 89204C ～889205C ，89208C～889210C，89212C，89214C～889215C）費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	牙全會：調整牙體復形申報時間限制乳牙為半年、恆牙為一年。 本署： 1. 高風險計畫牙體復形項目是否併同修正，請牙全會表示意見。 2. 現有文獻實證不足，請補充不同材質、牙位及操作技術評估。 3. 不予支付指標如需新增，請依程序提送提案單及影響評估表。

編號	修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	現行條文	說明：
89011C	(同現行條文)	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同顆牙申報玻璃離子體充填，乳牙~~一~~半年、恆牙一年~~半~~內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 ~~2.若為牙醫醫療資源不足地區執行之巡迴醫療，乳牙治療以半年一次為限。~~ 2.~~3~~.應於病歷詳列充填牙面部位。	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同顆牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 2.若為牙醫醫療資源不足地區執行之巡迴醫療，乳牙治療以半年一次為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	牙全會 1.調整牙體復形申報時間限制乳牙為半年、恆牙為一年。 2.如註 1 修訂通過，則刪除註 2；反之，若註 1 未修訂，則註 2 保留。 本署： 1. 高風險計畫牙體復形項目是否併同修正，請牙全會表示意見。 2. 現有文獻實證不足，請補充不同材質、牙位及操作技術評估。 3. 不予支付指標如需新增，請依程序提送提案單及影響評估表。 4. 註 2、牙不足巡迴地區請明確定義第一次及第二次醫療服務皆須為牙不足巡迴地區條件，以臻明確。
89012C	(同現行條文)	前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報複合樹脂充填，乳牙~~一~~半年、恆牙一年~~半~~內，不論任何原因，	前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，	牙全會：調整牙體復形申報時間限制乳牙為半年、恆牙為一年。 本署： 1. 高風險計畫牙體復形項目是否併同修正，請牙

編號	修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	現行條文	說明：
		所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	全會表示意見。 2. 現有文獻實證不足，請補充不同材質、牙位及操作技術評估。 3. 不予支付指標如需新增，請依程序提送提案單及影響評估表。
89013C	(同現行條文)	複合體充填 Compomer restoration 註： 1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年~~半~~內不得重複申報，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	複合體充填 Compomer restoration 註： 1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	牙全會：調整牙體復形申報時間限制乳牙為半年、恆牙為一年。 1. 高風險計畫牙體復形項目是否併同修正，請牙全會表示意見。 2. 現有文獻實證不足，請補充不同材質、牙位及操作技術評估。 3. 不予支付指標如需新增，請依程序提送提案單及影響評估表。
89014C	(同現行條文)	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙~~一~~半年、恆牙一年~~半~~內，	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不	牙全會：調整牙體復形申報時間限制乳牙為半年、恆牙為一年。 本署： 1. 高風險計畫牙體復形項目是否併同修正，請牙全會表示意見。

編號	修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	現行條文	說明：
		不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填 (89001C ～ 89005C ， 89008C ～ 89012C，89014C～89015C，89204C ～ 89205C ， 89208C ～ 89210C ， 89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填 (89001C ～ 89005C ， 89008C ～ 89012C，89014C～89015C，89204C ～ 89205C ， 89208C ～ 89210C ， 89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	2. 現有文獻實證不足，請補充不同材質、牙位及操作技術評估。 3. 不予支付指標如需新增，請依程序提送提案單及影響評估表。
89015C	(同現行條文)	後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙~~一~~半年、恆牙一年~~半~~內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填 (89001C ～ 89005C ， 89008C ～ 89012C ， 89014C ～ 89015C ， 89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3. 充填牙面部位應包含雙鄰接面 (Mesial, M; Distal, D) 及咬合面 (Occlusal, O)。	後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填 (89001C ～ 89005C ， 89008C ～ 89012C ， 89014C ～ 89015C ， 89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3. 充填牙面部位應包含雙鄰接面 (Mesial, M; Distal, D) 及咬合面 (Occlusal, O)。	牙全會：調整牙體復形申報時間限制乳牙為半年、恆牙為一年。 本署： 1. 高風險計畫牙體復形項目是否併同修正，請牙全會表示意見。 2. 現有文獻實證不足，請補充不同材質、牙位及操作技術評估。 3. 不予支付指標如需新增，請依程序提送提案單及影響評估表。

附件 4

牙體復形使用增加率估算

	113 年	114 年		使用項目	預估增加點數
醫令代碼	醫令點數	醫令點數	醫令點數(成長率)	成長率	(不包括成長率)
89001C　銀粉充填 － 單面	31,022,631	26,996,598	-12.98%	3%	809,898
89002C　銀粉充填 － 雙面	75,457,916	65,392,680	-13.34%	3%	1,961,780
89003C　銀粉充填 － 三面	30,844,410	27,352,770	-11.32%	3%	820,583
89004C　前牙複合樹脂充填 － 單面	482,017,280	437,909,760	-9.15%	3%	13,137,293
89008C　後牙複合樹脂充填 － 單面	2,052,161,268	1,905,366,270	-7.15%	3%	57,160,988
89009C　後牙複合樹脂充填 － 雙面	3,277,387,816	3,129,619,856	-4.51%	3%	93,888,596
89010C　後牙複合樹脂充填 － 三面	1,422,087,800	1,366,929,520	-3.88%	3%	41,007,886
89011C　玻璃離子體充填	78,121,040	68,495,224	-12.32%	3%	2,054,857
89012C　前牙三面複合樹脂充填	659,372,663	626,456,101	-4.99%	3%	18,793,683
89014C　前牙雙鄰接面複合樹脂充填	354,898,096	335,286,000	-5.53%	3%	10,058,580
89015C　後牙雙鄰接面複合樹脂充填	479,944,374	458,490,029	-4.47%	3%	13,754,701
牙體復形等支付標準小計	**8,943,315,294**	**8,448,294,808**	**-8.15%**	**3%**	**253,448,844**
89204C 高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填 － 單面	102,136,280	145,954,710	42.90%	5%	7,297,736
89205C 高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填 － 雙面	75,281,430	113,533,980	50.81%	5%	5,676,699
89208C 高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 － 單面	185,091,800	279,323,600	50.91%	5%	13,966,180
89209C 高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 － 雙面	153,228,560	240,112,040	56.70%	5%	12,005,602
89210C 高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 － 三面	85,121,960	133,307,020	56.61%	5%	6,665,351
89212C 高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填	61,039,345	91,390,165	49.72%	5%	4,569,508
89214C 高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填	30,868,330	48,080,020	55.76%	5%	2,404,001
89215C 高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填	26,132,545	43,132,130	65.05%	5%	2,156,607
高風險疾病口腔照護計畫小計	**718,900,250**	**1,094,833,665**	**53.56%**	**5%**	**54,741,683**
總計	**9,662,215,544**	**9,543,128,473**	**-**	**-**	**308,190,527**

附件 5

衛生福利部全民健康保險爭議審議會

115年6月份第1次委員會議紀錄

時　間：115年6月12日（星期五）下午2時整
地　點：臺北市忠孝東路6段488號2樓209會議室
主　席：賴主任委員美淑

紀錄：邱于菡、歐合純

出席人員：

朱委員兆民(請假)	張委員偉嶠
林委員鉅鋃	張委員鈺旋
林委員志潔	黃委員富源
洪委員冠予	黃委員閔照
柯委員博升(請假)	楊委員秀儀(請假)
陳委員瑞杰(請假)	劉委員宜廉
陳委員依平(請假)	羅委員紀琼(請假)

（依姓氏筆劃）

列席人員：

衛生福利部中央健康保險署

張如薰	余依靜	詹孟樵	林家輝
莊雅夙	呂淑汝	卓鈞彥	余志豪

本會

楊樹梅	林嘉慧	黃麗貞	呂秀樺
郭盈珮	許博智	陳昭蓉	劉怡君
廖芸儹	陳科惠	楊舒涵	謝孟珊
陳思帆	方莉莉	李銘峯	吳昀蓁
梁凱鈞	廖秀茗	吳韋萱	鄭安廷

壹、主席致詞：

出席委員人數已達二分之一以上，宣布開會。

貳、報告事項：

有關本部中央健康保險署回復本會113年12月份臨時委員會議、114年9、10月份委員會議、114年12月份臨時委員會議及115年2、3月份委員會議之附帶建議事項辦理情形。

決定：洽悉。

參、審議爭議案件：共3,094案。

一、 審議醫療費用爭議案件：共3,064案。

(一)實體審議案件共3,064案。(審議結果如附表1)

(二)附帶建議

本次審議光荷牙醫診所（屏東縣）為○○○等同顆牙齒第2次施行樹脂填補，並申報系爭項目「後牙複合樹脂充填-單面（89008C)」、「後牙複合樹脂充填-雙面（89009C)」第2次爭議案，按行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)規定，同顆牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(…89008C～89012C…)費用，以同一院所為限。因本件係為同病人、同醫師、同牙位、不同院所施行填補，依立法意旨固應符合該保固期之精神，惟考量病人患齒第2次再施行樹脂填充與第1次相較，施行填補所需工序較少，且現行支付標準規定未明確，並無限制不同院所第二次施行之條件，爰建請健保署審視並修正現行支付標準規定，俾利醫療院所遵循，減少爭議。

二、 審議權益爭議案件：共30案。(審議結果如附表2)

(一) 程序審議案件共2案。

(二) 實體審議案件共28案。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午4時。

附件 6

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：
電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 9 月 23 日
發文字號：牙全賢字第 00389 號
速別：普通
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：

裝

主旨：有關貴署函詢全民健康保險醫療服務項目及支付標準第三部牙醫之牙體復形規定案，復如說明，敬請　查照。

說明：

一、復貴署 115 年 8 月 28 日健保醫字第 1150663538 號函。

訂

二、現行牙體復形支付標準對同一院所於規範期間內再次填補已有明確申報限制（詳中央健康保險局 95 年 10 月 4 日健保醫字第 0950026305 號函釋）；至於跨院所施行牙體復形，現行規範並未另訂不得申報之限制，爰不宜逕比照同一院所之規定拒絕其申報。另考量牙體復形重補原因多元，除與病人患齒狀況有關，例如原填補物已無法維持，惟病人仍要求再次填補之需求外，亦可能涉及城鄉醫療資源差距及臨床實務等因素，故不宜僅以再次填補之時間或是否為跨院所為單一判斷依據，相關管理措施宜審慎研議，以兼顧病人就醫權益、臨床實務及醫療品質。

線

三、來文所稱「考量病人患齒第 2 次再施行與第 1 次相較，施行填補所需工序較少」一節，牙體復形實際施作工序係依病人當次患齒狀況及臨床需求而定，無論首次或再次填補，均須再依個案不同重補原因進行臨床處置(如新齲齒需另行窩洞製備)，並非因屬第 2 次施行即當然較第 1 次減少工序，不宜

總收文115年9月24日收到
健保醫字
中央健康保險署
署1150057285

據此作為調整支付標準之考量。

四、目前跨院所牙體復形重補案件已有相關管理機制，對於重補率偏高或有異常情形之院所，本會依「全民健保牙醫門診總額特約醫事服務機構異常管理方案」，並透過各分區管控、重補率指標監測及加重審查等方式辦理。

五、有關貴署基於業務管理自行辦理牙體復形相關專案分析，屬貴署業務權責，本會予以尊重；後續如貴署有資料分析或相關管理措施之需要，本會將依權責及實際需要配合辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署 牙醫全聯會校對章(266)

理事長黃立賢

本案依照分層負責規定授權牙醫門診醫療服務審查執行會主委決行

附件 7

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：台北市復興北路420號10樓
傳真：(02)2500[illegible]
聯絡人及電話：
電子郵件信箱

受文者：詳如正本

發文日期：中華民國110年3月8日
發文字號：牙全棟字第00944號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫牙體復形相關醫令辦理行政核刪乙事，詳如說明段，請查照惠復

說明：

一、依據本會第14屆第5次牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議辦理。

二、有關牙體復形（89001C~89005、89008C~89012C、89014C~89015C）診療項目，其乳牙一年、恆牙一年半內，同病人、同牙位、同醫師、不同院所重複申報之案件，建議　貴署逕予行政核刪醫療費用，以利符合支付規範之精神。

正本：衛生福利部中央健康保險署 牙醫全聯會校對章(262)

理事長 王棟源

總收文110年3月10日收到
健保審字 中央健康保險署 署1100052994

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

第一頁　共一頁

161078

PDF第99頁

抄件：歸檔抄件

檔　號：
保存年限：

附件 8

衛生福利部中央健康保險署　函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27027723
承辦人及電話：
電子信箱：

受文者：

發文日期：中華民國110年4月13日
發文字號：健保審字第1100052994號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

裝

主旨：有關貴會建議本署依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付規範)之牙體復形相關醫令辦理行政核刪一事，復如說明段，請查照。

說明：

一、復貴會110年3月8日牙全棟字第00944號函。

二、查旨揭支付規範之牙體復形診療項目(89001C~89005C、89008C~89012C、89014C、89015C)規範，略以，「同顆牙申報前揭項目，其乳牙一年或恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式之(窩洞及材質)再填補，皆不得再申報充填牙體復形診療項目費用，以『同一院所』為限」，合先敘明。

訂

三、考量貴會建議牙體復形醫令核刪條件與現行支付規範不同，為避免逕予行政核刪爭議，建請貴會依增修支付標準流程提出申請，俟修訂後辦理。

線

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
副本：本署醫務管理組

討論事項第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」，提請討論。

說　明：

一、依據牙全會 115 年 11 月 5 日牙全賢字第 00517 號函辦理(附件 1，頁次討 4-3)。

二、修訂內容重點摘要如下，修訂對照表(附件 2，頁次討 4-4)：

(一)預算修訂為 5,091.9 百萬。

(二)執行目標修訂為：

1. 116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 285 萬人次、照護人數不低於 125 萬人。
2. 116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 341 萬人次、照護人數不低於 180 萬人。

(三)修訂適用對象：

1. 敘明心血管疾病病人所含括腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓病人，以利醫師判別。
2. 「高風險疾病口腔照護計畫」(91090C)高風險疾病病人牙結石清除-全口之適用對象，將原「六十五歲以上者」修訂為「六十五歲以上且具牙周疾病者」。
3. 高風險疾病支付標準(89204C-89215C)將「口乾症(含修格蘭氏症候群)病人」納入。

本署意見：

一、依 115 年 9 月 23 日 116 年總額協商(附件 3，頁次討 4-20)結果，本計畫協定事項重點如下：在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂 65 歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。

二、依前開協開協定事項，研訂 65 歲以上者之適應症，查本計畫之醫療服務包括牙結石清除(91090C)、氟化物治療(P7302C)及高風險複合體充填(89204C、89205C、89208C~89210C、

89212C~89215C)，本次修訂僅就 65 歲以上執行牙結石清除者增訂適應症(具牙周疾病者)，請牙全會說明後者未修訂之理由。

三、查本署專款計畫(方案)大多訂有退場機制，例如有重大違規應退出計畫等，考量本署管理一致性，是否增列條文詳頁次討 4-5，併請討論。

四、修訂對照表如附件(附件 4，頁次討 4-27)。

擬　辦：

本案擬併討論事項第三案之結論，依程序提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，涉支付標準部分，若公告日為當月 15 日(含)前，於次月 1 日生效；若公告日為當月 15 日後，則於次次月生效。

決　議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話
電子郵件信箱

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署　牙醫全聯會校對章(266)

理事長 黃立賢

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

附件 2

1156 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫修訂對照表

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(同現行條文)	(同現行條文)	**一、 依據：** 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	未修訂
(同現行條文)	(同現行條文)	**二、 目的：** 針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。	未修訂
三、實施期間： ~~115~~116 年 1 月 1 日起至 ~~115~~116 年 12 月 31 日止。	**三、實施期間：** ~~115~~116 年 1 月 1 日起至 ~~115~~116 年 12 月 31 日止。	**三、 實施期間：** 115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。	修訂年度
四、預算來源： (一) ~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 ~~4,255.8~~5,091.9 百萬元。 (二) 有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數	**四、預算來源：** (一) ~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 ~~4,255.8~~5,091.9 百萬元。 (二) 有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數	**四、 預算來源：** (一) 114 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 4,255.8 百萬元。 (二) 有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數	修訂年度，依 116 年協商結論修訂預算。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
由該總額一般服務預算支應。	由該總額一般服務預算支應。	由該總額一般服務預算支應。	
五、執行目標： (一) ~~115~~**116** 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 ~~225~~**285** 萬人次、照護人數不低於 ~~99~~**125** 萬人。 (二) ~~115~~**116**「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)~~預估服務人次不低於 270~~ **達 341** 萬人次、照護人數不低於 ~~143~~**180** 萬人。	**五、執行目標：** (一) ~~115~~**116** 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 ~~225~~**285** 萬人次、照護人數不低於 ~~99~~**125** 萬人。 (二) ~~115~~**116**「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 ~~270~~**341** 萬人次、照護人數不低於 ~~143~~**180** 萬人。	**五、 執行目標：** (一) 115 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 225 萬人次、照護人數不低於 99 萬人。 (二) 115 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 270 萬人次、照護人數不低於 143 萬人。	1. 修訂年度及依 116 年協商結論執行目標。 2. 文字酌修，不影響解釋。
(同現行條文)	(同現行條文)	六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。	修訂對照表及說明如附件。
七、退場機制 **(一) 參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供**			新增退場機制

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
本計畫服務之成效，另予考量。 (二) 前項處以停約之特約醫事服務機構，屬部分科別或服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務。 (三) 特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。			
八~~七~~、醫療費用申報、審查及點值結算： (一) 除另有規定外，依醫療服務支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二) 本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	(同現行條文)	七、醫療費用申報、審查及點值結算： (一) 除另有規定外，依醫療服務支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二) 本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	項次順修
九~~八~~、預期效益之評估指標：	(同現行條文)	八、預期效益之評估指標：	項次順修

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(一) 國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二) 自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。 分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。 分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。 公式：分子/分母。 2.年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母		(一) 國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二) 自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。 分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。 分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。 公式：分子/分母。 2.年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
*100%。 (三) 65 歲以上接受照護病人(註 1)3年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群(註 2)減少。 註： 1. 65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。 2. 該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。 3. 牙周病之 ICD-10-CM 碼為： K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.20(侵襲性牙周炎)。 K05.21-(侵襲性牙周炎，局部)。 K05.22-(侵襲性牙周炎，一般性)。 K05.30(慢性牙周炎)。 K05.31-(慢性牙周炎，局部		*100%。 (三) 65 歲以上接受照護病人(註 1)3年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群(註 2)減少。 註： 1. 65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。 2. 該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。 3. 牙周病之 ICD-10-CM 碼為： K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.20-(侵襲性牙周炎)。 K05.21-(侵襲性牙周炎，局部)。 K05.22(侵襲性牙周炎，一般性)。 K05.30(慢性牙周炎)。 K05.31-(慢性牙周炎，局部	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
性)。 K05.32-(慢性牙周炎，一般性)。 K05.4(牙周病)。		性)。 K05.32-(慢性牙周炎，一般性)。 K05.4(牙周病)。	
十~~九~~、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告實施日期辦理。	(同現行條文)	九、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告實施日期辦理。	項次順修
十二、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	(同現行條文)	十、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	項次順修

「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」
給付項目及支付標準

附件

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
91090C	高風險疾病病人牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上**且具牙周疾病**者。 (2)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (3)血液透析及腹膜透析病人。 (4)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (5)惡性腫瘤病人。 (6)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.每九十天限申報一次。 3.本項支付點數含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	高風險疾病病人牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上**且具牙周疾病**者。 (2)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (3)血液透析及腹膜透析病人。 (4)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (5)惡性腫瘤病人。 (6)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.每九十天限申報一次。 3.本項支付點數含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	高風險疾病病人牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)心血管疾病病人。 (3)血液透析及腹膜透析病人。 (4)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (5)惡性腫瘤病人。 (6)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.每九十天限申報一次。 3.本項支付點數含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	牙全會： 1.65歲以上雖屬口腔健康風險因素之一，惟依據116年度牙醫門診醫療給付費用協定，已針對65歲以上者訂定適應症，爰建議將原「六十五歲以上者」修訂為「六十五歲以上且具牙周疾病者」，使照護對象更明確，並聚焦於高齡且具有牙周疾病之族群。 2.敘明心血管疾病病人所含括病人以利醫師判別。

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
				本署： 1. 請說明「牙周疾病」定義是否同本計畫第八點預期效益之評估指標(三)之牙周病之ICD-10-CM。 2. 請說明增列該適應症理由。
P7302C		齲齒經驗之高風險病人氟化物治療 Full mouth topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險病人，提供本項診療服務。 2.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中**	齲齒經驗之高風險病人氟化物治療 Full mouth topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險病人，提供本項診療服務。 2.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。	牙全會：敘明心血管疾病病人所含括病人以利醫師判別。

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		風、帕金森氏症、高血壓病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 (8)曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人 (含當次)。 3.每九十天限申報一次。 4.本項支付點數含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C。	(4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 (8)曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人 (含當次)。 3.每九十天限申報一次。 4.本項支付點數含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C。	本署： 1. 請依據健保會決議 116 年總額協定事項，訂定 65 歲以上者之適應症。 2. 請說明增列腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓病人的理由。
89204C 89205C		高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth －單面 single surface －雙面 two surfaces 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth －單面 single surface －雙面 two surfaces 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。	

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		(2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 **(8)口乾症(含修格蘭氏症候群)病人。** 2.同顆牙申報前牙複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以二面為限。	(2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報前牙複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以二面為限。	牙全會： 1. 敘明心血管疾病病人所含括病人以利醫師判別。 2. 修格蘭氏症候群主要是免疫系統攻擊外泌腺體（如唾腺、淚腺），當唾液腺功能不足，無法產生足夠的唾液，會大幅增加齲齒的機會，故建議新增此類適用對象。 本署： 1. 請依據健保會決議116年總額協定事項，訂定65歲以上者之適

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
				應症。 2. 請說明增列腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓病人的理由。 3.請提供口乾症(含修格蘭氏症候群)之ICD-10-CM。
89208C 89209C 89210C		高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth －單面 single surface －雙面 two surfaces －三面 three surfaces 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth －單面 single surface －雙面 two surfaces －三面 three surfaces 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診	牙全會： 1. 敘明心血管疾病病人所含括病人以利醫師判別。 2. 修格蘭氏症候群主要是免疫系統攻擊外泌腺體(如唾腺、淚腺)，當唾液腺功能不足，無法產生足夠的唾液，會大幅增加齲齒的機會，故建議新增此類適用對象。

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 **(8)口乾症(含修格蘭氏症候群)病人。** 2.同顆牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C ～ 89005C ， 89008C ～ 89012C ， 89014C ～ 89015C ， 89204C~89205C ， 89208C~89210C ， 89212C ， 89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。	總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C ～ 89005C ， 89008C ～ 89012C ， 89014C ～ 89015C ， 89204C~89205C ， 89208C~89210C ， 89212C ， 89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。	本署： 1.請依據健保會決議116年總額協定事項，訂定65歲以上者之適應症。 2.請說明增列腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓病人的理由。 3.請提供口乾症(含修格蘭氏症候群)之ICD-10-CM。
89212C		高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。	高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。	牙全會： 3.敘明心血管疾病病人所含括病人以利醫師判別。 4.修格蘭氏症候群主要是免疫系統攻擊外泌腺體(如唾腺、淚腺)，當唾液

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 **(8)口乾症(含修格蘭氏症候群)病人。** 2.同顆牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。	(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。	腺功能不足，無法產生足夠的唾液，會大幅增加齲齒的機會，故建議新增此類適用對象。 本署： 1.請依據健保會決議116年總額協定事項，訂定65歲以上者之適應症。 2.請說明增列腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓病人的理由。 3.請提供口乾症(含修格蘭氏症候群)之ICD-10-CM。
89214C		高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth	高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth	牙全會： 5.敘明心血管疾病病人所含括病人以利醫師判別。

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 **(8)口乾症(含修格蘭氏症候群)病人。** 2.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	6.修格蘭氏症候群主要是免疫系統攻擊外泌腺體(如唾腺、淚腺)，當唾液腺功能不足，無法產生足夠的唾液，會大幅增加齲齒的機會，故建議新增此類適用對象。 本署： 1.請依據健保會決議116年總額協定事項，訂定65歲以上者之適應症。 2.請說明增列腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓病人的理由。 3.請提供口乾症(含修格蘭氏症候群)之ICD-10-CM。

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
89215C		高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 **(8)口乾症(含修格蘭氏症候群)病人。** 2.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，	高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，	牙全會： 1. 敘明心血管疾病病人所含括病人以利醫師判別。 2. 修格蘭氏症候群主要是免疫系統攻擊外泌腺體(如唾腺、淚腺)，當唾液腺功能不足，無法產生足夠的唾液，會大幅增加齲齒的機會，故建議新增此類適用對象。 本署： 1. 請依據健保會決議116年總額協定事項，訂定65歲以上者之適應症。 2. 請說明增列腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓

編號	修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	病人的理由。 3.請提供口乾症(含修格蘭氏症候群)之ICD-10-CM。

附件 3

衛生福利部全民健康保險會
116年度全民健康保險醫療給付費用
總額協商會議議事錄

中華民國115年9月23日

附表　116 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***3.298%***	***1,713.6***	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
	投保人口預估成長率		*0.447%*		
	人口結構改變率		*0.337%*		
	醫療服務成本指數改變率		*2.501%*		
協商因素成長率			***-0.096%***	***-49.9***	請於 116 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 年度總額協商考量。
	其他議定項目	1.「牙醫特殊醫療服務計畫」專款與一般服務重複費用扣減(116 年新增項目)	*-0.002%*	*-1.0*	
		2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.094%*	*-48.9*	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***3.202%***	***1,663.7***	
		總金額		***53,623.1***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.醫療資源不足地區改善方案			*375.0*	*51.2*	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2.牙醫特殊醫療服務計畫	*1,211.8*	*255.9*	1.執行目標(暫列)：達成220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。 預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。 2.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	*309.0*	*69.0*	1.執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。 (2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計畫	*144.8*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體加強計畫推動，並持續監測執行結果及評估照護成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
5.高風險疾病口腔照護計畫	*5,091.9*	*836.1*	1.執行目標(暫列)： (1)116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬人。 (2)116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂65歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於116年4月前提出專案報告。 (2)本計畫以5年為檢討期限(112~116年)，請會同牙醫總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第5年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	*506.4*	*82.0*	本計畫以4年為檢討期限(113~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第4年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
7.非齒源性口腔疼痛處置	*16.0*	*1.6*	本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第3年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(116年新增項目)		*200.0*	*200.0*	1.執行目標(暫列)： (1)116年所需預算為490.6百萬元，考量行政院核定116年總額成長率上限為5.5%，116年爭取費用為2億元，另本計畫需逐步推展，執行率為80%。 (2)116年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為5成。 預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。 2.本計畫以3年為檢討期限(116~118年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(118年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
9.因應牙醫支付標準調整所增加預算		*0.0*	*0.0*	
10.品質保證保留款		*150.4*	*53.4*	1.本項專款額度(150.4百萬元)，併同其於原106年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計266.8百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		***8,005.3***	***1,549.2***	
較基期成長率(一般服務+專款)[註2]	**增加金額**	***5.500%***	***3,212.9***	
	總金額		***61,628.4***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 51,959.3 百萬元(含 115 年一般服務預算 51,912.4 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 45.5 百萬元、加回前 1 年度(115 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 1.5 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 58,415.4 百萬元，其中一般服務預算為 51,959.3 百萬元，專款為 6,456.1 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

1156 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫

11o 年 oo 月 oo 日健保醫字第 ooooooooooo 號公告

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。

三、實施期間：

1156 年 1 月 1 日起至 1156 年 12 月 31 日止。

四、預算來源：

(一)1156 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目下支應，全年經費為 4,255.85,091.9 百萬元。

(二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。

五、執行目標：

(一) 1156 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 2825 萬人次、照護人數不低於 12599 萬人。

(二) 1156 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於達 341270 萬人次、照護人數不低於 180143 萬人。

六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。

七、退場機制：

(一) 參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違

規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

(二) 前項處以停約之特約醫事服務機構，屬部分科別或服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務。

(三) 特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

~~七~~八、醫療費用申報、審查及點值結算：

(一) 除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二) 本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

~~八~~九、預期效益之評估指標：

(三) 國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。

(四) 自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

評估指標之定義：

1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。

分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。

分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。

公式：分子/分母。

2.年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。

分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前

一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。

分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。

公式：分子/分母*100%。

(五) 65 歲以上接受照護病人(註 1)3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群(註 2)減少。

註：

4. 65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。

5. 該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。

6. 牙周病之 ICD-10-CM 碼為：

K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)。

K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)。

K05.20(侵襲性牙周炎)。

K05.21-(侵襲性牙周炎，局部)。

K05.22-(侵襲性牙周炎，一般性)。

K05.30(慢性牙周炎)。

K05.31-(慢性牙周炎，局部性)。

K05.32-(慢性牙周炎，一般性)。

K05.4(牙周病)。

~~九~~十、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告實施日期辦理。

十二、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件

「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」給付項目及支付標準

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91090C	高風險疾病病人牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者**且具牙周疾病**。 (2)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (3)血液透析及腹膜透析病人。 (4)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (5)惡性腫瘤病人。 (6)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.每九十天限申報一次。 3.本項支付點數含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	v	v	v	v	820
P7302C	齲齒經驗之高風險病人氟化物治療 Full mouth topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險病人，提供本項診療服務。 2.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 (8)曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人 (含當次)。 3.每九十天限申報一次。 4.本項支付點數含材料費。	v	v	v	v	500

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	5.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C。					
	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth					
89204C	－單面 single surface	v	v	v	v	900
89205C	－雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,050
	註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 (8)口乾症(含修格蘭氏症候群)病人。 2.同顆牙申報前牙複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以二面為限。					
	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth					
89208C	－單面 single surface	v	v	v	v	1,000
89209C	－雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,200
89210C	－三面 three surfaces	v	v	v	v	1,400
	註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 **(8)口乾症(含修格蘭氏症候群)病人。** 2.同顆牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。					
89212C	高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 **(8)口乾症(含修格蘭氏症候群)病人。** 2.同顆牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1,450
89214C	高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**	v	v	v	v	1,600

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C ， 89014C ～ 89015C ， 89204C~89205C ，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。					
89215C	高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病**、腦血管疾病、中風、帕金森氏症、高血壓**病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 **(8)口乾症(含修格蘭氏症候群)病人。** 2.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C ， 89014C ～ 89015C ， 89204C~89205C ，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1,850

討論事項第五案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案　由：修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」案，提請討論。

說　明：

一、 依據牙全會 115 年 11 月 5 日牙全賢字第 00517 號函辦理(附件 1，頁次討 5-3)。

二、 修訂內容重點摘要如下，修訂對照表詳附件 2(頁次討 5-4)：

(一)計畫預算為 506.4 百萬元。

(二)依據中華民國心臟學會回函建議，計畫及指標之「抗凝血劑」修正為「抗血栓藥物」。

(三)修訂預期效益之評估指標定義如下：

1. 指標 1「降低使用抗血栓藥物病人牙科處置後『24』小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」由「24」小時修正為「48」小時。
2. 指標 3「服用抗血栓藥物至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率『、死亡率』」，刪除死亡率。

本署意見：

一、 依 115 年 9 月 23 日 116 年總額協商(附件 3，頁次討 5-14)結果，本計畫協定事項重點如下：本計畫以 4 年為檢討期限(113~116 年)，請本署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效。

二、 有關牙全會建議計畫及指標之「抗凝血劑」修正為「抗血栓藥物」(頁次討 5-12)一節，本署尊重，為利後續預期效益指標計算，請牙全會提供「抗血栓藥物」之操作型定義。

三、 查本署專款計畫(方案)大多訂有退場機制，例如有重大違規應退出計畫等，考量本署管理一致性，建議增列條文詳頁次討 5-10。

四、 修訂對照表如附件(附件 4，頁次討 4-21)。

擬　辦：

擬報衛生福利部核定後，公告自 115 年 1 月 1 日生效。

決　議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話
電子郵件信箱

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署　牙醫全聯會校對章(266)

理事長黃立賢

本案依照分層負責規定
授權　牙醫門診醫療服務審查執行會　主委決行

第一頁　共一頁

附件 2

1156 年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫修訂對照表

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(同現行條文)	(同現行條文)	**一、依據** 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	未修訂
(同現行條文)	(同現行條文)	**二、目的** 藉由本計畫之實施，對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。	未修訂
二、實施期間： ~~115~~116 年 1 月 1 日起至 ~~115~~116 年 12 月 31 日止。	**三、實施期間：** ~~115~~116 年 1 月 1 日起至 ~~115~~116 年 12 月 31 日止。	**三、實施期間：** 115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。	修訂年度
四、**預算來源：** ~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目，全年經費為~~424.4~~506.4 百萬元。	**四、預算來源：** ~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目，全年經費為~~424.4~~ 506.4 百萬元。	**四、預算來源：** 115 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目，全年經費為 424.4 百萬元。	牙全會說明： 修訂年度、依 116 年總額協商結論修訂預算。
(同現行條文)	(同現行條文)	**五、年度執行目標：** 執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 6 成。	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(同現行條文)	(同現行條文)	**六、牙醫師申報資格：** (一)除口腔顎面外科、口腔病理及特殊需求者口腔醫學科之專科醫師，與執業登記於牙醫教學醫院之牙醫師外，牙醫師須接受本計畫相關教育訓練。 (二)前項教育訓練開課單位限中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)、各醫院、各縣市牙醫師公會及向牙醫全聯會申請開課之學會，教材由牙醫全聯會統一編定。 (三)完成訓練之牙醫師名單由牙醫全聯會統一造冊函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組備查。另無須接受教育訓練之牙醫師名單，須由相關專科學會(特殊需求者口腔醫學科專科醫師由衛生福利部口腔健康司)及中華民國醫院牙科協會檢送相關資料	未修訂

<table>
<tr><th>修訂後條文(本署版本)</th><th>修訂後條文(牙全會版本)</th><th>原條文</th><th>備註</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>交由牙醫全聯會，併同辦理。</td><td></td></tr>
<tr><td>(同現行條文)</td><td>(同現行條文)</td><td>七、給付項目及支付標準：
<table>
<tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>基層院所</th><th>地區醫院</th><th>區域醫院</th><th>醫學中心</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>P3601C</td><td>特定疾病病人牙科就醫安全
註：
(一)適用對象：須符合下列條件之一
1.糖尿病病人。
2.高血壓病人。
3.骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。
4.心血管疾病病人。
5.癌症病人。
6.血液透析及腹膜透析病人。
7.器官移植病人。
8.精神疾病病人。
9.帕金森氏症病人。</td><td>v</td><td>v</td><td>v</td><td>v</td><td>100</td></tr>
</table></td><td>未修訂</td></tr>
</table>

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文						備註
			10.失智症病人。 11.甲狀腺相關疾病病人。 12.與牙科治療相關之自體免疫性疾病病人。 13.其他未明示之疾病病人。 (二)該院所該牙醫師當年度第一次申報本項時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表(如附件)。 (三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。 (四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-六個月內之醣化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內					

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。	
(同現行條文)	(同現行條文)	**八、醫療費用申報、審查及點值結算：** (一)除本計畫另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二)該院所該牙醫師當年度第一次申報「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C)時，須填寫本計畫醫師自我考評表(如附件)，並留存於牙醫病歷備查。本計畫案件抽審時，一併附上。 (三)病人每次就診當天同一院所只可申報一次	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		P3601C： 1. 符合本計畫之病人，就診當次有取卡號並且至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢即可申報 P3601C。 2. 符合本計畫之病人，就診當次已有同一療程卡號並且至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢即可申報 P3601C，不得為申報 P3601C 另取卡號。 (四)本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		應。	
九、退場機制 (一) 參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。 (二) 前項處以停約之特約醫事服務機構，屬部分科別或服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療			新增退場機制

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
服務。 (三) 特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。			
~~九~~十、預期效益之評估指標： (一)降低使用~~抗凝血劑~~抗血栓藥物病人牙科處置後 ~~24~~48 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。 (二)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險(詳註)。 1. 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。 2. 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人：下列疾病經由	九、預期效益之評估指標： (一)降低使用~~抗凝血劑~~抗血栓藥物病人牙科處置後 ~~24~~48 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。 (二)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險(詳註)。 3. 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。 4. 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人：下列疾病經由	九、預期效益之評估指標： (一)降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。 (二)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險(詳註)。 1. 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人:於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。 2. 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人:下列疾病經由本	本署： 1.尊重牙全會意見，在請牙全會提供藥物碼。 2.項次順修 牙全會：依據中華民國心臟學會建議將「抗凝血劑」修正為「抗血栓藥物」；另修訂評估指標名稱與定義。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險： (1) 骨質疏鬆症。 (2) 癌症、骨轉移者。 [註]：計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。 (三)服用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率~~、死亡率~~。 3. 服用~~抗凝血劑~~抗血栓藥物的病人，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼~~或死亡~~的比率。 4. 服用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**的病人，且於牙科看診有申報	本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險： (1) 骨質疏鬆症。 (2) 癌症、骨轉移者。 [註]：計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。 (三)服用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率~~、死亡率~~。 5. 服用~~抗凝血劑~~抗血栓藥物的病人，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼~~或死亡~~的比率。 6. 服用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**的病人，且於牙科看診有申報	計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險： (1) 骨質疏鬆症。 (2) 癌症、骨轉移者。 [註]：計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。 (三)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。 1. 服用抗凝血劑的病人，有申報中風或心肌梗塞代碼或死亡的比率。 2. 服用抗凝血劑的病人，且於牙科看診有申報 P3601C，有申報中風或	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
P3601C，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼~~或死亡~~的比率。 [註]： (1)中風 ICD-10代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10代碼為 I20-I25。	P3601C，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼~~或死亡~~的比率。 [註]： (1)中風 ICD-10代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10代碼為 I20-I25。	心肌梗塞代碼或死亡的比率。 [註]： (1)中風 ICD-10代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10代碼為 I20-I25。	
十二、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。	(同現行條文)	十、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。	項次順修
十~~一~~二、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	(同現行條文)	十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	項次順修

衛生福利部全民健康保險會
116年度全民健康保險醫療給付費用
總額協商會議議事錄

中華民國115年9月23日

附表　116 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***3.298%***	***1,713.6***	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
	投保人口預估成長率		*0.447%*		
	人口結構改變率		*0.337%*		
	醫療服務成本指數改變率		*2.501%*		
協商因素成長率			***-0.096%***	***-49.9***	請於 116 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 年度總額協商考量。
	其他議定項目	1.「牙醫特殊醫療服務計畫」專款與一般服務重複費用扣減(116 年新增項目)	*-0.002%*	*-1.0*	
		2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.094%*	*-48.9*	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***3.202%***	***1,663.7***	
		總金額		***53,623.1***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.醫療資源不足地區改善方案			*375.0*	*51.2*	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2.牙醫特殊醫療服務計畫	*1,211.8*	*255.9*	1.執行目標(暫列)：達成220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。 預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。 2.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	*309.0*	*69.0*	1.執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。 (2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計畫	*144.8*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體加強計畫推動，並持續監測執行結果及評估照護成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
5.高風險疾病口腔照護計畫	*5,091.9*	*836.1*	1.執行目標(暫列)： (1)116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬人。 (2)116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂65歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於116年4月前提出專案報告。 (2)本計畫以5年為檢討期限(112~116年)，請會同牙醫總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第5年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	*506.4*	*82.0*	本計畫以4年為檢討期限(113~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第4年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
7.非齒源性口腔疼痛處置	*16.0*	*1.6*	本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第3年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
	8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(116年新增項目)	*200.0*	*200.0*	1.執行目標(暫列)： (1)116年所需預算為490.6百萬元，考量行政院核定116年總額成長率上限為5.5%，116年爭取費用為2億元，另本計畫需逐步推展，執行率為80%。 (2)116年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為5成。 預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。 2.本計畫以3年為檢討期限(116~118年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(118年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	9.因應牙醫支付標準調整所增加預算	*0.0*	*0.0*	
	10.品質保證保留款	*150.4*	*53.4*	1.本項專款額度(150.4百萬元)，併同其於原106年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計266.8百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	***8,005.3***	***1,549.2***	
較基期成長率(一般服務+專款)[註2]	**增加金額**	***5.500%***	***3,212.9***	
	總金額		***61,628.4***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 51,959.3 百萬元(含 115 年一般服務預算 51,912.4 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 45.5 百萬元、加回前 1 年度(115 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 1.5 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 58,415.4 百萬元，其中一般服務預算為 51,959.3 百萬元，專款為 6,456.1 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

附件 4

1156年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫

11o 年 o 月 oo 日健保醫字第 oooooooo 號公告

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

藉由本計畫之實施，對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。

三、實施期間：

1156年1月1日起至1156年12月31日止。

四、預算來源：

1156年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目，全年經費為424.4506.4百萬元。

五、年度執行目標：

執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達6成。

六、牙醫師申報資格：

(一) 除口腔顎面外科、口腔病理及特殊需求者口腔醫學科之專科醫師，與執業登記於牙醫教學醫院之牙醫師外，牙醫師須接受本計畫相關教育訓練。

(二) 前項教育訓練開課單位限中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)、各醫院、各縣市牙醫師公會及向牙醫全聯會申請開課之學會，教材由牙醫全聯會統一編定。

(三) 完成訓練之牙醫師名單由牙醫全聯會統一造冊函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組備查。另無須接受教育訓練之牙醫師名單，須由相關專科學會(特殊需求者口腔醫學科專科醫師由衛生福利部口腔健康司)及中華民國醫院牙科協會檢送相關資料交由牙醫全聯會，併同辦理。

七、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P3601C	特定疾病病人牙科就醫安全 註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1.糖尿病病人。 2.高血壓病人。 3.骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4.心血管疾病病人。 5.癌症病人。 6.血液透析及腹膜透析病人。 7.器官移植病人。 8.精神疾病病人。 9.帕金森氏症病人。 10.失智症病人。 11.甲狀腺相關疾病病人。 12.與牙科治療相關之自體免疫性疾病病人。 13.其他未明示之疾病病人。 (二)該院所該牙醫師當年度第一次申報本項時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表(如附件)。 (三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。 (四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-六個月內之醣化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。	v	v	v	v	100

八、醫療費用申報、審查及點值結算：

(一) 除本計畫另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費

用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二) 該院所該牙醫師當年度第一次申報「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C)時，須填寫本計畫醫師自我考評表(如附件)，並留存於牙醫病歷備查。本計畫案件抽審時，一併附上。

(三) 病人每次就診當天同一院所只可申報一次 P3601C：

1. 符合本計畫之病人，就診當次有取卡號並且至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢即可申報 P3601C。
2. 符合本計畫之病人，就診當次已有同一療程卡號並且至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢即可申報 P3601C，不得為申報 P3601C 另取卡號。

(四) 本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。

九、退場機制

(一) 參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

(二) 前項處以停約之特約醫事服務機構，屬部分科別或服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務。

(三) 特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

~~九~~十、**預期效益之評估指標：**

(一) 降低使用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**病人牙科處置後~~24~~**48**小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。

(二) 減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險(詳註)。

1. 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。
2. 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人：下列疾病經由本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險：

(1)骨質疏鬆症。

(2)癌症、骨轉移者。

[註]：計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。

(三) 服用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率~~、死亡率~~。

1. 服用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**的病人，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼或死亡的比率。
2. 服用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**的病人，且於牙科看診有申報 P3601C，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼~~或死亡~~的比率。

[註]：

(1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。

(2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼為 I20-I25。

十~~一~~、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十~~一~~二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件

特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表

填表日期：　　年　　月　　日

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
醫師姓名：(醫師親簽)	醫師身分證字號：

【前言】

因應特定疾病病人在牙科求診時，牙醫師得保障其就醫安全，查詢相關用藥，並因應病人用藥內容及全身性狀況妥善擬定治療計畫。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	一、糖尿病(降血糖藥物)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 掌握病人血糖監控狀況，病人六個月內之醣化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)的血糖值病歷評估及追蹤(HbA1c數值，<7%代表血糖值控制良好)。 4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含糖尿病用藥、心血管用藥、腎臟性疾病、眼科疾病用藥。 5. 病人牙科治療當天，服藥及用餐狀況了解及詢問。 6. 打胰島素之病人，因降血糖速度較快，要準備糖果或含糖飲料以預防低血糖。 7. 術前預防性投藥(視病情狀況需要)。 8. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 確認病人六個月內血糖控制的狀況，AC sugar(空腹血糖)較高但仍在70-200 mg/dL，經由牙醫師評估仍可接受手術。
2. 若AC sugar(空腹血糖)>300mg/dL且HbA1c(醣化血紅素)>9%則不建議執行侵入性治療。
3. 病人年紀偏大、病史較長，若病情需要必須執行侵入性治療，則必須告知病人風險並由牙醫師審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	二、高血壓(降血壓藥物)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		3. 病人三個月之內的血壓病歷評估及追蹤。 4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含心血管用藥、~~抗凝血劑~~抗血栓藥物及全身狀況追蹤及評估。 5. 病人牙科治療當天高血壓藥物服藥狀況了解及詢問。 6. 術後流血狀況監控。 7. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 若病人服用3種以上降血壓藥物，建議應謹慎評估及術前先量血壓。
2. 治療前血壓應於150mmHg以內，若高於此數值會有風險產生。(參考資訊：≥140/90mmHg 但 <160/100mmHg)
3. 病人血壓若不容易控制，可考慮使用抗焦慮藥物或以鎮靜配合治療，但醫師須受過相關訓練才可以使用。
4. 血壓高於180/110mmHg不建議做治療。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	三、骨質疏鬆症(抗骨質疏鬆藥物)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用抗骨質吸收藥物可能帶來的影響及相關風險。 3. 遵循開藥醫師對於病人牙科就診的注意事項與醫囑，必要時得使用諮詢單，如單株抗體類用藥針劑三個月內不建議做牙科侵入性治療。 4. 雙磷酸鹽類用藥三個月內要做牙科侵入性處置，應多方謹慎評估。 5. 術後流血狀況監測。 6. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 病人使用的抗骨質疏鬆藥劑，早期為雙磷酸鹽藥物(Bisphosphonate)，近期則是使用單株抗體類之Denosumab(如保骼麗，Prolia)等。目前實務上使用Denosumab的病人，大約是滿五個月的時候，告知病人可能之風險及獲得病人同意後，可以進行手術，同時傷口必須縫合。手術完成一個月左右，若傷口癒合良好，沒有新的骨頭暴露出來或骨壞死的情形，可以接著施打下一次的劑量。
2. 另最近研究，半年之後超過三個月才施打Denosumab，藥物原來的效果就會急速下降。

3. 若是病人剛使用藥物，有緊急狀況需進行手術處置時，需告知病人相關風險，並獲得病人之同意。
4. 進行手術後，建議需完全縫合傷口的原因是基於了解病人骨壞死的原理。避免骨暴露，使骨骼能獲得良好的血液供應，是預防新顎骨壞死的重要因素。
5. 由於雙磷酸鹽藥物是直接存在於顎骨內，甚至從壞死骨脫落後，會再結合到鄰近的骨骼內，繼續抑制破骨細胞，與單株抗體類藥物留存在血液中，且有一定之半衰期不同，因此，使用雙磷酸鹽藥物者接受牙科手術時，相對風險可能比單株抗體類藥物高。但無論如何，如果仍需要進行牙科手術時，最重要的是告知病人接受牙科手術時，仍可能有產生顎骨壞死的風險。
6. 病人使用雙磷酸鹽藥用如果有合併其他多重藥物，應更審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	四、心血管疾病(藥物)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 服用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**之一般病人：做監控。 4. 服用~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**之特殊病人：有栓塞、做支架者，徵詢內科醫師建議，必要時得使用諮詢單。 5. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. ~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**目前有三個大的類型：
   (1)與血小板有關：如阿斯匹靈、保栓通(Plavix)或其他藥物等。
   (2)預防心房顫動可能造成血栓的Coumadin(Wafarin)等。
   (3)針對第十凝血因子及thrombin的新型抗凝血藥物。
2. 如果是不複雜且時間小於45分鐘的手術這類藥物建議可不停藥，但沒有把握，可詢問原開藥醫師。
3. 醫院通常會做血液凝固狀態監控，若真的太高，會將治療延後。
4. 若病人有進行心臟外科手術，建議至原醫院進行相關牙科治療。
5. 另抗凝血藥物服用2種以上，是否能減藥或停藥應詢問原開藥醫師。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	五、癌症(抗癌藥物)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 若癌症仍在治療中，若僅為簡單、緊急的處置，院所應自行評估是否有能力執行。如需進行牙科手術或侵入性、大範圍的治療或牽涉到用藥，建議回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療。
2. 癌症療程若已結束,半年後病情沒有太大的變化,可考慮於診所進行牙科治療。
3. 若病人長期服用抗癌藥物，需進行牙科治療時，建議轉診回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療，或不要進行太侵入性或太久的牙科治療。
4. 病人曾接受放射線治療，如口腔癌等，即便是治療完成後數年的追蹤，侵犯性手術如拔牙等的問題，仍可能造成放射線性骨壞死。
5. 另外如乳癌、多發性骨髓瘤、攝護腺癌、肺癌等，使用抗骨吸收的藥物預防遠端骨轉移時，這與使用預防骨質疏鬆的病人一樣，即便他的癌症相關治療已經結束，進行牙科手術仍可能會造成顎骨壞死。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	六、血液透析及腹膜透析病人	(一)血液透析： 1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 原則上非洗腎日做牙科處置,洗腎日不建議執行侵入性牙科處置。 5. 容易感染，注意術後。 6. 牙科使用的局部麻醉藥多為肝臟代謝,可以安全使用。止痛藥Acetaminophen仍是最安全的選擇，其他NSAID類的藥物(如：ketoprofen, ibuprogen, naproxen)可能會導致高血壓及提高出血風險，Aspirin則會影響血小板凝集的功能、提高腸胃道出血的風險。 7. 若無法掌握病人病程的狀況,在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。 (二)腹膜透析： 1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 容易感染，盡量減少傷口範圍，注意術後。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		5. 牙科使用的局部麻醉藥多為肝臟代謝，可以安全使用。止痛藥Acetaminophen仍是最安全的選擇，其他NSAID類的藥物(如：ketoprofen, ibuprogen, naproxen)可能會導致高血壓及提高出血風險，Aspirin則會影響血小板凝集的功能、提高腸胃道出血的風險。 6. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 血液透析病人若要進行大範圍、侵入性治療或手術，建議可詢問原腎臟科醫師是否能調整~~抗凝血劑~~**抗血栓藥物**或非類固醇抗發炎藥NSAID使用的劑量，可以改善其術後凝血的問題。
2. 解熱鎮痛劑為牙科常見藥物，慢性腎臟病(CKD)病人應避免使用NSAID藥物。
3. 對於還在接受腎臟保守性藥物療法或是腹膜透析的病人，牙科治療方面須考量的問題與一般病人沒有太大的差異，只要避免使用腎毒性的藥物(如：Tetracyclines or aminoglycosides)，及因為此類型病人常見有高血壓的情況，治療時要特別注意血壓的部分。
4. 假使有急性齒源性感染(如：periapical periodontitis, periapical periodontal abscess)，病人需要接受一個完整的抗生素療程。要避免使用腎毒性的抗生素，並且給藥時一定要先確認病人的GFR，根據GFR的數值 來調整給藥劑量及間隔。Penicillin類及其衍生藥物、Clindamycin、Cephalosporins都算是相對安全的藥物，Aminoglycosides、Tetracyclines、Polypeptide antibiotics這三類藥物具有腎毒性，應該避免使用。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	七、器官移植病人	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 病人一年之內施打或服用抗排斥藥物、免疫抑制劑、抗凝血用藥狀況評估及追蹤。 4. 病人半年內的內科及系統性用藥及身體狀況追蹤及評估。 5. 術前預防性投藥。 6. 術後流血狀況監控。 7. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

若為換心手術病人可進行預防性抗生素投藥。另外，應注意病人是否仍使用抗排斥藥物，並了解該藥物對免疫功能的影響程度，也了解對白血球功能的影響等，或是對造血功能的影響。若移植已經很長一段時間，也沒有使用抗排斥的藥物，屬於穩定病人，除了換心的病人外，可與一般人一樣，可接受常規的牙科處置。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	八、精神疾病(鎮靜劑、安眠藥、抗焦慮藥物)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 精神病相關用藥與牙科常用藥物容易產生藥物交互作用
2. 有些精神科藥物具抗膽鹼作用，會造成口乾及唾液分泌減少，易產生蛀牙及念珠菌感染。部分精神科藥物所產生的錐體外路徑症候群(Extrapyramidal symptoms，EPS)副作用及遲發性運動異常，其行為特徵包括肢體僵直、無力，舌頭靈活控制度不足，食物容易殘留在雙頰或溢出，可能使食物誤入氣管引發嗆咳，嚴重時出現喉部肌肉不自主收縮，乃至無法吞嚥的情形產生。
3. Clozapine-非典型抗精神病藥物(Atypical antipsychotic drugs)，臨床上應用於治療難治型精神分裂症(refractory schizophrenia)。相較於第一代抗精神病藥物，Clozapine 的錐體外症狀(EPS)較少，在臨床上較常見的副作用為口水外流。根據 Praharaj 等人的研究，發現經 Clozapine 藥物治療的病人，約有 30%的個案有流口水(Clozapine induced sialorrhea，CIS)症狀。
4. 早期癲通（Tegretol）與帝拔癲（Depakine）主要用於癲症的治療，但後來（1970 年代）發現對躁鬱症也有急性治療和預防效果。另外對於陣發性衝動控制不良或具攻擊傾向的病人也有療效。療效與鋰鹽相近，約有 50%至 70% 的躁鬱症病人會有良好反應，尤其是那些有較特殊發作型式的人。它們產生療效的時間比鋰鹽更快，約在一週左右。長期服用癲通會影響白血球，少數人可能較易感冒或口腔潰瘍；而帝拔癲則因影響血小板凝集功能，要小心是否止血較慢。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	九、帕金森氏症(備註：114 年新增)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 在接受牙科治療時牙醫需要注意以下幾點： (1)牙科診療時間盡量短，約診時間安排在早上。 (2)姿勢性低血壓或體位性低血壓：可能由單胺氧化酶抑制劑與卡比多巴-左旋多巴(DHIVY)的併用所

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		致，當病人突然從牙科就診椅上站起時，可能會導致低血壓和增加跌倒風險，進行牙科治療時，應謹慎地讓帕金森氏症病人從就診椅上起身。 (3)若病人有步行或姿勢反射方面的障礙，當他在室內移動或是要坐上診療椅時，必須注意他的腳部安全性。 (4)若遇到有吞嚥障礙的病人時，一開始就盡量讓病人以坐姿方式來接受治療，減少病人有噎到或誤嚥等情況。 (5)有服用左旋多巴的病人在接受含有腎上腺素的牙科麻藥注射時，可能會出現精神運動性躁動或症狀暫時加重，必要時宜以不含有腎上腺素的牙科麻藥注射。 (6)味覺改變或口腔灼熱感：這是像卡比多巴/左旋多巴這類藥物的常見副作用，在無牙病人身上尤為明顯，可以跟病人說明，讓病人放心，這與他們的假牙或牙科治療無關。 4. 帕金森氏症病人因為臉部缺乏表情變化(面具般容貌)，因此必須透過出聲詢問，或是監控生命跡象等方式來觀察病人狀況。 5. 帕金森病人可能會因為運動障礙、顫抖與同時進行兩種動作等的協同動作出現障礙現象，導致其無法自行清潔口腔甚至無法配合臨床上的診療。 6. 醫療決策制定宜與病人、監護人或家屬共同商討決定。 7. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 帕金森氏症(Parkinson's disease)是一種影響中樞神經系統的慢性及進行性神經退化疾病，其主要症狀和致病機轉如下：
2. 主要症狀
   (1) 靜止性震顫：手指、手腕或下巴在靜止時不自主地顫動，是帕金森氏症的典型症狀之一。
   (2) 動作遲緩(運動遲緩)：病人的動作變得緩慢，並且開始動作時需要更多的時間，這一症狀被稱為「運動遲緩」或「動作緩慢」(Bradykinesia)。

(3) 肌肉僵硬：肌肉的僵硬和不靈活感，特別是在四肢和頸部，這種症狀會導致活動受限和疼痛。
(4) 姿勢不穩和步態異常：平衡和協調能力受損，可能導致姿勢不穩和行走困難。病人可能會有「小步走」(shuffling gait)或「凍結步態」(freezing of gait)。
(5) 面部表情減少：面部表情減少或變得呆板，被稱為「面具樣表情」(masked face)。
(6) 自主神經功能異常：如便秘、尿失禁、低血壓和多汗等。
(7) 睡眠障礙：包括失眠、快速眼動睡眠行為障礙(REM sleep behavior disorder)等。
(8) 精神症狀：如抑鬱、焦慮和認知功能障礙，包括記憶力下降和注意力集中困難。

3. 補充說明-帕金森症候群(Parkinsonism)是指一組具有帕金森氏症類似症狀的疾病或狀況。它包含了帕金森氏症和其他具類似症狀的神經系統疾病。
4. 帕金森氏症的常見症狀包括震顫、肌肉僵硬、動作緩慢(bradykinesia)、(dyskinesia)、平衡力和協調性受損、說話聲音微弱(hypophonia)、面無表情(hypomimia)、抑鬱、焦慮和睡眠障礙。
5. 帕金森氏症病人常有口乾(xerostomia)、多涎(sialorrhea)、吞嚥困難(dysphagia)、面部震顫和說話障礙。
6. 帕金森氏症治療藥物與牙科藥物的交互作用及注意事項：
   Lidocaine：可能影響心血管系統，需注意監測血壓和心率。
7. 局部麻醉藥物與單胺氧化酶-B(MAO-B)抑制劑之間可能會產生藥物交互作用。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	十、失智症(備註：114年新增)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 牙科治療安排注意事項： (1) 看牙最好選在早上的時段，不要在傍晚時刻，避免日落症候群。 (2) 看診前先去廁所，治療時間不宜過長。 (3) 診間環境盡量能安靜舒適，且有主要照顧者或家屬陪同尤佳。 (4) 初期症狀輕微時可配合治療，漸漸地隨著病程演進，治療較為困難，治療照護策略轉成保守並加強預防與功能維持。 4. 用藥注意事項： (1) 失智症病人有時會服用抗抑鬱藥、抗精神病藥和鎮靜劑。這些藥物的副作用之一是口乾，而口乾會導致嚴重假牙問題。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		(2) 若藥物是用糖基底的，那齲齒的風險就會增加，可要求內科醫師開出無糖代替品。牙醫也可使用Chlorhexidine和氟化物，以防止在齒頸部的齲齒。 (3) 一些抗精神病藥會導致舌頭和頜骨不正常運動增加，從而使配戴假牙變得困難，尤其是下頜延遲性震顫，這些頜骨震顫停藥後可能仍然存在。 5. 治療時注意嗆咳。 6. 病人移位時須注意。 7. 醫療決策制定宜與病人、監護人或家屬共同商討決定。 8. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 失智是一種症狀(syndrome)，本質是慢性亦屬進行中的，它是認知功能的惡化；這類失能症狀會損傷個人能力，通常干擾到每天生活功能，甚至喪失獨立能力，失智是在緩慢進行中，喪失智力，包含記憶力、抽象思考與判斷。基本而言它是疾病，在 60 歲罹患有 1%，在 85 歲罹患卻超過 40%，總言之，失智症是慢性的腦部退行性變化，其中僅 10%有機會恢復。
2. 失智症非正常老化的現象，而是一種進行性退化的疾病，也是一個腦部病變的泛稱，用於描述罹病病人喪失記憶、語言、解決問題能力和其他思維能力，且其嚴重程度足以干擾日常生活。失智症大致分為退化性及血管性兩類。「退化性失智症」包括阿茲海默症(Alzheimer's disease)、額顳葉型失智症、路易氏體失智症。「血管性失智症」成因為腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部缺血，造成腦細胞死亡而智力減退。失智症包含五種類型，分別為：

   ***阿茲海默症(Alzheimer's Disease)**：約占 60~70%。主要症狀包括記憶力衰退、語言問題和不可預測的行為。阿茲海默症是一種不可逆，進展性的腦部疾病，其特徵為腦部內形成澱粉樣蛋白老化斑(Amyloid plaques)及神經纖維糾結(Neurofibrillary tangles)、腦中神經細胞間連結的喪失，和這些神經細胞的凋亡。阿茲海默症可分為兩種：早發型阿茲海默症與晚發型阿茲海默症。

   ***血管型失智症(Vascular Dementia)**：約占 10~20%。一定要有腦中風的證據，曾經發生過腦血管的病變。主要症狀為腦部智力功能退化，以記憶力為主，加上語言功能、空間定向的功能、操作功能、抽象思考、計算等任一方面功能的喪失。

   ***額顳葉型失智症(Frontotemporal Dementia)**：約占 10%。主要症狀為行為或語言能力的改變。可能包括人格改變、缺乏同情心、重複性行為、詞彙量減少和語言理解能力下降。記憶和運動功能通常不受影響。

***路易氏體失智症(Lewy body dementia)**：約占 5%。主要特徵為腦中會出 現路易氏體(Lewy bodies)。廣義的路易氏體疾病包括帕金森氏症、路易氏體失智症及多發系統萎縮症等，前兩者有著共通的臨床症狀，除了動作遲緩、面無表情、肢體僵硬、步態不穩之外，也常有幻覺、妄想、起伏不 定的認知狀態，記憶力及執行功能等高次大腦機能也逐漸敗壞。

***其他型失智症(Other types of dementia)**：約占 5%。其他型失智症包括 與帕金森病(Parkinson's disease)、亨廷頓氏症(Huntington's disease)、愛滋病(HIV)、庫茲菲爾德-雅各氏症(Crutzfeldt-Jakob disease)、柯沙科夫症候群(Korsakoff syndrome)和其他疾病相關的失智症。雖然症狀可能因疾病而異，但與其相關的失智症類似，包括記憶喪失、判斷能力受損、人格改變以及無法執行日常活動等症狀。

3. 失智症治療藥物與牙科治療中可能使用藥物間之交互作用：

✧ 抗精神病藥物：

與某些抗生素(如巨環類抗生素Erythromycin、奎諾酮類(Quinolone)抗生素Ciprofloxacin或Levofloxacin、抗真菌藥物Fluoroquinolones或Ketoconazole)可能增加QT間期延長風險，需謹慎選擇。

鎮靜劑可能增強中樞神經系統抑制作用，需調整劑量。

✧ 抗抑鬱藥物：

與某些抗生素可能增加QT間期延長風險。

止痛藥可能與抗抑鬱藥物產生藥物交互作用，需調整劑量。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	十一、甲狀腺相關疾病 (備註：114年新增)	(一)甲狀腺亢進： 1.查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2.告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3.注意病人進入診間之步態。 4.觀察病人說話是否急躁。 5.關心病人是否有頻便。 6.若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會相關科的醫師或轉診至其他相關單位做進一步診治。 (二)甲狀腺低下： 1.查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2.告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3.有冠狀動脈疾病者：在治療甲狀腺功能低下的過程中，往往病情會惡化，因為治療中甲狀腺素劑

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		量調整機制時，會有狹心症(angina)、心衰竭(congestive heart failure)或不整(arrhythmias)之現象，所以這類病人在牙醫就醫時，須有內科醫師之意見。 4.若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 甲狀腺機能亢進臨床表現
   (1)症狀
   A.容易緊張、情緒劇烈起伏、坐立不安
   B.不耐熱、易流汗
   C.疲倦、無力、抽筋
   D.心悸、胸痛
   E.食量增多但體重減輕；排便增加但非腹瀉
   (2)徵候
   A. 躁動、焦慮
   B. 暖而濕的手掌
   C. 瞪、眼瞼運動遲滯
   D. 微顫抖、反射增加
   E. 波形不規則的不規則心跳(心房顫動的一個徵候)、脈壓增加及較少見的高心輸出心衰竭。
2. 甲狀腺疾病是指影響甲狀腺功能或結構的各種病症。甲狀腺是一個位於頸部的蝴蝶狀腺體，負責分泌甲狀腺激素(包括 free T3 和 T4)，這些激素在調節新陳代謝、能量消耗、體溫和心臟功能等方面起著重要作用。
3. 甲狀腺功能檢驗項目及正常值

疾病類別	檢查項目	正常值範圍	說明
甲狀腺功能亢進症	TSH 甲狀腺刺激激素	0.4-4.0 mIU/L	甲亢時 TSH 通常低於正常範圍
	FT4 游離甲狀腺素	0.8-2.0 ng/dL	甲亢時 FT4 通常高於正常範圍
	FT3 游離三碘甲腺素	2.3-4.2 pg/mL	甲亢時 FT3 通常高於正常範圍
	TRAb 甲狀腺素受體抗體	<1.75 IU/L	格雷夫茲病病人 TRAb 通常高於正常範圍
	RAIU 甲狀腺攝碘率	正常:24 小時 15-35%	甲亢時 RAIU 通常高於正常範圍
甲狀腺功能低下症	TSH 甲狀腺刺激激素	0.4-4.0 mIU/L	甲低時 TSH 通常高於正常範圍
	FT4 游離甲狀腺素	0.8-2.0 ng/dL	甲低時 FT4 通常低於正常範圍
	TPOAb 甲狀腺過氧化物酶抗體	<35 IU/mL	橋本氏甲狀腺炎病人 TPOAb 通常高於正常範圍
	TgAb 甲狀腺球蛋白抗體	<20 IU/mL	橋本氏甲狀腺炎病人 TgAb 通常高於正常範圍

疾病類別	檢查項目	正常值範圍	說明
甲狀腺結節和癌症	甲狀腺超音波	正常甲狀腺結構和大小	用於檢查甲狀腺結節和結構異常
	Tg 甲狀腺球蛋白	3-40 ng/mL	甲狀腺癌病人術後隨訪中的腫瘤標誌
	TgAb	<20 IU/mL	干擾甲狀腺球蛋白測定結果
自體免疫性甲狀腺疾病	TPOAb	<35 IU/mL	自體免疫性甲狀腺疾病(如橋本氏甲狀腺炎)的標誌
	TgAb	<20 IU/mL	自體免疫性甲狀腺疾病的另一標誌

4. 甲狀腺風暴(thyroid storm)

甲狀腺風暴是一種極其罕見但危急的情況，屬於急性且危及生命的甲狀腺功能亢進，可能在感染、外科手術或其他壓力情況下發生。牙科治療可能是一種導致甲狀腺風暴的壓力源，特別是對於甲狀腺功能亢進症病人；另外，牙科治療時使用含 epinephrine 的局部麻醉劑，治療過程產生疼痛和焦慮情緒引發交感神經系統強烈反應，牙科手術後可能會引發感染，均會加重甲狀腺功能亢進，使甲狀腺功能亢進症病人或治療效果不好的病人產生甲狀腺風暴。

甲狀腺風暴的症狀非常嚴重且多樣：

高燒：通常超過 39°C(102.2°F)

心動過速：心率超過 140 次/分鐘

心律不整：如心房顫動

高血壓：血壓顯著升高，隨後可能會出現低血壓和休克

胃腸道症狀：嘔吐、腹瀉、黃疸

中樞神經系統症狀：極度焦慮、譫妄、昏迷、癲癇

其他症狀：脫水、心力衰竭

甲狀腺風暴的致病機轉

主要是由於體內甲狀腺激素(主要是 T3 和 T4)的急劇增加，引發以下反應：

代謝率劇增：導致高熱和心動過速。

交感神經系統反應增強：加劇心臟和中樞神經系統症狀。

循環系統過載：引發高血壓、心律不整和心力衰竭。

緊急處理步驟

穩定病人生命體徵

(1) 維持呼吸道暢通：確保病人呼吸道暢通，必要時提供氧氣或進行氣管插管。

(2) 監測心血管狀況：持續監測心率、血壓和心電圖，及時處理心律不整或心臟衰竭。

(3) 控制體溫：採用降溫措施如冰袋、冷卻毯或物理降溫，防止高熱引起的進一步損害。

(4) 送醫。

5. 甲狀腺機能低下臨床表現症狀：

(1) 無力倦怠嗜睡。

(2) 關節痛或肌肉痛。

(3) 怕冷。

(4) 皮膚乾燥或水腫。
(5) 說話緩慢或聲音沙啞。
(6) 經期不規律乳溢或兩者都有。
(7) 體重增加(通常不超過 10 磅)。
(8) 便秘。
(9) 味覺聽覺嗅學變遲鈍。
(10)周邊神經病變腕隧道症候群。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	十二、與牙科治療相關之自體免疫性疾病 (備註：114年新增)	2.自體免疫性疾病是一組由免疫系統攻擊自身組織引起的疾病，常見與牙科治療相關的自體免疫性疾病如：類風濕性關節炎(Rheumatoid Arthritis)、紅斑性狼瘡(Systemic Lupus Erythematosus, SLE)、乾燥症(Sjögren's Syndrome)、硬皮病(Scleroderma)、多發性硬化症(Multiple Sclerosis, MS)，自體免疫性疾病治療藥物與牙科藥物之交互作用： (1)免疫抑制劑(如 Methotrexate, Cyclosporine)： A.這些藥物可能增加感染風險，因此在牙科手術前後需特別注意抗生素的使用。 B.需監控腎功能和肝功能，避免使用對腎或肝有毒性的藥物。 (2)類固醇(如 Prednisolone)： A.長期使用類固醇可能導致骨質疏鬆，影響齒槽骨健康。 B.手術前需考慮類固醇劑量的調整，以防止應激性腎上腺危象。 (3)非類固醇消炎藥(non-steroidal anti-inflammatory drugs，NSAIDs)NSAIDs,如 Ibuprofen)：與免疫抑制劑或類固醇合用時需注意胃腸道出血的風險。可引起口腔潰瘍或加重已有的口腔潰瘍。 (4)抗瘧疾藥(如 Hydroxychloroquine)：長期使用可能引起口腔色素沉著或視力問題，需要定期檢查眼睛及口腔健康。 3.若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 常見與牙科治療相關的自體免疫性疾病及其症狀

(1)類風濕性關節炎(Rheumatoid Arthritis)

症狀：關節疼痛、僵硬、腫脹，特別是在手指、手腕、膝蓋等處。可能伴有全身性疲憊和低燒。

(2)紅斑性狼瘡(Systemic Lupus Erythematosus, SLE)

症狀：皮膚紅斑、關節痛、疲勞、發燒、腎功能障礙等。口腔潰瘍和口乾也是常見症狀。

(3)乾燥症(Sjögren's Syndrome)

症狀：口乾、乾眼、口腔潰瘍、牙齦病變、牙齦萎縮和牙齦疼痛等。

(4)硬皮病(Scleroderma)

症狀：皮膚硬化、手指腫脹、關節疼痛、口乾、張口受限等。

(5)多發性硬化症(Multiple Sclerosis, MS)

症狀：肌肉無力、視力模糊、共濟失調(Ataxia)、吞嚥困難等。

2. 紅斑性狼瘡-用藥注意事項

(1)免疫抑制劑：狼瘡治療常用的免疫抑制劑，如甲氨蝶呤(Methotrexate)、環磷酰胺(Cyclophosphamide)、類固醇(如Prednisolone)，可能會增加感染的風險，這在進行牙科手術或植牙時尤其重要。這類藥物會抑制免疫系統，因此在進行牙科手術前後，需要密切監控病人的健康狀況，以及可能需要調整藥物用量、暫時停藥或術前使用抗生素。

(2)非類固醇抗炎藥(NSAIDs)：如布洛芬(Ibuprofen)或阿斯匹林(Aspirin)，常用於控制狼瘡相關的疼痛和發炎。然而，這些藥物可能會增加出血風險，特別是在牙科手術如拔牙或植牙等情況下。

(3)抗凝血藥物：例如Warfarin，用於預防血栓，對於有抗磷脂症候群的狼瘡病人來說尤其重要。在牙科手術中，使用這類藥物需要格外注意，因為可能會增加出血的風險。

3. 乾燥症(Sjögren’s Syndrome)–用藥注意事項

(1)抗生素與局部免疫調節劑：

牙科常用的抗生素(如Amoxicillin)與皮膚用的局部免疫調節劑(如Tacrolimus軟膏)一般不會直接互相排斥，但如果體內免疫反應受到影響，可能會改變感染的治療效果。

(2)非類固醇抗炎藥(NSAIDs)與眼科用抗炎藥：

牙科常用的 NSAIDs(如 Ibuprofen)用於控制疼痛和炎症，而眼科用的環孢素等抗炎眼藥水也用來減輕炎症。同時使用這兩類藥物時，需要注意潛在的腎臟負擔增加。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	十三、其他未明示之疾病	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 遵循原開藥醫師開立之醫囑。 4. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

備註：該院所該牙醫師當年度第一次申報「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C)時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表，並留存於牙醫病歷備查。本計畫案件抽審時，一併附上。

諮詢單

貴醫師鈞鑒：

病人　　，因牙疾至本院就診，經本院詳細診治後，建議病人需進行　　處置，依病人自述，目前正服用貴院所開出之　　藥物，敬請貴醫師協助評估，是否可暫停服用此藥物？每次停藥最多可停幾天？

敬請　貴醫師指示，謝謝！

OOOO牙醫診所　敬上

負責醫師：
院所電話：
地　　址：

(請將以下之回復單撕下，交予病人帶回！感謝！)

回復單

病人　　，經本院評估後：

□建議病人可暫停服用　　藥物，請於處置前　天開始停藥。

□建議病人不可停用　　藥物。

原因：　　。

□建議病人至原就診院所執行牙科相關處置。

此致　OOOO牙醫診所

負責醫師：
院所電話：
傳真電話：

討論事項第六案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案　由：修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，提請討論。

說　明：

一、依據牙全會115年11月5日牙全賢字第00517號函(附件1，頁次討6-6)辦理。

二、修訂對照表詳附件2(頁次討6-7)，重點摘要如下：

（一）增修 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。

（二）修訂本計畫申報 92133C 得以加成支付。

（三）醫療團：

1.刪除「每週不超過4診次」之規定。

2.修訂每月費用申報之論次申請表、日報表及點數申報總表紙本，於必要時寄送予各分區業務組備查，副本無須送全聯會備查。

（四）居家醫療服務：修訂「口腔醫療需求評估及治療計畫」之副本無須送牙醫全聯會備查。

（五）點值結算方式：修訂每點支付金額以 1 元計算。

（六）增修居家牙醫醫療服務之部分負擔計收規定之說明，同全民健康保險居家醫療照護整合計畫之十、(六)部分負擔計收規定。

本署意見：

一、依據健保會116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議(附件3，頁次討6-113)，116年本計畫於專款編列1211.8百萬元(較115年增加255.9百萬元)，另依牙全會115年11月5日提案(本次會議討論事項第一案)，由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應50百萬元，共增加305.9百萬元。

二、 本計畫總額協商事項重點如下：

(一)持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。

(二)請本署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。

三、 有關牙全會建議修訂申報92133C得加成支付一節(頁次討6-32)：財務影響：經統計115年4-9月，92133C申報件數約1,012件(附表1)，如以期間申報之特定治療項目加成數比例及116年週日及國定假日數計算，推估116年申報件數約1,970件，未加成申報點數約1.58百萬，加成申報點數約2.62百萬點(增加1.04百萬元)。

附表 1、116 年 92133C 預估申報情形

	週日及國定假日天數	申報件數	申報點數
115 年 4-9 月(實際值)	37	1,012	1.22 百萬
116 年(預估值)	72	1,970	1.58 百萬(未加成) 2.62 百萬(有加成)

四、 有關刪除醫療團每週診次限制一節(頁次討6-42)：

原規定為每位醫師支援不同機構，每週合計不超過4診次，每月不超過16診次。考量本項另有每月診次上限規定，為保留提供醫療服務彈性，本署尊重牙全會意見。

五、 有關修訂論次申請表及治療計畫無須送全聯會備查一節(頁次討6-52、6-69)：

請牙全會說明原定相關表單送牙全會備查流程管理及修訂原因。

六、 有關修訂點值結算方式一節(頁次討6-72)：

以114年本計畫申報點數(882百萬點)，及當年預算數855.9百萬(805.9百萬+50百萬)估算，約須22.3百萬元，將由一般服務預算支應。

七、有關增修居家牙醫部分負擔計收規定之說明一節(頁次討6-73)：查係比照全民健康保險居家醫療照護整合計畫之部分負擔計收規定，係增進民眾就醫權益及使計畫規定更臻完善，本署尊重牙全會意見。

八、有關增修退場機制(頁次討6-16、6-18、6-21、6-23、6-28)：為維護病人就醫權益，有關院所及醫師資格涉及停約之規定，部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量。

九、有關新增醫療團服務場域(頁次討6-25)：

116年度健保總額協商會議本項預算估算包括新增醫療團7家(增編14百萬元預算)，研擬增加一般護理之家(由6家增至10家)、長照機構(由3家增至6家)。本署將於會後提供需求機構名單，請牙全會媒合組成醫療團提供服務。

十、有關修訂居家牙醫醫療服務支付標準一節(頁次討6-110)：

（一）本署近期多次接獲媒體關切居家牙醫服務量能議題，建請牙全會依協定事項辦理，及協助輔導及鼓勵牙醫師參與居家牙醫。

（二）為鼓勵牙醫師投入居家服務場域，提升居家牙醫醫療服務量能，研擬修訂調升居家牙醫醫療服務費支付點數1,500-3,000 點(附表 2)。

附表 2、修訂調升居家牙醫醫療服務費支付點數

編號	診療項目	支付點數(調升前)	支付點數(調升後)	增加點數
居家牙醫醫療服務費				
1.病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上				
P30005	一般地區(次)	6,800	9,800	3,000
P30009	山地離島及醫療資源不足地區(次)	8,160	11,160	3,000
2.其他病人				
P30007	一般地區(次)	4,500	6,000	1,500
P30010	山地離島及醫療資源不足地區(次)	5,400	6,900	1,500
3.二個月內因口腔狀況不佳需再治療者				
P30011	一般地區(次)	3,400	4,900	1,500
P30012	山地離島及醫療資源不足地區(次)	4,080	5,580	1,500

（三）財務評估：

114 年及 115 年 1-9 月居家牙醫醫療服務費(P30005、P30009-P30012)申報情形如附表 3，以 115 年 1-9 月申報情形,推估 116 年申報醫療費用約 65.79 百萬元(增加 20.1 百萬元)。

附表 3、居家牙醫醫療服務費申報情形

醫令代碼	114年服務人次	115年1-9月服務人次(註)	116年服務人次	推估116年醫療費用(百萬點)	
				修訂前	修訂後
P30005	4,535	4,009	6,490	44.1	63.6
P30007		0	0	0	0
P30009		78	160	1.31	1.77

P30010		0	0	0	0
P30011		39	80	0.27	0.39
P30012		2	5	0.02	0.03
合計				45.70	65.79

註：醫令代碼 P30007、P30009-P30012 自 115 年 3 月 2 日起生效。

十一、有關調升特殊計畫之感管診察費(00318C、00311C~00314C)：配合討論事項第二案修訂支付標準調升32點，本計畫專款支出增加約13.64百萬點(詳頁次討2-O)。

十二、本次修訂涉及點數調整，預估將增加34.78百萬元(附表4)，在預算額度(305.9百萬，含新增醫療團14百萬)內。

附表 4、調整支付標準相關點數及修訂收案條件之財務評估　單位：百萬點

項目	修訂內容	預估增加預算
1	92133C 得加成支付	1.04
2	調升居家牙醫醫療服務費	20.1
3	調升感管診察費	13.64
合計		34.78

十三、考量支付衡平性，「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」如有調整訪視費，本計畫將俟其調整後配合調整。

擬　辦：

本案依程序提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，涉支付標準部分，若公告日為當月 15 日(含)前，於次月 1 日生效；若公告日為當月 15 日後，則於次次月生效。

決　議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：
電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署　牙醫全聯會校對章(266)

理事長黃立賢

本案依照分層負責規定
授權　牙醫門診醫療服務審查執行會　主委決行

附件 2

~~115~~116 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂對照表

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
本項未修訂。	本項未修訂。	**一、依據** 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
本項未修訂。	本項未修訂。	**二、目的** 旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。	
三、實施期間 自 ~~115~~116 年 1 月 1 日起至 ~~115~~116 年 12 月 31 日止。	**三、實施期間** 自 ~~115~~116 年 1 月 1 日起至 ~~115~~116 年 12 月 31 日止。	**三、實施期間** 自 115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。	修訂年度
四、年度執行目標 ~~本計畫以至少~~達成 ~~190,000~~230,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)~~為執行目標~~。	**四、年度執行目標** ~~本計畫以至少~~達成 ~~190,000~~230,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)~~為執行目標~~。	**四、年度執行目標** 本計畫以至少達成 190,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)為執行目標。	牙全會： 依 116 年總額協商結果修訂。 本署： 尊重牙全會建議。
五、預算來源 本計畫全年經費為 ~~9.559~~12.118 億元，由 ~~115~~116 年度全民健康保	**五、預算來源** 本計畫全年經費為 ~~9.559~~12.118 億元，由 ~~115~~116 年度全民健康保險	**五、預算來源** 本計畫全年經費為 9.559 億元，由 115 年度全民健康保險牙醫門診醫療給	牙全會： 依 116 年總額協商結果修訂。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應。；另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。	牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應。；另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。	付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應。	本署： 尊重牙全會建議。
本項未修訂。	本項未修訂。	**六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：** (一)適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。 (二)申請條件： 1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。 2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		會同牙科矯正醫師實施。 3.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度oximeter）。 (三)每點支付金額1元。 (四)申報及審查規定： 1.申報醫療費用時，案件分類請填16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報F4。 2.服務量不列入門診合理量計算。 3.服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。 (五)申請程序： 1.參與本計畫提供本項牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		醫全聯會)申請,並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下稱保險人),經各分區業務組核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。 2. 保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向保險人提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。 3. 前項事前審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X光片、治療計畫（包括整個療程費用	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		及時間),如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。 4.唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正:免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。	
本項未修訂。	本項未修訂。	**七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：** (一)適用對象須符合下列條件之一： 1.屬肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、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（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)、發展遲緩兒童、失能老人（非屬上述身心障礙者）等身心障礙者。其中： (1)腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2-1】，符合資格者會於全民健康保險憑證（以下稱健保卡）中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記1，重度者2，中度者3，輕度者4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)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】提供服務。 (2)失能老人：係指居住於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)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		本），其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，或 80 歲以上長者，或屬衛生福利部社會及家庭署所定「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。 2. 不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。	
(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件： **院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請： 1. 初級照護院所 (1)院所資格：	本項未修訂。	(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件： **院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請： 1. 初級照護院所 (1)院所資格：	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
A.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。 B.院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停		A.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。 B.院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 C.為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。前述核定停約之特約醫事服務機構，屬部分診療科別及服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供違規處置之診療科別或服務項目之醫療服務。 (2)醫師資格： A.自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。 B.每位醫師首次加入本計畫，須接受		約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 (2)醫師資格： A.自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。 B.每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分)；本計畫之醫師須累積七年以上且	本署： 增訂部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30(含)學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。 C.醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第		超過30(含)學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。 C.醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。 D.為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。前述核定停約之特約		算。	本署： 增訂部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
醫事服務機構，屬部分診療科別及服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供違規處置之診療科別或服務項目之醫療服務。			
2. 進階照護院所 (1)院所資格： A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。 B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度oximeter）、無障礙空間及設施。 C.需 2 位以上具有從事相關工作經	本項未修訂。	2.進階照護院所 (1)院所資格： A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。 B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度oximeter）、無障礙空間及設施。 C.需 2 位以上具有從事相關工作經	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
驗之醫師。 D.院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。 前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請		驗之醫師。 D.院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。 前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
特約之日起算。 E.為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。前述核定停約之特約醫事服務機構，屬部分診療科別及服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供違規處置之診療科別或服務項目之醫療服務。 (2)醫師資格： A.2位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿5年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得		特約之日起算。 (2)醫師資格： A.2位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿5年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿1年以上之臨床經驗。 B.每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與	本署： 增訂部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
後滿 1 年以上之臨床經驗。 B.每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通		居家牙醫醫療之相關學分)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。 C.醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
過。 C.醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。 D.為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得		人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。	本署： 增訂部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。前述核定停約之特約醫事服務機構，屬部分診療科別及服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供違規處置之診療科別或服務項目之醫療服務。			
****醫療團牙醫醫療服務** 1.由各縣市牙醫師公會協調或協助至少2位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案	本項未修訂。	****醫療團牙醫醫療服務** 1.由各縣市牙醫師公會協調或協助至少2位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
收容發展遲緩兒童之機構、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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定 ~~6~~10 家為限)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定 ~~3~~6 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。 2.於全民健康保險牙醫門		收容發展遲緩兒童之機構、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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定 6 家為限)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定 3 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。 2.於全民健康保險牙醫門	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之巡迴計畫(巡迴點及社區醫療站)，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之巡迴點、社區醫療站應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。 3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。 4. 醫師資格： (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。		診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之巡迴計畫(巡迴點及社區醫療站)，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之巡迴點、社區醫療站應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。 3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。 4. 醫師資格： (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
(2)自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。 (3)每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30(含)學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。 (4)醫師非二年內經保險人停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申		(2)自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。 (3)每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。 (4)醫師非二年內經保險人停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。 (5)為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。前述核定停約之特約醫事服務機構，屬部分診療科別及服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供違規處置之診療科別或服務項目之醫療服務。 5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務： (1) 服務對象：係指居住		請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。 5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務： (1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)或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)內，且長期臥床，無	本署： 增訂部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)或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)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。 (2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且		法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。 (2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、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	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構 (不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、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)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。 (3) 牙醫服務內容及設備： A.基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周		設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。 (3) 牙醫服務內容及設備： A.基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。 B.提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。 B.提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀		際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
寫卡設備等相關物品】。			
(三)費用支付及申報規定： 1.給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。 (1)加成支付：除麻醉項目~~、週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次(支付標準編號92133C)~~及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號91021C、91022C、91023C）項目外，其餘屬論量計酬之項	(三)費用支付及申報規定： 1.給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。 (1)加成支付：除麻醉項目~~、週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次(支付標準編號92133C)~~及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號91021C、91022C、91023C）項目外，其餘屬論量計酬之項	(三)費用支付及申報規定： 1.給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。 (1)加成支付：除麻醉項目、週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次(支付標準編號92133C)及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號91021C、91022C、91023C）項目外，其餘屬論量計酬之項	牙全會： 爭取92133C加成預算，故修訂92133C得以加成。 本署： 經統計115年4-9月，92133C申報件數約1,012件，如以期間申報之特定治療項目加成數比例及116年週日及國定假日數計算，推估116年申報件數約1,970件，未加成申報點數約1.58百萬，加成申報點數約2.62百萬點(增加1.04百萬元)。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
目得依下列類別加成申報： A.特定身心障礙者： a.極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。 b.重度病人得加 9 成。 c.中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。 d.輕度病人（含失能老人）得加 3 成。 B.其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)得加 2 成。 (2)本計畫不得併報全民健康保險牙醫門	目得依下列類別加成申報： A.特定身心障礙者： a.極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。 b.重度病人得加 9 成。 c.中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。 d.輕度病人（含失能老人）得加 3 成。 B.其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)得加 2 成。 (2)本計畫不得併報全民健康保險牙醫門	目得依下列類別加成申報： A.特定身心障礙者： a.極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。 b.重度病人得加 9 成。 c.中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。 d.輕度病人（含失能老人）得加 3 成。 B.其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)得加 2 成。 (2)本計畫不得併報全民健康保險牙醫門	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
診總額青少年口腔提升照護試辦計畫、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫。 (3)本計畫得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)專案案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。 (4)氟化物防齲處理(支	診總額青少年口腔提升照護試辦計畫、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫。 (3)本計畫得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)專案案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。 (4)氟化物防齲處理(支	診總額青少年口腔提升照護試辦計畫、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫。 (3)本計畫得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)專案案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。 (4)氟化物防齲處理(支	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
付標準編號為P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付500點，每90天限申報1次，自閉症、失智症及重度以上病人每60天得申報1次。申報本項後90天內(重度以上病人為60天內)，不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。 (5)醫療團牙醫服務： A.得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。 B.論次項目（支付代碼為P30001）：每小時3,000點（內	付標準編號為P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付500點，每90天限申報1次，自閉症、失智症及重度以上病人每60天得申報1次。申報本項後90天內(重度以上病人為60天內)，不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。 (5)醫療團牙醫服務： A.得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。 B.論次項目（支付代碼為P30001）：每小時3,000點（內	付標準編號為P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付500點，每90天限申報1次，自閉症、失智症及重度以上病人每60天得申報1次。申報本項後90天內(重度以上病人為60天內)，不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。 (5)醫療團牙醫服務： A.得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。 B.論次項目（支付代碼為P30001）：每小時3,000點（內含護理費），每位	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
含護理費)，每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。 C. 牙醫不足改善方案之巡迴計畫牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。 D. 特定需求者牙醫醫療服務： a. 得採論次加論	含護理費)，每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。 C. 牙醫不足改善方案之巡迴計畫牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。 D. 特定需求者牙醫醫療服務： a. 得採論次加論	醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。 C. 牙醫不足改善方案之巡迴計畫牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。 D. 特定需求者牙醫醫療服務： a. 得採論次加論量支付方式，論	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 3,000 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。 b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務每診 4 人次，每日最多 2 診 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。	量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 3,000 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。 b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務每診 4 人次，每日最多 2 診 8 人次為限，且每月以	次項目（支付代碼為 P30003），每小時 3,000 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。 b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務每診 4 人次，每日最多 2 診 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
	80 人次為限。		
2. 費用申報之規定： (1)申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下： A.院所內服務： 非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN B.醫療團服務： 非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕	2.費用申報之規定： (1)申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下： A.院所內服務： 非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN B.醫療團服務： 非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕	2. 費用申報之規定： (1)申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下： A. 院所內服務： 非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN B.醫療團服務： 非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
度-FN 精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF 發展遲緩兒童：FX 失能老人：L1 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG 自閉症、失智症：LP 其他具身心障礙證明者：LT C.特定需求者服務： 極重度 FU、重度 FZ 自閉症、失智症：LR D.牙醫不足改善方案之巡迴計畫服務： 非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度	度-FN 精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF 發展遲緩兒童：FX 失能老人：L1 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG 自閉症、失智症：LP 其他具身心障礙證明者：LT C.特定需求者服務： 極重度 FU、重度 FZ 自閉症、失智症：LR D.牙醫不足改善方案之巡迴計畫服務： 非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度	度-FN 精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF 發展遲緩兒童：FX 失能老人：L1 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG 自閉症、失智症：LP 其他具身心障礙證明者：LT C.特定需求者服務： 極重度 FU、重度 FZ 自閉症、失智症：LR D.牙醫不足改善方案之巡迴計畫服務： 非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童： LB 腦傷及脊髓損傷 之中度肢體障礙： LH 自閉症、失智症：LS (2)執行特定身心障礙 者牙醫醫療服務之 院所，請影印下列證 明文件，並黏貼於病 歷首頁，以備查驗： A.有效之身心障礙 手冊（證明）正反 面，若為發展遲緩 兒童應檢附由健 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 診斷證明書影本。 B.屬衛生福利部所 屬老人福利機構	以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童： LB 腦傷及脊髓損傷 之中度肢體障礙： LH 自閉症、失智症：LS (2)執行特定身心障礙 者牙醫醫療服務之 院所，請影印下列證 明文件，並黏貼於病 歷首頁，以備查驗： A.有效之身心障礙 手冊（證明）正反 面，若為發展遲緩 兒童應檢附由健 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 診斷證明書影本。 B.屬衛生福利部所 屬老人福利機構	以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童： LB 腦傷及脊髓損傷 之中度肢體障礙： LH 自閉症、失智症： LS (2)執行特定身心障礙 者牙醫醫療服務之 院所，請影印下列證 明文件，並黏貼於病 歷首頁，以備查驗： A.有效之身心障礙 手冊（證明）正反 面，若為發展遲緩 兒童應檢附由健 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 診斷證明書影本。 B.屬衛生福利部所	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
(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)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。	(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)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。	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)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。	
(3)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。	(3)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。	(3)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。	
(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者	(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者	(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
牙醫醫療服務） A.每位醫師支援同一機構每週不超過2診次。如有支援不同機構~~，每週合計不超過4診次~~，每月不超過16診次。 B.每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過4萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過4萬點以上者，超過部分不予支付。 C.至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及	牙醫醫療服務） A. 每位醫師支援同一機構每週不超過2診次。如有支援不同機構~~，每週合計不超過4診次~~，每月不超過16診次。 B.每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過4萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過4萬點以上者，超過部分不予支付。 C.至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及	適用於特定需求者牙醫醫療服務） A.每位醫師支援同一機構每週不超過2診次。如有支援不同機構，每週合計不超過4診次，每月不超過16診次。 B.每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過4萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過4萬點以上者，超過部分不予支付。 C.至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛	牙全會說明： 醫療團遇連續假日時，醫師排班不易，故建議刪除「每週不超過4診次」之規定。 本署意見： 尊重牙全會意見。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過150人的單位，每週牙醫排診合計不得超過3診次，150人以上300人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過4診次，300人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診5診次；醫療	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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過150人的單位，每週牙醫排診合計不得超過3診次，150人以上300人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過4診次，300人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診5診次；醫療	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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過150人的單位，每週牙醫排診合計不得超過3診次，150人以上300人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過4診次，300人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。) (5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。 (6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。	團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。) (5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。 (6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。	排診5診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。) (5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。 (6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。	
本項未修訂。	本項未修訂。	(四)申請程序： 參與本計畫提供特定	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		身心障礙者牙醫醫療服務之院所、醫療團牙醫醫療服務等各項申請應檢附相關資料紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查，異動時亦同。 1.申請為初級照護院所，應檢附下列資料： (1)申請書格式如【附件3】。 (2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。 (3)牙醫師證書正反面影本一份。 2.申請為進階照護院所，應檢附下列資料： (1)申請書格式如【附件3】。 (2)2位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷等相關資料紙本（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		說明)。 (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份,一併提供牙醫全聯會(包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點,書寫格式請以A4版面,由左而右,由上而下,(標)楷書14號字型,橫式書寫)。 (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。 (5)牙醫師證書正反面影本一份。 3.以醫療團為單位,申請時應檢附下列資料:(含特定需求者牙醫醫療服務) (1)申請書格式如【附件5】,並應檢附下列資料,書面紙本和電子	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		檔各一份，一併提供牙醫全聯會： A.縣市牙醫師公會評估表【附件6】 B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬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)內之個案，應檢附評	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		估量表相關證明文件或診斷證明影本。 (2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。	
(五)相關規範 1.每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)	(五)相關規範 1.每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)	(五)相關規範 1.每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件7】。	通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件7】。	通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件7】。	
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。	2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。	2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。	
3. 院所或醫療團對病患	3. 院所或醫療團對病患	3. 院所或醫療團對病患	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。	提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。	提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。	
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項： (1)醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時（包含新增或取消）應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。	4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項： (1)醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時（包含新增或取消）應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。	4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項： (1)醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時（包含新增或取消）應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
(2)醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。 (3)費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須~~先~~至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細~~，~~**。必要時，應列印**傳送資料後**之**~~列印~~論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組~~，副本送牙醫全聯會~~備查。**應繳交而**未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。 (4)醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案	(2)醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。 (3)費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須~~先~~至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細~~，~~**。必要時，應列印**傳送資料後**之**~~列印~~論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組~~，副本送牙醫全聯會~~備查。**應繳交而**未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。 (4)醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案	(2)醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。 (3)費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。 (4)醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機	牙全會說明： 醫療團費用申報因已於 VPN 登錄，故修訂為必要時繳交費用申報報表於所屬分區業務組備查，並刪除副本送全聯會備查。同步修訂【附件 10】說明。 本署意見： 1.請牙全會說明原定相關表單送牙全會備查流程管理及修訂原因。 2.分區業務組建議：醫療團論次申請表(附件 10)，未參加「76-申報總表現上確認作業」者，必要時仍須寄送紙本備查。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填	為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填	構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。 (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。 (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。 (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。	報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。 (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。 (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。 (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。	案件類別填報，以擴大服務範圍。 (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。 (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。 (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。 (8)一位醫師須搭配至	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
(8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。	(8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。	少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。	
(9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期	(9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期	(9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
照護服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該病人狀況的人陪同就診。 (10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。 (11)若病人無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。 (12)耗材應由看診醫師自備。 (13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。 (14)病人所需之牙科治療應由具資格之專	照護服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該病人狀況的人陪同就診。 (10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。 (11)若病人無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。 (12)耗材應由看診醫師自備。 (13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。 (14)病人所需之牙科治療應由具資格之專	生福利部長期照顧司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該病人狀況的人陪同就診。 (10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。 (11)若病人無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。 (12)耗材應由看診醫師自備。 (13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。 (14)病人所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫病人情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。	業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫病人情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。	協調院方之輔助人員善盡安撫病人情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。	
(15)若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。	(15)若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。	(15)若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。	
(16)執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。	(16)執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。	(16)執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。	
(17)執行全身麻醉時，	(17)執行全身麻醉時，	(17)執行全身麻醉時，應以病人安全為優	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
應以病人安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位病人之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。 (18)配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。 (19)未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次	應以病人安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位病人之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。 (18)配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。 (19)未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次	先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位病人之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。 (18)配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。 (19)未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。 (20)牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。 (21)提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業細則」。 5.牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申	通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。 (20)牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。 (21)提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業細則」。 5.牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申	善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。 (20)牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。 (21)提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業細則」。 5.牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。 6.首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。	復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。 6.首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。	組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。 6.首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。 7.參加本計畫之院所及	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
7.參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位(如:機構、學校或未設牙科之精神科醫院等)，應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(http://www.nhi.gov.tw)及牙醫全聯會網站(http://www.cda.org.tw)，俾利民眾查詢就醫。 8.醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。	7.參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位(如:機構、學校或未設牙科之精神科醫院等)，應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(http://www.nhi.gov.tw)及牙醫全聯會網站(http://www.cda.org.tw)，俾利民眾查詢就醫。 8.醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。	醫療團支援看診之服務單位(如:機構、學校或未設牙科之精神科醫院等)，應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(http://www.nhi.gov.tw)及牙醫全聯會網站(http://www.cda.org.tw)，俾利民眾查詢就醫。 8.醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。	附件 14 修訂年度
本項未修訂	本項未修訂	**八、居家牙醫醫療服務：** (一)醫療服務提供者資格： 1.醫師資格：須為參加本	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。 2.特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。	
本項未修訂	本項未修訂	(二)收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。 1.全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		需求。 3.特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者）或發展遲緩	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		兒童等。 4.「長期照顧服務申請及給付辦法」之補助對象(以下稱長照個案)，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或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。	
本項未修訂	本項未修訂	(三)收案及審核程序： 1.牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務（含訪視）前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		全聯會提出申請。 2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。	
本項未修訂	本項未修訂	(四)照護內容： 1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。 2. 上述醫療服務(P30005、P30009 、 P30007 、 P30010)提供完成後，經牙醫師評估居家個案有齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、特定局部治療、簡單性口內切開排膿等醫療需求時，得以 2 個月內多執行 1	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		次居家牙醫醫療服務。 3.提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。	
本項未修訂	本項未修訂	(五)醫療費用申報、支付及審查原則： 1.為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審 查。 2.居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		16】。 3. 醫療費用申報： (1)特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度FS、重度FY、中度L4、發展遲緩兒童LE、長照個案 L2、居整病人LC、出院準備LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。 (2)申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4不得另計價之藥品、檢	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。 (3)醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。 4.本計畫服務量不列入門診合理量計算。 5.本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。	
本項未修訂	本項未修訂	(六)給付項目及支付標準： 1.居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。 2.每位醫師執行居家牙醫醫療服務(含訪視)，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。 3.同一個案接受居家牙醫醫療服務，因口腔狀況所需，經牙醫師評估後，得以 2 個月內多執行 1 次居家牙醫醫療服	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
		務，且每年以申報 3 次為限。	
(六)相關規範： 1.居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。 2.個案首次接受居家牙醫醫療服務（含訪視）前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務（含訪視）後，須於次月 20 日前~~檢送~~完成病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，必要時正本送所屬保險人分區業務組~~、副本送牙醫全聯會~~備查。應繳交而未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯	(七)相關規範： 1.居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。 2.個案首次接受居家牙醫醫療服務（含訪視）前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務（含訪視）後，須於次月 20 日前~~檢送~~完成病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，必要時正本送所屬保險人分區業務組~~、副本送牙醫全聯會~~備查。應繳交而未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯	(七)相關規範： 1.居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。 2.個案首次接受居家牙醫醫療服務（含訪視）前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務（含訪視）後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫	牙全會： 修訂「口腔醫療需求評估及治療計畫」必要時正本送所屬業務組備查，並刪除副本送全聯會備查。同步修訂【附件 16】說明。 本署： 請牙全會說明原定相關表單送牙全會備查流程管理及修訂原因。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。 3.每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。 4.牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身份影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。 5.一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。 6.牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。 7.所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄	會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。 3.每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。 4.牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身份影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。 5.一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。 6.牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。 7.所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄	醫療服務。 3.每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。 4.牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身份影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。 5.一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。 6.牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。 7.所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
備查。 8.提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。 9.牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。 10.耗材應由醫療院所自備。 11.設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。 12.提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。 13.依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 14.未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要	備查。 8.提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。 9.牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。 10.耗材應由醫療院所自備。 11.設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。 12.提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。 13.依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 14.未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要	備查。 8.提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。 9.牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。 10.耗材應由醫療院所自備。 11.設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。 12.提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。 13.依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 14.未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。	求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。	求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。	
九、**點值結算方式：** (一)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額~~不高於~~以1元計算，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，~~則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，~~則由一般服務預算支應。 (二)全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付	十、**點值結算方式：** (一)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額~~不高於~~以1元計算，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，~~則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，~~則由一般服務預算支應。 (二)全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付	**九、點值結算方式：** (一)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。 (二)全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	牙全會說明： 修訂支付點數每點1元計算 本署意見： 尊重牙全會建議。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
金額不高於 1 元。	金額不高於 1 元。		
十、部分負擔計收規定： (一)保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。 (二)屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「長照個案」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。 1. 保險對象屬全民健康保險法第四十八條所列之山地離島地就醫情形之一，免自行負擔費用。 2. 保險對象屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細	十、部分負擔計收規定： (一)保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。 (二)屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「長照個案」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。 1. 保險對象屬全民健康保險法第四十八條所列之山地離島地就醫情形之一，免自行負擔費用。 2. 保險對象屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細	十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「長照個案」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。	牙全會說明： 增修居家牙醫醫療服務之部分負擔計收規定之說明(同居家醫療整合計畫)。 本署意見： 尊重牙全會建議。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
則第六十條規定，應自行負擔費用得予減免20%。	則第六十條規定，應自行負擔費用得予減免20%。		
本項未修訂	本項未修訂	十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。	
本項未修訂	本項未修訂	十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。	

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
-先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症牙醫醫療服務(齒顎矯正)給付項目及支付標準

通則：

一、本計畫所定支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員）、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。

二、先天性唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：

(一)唇裂(Cleft lip)、顎裂(Cleft palate)、唇顎裂(Cleft lip and palate)、顏面裂(Facial Cleft)、小臉症、顏面不對稱者。

（二）呼吸終止症候群，須領有身心障礙手冊者。(限導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致之個案)

（三）骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。

（四）其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。

三、因病情需要施行本計畫之齒顎矯正裝置，須個案事先報經保險人同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者及唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正者，不須事前審查。

四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恆牙期等期限各施行一次，其中恆牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。

五、恆牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X 光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。

六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經保險人同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

編　號	診　　療　　項　　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、（次） Orthodontic Examination,Partial(dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不須要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690
92102B	矯正檢查（口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光）（次） Orthodontic Examination, Total【dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posterioanterior views) 】 註：施行本項檢查不須事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每一年六個月限施行一次。		✓	✓	✓	3000
92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance(one jaw)		✓	✓	✓	4806
92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance(two jaws)		✓	✓	✓	7209
92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer,unilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer,bilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	2500
92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
92108B	環鉤，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基底板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
92111B	矯正調整及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.以每三個月實施一次為限。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
92112B	面罩A Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術(Distraction Osteogenesis)之裝置。		✓	✓	✓	12476

編　號	診　　療　　項　　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92113B	面罩B Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恆牙期病情需要使用於上顎及上顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
92115B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92116B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次支付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經保險人同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 3.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	12000
92117B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92118B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第一次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第一次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973

編　號	診　療　項　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第二次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第2次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第三次支付後 160 天。 (2)基本診療項目：6 次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第 3 次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含 92111B 矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	9946

編　號	診　療　項　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：前一次支付至(本療程)完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附X光片或照片作為審查依據。 5.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	15000
92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顱顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000
92126B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	12000

編　號	診　療　項　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92127B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	15000
92128B	鼻型齒槽骨矯正定期調整 Nasoalveolar molding, adjustment 註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.7日內不得重覆申報。 4.同一病例申報次數以8次為上限。		✓	✓	✓	1000

【附件 1-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
-先天性唇顎裂及顱顏畸形患者牙醫醫療服務申請書（以院所為單位）

一、 醫療院所名稱：_____ 代號：

二、 所屬層級別：□醫學中心 □區域醫院 □地區醫院

三、 院所負責醫師姓名：_____ 身分證字號：_____

四、 院所電話：(　)_____傳真：(　)_____

五、 聯絡人姓名：_____電話：(　)_____

六、 地址：□□□_____

七、 醫院設置科別及相關人員：□整形外科、□口腔外科、□牙科、□耳鼻喉科、□精神科、□神經外科、□眼科、□語言治療、□社會工作、□臨床心理、□其他相關科別及人員：_____

八、 院內醫師資格：□口腔顎面外科專科醫師（專任__位、兼任__位）□牙科矯正醫師

九、 牙科門診設備：□急救設備、□氧氣設備、□心電圖裝置(□Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、□血氧濃度 oximeter)、□其他設備：

十、 申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師姓名	身分證字號	分科別
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

*備註：

1.寄送地址：10476 台北市復興北路 420 號 10 樓　牙醫全聯會收

2.參與本計畫提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向牙醫全聯會申請，並由牙醫全聯會報送健保署各分區業務組核定，異動時相同。

【附件 2-1】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明與舊制身心障礙類別之區分與辨識

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， ICF 新制 8 類與舊制 16 類身心障礙類別及代碼對應表如下：

新制身心障礙類別	舊制身心障礙類別代碼	
	代碼	類別
第 1 類 神經系統構造及精神、心智功能	06	智能障礙者
	09	植物人
	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑性（難治型）癲癇症者
第 2 類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者
	02	聽覺機能障礙者
	03	平衡機能障礙者
第 3 類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者
第 4 類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟
	07	重要器官失去功能者-造血機能
	07	重要器官失去功能者-呼吸器官
第 5 類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能
	07	重要器官失去功能-胃
	07	重要器官失去功能-腸道
	07	重要器官失去功能-肝臟
第 6 類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟
	07	重要器官失去功能-膀胱
第 7 類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者
第 8 類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者
備註： 依身心障礙者狀況對應第 1 至 8 類	13	多重障礙者
	15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者
	16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)

本計畫適用代碼：01、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15、16

備註說明：

一、101 年 7 月 11 日起至 108 年 7 月 10 日全面換證前，原「身心障礙手冊」及新制「身心障礙證明」將同時並行，惟身心障礙者僅會持有兩者之一。

二、新制身心障礙證明樣張如下





(一) 障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。

(二) 障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧註記其對應之ICF編碼。

(三) ICD診斷：除帶入該位民眾經鑑定後之「疾病分類代碼」，並於括弧【】中註記民眾舊制身心障礙類別代碼，以利證明使用人及各相關專業人員對應辨識。

【附件 2-2】

「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」
-特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P30002	氟化物防齲處理 Full mouth topical fluoride application 註： 1 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時,得依病情適時給予氟化物防齲處理。 2.每九十天限申報一次，自閉症、失智症及重度以上病人每六十天得申報一次。 3.申報本項後，九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。	v	v	v	v	500
	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs					
89304C	－單面 single surface	v	v	v	v	900
89305C	－雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,050
	註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。					
	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs					
89308C	－單面 single surface	v	v	v	v	1,000
89309C	－雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,200
89310C	－三面 three surfaces	v	v	v	v	1,400
	註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。					
89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1,450

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
89314C	特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1,600
89315C	特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1,850

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務加入申請書（院所內服務）

醫師姓名		身分證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：(　)		、手機：		

【申請院所基本資料】

一、「執業登記」院所：

1.院所名稱（全銜）：

2.醫事機構代號：

3.院所申請類別：□初級　□進階

4.負責醫師姓名：　　身分證字號：

5.院所電話：

6.院所地址：□□□

7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：

(1) □有專用椅子　□無專用椅子

(2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：_____

二、「支援服務」院所：

1.院所名稱（全銜）：

2.醫事機構代號：

3.院所申請類別：□初級　□進階

4.負責醫師姓名：　　身分證字號：

5.院所電話：

6.院所地址：□□□

7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：

(1) □有專用椅子　□無專用椅子

(2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：_____

**備註：寄送地址:104-76 台北市復興北路 420 號 10 樓　牙醫全聯會收

（1）「**初級院所**」應檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。每月 5 日前將資料郵寄至牙全會，由牙醫全聯會彙整名單送保險人分區業務組審理核定後，保險人以公告或行文通知院所。

（2）「**進階院所**」須事前檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份、2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷相關資料紙本、設備需求照片或圖片、身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份等資料後，待牙全會初審後再請申請院所親自面試。

【附件 4】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務變更申請書（院所內服務）

申請 醫師姓名		身分證字號		出生年月	
變更後 聯絡方式	電話：(　)　　、手機：				

【申請變更院所基本資料】

一、原申請加入院所：

(1) 原院所名稱（全銜）：

(2) 原申請院所類別：□執業登記院所 □支援服務院所

(3) 原申請變更原因，如下：(請勾選)

□執業登記異動（日期：　　）

□院所名稱變更、醫師姓名變更

□醫師已離職不在診所服務（醫師姓名：_____或身分證字號_____）

□醫師不再繼續執行計畫，要取消資格

二、申請變更後內容：

(1) 變更後院所名稱：

(2) 變更後院所類別：□執業登記院所 □支援服務院所

(3) 變更後院所負責人：　　身分證字號：

【附件 5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

一、公會別：

二、 申請服務單位（全銜）:

三、 醫療團負責或代表醫師：_____

四、 申請檢附資料：**(申請牙醫不足改善方案之巡迴計畫服務僅需檢送縣市公會評估表、牙科診間設備表、後送醫療院所)**

□ 縣市公會評估表

□ 服務單位同意函

□ 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、收容對象名冊及身心障礙類別輕重程度別等

□ 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率

□ 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的固定式診療椅(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等

□ 醫師服務排班表、□後送醫療院所

五、 醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

本保險分區別	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	郵遞區號	院所地址	電話	相關教育訓練（檢附學分證明）	備註
									□取消 □新增

六、變更醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

本保險分區別	原申請資料					變更後申請資料				
	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話

＊備註：申請變更醫療團醫師名單時，請各縣市公會或申請單位函文向本會提出變更，待保險人分區業務組核定變更作業程序完成後得執行

【附件 6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表

（醫療團）

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

_____(執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

□同意

□不同意，原因：_____

_____

_____

□其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

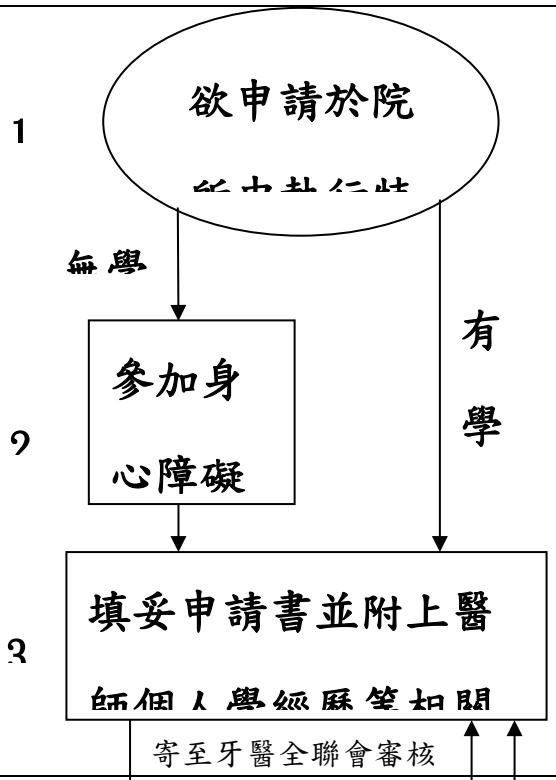
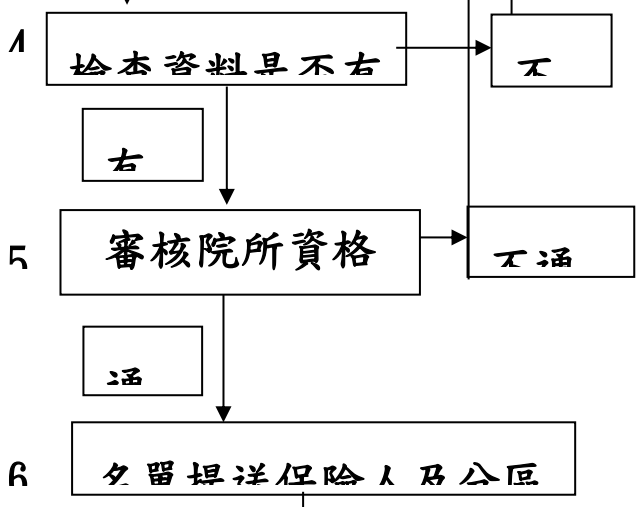
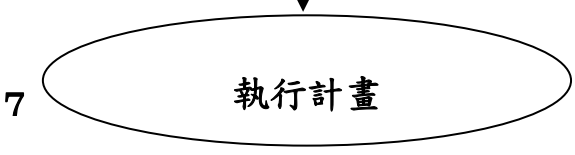
地址：

＊簽章需簽署用印（大小章）

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。 1-2 至**保險人網站（www.nhi.gov.tw）**下載本計畫全文且詳讀。 2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。 3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後須附上： a. 醫師個人學經歷等相關資料（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明） b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。
申請中段		4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主（每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會）。其未齊之資料僅保存半年。 5-1 將由醫師審核初級院所資格，進階院所負責人或醫師須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。 5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所待有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。 6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。
申請後		7-1 申請院所收到保險人回復函文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。 7-3 若院所有意願規劃友善醫療環境，附表「牙科醫療院所友善醫療環境評量表」可供設置參考。

附表

牙科醫療院所友善醫療環境評量表

評量日期			
醫療院所名稱			
醫療院所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

【必要項目】

項目		內容	檢核情形(請打 V)
院所位置	**(一)設置在 1 樓者**		
	1	出入口地面平順(高度在 0.5 公分以下)，門口淨寬至少 75 公分以上，可方便輪椅、手持枴杖或助行器進出。	
	2	出入口若有門檻或台階，高度在 0.5 公分以上，有作斜角處理、斜坡或提供斜坡板。	
	(二)**設置在地下室或 2 樓以上者**		
	1	設置電梯者電梯機廂深度至少需有 110 公分以上，電梯門寬度至少 80 公分以上。	
	2	設有電梯、昇降設施或坡道可通達。	
大門	1	若有設置自動門專用無線觸摸開關，設置高度距離地面介於 80~90 公分，自動門前方保留一處輪椅可靠近操作按鍵的空間。	
	2	大門加裝服務鈴，供行動不便者使用。	
	3	大門無法加裝服務鈴，設有協助聯絡電話，以協助行動不便者。	
室內通路	1	淨寬至少 90 公分以上，方便行動不便之民眾通行。	
	2	淨寬至少 75 公分以上，方便行動不便之民眾通行。	
	3	以自備行動工具協助民眾通行。	
診療室	1	備有移位設施，協助無法自行移位之民眾，移動到診療椅。	
	2	門淨寬至少 75 公分以上，內部空間方便行動不便者進出。	
治療椅	1	至少有一台治療椅可調整座椅高度，離地面至 40-45 公分，且椅背可傾立，治療椅有一側保留至少 74 公分空間，方便輪椅、手持枴杖或助行器之民眾靠近使用。	
	2	至少有一台治療椅可調整座椅高低，另該治療椅有一側保留空間，方便輪椅、手持枴杖或助行器之民眾靠近使用。	
	3	至少有一台治療椅可調整座椅高低椅背可傾立。	

【其他項目】

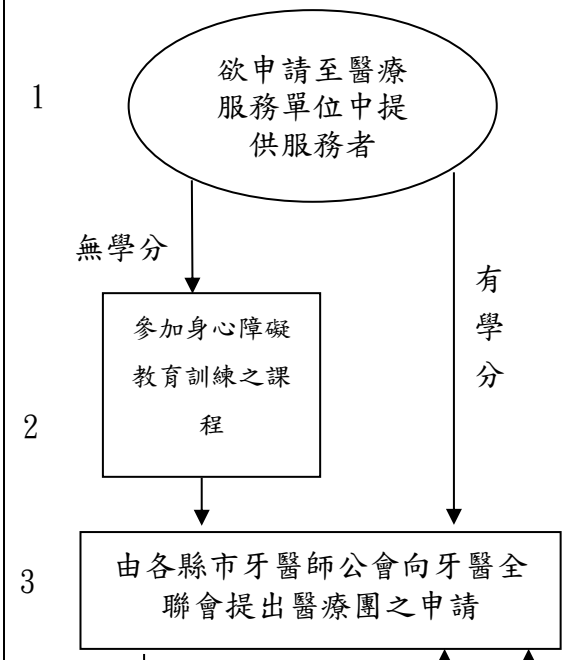
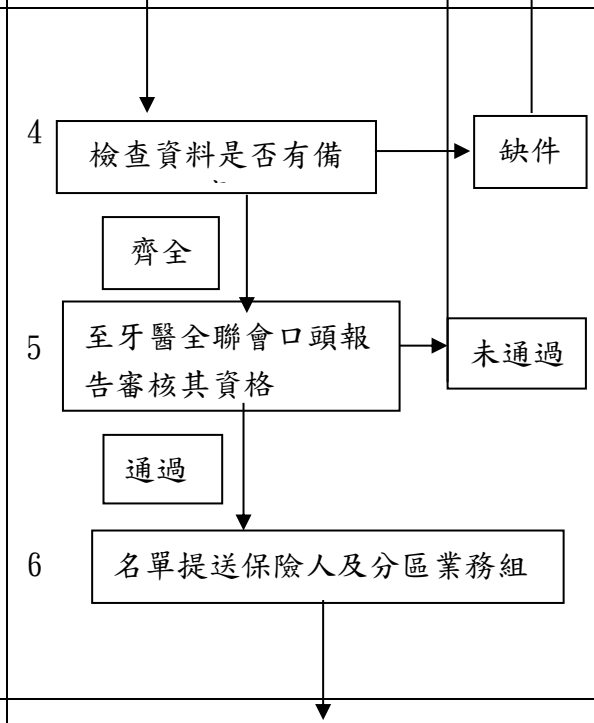
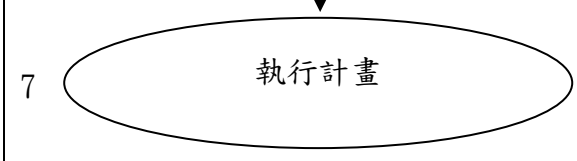
項目	內容		檢核情形(請打 V)
掛號/批價櫃檯	1	高度 65-80 公分以下，方便行動不便者靠近使用。	
	2	有協助掛號/批價機制。	
櫃台及進出動線	1	有明顯之引導標示。	
	2	有協助引導之人員。	
廁所	1	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 90 公分以上，可方便通往廁所。	
	2	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 75 公分以上，可方便通往廁所。	
	3	室內有設置廁所，診所有協助如廁機制。	
X 光檢查室	1	門淨寬至少 75 公分以上，迴轉空間至少 120 公分，方便輪椅使用者進出。	
	2	X 光機設備方便輪椅使用者使用。	

備註：

1. 名詞說明
   - ■「行動不便者」是指輪椅使用者、視覺障礙者、手持枴杖或助行器之民眾。
   - ■「廁所」的無障礙標準請參考「建築物無障礙設施設計規範 第五章」
   - ■「室內通路」是指通往各室內空間之路徑。
2. 本評量表主要以醫療院所內部空間設備為主，區分為「必要項目」、「其他項目」如下說明：
   - ■「必要項目」行動不便者能夠進入醫療院所且可接受診療。
   - ■「其他項目」符合必要項目之外，再增加其他無障礙空間。
3. 若醫療院所有願意規劃更完善的無障礙環境設施，建議參考「建築物無障礙設施設計規範」、「建築技術規則建築設計施工編 第十章無障礙建築物」、「既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則」。
4. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示院所醫療環境之提供情況。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。 1-2 至保險人網站（www.nhi.gov.tw）下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。 3-1 向所屬公會洽詢，加入現有醫療團或者提出成立新的醫療團，將資料交由所屬公會彙整後行文至牙醫全聯會申請。（申請書及檢附資料詳本計畫內容）
申請中段		4-1 各縣市公會於每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請縣市公會將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 醫療團負責人或各縣市公會代表須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。 5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，通知該公會告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人，經審核通過之名單，保險人分區業務組須主動提供副本給牙醫全聯會存查。
申請完成		7-1 申請醫療團之院所收到保險人回復函後其醫療團（醫師）可執行此計畫。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

☆ 報備支援：各縣市牙醫師公會務必提醒執行醫療團之醫師，應事前完成向當地衛生主管機關報備支援至服務單位執行醫療之事宜。

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

____年____月____日至____年____月____（計畫執行期間）

一、 醫療團/執行醫療服務地點名稱：

執行醫療服務地點報備支援代號：

＊執行機構/特教學校/精神科醫院，人數：_____ 人

（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

(表格不敷使用可自行增加欄位)

三、年度排班及執行成果

月份	排班醫師數	總診次	總時數	總服務人次	論次費用	論量費用	論次論量費用小計
1 月							
2 月							
3 月							
4 月							
5 月							
6 月							
7 月							
8 月							
9 月							
10 月							
11 月							
12 月							
總計							

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					□延續　□不延續
					□延續　□不延續
					□延續　□不延續
					□延續　□不延續
					□延續　□不延續
					□延續　□不延續

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，須由申請單位**另外**向牙醫全聯會函文提出申請。)

(二)下年度預定執行方式

1.全年執行人次目標

2.全年申報金額估算

3.治療計畫（如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形）

4.維護計畫

5.口腔衛生計畫

6.經費評估

7.成效預估

8.機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次

9.後送醫院（須為本計畫之進階照護院所）

（* 每年度結束後 20 日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。）

【附件 8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

____年____月 ～ ____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

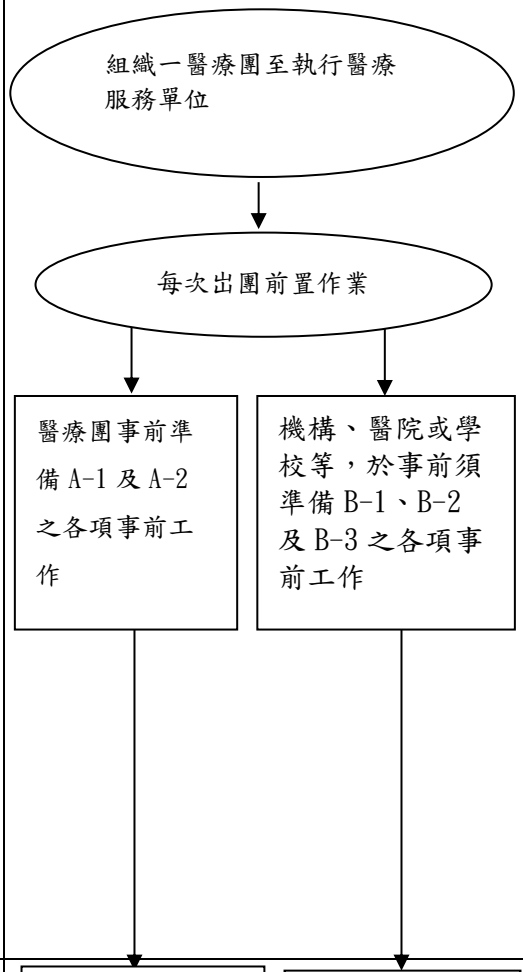
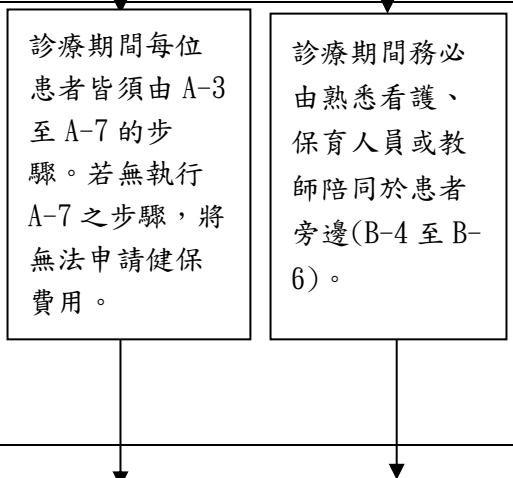
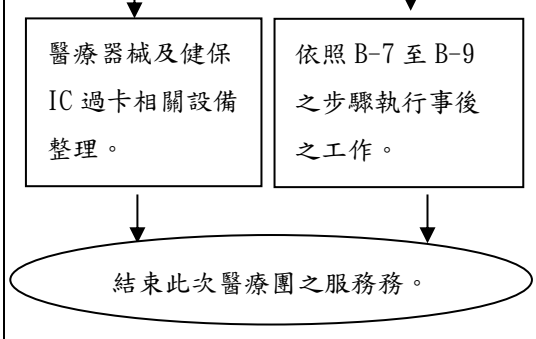
月份	總服務診次	總服務時數	總服務人次	論次費用	論量費用	論次論量費用小計
範例	2	6	10	14400	10550	24950
1 月						
2 月						
3 月						
4 月						
5 月						
6 月						
7 月						
8 月						
9 月						
10 月						
11 月						
12 月						
總計						

備註：資料統計來源-醫療團月報表；＊＊請確實填寫，經查不實者，牙醫全聯會將移請保險人暫停院所或醫師執行該計畫。

（填寫方式：以醫師為單位，1 個支援服務單位填寫 1 張，2 個支援服務單位填寫 2 張，以此類推。）

【附件 9】　　全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團執行牙科服務流程圖

階段	流程	A、醫療團負責部份	B、醫療服務單位負責部份
執行醫療服務前		A-1 每次至執行醫療服務單位前先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。 A-2 至提供醫療服務單位時，將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。	B-1 事前須匯集前往提供醫療服務單位中有醫療需求或必須回診之身心障礙人員名單。 B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。 B-3 製作名冊、IC 卡、身心障礙手冊(證明)影本或若為發展遲緩兒童應檢附由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、屬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)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本或其他事前文書準備工作。
執行醫療服務中		A-3 核視醫療需求並記錄醫療紀錄單（檢查部分）。 A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。 A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。 A-6 完成醫療紀錄單之記載。 A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。	B-4 機構、醫院、學校等單位責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。 B-5 協助醫師完成治療。 B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。
執行醫療服務後		A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。	B-7 護送身心障礙者返回教室或看護診場所。**(不含特定需求者)** B-8 場地整理及器械消毒。 B-9 醫療廢棄物之處理。

【附件 10】　　全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

受理日期				受理編號						
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號						
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										

總表	項目 / 支付別	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數				
	P30001									
	P30003									
	總計									

負責醫師姓名：

醫事服務機構地址：

電話：

印信：

一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。

二、支付別：

1.特定身心障礙者（含失能老人）P30001，每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 3,000 點 (內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用)。

2.特定需求者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 3,000 點 (內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用)；每診 4 人次，每日最多 2 診 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。

三、診療人次：填寫當次診療之人次。

四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診醫療服務點數申報總表正本寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。

填表日期　　年　　月　　日

一式三聯　第一聯保險人之分區、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫–牙醫醫療服務日報表

服務日期：

序號	障別代號	病患姓名	身分證字號	卡號	診察費	處置費	診治醫師
合計							

備註：障礙類別代號如下：

A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、

K.因罕見疾病而致身心功能障礙者、L.重度以上肢體障礙、、M.重度以上視覺障礙者、N.發展遲緩兒、O.失能老人、P.重度以上重要器官失去功能者、

Q.腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、I.其他具身心障礙證明者。

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

_____（醫療服務單位）就診紀錄

基本資料		
姓名：	出生年月日：	監護人：
地址：		

醫病史（MedialHistory）	
父母：	相關證明影本黏貼處
親屬：	備註：若為發展遲緩兒童應檢附由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影本、屬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)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。
本人：	
特別注意事項：	

牙醫病史

口腔發現（oralfinding）

上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65					
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
乳牙牙冠																		乳牙牙冠
恆牙牙冠																		恆牙牙冠
醫療需求																		醫療需求
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
乳牙牙冠																		乳牙牙冠
恆牙牙冠																		恆牙牙冠
醫療需求																		醫療需求

填表說明:D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

診療紀錄

日期	診療項目（健保代號）	簽名

附表

身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

（一）基本資料：

姓　　名		性別	□ 男 □ 女	出生日期	年　　月　　日
障礙程度	□ 輕 度　　□ 中 度　　□ 重 度　　□ 極重度				

(二) 洗牙記錄 ： 第一次:　　月　日，第二次 ： 月　日，第三次:　　月　　日

註:　口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙 **2 次以上。**

(三）檢查方式說明：

1:牙菌斑平均值計算方式 :全口分為 6 區, 目視各區牙菌斑堆積狀況以「0」,代表無或微量;「1」表示目視可見牙菌斑。

牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

2:牙齦炎平均值計算方式 :全口分為 6 區, 目視各區牙齦炎狀況以「0」,代表無牙齦炎;「1」表示有牙齦發炎。

牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

註: 口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average）及牙齦炎平均值(Gingival Index Average)皆在 **0.5(含)**以下。

(四)檢查結果 ： (全口分為 6 區)

1. 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數(　　)/總區數(無牙區須扣除) (　　) = (　　)

18 - 14	**13 - 23**	**24 - 28**
48 - 44	**43 - 33**	**34 - 38**

2. 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數(　　)/總區數:無牙區須扣除(　　)=(　　)

18 - 14	**13 - 23**	**24 - 28**
48 - 44	**43 - 33**	**34 - 38**

檢查醫師:　　檢查日期:　年　月　日

附件 13】

全民健康保險　健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：　　看診醫師姓名：_____（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：　　日期：　　年　　月　　日

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地　址	聯絡電話	原因別	備註
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	

＊上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

【附件 14】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
醫療團院所之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

~~115~~116 年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應。

三、標示應包含下列內容

1.全民健保牙醫特殊醫療服務

2.全民健保標誌

3.醫療團地點及時間

4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署

5.承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保牙醫特殊醫療服務	醫療團地點及時間	主辦單位:衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色

2.中醫：底色為深紅色，字體為白色

3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。

2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。

3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

附表

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期：　　年　　月　　日

承作計畫名稱：

標示內容物：

□海報　□立牌　□直立旗　□布條　□其他

核銷金額：　　元

原始支出憑證黏貼處

【附件 15】　全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

首次訪視或**首次**提供居家牙醫醫療服務申請表

申請日期____年____月____日、序號：____

病人基本資料		
姓名：	出生日期：　　年　　月　　日	監護人：
申請項目：□訪視　□醫療服務 (可複選)		
身分證號：		連絡電話：
居住地址：		
障礙類別：	3 個月內是否有自行外出的能力：□否　□是	
居家病人來源：□居家西醫主治醫師評估連結　□自行申請　□醫院協助申請　□其他		

病人申請資格：(請打勾)

□1.居家醫療照護整合計畫之病人。

□2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人。

□3.特定身心障礙病人，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。

□4.「長期照顧服務申請及給付辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。

醫病史（Medical History）	
父母：	相關證明影本(請附於後)
親屬：	備註：(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)「長期照顧服務申請及給付辦法」補助對象，應出具各縣市長期照顧管理中心証明文件影本(5)發展遲緩兒，應檢附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。
本人：	
病人主訴或其他注意事項：	

申請院所基本資料

醫事機構名稱(全銜)：

醫事機構代號：

一、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料:

醫師姓名：　　聯絡電話：

醫護人員姓名：　　聯絡電話：

二、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】

三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所【**檢附**居家牙醫醫療與後送醫療院所**地圖，並請說明**兩者之間的距離及所需時間】

【附件 16】　全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

口腔醫療需求評估及治療計畫-___年__月__日、序號：__

基本資料		
姓名：	出生日期：　年　月　日	監護人：
居家病人來源：□居家西醫主治醫師評估連結 □自行申請　□醫院協助申請　□其他		
居住地址：		

醫病史（Medical History）	
父母：	相關證明影本(請附於後)
親屬： 本人： 特別注意事項：	(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)「長期照顧服務申請及給付辦法」補助對象，應出具各縣市長期照顧管理中心証明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附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。

牙醫病史

以往治療內容簡述

上次施行治療項目：(1)□牙周病緊急處理、(2)□牙周敷料、(3)牙結石清除(□全口或□局部)、(4)□牙周暨齲齒控制基本處置、(5)□塗氟、(6)□非特定局部治療、(7)□特定局部治療、(8)□簡單性拔牙、(9)□單面蛀牙填補

治療時間：　年　月　日

口腔現況

上顎：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled

一式三聯　第一聯送保險人分區業務組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

治療計畫

一、病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何?

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

（一）□牙周病緊急處理

（二）□牙周敷料

（三）□牙結石清除（□全口或□局部）

（四）□牙周暨齲齒控制基本處置**(需併同牙結石清除執行)**

（五）□塗氟**(需併同牙結石清除執行)**

（六）□非特定局部治療

（七）□特定局部治療

（八）□簡單性拔牙

（九）□單面蛀牙填補

（十）□其他：　　(請填寫)

三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名：　　聯絡電話：

醫護人員姓名：　　聯絡電話：

四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】

五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所，居家牙醫醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

【附件 17】

居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P30006 P30008	牙醫師訪視費(次) 1.一般地區(次) 2.山地離島及醫療資源不足地區(次) 註： 1. 於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。 2. 出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼 P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。 3. 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。	 1631 2154
P30005 P30009 P30007 P30010 P30011 P30012	居家牙醫醫療服務費(次) 1.病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上： -一般地區(次) -山地離島及醫療資源不足地區(次) 2.其他病人： -一般地區(次) -山地離島及醫療資源不足地區(次) 3.二個月內因口腔狀況不佳需再治療者： -一般地區(次) -山地離島及醫療資源不足地區 (次) 註： 1. 居家牙醫醫療服務費屬包裹式支付，所定點數含口腔預防保健、護理、診療、處方、藥品、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等，相關服務依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行；本保險給付項目不得收取其他自費。 2. 申報 P30005、P30009、P30007、P30010 者： (1)每一病人以二個月執行一次為限。 (2)同一病人之牙醫師訪視費與居家牙醫醫療服務費，不得同日申報。 3. 申報P30011、P30012者：	 9800~~6800~~ 11160~~8160~~ 6000~~4500~~ 6900~~5400~~ 4900~~3400~~ 5580~~4080~~

編號	診療項目	支付點數
	(1)執行 P30005、P30009、P30007、P30010 其中一項後方得申報。 (2) 每一病人以每年申報三次為限，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。 (3) 限執行 90004C、91001C、92066C、92071C 醫令者，方得申報。 (4) 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述治療內容。	
P5410C	評估出院病人居家醫療照護需求(次) 註： 1. 限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報 1 次。 3. 除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。	1553

【附件 18】執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務－前	受理居家牙醫醫療服務需求 ↓ 牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務 ↓ 每次出診前置作業 ↓ 牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作 病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作	A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。 A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。 A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。 A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。 A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。	B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。 B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。 B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病人是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。
執行醫療服務－中	每一居家病人之牙醫醫療服務皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。 診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。	A-6 視醫療需求詳實記載。 A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。 A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程內容或術後注意事項及下次回診日期。 A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 A-10 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。 註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。	B-4 協助牙醫師完成治療 B-5 接受牙醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。
執行醫療服務－後	醫療器械設備及健保卡等作業 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 ↓ 結束居家牙醫醫療服務	A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。 A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。	B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。 B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。

一式十二聯 第一聯送保險人分區業務組、第十聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第十二聯醫療院所自行留存

附表　116 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***3.298%***	***1,713.6***	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
	投保人口預估成長率		*0.447%*		
	人口結構改變率		*0.337%*		
	醫療服務成本指數改變率		*2.501%*		
協商因素成長率			***-0.096%***	***-49.9***	請於 116 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 年度總額協商考量。
	其他議定項目	1.「牙醫特殊醫療服務計畫」專款與一般服務重複費用扣減(116 年新增項目)	*-0.002%*	*-1.0*	
		2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.094%*	*-48.9*	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***3.202%***	***1,663.7***	
		總金額		***53,623.1***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
1.醫療資源不足地區改善方案	*375.0*	*51.2*	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2.牙醫特殊醫療服務計畫	*1,211.8*	*255.9*	1.執行目標(暫列)：達成220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。 預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。 2.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	*309.0*	*69.0*	1.執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。 (2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			數增加率減緩。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計畫	*144.8*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體加強計畫推動，並持續監測執行結果及評估照護成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
5.高風險疾病口腔照護計畫	*5,091.9*	*836.1*	1.執行目標(暫列)： (1)116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬人。 (2)116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂65歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於116年4月前提出專案報告。 (2)本計畫以5年為檢討期限(112~116年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第5年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	*506.4*	*82.0*	本計畫以4年為檢討期限(113~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第4年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
7.非齒源性口腔疼痛處置	*16.0*	*1.6*	本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第3年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	*200.0*	*200.0*	1.執行目標(暫列)： (1)116年所需預算為490.6百

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
(116 年新增項目)				萬元，考量行政院核定 116 年總額成長率上限為 5.5%，116 年爭取費用為 2 億元，另本計畫需逐步推展，執行率為 80%。 (2)116 年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為 5 成。 預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。 2.本計畫以 3 年為檢討期限(116~118 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
9.因應牙醫支付標準調整所增加預算		*0.0*	*0.0*	
10.品質保證保留款		*150.4*	*53.4*	1.本項專款額度(150.4 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 266.8 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		***8,005.3***	***1,549.2***	
較基期成長率(一般服務＋專款)[註2]	**增加金額**	***5.500%***	***3,212.9***	
	總金額		***61,628.4***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 51,959.3 百萬元(含 115 年一般服務預算 51,912.4 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 45.5

討論事項第七案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案　由：修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫」，提請討論。

說　明：

一、依據牙全會 115 年 11 月 5 日牙全賢字第 00517 號函辦理(附件 1，頁次討 7-3)。

二、修訂內容重點摘要如下，修訂對照表詳附件 2(頁次討 7-4)：

(一) 依 116 年總額協商結果修訂計畫年度執行服務人次為 79.8 萬人次及全年經費 309 百萬元。

(二) 增修收案條件「牙釉質先天發育不全、牙本質先天發育不全、牙齒礦化不全、曾有恆牙根管治療過」者，並同步納入支付標準 P7102C 青少年齲齒氟化物治療適應症。

本署意見：

一、依 115 年 9 月 23 日 116 年總額協商(附件 3，頁次討 7-18)結果，本計畫協定事項重點如下：請本會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。

二、財務影響評估：有關牙全會建議增修收案條件一節，經洽牙全會表示本次修訂係為補齊中文疾病名稱，ICD-10-CM 碼不變，將不影響財務估算。

三、牙全會所送修訂意見，本署尊重。

四、查專款項目大多訂有退場機制，即如有重大違規應退出計畫等，請牙全會考量本計畫是否酌修退場機制部分內容，對照表如附件 2(頁次討 7-4)及附件 4(頁次討 7-25)。

五、12-18 青少年就醫率雖已由 110 年 46.6%上升至 114 年 56%，惟仍請牙全會依 116 年總額協定事項，加強計畫推動及提升青少年就醫率。

擬　辦：

本案依程序提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，涉支付標準部分，若公告日為當月 15 日(含)前，於次月 1 日生效；若公告日為當月 15 日後，則於次次月生效。

決　議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話
電子郵件信箱

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署　牙醫全聯會校對章(266)

理事長黃立賢

本案依照分層負責規定
授權　牙醫門診醫療服務審查執行會　主委決行

附件 2

1156 年度全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
(同現行條文)	(同現行條文)	一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	未修訂
(同現行條文)	(同現行條文)	二、目的： 藉由本計畫之實施，提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率，透過早期發現、介入治療及衛教，維護自然牙齒品質，減少齲齒，降低未來根管治療及拔牙發生機率，提升青少年口腔健康。	未修訂
三、實施期間：~~115~~116年1月1日至~~115~~116年12月31日止。	三、實施期間：~~115~~116年1月1日至~~115~~116年12月31日止。	三、實施期間：自115年1月1日起至115年12月31日止。	修訂實施期間
四、預算來源： ~~(一)~~115116年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年	四、預算來源： (一) 115116年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年	四、預算來源： (一) 115年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經	本署說明： 1.依116年牙醫門診總額談判協商結果修訂年度預算。 2.(二)、(三)移列

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
經費為~~240~~309百萬元。 ~~(二)本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C及P7102C)之費用由本計畫預算支應，除全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。~~ ~~(三)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。~~	經費為~~240~~309百萬元。 (二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C及P7102C)之費用由本計畫預算支應，除全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。 (三) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。	費為240百萬元。 (二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C及P7102C)之費用由本計畫預算支應，除全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。 (三) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。	至本計畫第八點說明。
五、年度執行目標： 本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」、「青少年齲齒氟化物治療（P7102C）」合計~~619,000~~798,000服務人次為	五、年度執行目標： 本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」、「青少年齲齒氟化物治療（P7102C）」合計~~619,000~~798,000服務人次為	五、年度執行目標： 本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」、「青少年齲齒氟化物治療（P7102C）」合計619,000服務人次為執行目	依116年牙醫門診總額談判協商結果修訂照護人次。

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
執行目標。	執行目標。	標。	
六、收案條件： 12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常、**牙釉質先天發育不全、牙本質先天發育不全、牙齒礦化不全、**蛀洞、齲齒填補**、曾有恆牙根管治療過**，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM代碼為K03.89、K00.4、K03.6、K06.1、前三碼為K02-、K05-)。	六、收案條件： 12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常、**牙釉質先天發育不全、牙本質先天發育不全、牙齒礦化不全、**蛀洞、齲齒填補**、曾有恆牙根管治療過**，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM代碼為K03.89、K00.4、K03.6、K06.1、前三碼為K02-、K05-)。	六、收案條件： 12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K03.89、K00.4、K03.6、K06.1、前三碼為K02-、K05-)。	牙全會：增修收案條件「牙釉質先天發育不全、牙本質先天發育不全、牙齒礦化不全、曾有恆牙根管治療過」者。有許多先天齒質形成異常的患者，若於青少年時期透過高頻率的氟化物治療，可減少未來齲齒的發生率。本署尊重。
七、給付項目及支付標準： (一)醫師為二年內經全民健康保險保險人(以下稱保險人)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予以停約、終止特約	七、給付項目及支付標準： (一) 醫師為二年內經全民健康保險保險人(以下稱保險人)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予以停約、終	七、給付項目及支付標準： (一) 醫師為二年內經全民健康保險保險人(以下稱保險人)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予以停約、終	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人;前述違規期間之認定,以保險人第一次核定違規函所載停約結束日之次日、終約得再申請特約之日起算,兩年內不得申報本計畫診療項目。 **(二)為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。核定停約之特約醫事服務機構，屬部分診療科別及服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供違規處置之診療科別或服務項目之醫療服務。**	止特約（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束日之次日、終約得再申請特約之日起算，兩年內不得申報本計畫診療項目。	止特約（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束日之次日、終約得再申請特約之日起算，兩年內不得申報本計畫診療項目。	修訂退場機制

<table>
<tr><th>修訂內容(健保署版本)</th><th>修訂內容(牙全會版本)</th><th>原內容</th><th>備註</th></tr>
<tr>
<td>(三)~~(二)~~診療項目及支付標準：
<table>
<tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>P7101C</td><td>青少年齲齒控制照護處置
註：
1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。
2. 可視需要申報X光攝影(費用另計，限申報34001C及34002C)。
3. 每九十天限申報一次。
4. 不得併報</td><td>300</td></tr>
</table>
</td>
<td>(二)診療項目及支付標準：
<table>
<tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>P7101C</td><td>青少年齲齒控制照護處置
註：
1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。
2. 可視需要申報X光攝影(費用另計，限申報34001C及34002C)。
3. 每九十天限申報一次。
4. 不得併報</td><td>300</td></tr>
</table>
</td>
<td>(二) 診療項目及支付標準：
<table>
<tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>P7101C</td><td>青少年齲齒控制照護處置
註：
1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。
2. 可視需要申報X光攝影(費用另計，限申報34001C及34002C)。
3. 每九十天限申報一次。
4. 不得併報</td><td>300</td></tr>
</table>
</td>
<td></td>
</tr>
</table>

修訂內容(健保署版本)			修訂內容(牙全會版本)			原內容			備註
	91014C。			91014C。			91014C。		
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常、牙釉質先天發育不全、牙本質先天發育不全、牙齒礦化不全者申報。	500	P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常、牙釉質先天發育不全、牙本質先天發育不全、牙齒礦化不全者申報。	500	P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常者申報。	500	同步修訂新增收案條件

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
2. 須附一年內診斷X光片(費用另計，限申報34001C及34002C))或照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報本項後九十天內不得再申報92072C、92051B、P30002及P7302C。	2. 須附一年內診斷X光片(費用另計，限申報34001C及34002C))或照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報本項後九十天內不得再申報92072C、92051B、P30002及P7302C。	2. 須附一年內診斷X光片(費用另計，限申報34001C及34002C))或照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報本項後九十天內不得再申報92072C、92051B、P30002及P7302C。	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
(同現行條文)	(同現行條文)	八、醫療費用申報及審查： (一) 施行本計畫診療項目得併同申報牙科門診診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。 (二) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (三) 本計畫醫療費用點數申報格式： 1.案件分類：請填報「19」。 2.特定治療項目代號(一)：請填報「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」。	未修訂

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
		(四) 參與牙醫不足改善方案之牙醫院所得提供本計畫服務，醫療費用點數申報格式及預算來源如下： 1.執業計畫： (1) 門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」、特定治療項目代號(二)「F2(執業計畫)」。 (2) 執業計畫之巡迴醫療服務：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F2(執業計畫)」、特定治療項目代號(二)「F3(巡迴醫療團)」、特定	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
		治療項目代號(三)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」。 (3) 牙醫院所參與執業計畫時，申報之P7101C、P7102C，納入執業計畫保障額度，由牙醫不足改善方案之專款支應。 2.巡迴計畫： (1) 巡迴點：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F3(巡迴醫療團)」、特定治療項目代號(二)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」。 (2) 社區醫療站：案件	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
		分類「14」且特定治療項目代號(一)「FT(社區醫療站)」、特定治療項目代號(二)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」。 (3) 牙醫院所參與巡迴計畫時，併同申報之 P7101C、P7102C，由本計畫之專款支應，不得再額外加計牙醫不足改善方案之加成	
(同現行條文)	(同現行條文)	九、計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該等指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)： (一) 自評指標：	未修訂

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
		1.申報案件數(就醫人次)。 2.申報點數。 3.就醫人數(以 ID 歸戶)。 (二) 評估指標： 1.提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。 2.執行 P7102C 後1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均齲齒填補顆數增加率減緩。 分子：(當年執行 P7102C 的病人追蹤1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均牙齒填補顆數)－(當年執行 P7102C 的病人回溯1年內牙位11~13、	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
		21~23、31~33、41~43的平均牙齒填補顆數)。 分母：當年執行P7102C 的病人回溯1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均牙齒填補顆數 公式：分子/分母*100%。 ※牙齒填補申報醫令：89004C、89005C、89011C、89012C、89014C。	
(同現行條文)	(同現行條文)	十、新年度計畫公告前,延用前一年度計畫;新年度計畫依保險人公告實施日期辦理,至於不符合新年度計畫者,得執行至保險人公告日之次月底止。	未修訂
(同現行條文)	(同現行條文)	十一、本計畫由保險人與中華	未修訂

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
		民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

衛生福利部全民健康保險會
116年度全民健康保險醫療給付費用
總額協商會議議事錄

中華民國115年9月23日

附表　116 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***3.298%***	***1,713.6***	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
	投保人口預估成長率		*0.447%*		
	人口結構改變率		*0.337%*		
	醫療服務成本指數改變率		*2.501%*		
協商因素成長率			***-0.096%***	***-49.9***	請於 116 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 年度總額協商考量。
	其他議定項目	1.「牙醫特殊醫療服務計畫」專款與一般服務重複費用扣減(116 年新增項目)	*-0.002%*	*-1.0*	
		2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.094%*	*-48.9*	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***3.202%***	***1,663.7***	
		總金額		***53,623.1***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.醫療資源不足地區改善方案			*375.0*	*51.2*	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2.牙醫特殊醫療服務計畫	*1,211.8*	*255.9*	1.執行目標(暫列)：達成220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。 預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。 2.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	*309.0*	*69.0*	1.執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。 (2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計畫	*144.8*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體加強計畫推動，並持續監測執行結果及評估照護成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
5.高風險疾病口腔照護計畫	*5,091.9*	*836.1*	1.執行目標(暫列)： (1)116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬人。 (2)116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂65歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於116年4月前提出專案報告。 (2)本計畫以5年為檢討期限(112~116年)，請會同牙醫總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第5年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	*506.4*	*82.0*	本計畫以4年為檢討期限(113~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第4年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
7.非齒源性口腔疼痛處置	*16.0*	*1.6*	本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第3年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
	8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(116年新增項目)	*200.0*	*200.0*	1.執行目標(暫列)： (1)116年所需預算為490.6百萬元，考量行政院核定116年總額成長率上限為5.5%，116年爭取費用為2億元，另本計畫需逐步推展，執行率為80%。 (2)116年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為5成。 預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。 2.本計畫以3年為檢討期限(116~118年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(118年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	9.因應牙醫支付標準調整所增加預算	*0.0*	*0.0*	
	10.品質保證保留款	*150.4*	*53.4*	1.本項專款額度(150.4百萬元)，併同其於原106年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計266.8百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	***8,005.3***	***1,549.2***	
較基期成長率(一般服務+專款)[註2]	**增加金額**	***5.500%***	***3,212.9***	
	總金額		***61,628.4***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 51,959.3 百萬元(含 115 年一般服務預算 51,912.4 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 45.5 百萬元、加回前 1 年度(115 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 1.5 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 58,415.4 百萬元，其中一般服務預算為 51,959.3 百萬元，專款為 6,456.1 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

11~~5~~6年度全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫

附件 4

11o 年 o 月 oo 日健保醫字第 ooooooooooo 號公告

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

藉由本計畫之實施，提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率，透過早期發現、介入治療及衛教，維護自然牙齒品質，減少齲齒，降低未來根管治療及拔牙發生機率，提升青少年口腔健康。

三、實施期間：自~~115~~116年1月1日起至~~115~~116年12月31日止。

四、預算來源：

~~(一) 115~~116年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為~~240~~309百萬元。

~~(二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C 及 P7102C)之費用由本計畫預算支應，除全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。~~

~~(三) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。~~

五、年度執行目標：

本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」、「青少年齲齒氟化物治療（P7102C）」合計~~619,000~~798,000服務人次為執行目標。

六、收案條件：

12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常、牙釉質先天發育不全、牙本質先天發育不全、牙齒礦化不全、蛀洞、齲齒填補、曾有恆牙根管治療過，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K03.89、K00.4、K03.6、K06.1、前三碼為 K02-、K05-)。

七、給付項目及支付標準：

(一) 醫師為二年內經全民健康保險保險人(以下稱保險人)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予以停約、終止特約（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束日之次日、終約得再申請特約之日起算，兩年內不得申報本計畫診療項目。

(二) 為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。核定停約之特約醫事服務機構，屬部分診療科別及服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供違規處置之診療科別或服務項目之醫療服務。

(三)~~(二)診療項目及支付標準表：~~

編號	診療項目	支付點數
P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報 X 光攝影（費用另計，限申報34001C及34002C）。 3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C。	300
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常者**、牙釉質先天發育不全、牙本質先天發育不全、牙齒礦化不全**申報。 2. 須附一年內診斷 X 光片(費用另計，限申報34001C及34002C)或照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報本項後九十天內不得再申報92072C、92051B、P30002及 P7302C。	500

八、醫療費用申報及審查：

(一) 施行本計畫診療項目得併同申報牙科門診診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。

(二) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1.案件分類：請填報「19」。

2. 特定治療項目代號(一)：請填報「LM (青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

(四) 參與牙醫不足改善方案之牙醫院所得提供本計畫服務，醫療費用點數申報格式及預算來源如下：

1.執業計畫：

(1) 門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LM (青少年口腔提升照護試辦計畫)」、特定治療項目代號(二)「F2(執業計畫)」。

(2) 執業計畫之巡迴醫療服務：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F2(執業計畫)」、特定治療項目代號(二)「F3(巡迴醫療團)」、特定治療項目代號(三)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

(3) 牙醫院所參與執業計畫時，申報之 P7101C、P7102C，納入執業計畫保障額度，由牙醫不足改善方案之專款支應。

2.巡迴計畫：

(1) 巡迴點：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F3 (巡迴醫療團)」、特定治療項目代號(二)「LM (青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

(2) 社區醫療站：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「FT(社區醫療站)」、特定治療項目代號(二)「LM(青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

(3) 牙醫院所參與巡迴計畫時，併同申報之 P7101C、P7102C，由本計畫之專款支應，不得再額外加計牙醫不足改善方案之加成。

九、計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該等指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)：

(一) 自評指標：

1.申報案件數(就醫人次)。

2.申報點數。

3.就醫人數(以 ID 歸戶)。

(二) 評估指標：

1. 提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。

2. 執行 P7102C 後1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

分子：(當年執行 P7102C 的病人追蹤1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均牙齒填補顆數)—(當年執行 P7102C 的病人回溯1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均牙齒填補顆數)。

分母：當年執行 P7102C 的病人回溯 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均牙齒填補顆數

公式：分子/分母*100%。

※牙齒填補申報醫令：89004C、89005C、89011C、89012C、89014C。

十、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

討論事項第八案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案　由：修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

說　明：

一、依據牙全會115年11月5日牙全賢字第00517號函(附件1，頁次討8-4)辦理。

二、修訂對照表詳附件2(頁次討8-5)。

三、修訂內容重點摘要如下：

（一）一般服務預算項下移撥 240 百萬元支應，專款經費為 375 百萬元。

（二）各總額同步調整論次費用加計 20%。

（三）為配合電子化作業，未來醫療報酬申請表將以電子檔方式提供所屬公會彙整，彙整後提送牙醫全聯會。

（四）相關規範修訂如下：(一)通則：1.巡迴醫療服務：(1)診療時以固定式診療椅為原則，若不具備固定式診療椅，須送牙全會審核，並須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」外展點相關規定。

（五）執業計畫施行地區：新增台南市大內區，刪除雲林縣口湖鄉。

（六）巡迴計畫施行地區：新增台南市北門區、嘉義縣義竹鄉官順村。

（七）本年度申請升級的地區：

1.宜蘭縣南澳鄉金岳國小(2→3級地區)

2.嘉義縣大埔鄉大埔國民中小學(2→3級地區)

3.嘉義縣梅山鄉「瑞峰國小」、「瑞里國小」、「太興國小」、「太平國小」(2→3級地區)

本署意見：

一、牙全會建議方案修訂內容，本署同意，說明如下（附件 3，頁次討 8-16）：

(一)依據115年9月23日116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議共識，116年預算為375百萬元；另有關修正巡迴計畫加成前醫療費用點數由一般服務預算項下移撥240百萬元，經推估116年約239百萬元，尚足以支應。

(二)調升各項巡迴論次費用2成，由2,100~4,600點調升為2,520~5,520點。

(三)附件2—執業計畫地區、附件3—巡迴計畫地區：為反應院所開、歇業情形及醫療資源變化，修訂施行地區。

(四)其他屬實務執行面作業修訂，如修訂計畫年度、醫療團提送牙全會之巡迴計畫報酬表由紙本改為電子傳送、巡迴醫療服務以使用固定式診療椅為原則等。

二、另本署修訂建議如下（同附件 3，頁次討 8-16）：

(一)巡迴地區：將四級地區文字移至附件3、桃園市復興區華陵村里活動中心升為三級標註於附件3（該巡迴點已於106年12月11日健保桃字第1063012743號函核定並執行至今，惟漏植於本方案附件）。

(二)執行其他牙醫總額專案規定：經與牙全會確認後，增訂「牙周病統合治療方案」及「非齒源性口腔疼痛處置」為執行本方案可提供之醫療服務項目，惟不可申報加成，產生醫療費用依各自方案及給付項目費用支應等規定。

(三)巡迴計畫之執行：部分學校巡迴點人數較少，參考中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案文字，新增同一巡迴診次可巡迴兩鄰近巡迴點，惟車程不計入巡迴時數之規定。

(四)執業計畫保障額度：現行除超過保障額度部份依審查結果核扣外，僅作為品質輔導之參考，不影響原保障額度之核付，爰增訂相關說明文字。

(五)違規處理：新增處以停約之特約醫事服務機構，屬部分科別停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供受處分科別之

醫療服務。

(六)巡迴計畫考核：新增因天然災害等不可歸責於醫療團之事由經分區認定者，其取消診次不列入醫療團巡迴診次執行率計算。

(七)其餘修訂：如修訂巡迴計畫對象為學生、增訂氧氣設備安全規定、刪除屏東縣瑪家鄉有執業院所註記、修正執業計畫考核評分等文字。

決　議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：邵格薏(02)25000133 轉 261
電子郵件信箱：green@cda.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署 牙醫全聯會 收對章(266)

理事長 黃立賢

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

第一頁　共一頁

附件 2

~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案修訂意見

修改條文	原條文	備註
三、實施期間： 11~~5~~6 年 1 月 1 日至 11~~5~~6 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日止。	修訂年度
四、預算來源： (一)11~~5~~6 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 ~~323.8~~375 百萬元。 (二)有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由該總額一般服務預算項下移撥 ~~270~~240 百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。	四、預算來源： (一)115 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 323.8 百萬元。 (二)有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由該總額一般服務預算項下移撥 270 百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。	116 年度專款經費為 375 百萬元，一般預算為 240 百萬元。
九、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1.執業計畫：(2)牙醫巡迴醫療服務： ②論次支付點數： A.依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。	九、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1.執業計畫：(2)牙醫巡迴醫療服務： ②論次支付點數： A.依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。	各總額同步調整論次費用加計 20%。

<table>
<tr><th>修改條文</th><th>原條文</th><th>備註</th></tr>
<tr>
<td>
<table>
<tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr>
<tr><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>一級地區</td><td>P22002</td><td>~~2,100~~ 點
2,520 點</td><td>P22005</td><td>~~2,400~~ 點
2,880 點</td></tr>
<tr><td>二級地區</td><td>P22003</td><td>~~2,700~~ 點
3,240 點</td><td>P22006</td><td>~~3,000~~ 點
3,600 點</td></tr>
<tr><td>三級地區</td><td>P22004</td><td>~~3,700~~ 點
4,440 點</td><td>P22007</td><td>~~4,000~~ 點
4,800 點</td></tr>
<tr><td>四級地區</td><td>P22008</td><td>~~4,300~~ 點
5,160 點</td><td>P22009</td><td>~~4,600~~ 點
5,520 點</td></tr>
</table>
</td>
<td>
<table>
<tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr>
<tr><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>一級地區</td><td>P22002</td><td>2,100 點</td><td>P22005</td><td>2,400 點</td></tr>
<tr><td>二級地區</td><td>P22003</td><td>2,700 點</td><td>P22006</td><td>3,000 點</td></tr>
<tr><td>三級地區</td><td>P22004</td><td>3,700 點</td><td>P22007</td><td>4,000 點</td></tr>
<tr><td>四級地區</td><td>P22008</td><td>4,300 點</td><td>P22009</td><td>4,600 點</td></tr>
</table>
</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>
2.巡迴計畫：(1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列方式申報費用：
②「論次申報」：須帶回執業登記保險醫事服務機構，並依巡迴地點之地區分級申報論次支付點數。
A.論次支付點數：
a.依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。
<table>
<tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr>
<tr><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>一級地區</td><td>P22002</td><td>~~2,100~~ 點
2,520 點</td><td>P22005</td><td>~~2,400~~ 點
2,880 點</td></tr>
<tr><td>二級地區</td><td>P22003</td><td>~~2,700~~ 點
3,240 點</td><td>P22006</td><td>~~3,000~~ 點
3,600 點</td></tr>
<tr><td>三級地區</td><td>P22004</td><td>~~3,700~~ 點
4,440 點</td><td>P22007</td><td>~~4,000~~ 點
4,800 點</td></tr>
<tr><td>四級地區</td><td>P22008</td><td>~~4,300~~ 點</td><td>P22009</td><td>~~4,600~~ 點</td></tr>
</table>
</td>
<td>
2.巡迴計畫：(1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列方式申報費用：
②「論次申報」：須帶回執業登記保險醫事服務機構，並依巡迴地點之地區分級申報論次支付點數。
A.論次支付點數：
a.依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。
<table>
<tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr>
<tr><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>一級地區</td><td>P22002</td><td>2,100 點</td><td>P22005</td><td>2,400 點</td></tr>
<tr><td>二級地區</td><td>P22003</td><td>2,700 點</td><td>P22006</td><td>3,000 點</td></tr>
<tr><td>三級地區</td><td>P22004</td><td>3,700 點</td><td>P22007</td><td>4,000 點</td></tr>
<tr><td>四級地區</td><td>P22008</td><td>4,300 點</td><td>P22009</td><td>4,600 點</td></tr>
</table>
</td>
<td>各總額同步調整論次費用加計 20%。</td>
</tr>
</table>

修改條文	原條文	備註
<table><tr><td></td><td></td><td>5,160 點</td><td></td><td>5,520 點</td></tr></table>		
3.論次支付點數之申報： (2)申報檢附資料：執業計畫院所以院所為單位、巡迴計畫之醫療團成員以學校及所屬之村、部落為單位檢附以下資料： ①醫療報酬申請表 (附件 8-1)：費用申報時，須至健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network, 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」，執業計畫之院所應另將影本寄牙醫全聯會備查。~~、~~巡迴計畫之醫療團成員應另將醫療報酬申請表~~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。所屬醫療團公會應於每月 20 日前，提送前一月份之醫療報酬申請表及次月份之巡迴排班表予牙醫全聯會(以電子檔傳送)。 例如：醫療團公會應於 8 月 20 日前提送 7 月份醫療報酬彙整表及 9 月份巡迴醫療排班表。	3.論次支付點數之申報： (2)申報檢附資料：執業計畫院所以院所為單位、巡迴計畫之醫療團成員以學校及所屬之村、部落為單位檢附以下資料： ①醫療報酬申請表 (附件 8-1)：費用申報時，須至健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network, 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」，執業計畫之院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。	為配合電子化作業，未來醫療報酬申請表將以電子檔方式提供所屬公會彙整，彙整後提送牙醫全聯會。

修改條文	原條文	備註
(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。 ⑤前述指標之資料來源:指標 A 項由牙醫全聯會於 1167 年 1 月底前提報名單予保險人進行結算作業，指標 B 至 E 項由保險人於 1167 年 1 月底前進行結算作業。	(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。 ⑤前述指標之資料來源：指標 A 項由牙醫全聯會於 116 年 1 月底前提報名單予保險人進行結算作業，指標 B 至 E 項由保險人於 116 年 1 月底前進行結算作業。	修訂年度
十、相關規範： (一)通則： 1.巡迴醫療服務： (1)診療時以固定式診療椅為原則，若不具備固定式診療椅，須送牙全會審核~~至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅 (角度至少可調整至 45 度)，替代牙科治療台使用~~，並須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」外展點相關規定。	十、相關規範： (一)通則： 1.巡迴醫療服務： (1)診療時至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅 (角度至少可調整至 45 度)，替代牙科治療台使用，並須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」外展點相關規定。	近年為提升巡迴醫療品質，原則推動各巡迴點設置固定式診療椅，若有特殊情況無法設置，應敘明理由並提送牙全會審核。
十二、原 1145 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 1156 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 1156 年 1 月 1 日起，至 1156 年度本方案公告實施日之次月底止。	十二、原 114 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 115 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 115 年 1 月 1 日起，至 115 年度本方案公告實施日之次月底止。	修訂年度
【附件 2】執業計畫施行地區 刪除雲林縣口湖鄉 新增台南市大內區	【附件 2】執業計畫施行地區 雲林縣口湖鄉	1. 雲林縣口湖鄉衛生所目前已有牙醫師執業登記，建議 116 年方案執業計畫施行地區名單中刪除雲林縣口湖鄉。

修改條文	原條文	備註
		2. 台南市大內區原有國雄牙醫診所，惟該醫師已退休，屆時該鄉鎮將無牙醫師執業，為維持當地民眾牙科醫療服務可近性，建議新增台南市大內區為 116 年方案執業計畫施行地區。
【附件 3】巡迴計畫施行地區 新增台南市北門區	【附件 3】巡迴計畫施行地區	1.北門區已列為 115 年度方案附件 2「執業計畫」一級地區，惟未列入附件 3 巡迴計畫施行地區。考量當地居民牙科醫療服務需求，爰建議增列北門區為巡迴計畫施行地區，以完善醫療資源不足地區之巡迴醫療服務。 2.依 115 年 4 月資料，北門區僅 1 名牙醫師執業；沿海聚落分散，有限醫療人力難以兼顧校園、高齡及弱勢族群之牙科醫療服務，仍有引進巡迴醫療資源之需求。 3.本會已依全聯會審查要求，取得北門區執業計畫院所鼎泰牙醫診所負責醫師同意，由本會巡迴醫療團

修改條文	原條文	備註
		協助提供巡迴牙科醫療服務，以補充當地固定執業醫療量能。 4.健保署南區業務組募款建置北門衛生所、三慈國小及錦湖國小固定式牙科診療設備。增列北門區納入巡迴計畫後，可有效運用既有設備，引進更多牙科醫療資源，提供學童及居民持續且便利之牙科醫療服務。 5.建議增列北門區為巡迴計畫施行地區；後續各巡迴點之設置仍依本方案附件 5-3、5-4 及相關規定另案審查，不影響現行審查機制。 6.檢附北門區執業醫師同意書，詳附件。
【附件 3】巡迴計畫施行地區 新增嘉義縣義竹鄉(官順村)	【附件 3】巡迴計畫施行地區	1. 嘉義縣義竹鄉和順國小函請嘉義縣牙醫師公會將該校列入校園巡迴醫療服務名單內，公文詳附件。 2. 嘉義縣義竹鄉目前僅有 1 家翁牙醫診所，距離和順國小約 8.5 公里，車程時間為 10 分鐘，該牙

修改條文	原條文	備註
		醫診所同意義竹鄉官順村列為巡迴計畫施行地區，同意書詳附件。
宜蘭縣南澳鄉金岳國小(2→3級地區)	宜蘭縣南澳鄉金岳國小(2級地區)	經確認本次申請的金岳國小符合其中三項條件，同意升級。 【符合】A.距離宜蘭縣政府約46公里，車程時間約1小時。 【未符合】B.海拔高度46公尺 【符合】D. 路程雖為50分至1小時，但經常受到路段維修而管制或單向通行，常常一趟下來都要將近二個小時左右，蘇花公路一直以來經常因為天災而導致路段出現落石、土石流、崩塌，遇上道路維修而封閉或單向通路，行車更加困難，交通易受落石、風災、地震、天候影響。 綜合以上因素，如遇上其中之一，造成醫師臨時取消或延誤看診，也影響學校課程排。 【符合】E.南澳鄉為原住民族地區。

修改條文	原條文	備註
嘉義縣大埔鄉大埔國民中小學(2→3 級地區)	嘉義縣大埔鄉大埔國民中小學(2 級地區)	經確認本次申請的大埔國民中小學符合其中三項條件，同意升級。 【符合】A.距離嘉義縣政府約 78 公里，車程時間約 1.5 小時。 【未符合】B.海拔高度 251 公尺 【符合】C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道才能到達。 【符合】D.山路蜿蜒，下雨天視線不良、山嵐霧氣茫茫有時能見度只有 10-15 公尺，尤其是回程天黑加上起霧，實為艱辛，偶有大車擋道車速慢，車程又要再增加時間。颱風、地震、豪大雨後還有路陷、落石、山體崩塌的危險。

修改條文	原條文	備註
嘉義縣梅山鄉「瑞峰國小」、「瑞里國小」、「太興國小」、「太平國小」(2→3 級地區)	嘉義縣梅山鄉「瑞峰國小」、「瑞里國小」、「太興國小」、「太平國小」(2 級地區)	1. 經確認本次申請的瑞峰國小符合其中四項條件，同意升級。 【符合】A.距離嘉義縣政府約 77 公里，車程時間約 1 小時 47 分。 【符合】B.海拔高度 1060 公尺 【符合】C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道才能到達，經山路 36 彎後，過太平國小約 45 分鐘到瑞峰國小。 【符合】D.山路蜿蜒，下雨天視線不良、山嵐霧氣茫茫有時能見度只有 5-15 公尺，尤其是回程天黑加上起霧，實為艱辛，偶有大車擋道車速慢，車程又要再增加時間。颱風、地震、豪大雨後還有路陷、落石、山體崩塌的危險。 2. 經確認本次申請的瑞里國小符合其中四項條件，同意升級。 【符合】A.距離嘉義縣政府約 70 公里，車程時間約 1.5 小時。 【符合】B.海拔高度 1034 公尺

修改條文	原條文	備註
		【符合】C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道才能到達，經山路 36 彎後，過太平國小、太興國小，約 40 分鐘到瑞里國小。 【符合】D.山路蜿蜒，下雨天視線不良、山嵐霧氣茫茫有時能見度只有 5-15 公尺，尤其是回程天黑加上起霧，實為艱辛，偶有大車擋道車速慢，車程又要再增加時間。颱風、地震、豪大雨後還有路陷、落石、山體崩塌的危險。 3. 經確認本次申請的太興國小符合其中四項條件，同意升級。 【符合】A.距離嘉義縣政府約 62 公里，車程時間約 1 小時 15 分。 【符合】B.海拔高度 783 公尺 【符合】C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道才能到達，經山路 36 彎後，過太平國小，太平國小再往山內走約 15 分到太興國小。

修改條文	原條文	備註
		【符合】D.山路蜿蜒，下雨天視線不良、山嵐霧氣茫茫有時能見度只有 5-15 公尺，尤其是回程天黑加上起霧，實為艱辛，偶有大車擋道車速慢，車程又要再增加時間。颱風、地震、豪大雨後還有路陷、落石、山體崩塌的危險。 4. 經確認本次申請的太平國小符合其中四項條件，同意升級。 【符合】A.距離嘉義縣政府約 61 公里，車程時間約 1 小時 6 分。 【符合】B.海拔高度 953 公尺 【符合】C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道才能到達，經山路 36 彎後方可到太平國小。 【符合】D.山路蜿蜒，下雨天視線不良、山嵐霧氣茫茫有時能見度只有 5-15 公尺，尤其是回程天黑加上起霧，實為艱辛，偶有大車擋道車速慢，車程又要再增加時間。颱風、地震、豪大雨後還有路陷、落石、山體崩塌的危險。

附件 3

~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區及山地離島執業及提供巡迴醫療服務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有效、積極、安全的醫療體系，期使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。

三、實施期間：

~~115~~116 年 1 月 1 日至 ~~115~~116 年 12 月 31 日止。

四、預算來源：

(一)~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 ~~323.8~~375 百萬元。

(二)有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由該總額一般服務預算項下移撥 ~~270~~240 百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。

五、施行地區：

(一)施行地區之分級：

本方案施行地區分四級執行，以計算承作方案之費用。各牙醫醫療資源不足地區係由當地衛生主管機關會同各縣市牙醫師公會評估後，提供全民健康保險保險人（以下稱保險人）作為施行地區分級參考。

1. 一級：

指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區，或山地地區但交通尚屬方便之牙醫醫療資源不足地區。

2. 二級：

指山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。

3. 三級：

指特殊困難地區（離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難）之牙醫醫療資源不足地區。

4. 四級：

~~(1)~~指極端特殊困難地區（以各縣市三級地區為基準計算，需額外一小時以上車程的地區，僅適用執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫）。

~~(2)四級地區係指新竹縣尖石鄉「司馬庫斯」、「玉峰村」及「秀巒村」；嘉義縣阿里山鄉「豐山村」、「新美村」及「茶山村」；高雄市桃源區「拉芙蘭里」；澎湖縣白沙鄉「吉貝嶼」及望安鄉「花嶼村」。~~

註 1：申請升級為三級或四級地區之巡迴醫療點時，須提具體理由（離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難者），並經中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會）評估後送所轄保險人分區業務組核定。

註 2：欲申請升級的地區（鄉鎮），須符合下列五項條件中之三項，或經審查分會與分區業務組討論同意升級地區，並由各醫療團正式來函提出申請，必須提供具體理由且檢附相關證明（照片），經牙醫全聯會評估，統一於年底彙整後修訂方案內容，提案至全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議，通過後依據公告實施。

A. 距離各縣市政府位置超過 100 公里，或車程超過一小時。

B. 海拔超（越）過 400 公尺。

C. 非國道、省道可到達，須行駛鄉道、產業道路或搭乘船與飛機。

D. 交通易受落石、風災、地震、天候影響者。

E. 原住民族地區（詳附件 1）。

(二)執業計畫施行地區：以「無牙醫鄉」為優先（詳附件 2）；若執業醫

師退出計畫，則開放該鄉鎮（區）執業服務申請。

(三)巡迴計畫施行地區（詳附件 3)。

六、執行目標：

(一)執業計畫：

1. 併同 91 年度起，共減少 37 個牙醫醫療資源不足地區。
2. 服務總日數達成 6,000 日、總服務人次達成 50,000 人次。

(二)巡迴計畫：

1. 本年度至少組成 19 個醫療團。
2. 本年度至少設立 23 個社區醫療站。
3. 服務總日數達成 10,500 日、總服務人次達成 111,000 人次。

七、執行內容及方式：

(一)執業計畫：

執行內容須包含下列二類，總服務時數每週不得少於 30 小時：

1. 執業地點門診服務（分三級「牙醫醫療資源不足地區」執行並保障其承作本計畫之費用)：

(1)門診服務日數、時數：

保險醫事服務機構於執業地點，每週至少提供 5 日門診服務(以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。

(2)門診時段：

①依保險醫事服務機構申請計畫書所列之時間表為依據。

②門診時段若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班（課）日，則為休診日，不須補診。

③門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診/巡迴時段異動表 （附件 4-1)、執業醫師休診單 （附件 4-2)於異動或休診前月 15 日之前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。另，因故休診者，應於當月完成補班（跨月休診則個別於當月完成補班)，且補班日數及時數應和休診日數及時數相同。

④當月未達原訂工作日數或診察時數者，依實際工作日數與原訂工作日數之比例或實際診察時數與原訂診察時數之比例，由保險人分區業務組依實際情況衡酌核減醫療費用，惟有不可抗力之事由者（如醫師傷病、天災或其他特殊情形等），須經保險人分區業務組專案核定。

(3)支援規定：

①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，惟符合下列條件者除外：本計畫保險醫事服務機構之負責醫師，且具衛生福利部認定之專科醫師資格者，得於缺乏該專科人力之地區支援其他醫事服務機構，惟須向牙醫全聯會提出申請，並由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定後，自保險人分區業務組核定日起於執業門診時段外得開始支援。

②支援醫師加入診察，執行本計畫之保險醫事服務機構均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於7日前以書面函知牙醫全聯會，並由牙醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查（含支援及被支援醫事服務機構所屬之保險人分區業務組）。該保險醫事服務機構所有支援醫師合計其門診時數（含巡迴醫療服務）不得超過該保險醫事服務機構總牙醫門診時數的三分之一。

③若因特殊情況須由支援醫師代理負責醫師時，應依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備，並向牙醫全聯會提出申請，由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。該支援醫師仍受門診時數不得超過該保險醫事服務機構牙醫總門診時數三分之一的限制，惟負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數可全數由支援醫師代理。

2.牙醫巡迴醫療服務：

(1)服務次數：

①除寒暑假外，執行本計畫之保險醫事服務機構每月至少提供2次牙醫巡迴醫療服務（此2次不包含口腔衛生推廣服

務)，惟如屬「社區」之巡迴點者，寒暑假期間仍應持續提供本項服務。

②經查每月執行少於 2 次或未於巡迴點執行者，除不得申請該月巡迴醫療費用外，並列入下年度得否繼續參與本計畫之評估條件，若有特殊情況經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定者不在此限。

③若將病患自巡迴點帶回院所看診者，該次服務不得申請論次支付點數,且不列入每月至少 2 次巡迴醫療之次數計算。

(2)服務項目：

①一般治療為主，預防保健（A3 案件）為輔。

②口腔衛生推廣服務：每家保險醫事服務機構每月至多申報 3 小時。

A.正確刷牙及牙線使用指導。

B.含氟漱口水使用指導。

C.家戶訪視及口腔疾病和口腔衛生檢查。

D.參與並配合當地社區的總體健康營造活動。

E.口腔衛生及疾病防治說明會。

(3)服務時段：

①巡迴醫療服務應於保險醫事服務機構報備門診服務之時段以外執行，支援醫師支援前開保險醫事服務機構執行本項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並將該醫師姓名列入支援時段表。但支援醫師不得申報論次支付點數。

②執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務，該保險醫事服務機構應於前月 15 日前,填寫月申請表（附件 4-3）及執業計畫巡迴點統計表（附件 4-4）並註明門診服務時段和本項服務巡迴地點及時段，以書面函送牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另以專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送所轄保險人分區業務組核定後執行。申請案經保險人分區業務組核定為不同意者,保險醫事服務機構得於核定通知到達日起 30

日內，檢附完整相關資料向所轄保險人分區業務組申請複審，並以一次為限。

③巡迴時段有異動應填寫門診/巡迴時段異動表（附件 4-1）與臨時申請表（附件 4-5），以書面函送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。

④牙醫全聯會須於前月月底，以電子檔為原則，傳送本執業計畫各院所當月之「巡迴點」資料（執業院所、鄉鎮區、級數、巡迴點及其地址、巡迴時段等）予保險人登錄，以利執業院所申報巡迴醫療服務論次支付點數。

(二)巡迴計畫：

1. 執行方式有二類：

(1)巡迴點醫療服務：

①對象:本計畫施行地區（詳附件 3）~~之國小及國中~~學~~童~~生、教職員及當地民眾。

②地點：以學校、衛生所（室）為主，社區（里民）活動中心、農漁會、教會、宮廟等視情況設立。

③服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查（附件 11-3），進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。

④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：

A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」（以下稱牙醫特殊計畫）之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該巡迴點應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及安全檢驗合格期限內之氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

B. 符合「全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫」(以下稱青少年口腔計畫）之收案對象牙醫醫療服務。

C. 符合「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照

護計畫」(以下稱高風險疾病口腔照護計畫）之適用對象牙醫醫療服務。

D. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫）之適用對象牙醫醫療服務。

E. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準)「超音波根管沖洗」診療項目（P7303C）服務。

(2)社區醫療站醫療服務：

①由醫療團成員輪流排班，以維持每週 3 至 6 日為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。

②地點：以衛生所（室)、社區（里民）活動中心，或自行承租民宅設立之醫療站，並設有固定診療椅。

③如為必要設置社區醫療站之地區，因其居民人數少故須減少排班日數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。

④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：

A. 符合「牙醫特殊計畫」之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該社區醫療站應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及安全檢驗合格期限內之氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

B. 符合「青少年口腔計畫」之收案對象牙醫醫療服務。

C. 符合「高風險疾病口腔照護計畫」之適用對象牙醫醫療服務。

D. 符合「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之適用對象牙醫醫療服務。

E. 符合「牙周病統合治療方案」之適用對象牙醫醫療服務。

~~E.~~ F. 支付標準「超音波根管沖洗」~~診療項目~~(P7303C)、「非齒源性口腔疼痛處置」診療項目（92131B、92132B）

服務。

⑤於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方式及診療期間。

(3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。

2. 巡迴醫療服務之醫師、時段及地點名單：

(1)巡迴醫療團應依計畫申請書所列之醫師名單及巡迴地點進行巡迴服務；巡迴點及社區醫療站醫療服務之巡迴日數、時段、地點，依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據。

(2)如有變更或增減牙醫師名單及巡迴地點，應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於當月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。

(3)每月服務醫師、診療時段及地點，應由醫療團於前月 20 日前，送至當地衛生主管機關（書面函送）、所轄保險人分區業務組（以電子檔傳送）、牙醫全聯會（以電子檔傳送為原則）、巡迴點及服務醫師，並委請衛生所（室）、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師執行巡迴服務，則不予支付當次論次支付點數。

(4)巡迴醫療時段、地點及服務醫師若有異動（包含新增及取消），應由巡迴醫療團所屬公會填寫異動表（附件 4-6），並於次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查（以電子檔傳送），如未依期限送件，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。

(5)每個巡迴時段以 1 處巡迴點為原則，最多 2 處巡迴點，至少間隔半小時，其服務時間以實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間。

3. 上述(3)(4)如無法以電子檔傳送，應向所轄保險人分區業務組申請報備同意。

4. 保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮（區）西醫、牙醫及中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。

八、申請條件、文件及程序：

(一)申請條件：

1.通則：申請參與本方案之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

2.執業計畫：

(1)申請本計畫之執業醫師，應為牙醫全聯會會員，且曾於全民健康保險醫事服務機構執業達二年（含）以上。

(2)申請本計畫之執業醫師有下列情事之一者，五年內不得再申請加入（前述期間之認定，以下列情事發生事實日起算)：

①曾經因本計畫考核列入輔導，複核後仍未達標準而停止執行本計畫者。

②曾於不同鄉鎮（區）申請參與本計畫，累計二次計畫執行未滿三年者。

(3)經牙醫全聯會及保險人分區業務組查證有醫療模式異常紀錄且報經牙醫全聯會及保險人審核不予通過者，不得加入。

(4)於本計畫執行期間，已有保險醫事服務機構延續或牙醫師新申請辦理本計畫之鄉鎮（區)，不再受理其他牙醫師申辦本計畫，另屬延續辦理本計畫者，無須重新提出申請。

3.巡迴計畫：

(1)醫療團：由各縣市牙醫師公會、牙醫全聯會所屬牙醫門診醫療服務審查執行會之各分區分會、教學醫院所組成；醫療團規模大小，由當地牙醫師公會規劃、協調。

(2)醫療團成員：參與成員應為牙醫全聯會會員，且曾於本保險醫事服務機構執業達一年（含）以上。

(二)申請須檢附之相關文件：

1.執業計畫：

自本方案公告日起，符合申請條件之牙醫師應檢送申請書（附件5-1)、計畫書書面資料（附件5-2)、申請之醫療資源不足地區鄉鎮（區）公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。

2.巡迴計畫：

自本方案公告日起，首次申請參與本計畫之醫療團或已核定之醫療團，應將申請參與醫療團之醫師及巡迴地點名單，與申請書、計畫書書面資料（格式及內容如附件5-3、5-4)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔為原則傳送備查。

(三)申請程序：

1.通則：

(1)牙醫全聯會自本方案公告日起，即受理牙醫師申請執業計畫、巡迴醫療團申請巡迴計畫；於受理申請後45個工作日內（以郵戳為憑） 依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點（詳附件6）完成資料評估，並於評估完成後 10 個工作日內函報所轄保險人分區業務組評估結果。

(2)保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，應於10個工作日內函復執業計畫申請人及巡迴醫療團核定結果。

2.執業計畫：

收到保險人分區業務組核定函者，應依醫師法相關規定辦理執業登記，並於該核定函發文日起 30 個工作日內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。超過30個工作日未完成簽約事宜者，得另重新提出申請及審核。

3.巡迴計畫：

經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行巡迴醫療服務。

九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則：

1.執業計畫：

(1)執業地點門診服務：

①每月保障額度已包含基本承作費用、定額變動費用及風險分擔醫療費用，依施行地區分級設定如下：

A.一級地區：每月為 30 萬點。

B.二級地區：每月為 33 萬點。

C.三級地區：每月為 41 萬點。

前開每月保障額度點數之支付須扣除「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」(以下稱矯正機關醫療服務計畫）案件醫療費用（含加成)。

②執業計畫院所執行巡迴地點，平地需距離執業院所 5 公里以上（校園除外)，山地則無限制。

③保障額度核付管控原則：

A.年限計算:自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算;負責醫師如曾為同一鄉鎮（區）已歇業保險醫事服務機構之負責醫師或三年內曾執行本計畫但因故自行退出計畫者，其年限計算應將新、舊保險醫事服務機構合併計算。

B.每月總服務量依施行地區分級管控如下：

a.一級地區:滿一年者,第二年起須達保障額度 35%,未達者核付保障額度之 35%。

b.二級地區:滿一年者,第二年起須達保障額度 25%,未達者核付保障額度之 40%。

c.三級地區:滿一年者,第二年起須達保障額度 20%,未達者核付保障額度之 50%。

C.依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。

D.門診時段如遇重大天然災害公布停止上班（課）或特殊情形時，由保險人分區業務組依實際情況衡酌門診時段比率，以計算調整管控額度百分比。

E.前開每月總服務量以「核定點數（含部分負擔)」計算，

不含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計畫、青少年口腔計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫、牙周病統合治療方案及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性口腔疼痛處置」診療項目（92131B、92132B）之案件。

F. 保險醫事服務機構非於月底退出本計畫時，該月保障額度以該月參與計畫日數占日曆日數之比例計算，管控額度之百分比不變。

④保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底未滿 1 個月者，按診療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。

⑤執行本計畫滿三年者，如前一年度之每月總服務量累計 2 個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後，核定該院所停止執行本計畫。

⑥本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

⑦核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少 1 元計算。每月總服務量低於本計畫設定保障額度及其管控標準者，以核付管控原則計算，若專業審查有核減者為品質輔導參考；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付，若專業審查有核減者，依審查結果核減，惟核定點數不低於保障額度。

⑧結算：每家保險醫事服務機構每月至少依本計畫之保障額度核付管控原則支領醫療費用；核定點數（含部分負擔）超過保障額度者，則依該區當季每點支付金額至少 1 元計算；核定點數（含部分負擔）低於保障額度者，則依該區當季之浮動點值，每點支付金額最高 1 元計算。

⑨負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區

業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數，如有牙醫師支援代理，則請假期間依計畫規定支付相關醫療費用及保障額度；若請假期間無支援醫師代理者，保險人不予支付保障額度。

(2)牙醫巡迴醫療服務：

①執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用，併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數（執行矯正機關醫療服務計畫者除外）。

②論次支付點數：

A. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。

地區分級	平日		假日	
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數
一級地區	P22002	~~2,100 點~~ 2,520 點	P22005	~~2,400 點~~ 2,880 點
二級地區	P22003	~~2,700 點~~ 3,240 點	P22006	~~3,000 點~~ 3,600 點
三級地區	P22004	~~3,700 點~~ 4,440 點	P22007	~~4,000 點~~ 4,800 點
四級地區	P22008	~~4,300 點~~ 5,160 點	P22009	~~4,600 點~~ 5,520 點

B. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日（包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假之補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法與該法施行細則所定勞動節 （含勞雇雙方協商排定之補假日）。

C. 18：00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。

D. 另若為離島保險醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者（不含包船），其論次支付點數以二級地區計算。

③巡迴醫療服務時數之計算：

A. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限。

B.每日服務時數：

a.屬一級或二級地區：每日服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時（含）以上且每 6 小時平均人次達 8 人（含）以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。

b.屬三級或四級地區：每日服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人（含）以上並經牙醫全聯會及保險人審查通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。

C.每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為準。

D.本項服務時間係以實際醫療時間計算（惟須以半小時為單位計算），每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。

④巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於 3 人，計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療。巡迴醫療每月平均就診人次不足 3 人時，則將當月總看診人次依照 3 人一個分段，不足整數的部分，則由保險人分區業務組取整數之次數（無條件捨去）後，核減一次論次支付點數，核減順序以診療人次為 0 人之診次為優先，如無則以巡迴點地區分級級數較低之診次為優先。

例如：假設當月有10次巡迴醫療時段，總人次為25人，故當月平均看診人次為2.5人（不滿3人），但依方案規定，總看診人次至少需30人才可達到平均人次為3人，計算以3人為一個分段（25÷3=8.34），則核發8次費用。

⑤執業醫師至鄰近鄉鎮（區）執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，前述鄰近鄉鎮應為本計畫公告之鄉鎮(區)。另牙醫全聯會應優先鼓勵每月總服務量保障額度偏低之保險醫事服務機構，增加巡迴醫療次數。

⑥執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次支付點數以30%支付。

⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過2.8 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、青少年口腔計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫、牙周病統合治療方案及支付標準「超音波根管沖洗」~~診療項目~~（P7303C）、「非齒源性口腔疼痛處置」診療項目（92131B、92132B）案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過2.8 萬點的部份，不予支付。

(3)執業計畫之品質獎勵費用：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≧70%。

A. OD 案件為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。

B. 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。

②根管治療（以下稱Endo）案件申報點數占率≧20%。

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。

2. 巡迴計畫：

(1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列方式申報費用：

①「加成申報」：醫療費用須帶回執業登記保險醫事服務機構申報。

A. 每件醫療費用點數加計 2 成支付，加成前點數由一般服務預算移撥之經費支應；加成部分，納入本方案專

款支應，餘依全民健康保險相關規定辦理。

B. 屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、青少年口腔計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫、牙周病統合治療方案及支付標準「超音波根管沖洗」~~診療項目~~(P7303C)、「非齒源性口腔疼痛處置」診療項目（92131B、92132B)案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目~~專款~~費用支應，不再額外加計 2 成。

C. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班課日，則為休診日，不須補診及報備。

②「論次申報」：須帶回執業登記保險醫事服務機構，並依巡迴地點之地區分級申報論次支付點數。

A. 論次支付點數：

a. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。

地區分級	平日		假日	
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數
一級地區	P22002	~~2,100 點~~ 2,520 點	P22005	~~2,400 點~~ 2,880 點
二級地區	P22003	~~2,700 點~~ 3,240 點	P22006	~~3,000 點~~ 3,600 點
三級地區	P22004	~~3,700 點~~ 4,440 點	P22007	~~4,000 點~~ 4,800 點
四級地區	P22008	~~4,300 點~~ 5,160 點	P22009	~~4,600 點~~ 5,520 點

b. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日（包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假之補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所定勞動節 （含勞雇雙方協商排定之補假日）。

c. 18：00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。

d. 另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者（不含包船），其論次支付點數以二級地區計算。

e. 特定地區/巡迴點升級：如因天災、政策或歷史等因素搬移至他處或交通較困難者，地區分級得以升級，詳附件 3 之註。

f. 因天災等造成巡迴服務繞路、增加交通路程與風險，或合併緊急醫療救助，論次支付點數以升一級計算，惟四級地區以假日論次支付點數計算。醫療院所須提供佐證資料，報經牙醫全聯會醫缺小組確認後，函送所轄保險人分區業務組，提送該分區牙醫門診總額共同管理會議討論，並由該分區業務組函復審核結果。

B. 巡迴醫療服務時數之計算：

a. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限，巡迴點及社區醫療站設於衛生所（室）而有特殊需求者，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，不在此限。

b. 每日服務時數：

ⓐ屬一級或二級地區：每日服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴醫師於該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時（含）以上且每 6 小時平均人次達 8 人（含）以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。

ⓑ屬三級或四級地區：每日服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人（含）以上並經牙醫

全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。

c. 本項服務時間係以實際醫療時間計算（惟須以半小時為單位計算），每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。

d. 跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。

C. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供支付標準「超音波根管沖洗」診療項目（P7303C）與青少年口腔計畫收案對象、高風險疾病口腔照護計畫適用對象、特定疾病病人牙科就醫安全計畫適用對象及社區醫療站提供牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。

(2)服務量管控：

①各醫療團須於年度巡迴服務開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報請牙醫全聯會評估，且全年總申報點數不得超過評估結果之額度。

②每位醫師每月平均每診次申請點數（含加成）以不超過 3.3 萬點為限，惟三級與四級地區不在此限；不含牙醫特殊服務計畫、青少年口腔計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目（P7303C）案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 3.3 萬點的部分，不予支付。

③每位醫師每月巡迴醫療服務診次，平日以不超過 16 次為原則，若有特殊情形得由保險人分區業務組專案核定；三級與四級地區不在此限。

④成立滿二年之社區醫療站及巡迴點（無牙醫鄉不受此限）：

A. 一級地區每巡迴地點每月平均每診次就醫人次連續三個月低於 3 人者、二級地區（含）以上每巡迴地點每

月平均每診次就醫人次連續三個月低於 2 人者，應由醫療團提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用（註：上述每診次係以 3 小時為原則，如有診次為非 3 小時者，按比例以平均每小時就醫人次計算及執行）。

B. 前述巡迴地點，若經改善後，連續三個月仍未達標，由牙醫全聯會評估該巡迴地點下年度得否繼續提供巡迴醫療服務，並將評估結果函送保險人。

註：④之「無牙醫鄉」係指成立滿二年之社區醫療站及巡迴點連續三個月服務量管控未達目標時，於第三個月尚無院所（含衛生所）執業登記牙醫師之行政區。

(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。

①巡迴點：執行之醫師全年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加計 5%支付、同時符合 B 至 C 指標者，其論次支付點數加計 10%支付（合計 15%）。

A. 醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅，且須定期維護，並符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(以下稱巡迴感染管制 SOP 作業細則)。

B. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率≧95%。

C. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率≧89%。

②社區醫療站：執行之醫師當年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加計 5%支付、同時符合 B 至 E 指標者，其論次支付點數加計 25%支付（合計 30%）。

A. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及 X 光機設備，且須定期維護，並符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」。

B. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院

所亦須為該計畫之照護院所。

C.每位醫師之病人恆牙填補2年保存率≧95%。

D.每位醫師之病人乳牙填補1年6個月保存率≧89%。

E.每年須於社區醫療站完成12件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件：90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。

③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明：

A.定義：

a.病人恆牙2年內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。

b.病人乳牙1年6個月內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。

B.計算說明：

a.恆牙填補2年保存率：

分子（同牙位再補之牙位數)：以分母之牙位追蹤2年（730日）內重覆執行牙體復形醫令牙位數。

分母（恆牙牙體復形總牙位數)：依同一醫師當年度在巡迴點及社區醫療站同保險對象同一恆牙牙位歸戶，統計執行牙體復形醫令之牙位數。

指標計算：1－(分子/分母)

b.乳牙填補1年6個月保存率：

分子（同牙位再補之牙位數)：以分母之牙位追蹤1年半（545日）內重覆執行牙體復形醫令牙位數。

分母（乳牙牙體復形總牙位數)：依同一醫師當年度在巡迴點/社區醫療站同保險對象同一乳牙牙位歸戶，統計執行牙體復形醫令之牙位數。

指標計算：1－(分子/分母)

※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、

89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。

④前述固定式診療椅定義：固定式診療椅（須備有燈光、連接水電且可隨意升降至適合看診角度）、貨車載具之牙科固定治療椅及巡迴醫療車。

⑤前述指標之資料來源:指標A項由牙醫全聯會於~~116~~117年1月底前提報名單予保險人進行結算作業，指標B至E項由保險人於~~116~~117年1月底前進行結算作業。

3. 本方案點值結算方式：

本方案之專款預算，按季均分，各季預算先扣除執業計畫「定額支付」費用後，執業計畫巡迴服務之「論次支付」、巡迴計畫之「論次支付」及「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(二)申報及審查：

1. 通則：

(1)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(2)執行本方案須配合全民健康保險憑證（以下稱健保卡）相關作業；巡迴服務地點應備有讀卡機，依照規定上傳就醫資料，若巡迴服務地點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴醫療服務。另依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，須填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊（附件7），並由醫療院所自存備查。未依健保卡相關規定作業，經保險人分區業務組審核，不符資格者，不予支付。

(3)保險對象應自行負擔之醫療費用：依全民健康保險法第四十三、四十八條規定計收；若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免20%。

(4)本方案服務量不列入門診合理量計算。

(5)本方案不列入本年度「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計算。

2.門診醫療費用點數申報格式：

(1)案件分類：點數清單段欄位 IDd1 請填報「14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。

(2)特定治療項目代號：

①執業計畫：

A.門診醫療：

a.點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。

b.申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下：

非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

自閉症、失智症：LN

特定治療項目代號(二)填報F2

c.申報「青少年口腔計畫」案件者，案件分類須填19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報LM、特定治療項目代號(二)填報F2。

d.申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案) 、特定治療項目代號(一)填報 F2。

B.巡迴醫療：

a.點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」、欄位 IDd5「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。

b.申報「青少年口腔計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)LM。

c.申報「矯正機關醫療服務計畫」案件者，特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)或(四)依該計畫規定填報 JA、JB 或 JV。

②巡迴計畫：

A.巡迴點：

a.點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」:請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。

b.申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

特定治療項目代號(二)填報 F3

c. 申報「青少年口腔計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LM。

d. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F3。

B. 社區醫療站：

a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」:請填報「FT(社區醫療站)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。

b. 申報「牙醫特殊計畫」案件者,案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

特定治療項目代號(二)填報 FT

c. 申報「青少年口腔計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 FT、特定治療項目代號(二)填報 LM。

d. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案) 、特定治療項目代號(一)填報 FT。

(3)自費特材群組序號/其他特殊註記：巡迴計畫案件（案件分類14）醫令清單段欄位 IDp21 請填報「DMH」。

(4)支付成數：巡迴計畫案件（案件分類 14）醫令清單段欄位 IDp8 請填報「120」。

(5)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。

3.論次支付點數之申報：

(1)牙醫巡迴醫療服務或口腔衛生推廣執行完成後，應檢附下列申報表單資料連同門診費用申報，於次月 1 日起六個月內，寄至所轄保險人分區業務組核定。另口腔衛生推廣每位醫師每月申報至多 3 小時，超過部分不予支付。

(2)申報檢附資料：執業計畫院所以院所為單位、巡迴計畫之醫療團成員以學校及所屬之村、部落為單位檢附以下資料：

①醫療報酬申請表（附件 8-1）：費用申報時，須至健保資訊網服務系統（Virtual Private Network, 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」，執業計畫之院所應另將影本寄牙醫全聯會備查。~~、~~巡迴計畫之醫療團成員應另將~~影本寄所屬醫療團公會，並~~醫療報酬申請表以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。所屬醫療團公會應於每月 20 日前，提送前一月份之醫療報酬申請表及次月份之巡迴排班表予牙醫全聯會(以電子檔傳送)。例如：醫療團公會應於 8 月 20 日前提送 7 月份醫療報酬彙整表及 9 月份巡迴醫療排班表。

②公文：執業計畫院所應提供經牙醫全聯會評估並由所轄保險人分區業務組同意之事前申請表、同意函；執行巡迴醫療服務之院所應提供醫事人員報備支援同意函。

③彩色照片（可彩色列印，不限相片紙）、牙醫巡迴醫療服務執行表（附件 8-2）：該診次如無法於巡迴點過卡（含診療

人數為 0 人者）或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附彩色照片三張 （服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳）、牙醫巡迴醫療服務執行表。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。

十、相關規範：

(一)通則：

1. 巡迴醫療服務：

(1)診療時~~至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至 45 度)，替代牙科治療台使用~~以固定式診療椅為原則，若不具備固定式診療椅，須送牙醫全聯會審核，並須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」外展點相關規定。

(2)醫事人員執行巡迴醫療服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。

(3)保險醫事服務機構應按醫師法及全民健保相關規定，不得再領取牙醫全聯會及地方衛生主管機關辦理之口腔保健費用。

(4)巡迴醫療服務之牙醫師或醫療團應將「全民健保牙醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於明顯處（標示製作作業說明請依附件 10 規定辦理）。

2. 參與本方案之保險醫事服務機構或醫師，如經保險人核定予以停止特約以上處置者，自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起即停止執行本計畫 （含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者），惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。~~醫院及衛生所如因非牙科所致原因遭停約處分，於處分結束後，該院所牙科得經所轄保險人分區業務組同意繼續執行本計畫~~前述處以停約之保險醫事服務機構，屬部分科別或服務項目停約者，得繼續參加本方案，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務。因本項規定經保險人分區業務組停止執行本~~計畫~~方案者，得於收到該處分函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組申請複核。

(二)執業計畫：

1. 保險醫事服務機構至少應具備基本診療設施，包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒（器）鍋、空壓機、X 光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」規定；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 日內完成。
2. 保險醫事服務機構應至少聘請一名牙醫專任助理 （應有加保紀錄）。
3. 保險醫事服務機構可配合交通流線於適當之地點設置巡迴點，並於執業執照登記 60 日內設置完成。
4. 保險醫事服務機構應執行牙醫全聯會交付之口腔衛生工作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣及家戶訪視並配合當地牙醫師公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫全聯會所製作之計畫說明宣導及意見回覆卡，並於年底繳交執行報告。
5. 保險醫事服務機構執行巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分布及地理交通狀況，做適當適時之調配，並符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」外展點相關規定。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況評估其巡迴醫療服務次數。
6. 保險人分區業務組及牙醫全聯會各分區分會將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段，做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段提供服務，經電訪 3 次，未依所訂門診時段提供服務且無具體原因者，經保險人分區業務組函文通知改善 3 次，而未改善者，則依本規範「7. 違規處理」第 2 款辦理。
7. 違規處理：
   (1)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(1)、(2)或第 2 目、或第十項「相關規範」之第(二)款第 3 目，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會及保險人依違規情節輕重，評估該保險醫事服務機構下年度執行資格。
   (2)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(3)，或第十項「相關規範」之第(一)款第 1 目(3)及第(二)款第 1、5、6 目者，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會

報請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定即終止該保險醫事服務機構執行本計畫。

(3)如無故休診兩週、兩次以上者或請假休診兩個月者（已報備產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者除外），由牙醫全聯會轉請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定終止該保險醫事服務機構執行本計畫。

8. 計畫考核：依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核作業要點」（詳附件 9）辦理。

(三)巡迴計畫：

1. 巡迴醫療團之醫師名單及巡迴地點等巡迴服務相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢。
2. 醫療團實際診療診次與報備診次之執行率低於 85%者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。但因天然災害、停班停課、道路中斷、航班異動、巡迴點臨時取消或其他不可歸責於醫療團之事由，經認定者，其取消診次不列入執行率計算分母。
3. 醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公會口腔衛生活動。
4. 本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，如有特殊情況可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。
5. 管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理：

(1)訪視時如發現保險醫事服務機構疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。

(2)訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 90%者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。

(3)訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全

聯會得報請保險人停止該醫師執行本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。

十一、執行報告及評核報告：

(一)執行報告：

1. 執業計畫：

執行本計畫者除應每季以電子檔為原則提供執行情形之醫療報酬申請表（附件 8-1）予牙醫全聯會外，於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告至牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組。執行報告之格式及內容，詳附件 11-1（執行報告第三項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果），且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。

2. 巡迴計畫：

執行本計畫之巡迴醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告 （附件 11-2） 及學童口腔健康狀況調查統計表（附件 11-4）至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則；牙醫全聯會以電子檔為原則，提供保險人分區業務組彙整執行情形（附件 11-4） 之統計報表。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。執行報告第十一項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。

(二)評核報告：

由牙醫全聯會將本方案執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。

十二、原 ~~114~~115 年執行本方案者（執業計畫院所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師），若施行地區符合 ~~115~~116 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 ~~115~~116 年 1 月 1 日起，至 ~~115~~116 年度本方案公告實施日之次月底止。

十三、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法

第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

[附件 1]

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療點可申請升級為三級或四級地區之原住民族地區一覽表

縣市	鄉鎮區	縣市	鄉鎮區
新北市	烏來區	花蓮縣	鳳林鎮
宜蘭縣	大同鄉		玉里鎮
	南澳鄉		新城鄉
桃園市	復興區		壽豐鄉
新竹縣	尖石鄉		光復鄉
	五峰鄉		豐濱鄉
苗栗縣	南庄鄉		瑞穗鄉
	獅潭鄉		富里鄉
	泰安鄉		秀林鄉
臺中市	和平區		萬榮鄉
南投縣	魚池鄉		卓溪鄉
	信義鄉	臺東縣	成功鎮
	仁愛鄉		關山鎮
嘉義縣	阿里山鄉		卑南鄉
高雄市	茂林區		大武鄉
	桃源區		太麻里鄉
	那瑪夏區		東河鄉
屏東縣	滿州鄉		長濱鄉
	三地門鄉		鹿野鄉
	霧臺鄉		延平鄉
	瑪家鄉		海端鄉
	泰武鄉		達仁鄉
	來義鄉		金峰鄉
	春日鄉		蘭嶼鄉
	獅子鄉		
	牡丹鄉		

＊註 1：原住民族地區係指行政院 91 年 4 月 16 日院臺疆字第 0910017300 號函同意核定之「原住民地區」，包括 30 個山地鄉及 25 個平地原住民鄉（鎮、市、區），共 55 個鄉（鎮、市、區）。

＊註 2：因新竹縣關西鎮、花蓮縣花蓮市、吉安鄉、臺東縣臺東市、池上鄉共 5 個鄉（鎮、市、區）不屬於 ~~115~~116 年度本方案施行地區（附件 2、3），不得提出申請。

[附件 2]

~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫施行地區一覽表

保險人業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	保險人業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	保險人業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數
臺北	新北市	石碇區*	1	南區	雲林縣	二崙鄉	1	高屏	屏東縣	牡丹鄉	2
		坪林區	1			~~口湖鄉~~	~~1~~		澎湖縣	白沙鄉*	3
		石門區	1		嘉義縣	六腳鄉	1			望安鄉	3
		平溪區	1			東石鄉	1			七美鄉	3
		貢寮區	1			番路鄉	1	東區	花蓮縣	壽豐鄉*	1
		烏來區	1			大埔鄉	1			瑞穗鄉	2
	宜蘭縣	大同鄉	2			阿里山鄉	2			富里鄉	1
		南澳鄉	2		臺南市	大內區	1			萬榮鄉	2
	金門縣	烈嶼鄉*	3			將軍區*	1			卓溪鄉	2
		烏坵鄉	3			北門區*	1		臺東縣	卑南鄉	1
	連江縣	北竿鄉	3			山上區	1			大武鄉	2
		莒光鄉	3			南化區	1			東河鄉	2
		東引鄉	3			左鎮區	1			長濱鄉	2
北區	桃園市	復興區	2			龍崎區	1			鹿野鄉	2
	新竹縣	橫山鄉	1	高屏	高雄市	田寮區	1			綠島鄉*	3
		峨眉鄉	1			甲仙區	1			延平鄉*	2
		尖石鄉	2			杉林區	1			海端鄉	2
		五峰鄉	2			內門區	1			達仁鄉	2
	苗栗縣	南庄鄉*	1			茂林區	2			蘭嶼鄉	3
		頭屋鄉	1			桃源區	3				
		西湖鄉*	1			那瑪夏區	4				
		三灣鄉*	1		屏東縣	萬巒鄉	1				
		獅潭鄉	1			竹田鄉*	1				
		泰安鄉	2			新埤鄉	1				
中區	臺中市	石岡區*	1			崁頂鄉	1				
		和平區*（梨山地區）	3			車城鄉	1				
						滿州鄉	1				
						枋山鄉	1				
	彰化縣	竹塘鄉	1			三地門鄉	2				
	南投縣	集集鎮*	1			霧臺鄉	3				
		鹿谷鄉	1			瑪家鄉~~*~~	2				
		中寮鄉	1			泰武鄉	2				
		信義鄉*	3			春日鄉	2				
		仁愛鄉	3			獅子鄉	2				

*係指延續 91~~114~~115 年計畫至 ~~115~~116 年繼續施行鄉鎮，共 ~~17~~16 名執業醫師。

[附件 3]

~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴計畫施行地區一覽表

保險人業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	保險人業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數
臺北	新北市	三峽區(插角地區)	1	北區	苗栗縣	獅潭鄉	1
		石碇區	1			泰安鄉◎	2
		坪林區	1	中區	臺中市	新社區	1
		石門區	1			石岡區	1
		平溪區	1			大安區	1
		雙溪區	1			和平區	3
		貢寮區	1		彰化縣	線西鄉	1
		萬里區	1			福興鄉	1
		烏來區	3			埔鹽鄉	1
	宜蘭縣	蘇澳鎮(大南澳地區)◎	1			埤頭鄉	1
		頭城鎮(東北角海岸地區)	1			芳苑鄉	1
						大城鄉	1
		礁溪鄉(龍潭、匏崙、玉田村)	1			竹塘鄉	1
					南投縣	鹿谷鄉	1
		壯圍鄉	1			中寮鄉	1
		員山鄉	1			魚池鄉	1
		冬山鄉(東城、得安、大進村)	1			國姓鄉	1
						信義鄉	3
		三星鄉	1			仁愛鄉	3
		大同鄉◎	2	南區	雲林縣	土庫鎮(後埔、埤腳、崙內、新庄、奮起里)	1
		南澳鄉◎	2				
	金門縣	烏坵鄉	3			古坑鄉	1
	連江縣	南竿鄉	3			莿桐鄉(六合村)	1
		北竿鄉	3			林內鄉	1
		莒光鄉	3			二崙鄉	1
		東引鄉	3			麥寮鄉	1
北區	桃園市	新屋區	1			東勢鄉	1
		觀音區	1			褒忠鄉	1
		復興區◎	2			臺西鄉	1
	新竹縣	新埔鎮	1			元長鄉	1
		橫山鄉	1			四湖鄉	1
		峨眉鄉	1			口湖鄉	1
		尖石鄉◎	2			水林鄉	1
		五峰鄉◎	2		嘉義縣	布袋鎮	1
	苗栗縣	南庄鄉	1			大林鎮(排路里)	1
		頭屋鄉	1			溪口鄉	1
		西湖鄉	1			六腳鄉	1

保險人業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	保險人業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數
南區	嘉義縣	東石鄉	1	高屏	屏東縣	內埔鄉(黎明村)	1
		義竹鄉(官順村)	1			竹田鄉	1
		鹿草鄉	1			新埤鄉	1
		中埔鄉(灣潭、沄水、同仁、石硦、裕民、隆興村)	1			崁頂鄉	1
						林邊鄉(崎峰村)	1
						佳冬鄉	1
		竹崎鄉◎	2			琉球鄉	2
		梅山鄉◎	2			車城鄉	1
		番路鄉◎	1			滿州鄉	2
		大埔鄉◎	2			枋山鄉	1
		阿里山鄉◎	3			三地門鄉	3
	臺南市	鹽水區(舊營里)	1			霧臺鄉	3
		後壁區	1			瑪家鄉	2
		東山區	1			泰武鄉	2
		大內區	1			來義鄉	2
		西港區	1			春日鄉◎	2
		七股區	1			獅子鄉	3
		將軍區	1			牡丹鄉	3
		北門區	1		澎湖縣	馬公市(虎井、桶盤島)	3
		山上區	1			湖西鄉	2
		玉井區	1			白沙鄉◎	3
		楠西區	1			西嶼鄉	2
		南化區◎	1			望安鄉◎	4
		左鎮區	1			七美鄉	4
		關廟區	1	東區	花蓮縣	鳳林鎮	2
		龍崎區	1			玉里鎮(河東地區)	2
高屏	高雄市	田寮區	1			新城鄉	1
		六龜區◎	2			壽豐鄉	1
		甲仙區	2			光復鄉	2
		杉林區	1			豐濱鄉	2
		內門區	1			瑞穗鄉◎	2
		茂林區	2			富里鄉	2
		桃源區◎	3			秀林鄉◎	2
		那瑪夏區	4			萬榮鄉	2
	屏東縣	恆春鎮(萬里桐、墾丁地區、水泉、大光里)	1			卓溪鄉	3
		鹽埔鄉	1		臺東縣	成功鎮(信義、忠孝里)	2
		高樹鄉(廣興、泰山、新南村)	1			關山鎮(電光、月眉、德高里)	2
						卑南鄉	2
		萬巒鄉	1			大武鄉	2

保險人業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	保險人業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數
東區	臺東縣	太麻里鄉	2	東區	臺東縣	延平鄉	2
		東河鄉	2			海端鄉◎	2
		長濱鄉	2			達仁鄉	3
		鹿野鄉	2			金峰鄉	2
		綠島鄉	3			蘭嶼鄉	3

註：因天災、政策或歷史等因素遷移他處者：

-屏東縣霧臺鄉 (百合部落園區、霧臺國小勵古百合分校) 實際座落於屏東縣長治鄉，為 2 級地區。

-屏東縣泰武鄉 (吾拉魯滋社區、泰武國小) 實際座落於屏東縣萬巒鄉，為 2 級地區。

◎ 指部分村里或巡迴地點級數與該鄉鎮不同：

-宜蘭縣蘇澳鎮 (蓬萊國小) 為 2 級地區。

-宜蘭縣大同鄉 (四季國小、南山國小) 為 3 級地區。

-宜蘭縣南澳鄉 (碧侯國小、金岳國小、澳花國小) 為 3 級地區。

-桃園市復興區 (三光國小、巴崚國小、光華國小、高義國小、華陵村里活動中心) 為 3 級地區。

-新竹縣尖石鄉 (司馬庫斯、玉峰村、秀巒村) 為 4 級地區。

-新竹縣五峰鄉 (桃山衛生室) 為 3 級地區。

-苗栗縣泰安鄉 (象鼻衛生室) 為 3 級地區。

-臺中市新社區 (福民國小) 為 2 級地區。

-雲林縣古坑鄉 (草嶺國小) 為 2 級地區。

-嘉義縣竹崎鄉 (中和國小、中興國小、光華國小) 為 3 級地區。

-嘉義縣梅山鄉 (仁和國小、仁和國小太和分校、太平國小、太興國小、瑞里國小、瑞峰國小) 為 3 級地區。

-嘉義縣番路鄉 (公田村、大湖村) 為 2 級地區。

-嘉義縣大埔鄉 (大埔國民中小學) 為 3 級地區。

-嘉義縣阿里山鄉 (十字國小、山美國小、山美衛生室、來吉社區發展協會、來吉國小、阿里山國民中小學、阿里山衛生所、香林國小、茶山村、新美村、達邦國小、達邦國小里佳分校、達邦衛生室、樂野社區、豐山村) 為 4 級地區。

-臺南市南化區 (關山里) 為 2 級地區。

-高雄市六龜區 (寶來里巡迴點、寶來國小、寶來國中) 為 3 級地區。

-高雄市桃源區 (拉芙蘭里) 為 4 級地區。

-屏東縣春日鄉 (古華國小士文分校) 為 3 級地區。

-澎湖縣白沙鄉 (吉貝嶼) 為 4 級地區。

-澎湖縣望安鄉 (花嶼村) 為 4 級地區。

-花蓮縣瑞穗鄉 (奇美國小) 為 3 級地區。

-花蓮縣秀林鄉 (和平國小) 為 3 級地區。

-臺東縣海端鄉 (初來國小新武分校、霧鹿國小、霧鹿國小利稻分校) 為 3 級地區。

[附件 4-1]

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
門診/巡迴時段異動表

（一）原門診時段：_____年_____月　　合計_____日_____時/週

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

（二）新門診時段：_____年_____月起　　合計_____日_____時/週

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

（三）新增或取消巡迴診療時段：

新增巡迴診療時段				**取消巡迴診療時段**			
巡迴日期(週　　)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴日期(週　　)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區
院所名稱：_____牙醫診所
醫事機構代號：
執業醫師簽名：

印

印

日期：中華民國____年____月____日

備註：本表應於異動或休診前月十五日之前送至牙醫全聯會及保險人分區業務組備查，如遇臨時或突發事由，得於事前向牙醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。巡迴取消須於當月完成補班，且補班次數及時數應和取消巡迴之次數及時數相同；如於月底最後三日遇臨時或突發事由，得於下個月補足巡迴之次數及時數。

[附件 4-2]

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
執業醫師休診單

本人：_____(姓名）因_____(事由）

將於____年____月____日____時起至____年____月____日____時止休診

合計____月____日____時

門診補班，於 ① ____月____日____時起至____月____日____時止

② ____月____日____時起至____月____日____時止

③ ____月____日____時起至____月____日____時止

④ ____月____日____時起至____月____日____時止

合計____日____時

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

院所名稱：_____牙醫診所 印

醫事機構代號：

執業醫師簽名： 印

日期：中華民國____年____月____日

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫休診及補班規範：

1.依本計畫之第七項執行內容及方式與第十項相關規範辦理。

2.本休診單應於事前向牙醫全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向牙醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。

3.門診補班可於休診日前、後辦理，但限於當月完成。且補班日數及時數應和請假日數及時數相同。

4.跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底最後三日，得於下個月前三日補班完成。

[附件 4-3]

牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」月申請表

□ 門診時段

□ 口腔衛生推廣

_____年_____月　□ 巡迴醫療　　預定時段表　　合計：共　小時

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

院所名稱：_____牙醫診所　印

醫事機構代號：

執業醫師簽名：　印

日期：中華民國____年____月____日

註：

1.請於表格中同時填寫該月之「門診時段」及「口腔衛生推廣」服務及「巡迴醫療」服務時段。

2.負責醫師執行巡迴醫療服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。

3.支援醫師支援該醫療院所執行巡迴醫療服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備。

4.每月「月申請表」應於前月十五日前以書面送至牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。

5.保險人分區業務組於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

[附件 4-4]

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫
巡迴點統計表

執業院所名稱：　　印

醫事機構代號：

執業醫師：　　印　　日期：　　年　　月，共計　　診次

鄉鎮區	級數	巡迴點 (村、部落、學校等)	巡迴點地址	預計巡迴日期	巡迴時段 ___時~___時	巡迴點 負責人	負責人 聯絡電話

※每月應於前月十五日連同月申請表以書面函送至牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須專案提報者，應由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。

[附件 4-5]

牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
「牙醫巡迴醫療服務」臨時申請表

本人_____(姓名）於____年____月____日____時起至____時止，

合計____小時　於_____(地點）執行

(一）☐ 一般治療為主，預防保健（A3 案件）為輔

(二）☐ 口腔衛生推廣服務

☐ A.正確刷牙及牙線指導

☐ B.含氟漱口水指導

☐ C.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查

☐ D.參與並配合當地社區的總體健康營造活動

☐ E.口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

服務醫師：_____簽名

負責醫師：_____簽名　印

醫事機構名稱：_____

註：

1.負責醫師執行此項服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。

2.支援醫師支援該醫療院所執行此項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備。

3.此申請表應於執行前，以傳真或書面函向牙醫全聯會及保險人分區業務組申請核准。

4.保險人分區業務組於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

[附件 4-6]

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫
巡迴時段、地點及服務醫師異動表

一、申請單位：_____醫療團

二、負責醫師：

三、其他相關醫師：

四、連絡電話：

五、聯絡地址：

(一) 新增巡迴診療時段、地點及服務醫師：

巡迴日期(週　　)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

(二) 取消巡迴診療時段、地點及服務醫師：

巡迴日期(週　　)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

日期：中華民國____年____月____日

[附件 5-1]

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫申請書

一、姓名：

二、身分證統一編號：

三、牙醫師證號：

四、各級公會資歷（請簡列三項）：

（一）

（二）

（三）

五、對牙醫界活動參與及貢獻（國內、外、山地離島偏遠地區醫療、口衛服務、社區醫療服務等）（請簡列三項）

（一）

（二）

（三）

六、聯絡電話：（　　）

七、聯絡地址：

八、預定執業地點：　　縣市　　鄉鎮區　　路（請附上該地點照片）

九、預定巡迴地點：　　縣市　　鄉鎮區　　巡迴點名稱：

聯絡電話：

十、預定執業時間：　　年　　月

十一、院所名稱：

十二、原服務醫療院所地點：_____縣（市）_____市（鄉鎮區）

十三、原服務醫療院所名稱：_____

十四、門診服務時間（請填寫門診時段）：共　　小時／週

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

備註：每週至少提供 5 日門診服務 (以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。

十五、「巡迴醫療服務」服務時間：共　　小時/週

	一	二	三	四	五	六	日
第一診							
第二診							
第三診							

備註：

1.每月至少執行 2 次牙醫巡迴服務，此 2 次不包含口腔衛生推廣服務，若有特殊情況須經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定。

2.總服務時數 (包括執業地點門診服務及牙醫巡迴醫療服務) 每週不得少於 30 小時。

十六、請據實詳填是否違反醫師法、醫療法或健保等相關法規之情事：

十七、各地方公會及分區審查執行會意見（請勿填寫）：

[附件 5-2]

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
計畫書內容

一、前言：請敘述執業動機，包括執業地點之牙醫醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。

二、目的：分點具體列述執業所要達成之目標。

三、執業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一)執業地區及人口分布：請竭盡所能具體詳述執業服務之地區分布情形及面積、戶籍人口數及其性別年齡別分布情形、外流人口比率、納保人口數及納保率等相關資料。

項目	內容
人口	
面積	
村落	
學校數 (國中、小學)	

(二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述執業服務地區地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等，並附上 3 張照片供參。

(三)醫療需求情形：請詳述執業地區之牙醫醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。

(四)請檢附執業地點鄉公所執業推薦函。

四、執行計畫：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

五、評估預期效益：請詳述執業服務預期將對該地區達成之效益，並表列各項預定達成指標。

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標) 楷書 14 號字型，橫式書寫。

[附件 5-3]

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫申請書

一、申請單位（_____醫療團）：　　（公會、分會、教學醫院）

二、負責醫師：

三、其他相關醫師：

四、聯絡電話：(　　)

五、聯絡地址：□□□

六、巡迴點資訊

巡迴縣市	鄉鎮區	學校/巡迴點名稱	聯絡資訊（包含聯絡人、電話）	地址	人數	醫療費用	巡迴期間

合計學校/巡迴點數：　　總人數：　　總經費：

[附件 5-4]

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫
計畫書內容

一、前言：請敘述巡迴服務動機，包括巡迴服務鄉鎮、學校名稱、醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。

二、目的：分點具體列述巡迴服務所要達成之目標。

三、巡迴學校之現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一)巡迴服務學校之地區及人口分布：請具體詳述巡迴服務學校之地區分布情形及面積、學童數、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。

(二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴服務地區地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等。

(三)醫療需求情形：請詳述巡迴服務學校之牙醫醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。

四、執行計畫：

(一)醫療人力資源：請詳述醫事人力名單（包含院所名稱、院所代號、醫師姓名、身分證統一編號、牙醫師證號等)。

(二)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估，點數總計後請加二成計算。

五、評估預期效益：請詳述巡迴服務預期將對學校達成之效益，並表列各項預定達成指標。

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標) 楷書 14 號字型，橫式書寫。

[附件 6]

「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點

一、本作業要點依牙醫全聯會第八屆第二次全民健保牙醫門診總額委員會（現為牙醫門診醫療服務審查執行會）決議及本年度「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」辦理之。

二、本作業要點基於公平、公正、公開之原則，目的在評選優秀之牙醫師及巡迴團隊至牙醫醫療資源不足地區執行醫療服務，均衡牙醫醫療資源，促使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。

三、評選審查小組成員：牙醫門診醫療服務審查執行會相關人員、六分區代表及離島代表。

四、牙醫全聯會於公告日起即受理牙醫師或醫療團申請，並於受理申請後 45 個工作日內（以郵戳為憑）完成資料評估；並於評估完成後 10 個工作日內函知保險人分區業務組評估結果；保險人分區業務組於收到牙醫全聯會評估結果後 10 個工作日內函復申請者（執業計畫：牙醫師、巡迴計畫：醫療團）核定結果。經審查通過並收到回復函者，執業醫師依醫師法相關規定辦理執業登記後，持保險人之同意函向全民健康保險保險人簽訂特約醫事服務機構合約。巡迴團隊亦依醫師法相關規定辦理後，即可執行巡迴醫療服務。

五、資格評估：

(一)申請執業計畫之執業醫師依計畫申請資格規定。

(二)申請巡迴醫療服務團依計畫申請資格規定。

(三)依本方案前兩項計畫之執行地區及目標所列內容為依據，不分區執行。

(四)執業設點以鄉、鎮為單位，巡迴則以牙醫醫療資源不足地區之鄉、鎮合成區域為單位，並以不跨區為原則。

六、書面評估：

(一)執業：

1. 地區優先次序：

(1)未實施「本方案」－執業及巡迴之離島、山地鄉鎮。

(2)未實施「本方案」－執業及巡迴之平地鄉鎮。

(3)已實施「本方案」－已提供巡迴惟仍無執業之離島、山地鄉鎮。

(4)牙醫醫療資源不足且單一牙醫執業之離島、山地鄉鎮（91 年至 112 年通過牙醫醫療資源不足地區執業計畫者除外)。

2. 依地理位置、環境、交通狀況、人口等因素列出執行困難度及需求度之地區評估。

3. 執業計畫內容：依其門診時段，工作範圍，項目，內容詳實度做評估，及所申請之牙醫醫療資源不足地區鄉（鎮）公所推薦函。

4. 醫師個人因素：依此醫師參與牙醫界活動（山地，離島醫療，口衛活動)，地緣性及在各級公會之資歷和貢獻。並參考各地方公會及分區委員會之意見。

(二)巡迴：

1. 應尊重並知會當地牙醫師公會。

2. 計畫內容。

3. 生活圈及流動路線考量。

4. 分區內若有兩個以上團隊巡迴區域，或某些巡迴點重疊時，以已設點並已進行醫療服務團優先。

5. 評估巡迴區域大小、服務地點點數，醫師人數及設備。

6. 離島及山地偏遠地區優先考量。

七、面試:就執業醫師個人背景，熱忱度，未來規劃和對當地背景之熟悉做評選。巡迴醫療團隊若有必要亦要請負責醫師做說明。

八、如有未盡事宜或變更事項，均依牙醫全聯會牙醫門診醫療服務審查執行會決議辦理。

[附件 7]

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：　　特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓　名	出生日期	身分證統一編號	聯絡電話	無卡原因
	□ 門、急診 □ 住院				公： 宅： 手機：	□ 已加保未領到卡 □ 遺失、毀損換發期間 □ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	□ 門、急診 □ 住院				公： 宅： 手機：	□ 已加保未領到卡 □ 遺失、毀損換發期間 □ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	□ 門、急診 □ 住院				公： 宅： 手機：	□ 已加保未領到卡 □ 遺失、毀損換發期間 □ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	□ 門、急診 □ 住院				公： 宅： 手機：	□ 已加保未領到卡 □ 遺失、毀損換發期間 □ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	□ 門、急診 □ 住院				公： 宅： 手機：	□ 已加保未領到卡 □ 遺失、毀損換發期間 □ 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1.本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存 2 年。

2.本表請院所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

[附件 8-1]

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表
執行巡迴醫療服務論次費用

□執業計畫　□巡迴計畫

受理日期						受理編號			
醫事服務機構名稱						醫事服務機構代號			
編號	醫事人員姓名	醫事人員身分字號	支付別	日期	地點	服務時段（第一、二、三診）	服務時間（小時）	診療人次	申請金額
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
本頁小計									

總表	項目 / 支付別	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數
	P22002					
	P22003					
	P22004					
	P22008					
	P22005					
	P22006					
	P22007					
	P22009					
	總計					

年　月　　頁數：第　頁　共　頁

負責醫師姓名：

_____

醫事服務機構地址：

_____

電話：

_____

印信：

一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。

二、診療人次：填寫當次診療之人次，不含預防保健（A3 案件）及口腔衛生推廣服務。

三、支付別：執業計畫之巡迴醫療服務（時段以外）、巡迴計畫：

（一）平日：P22002 每次服務每小時一級 ~~2,100~~2,520 點；P22003 每次服務每小時二級 ~~2,700~~3,240 點；P22004 每次服務每小時三級 ~~3,700~~4,440 點；P22008 每次服務每小時四級 ~~4,300~~5,160 點。18：00 以後視為夜診，以假日論次支付點數申報。

（二）假日：P22005 每次服務每小時一級 ~~2,400~~2,880 點；P22006 每次服務每小時二級 ~~3,000~~3,600 點；P22007 每次服務每小時三級 ~~4,000~~4,800 點；P22009 每次服務每小時四級 ~~4,600~~5,520 點。

（三）一、二級每日以 6 小時、三、四級每日以 9 小時，且第 7 小時之後以地區分級少一級之論次點數支付【離島須包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時仍以三、四級地區（平日每小時 ~~3,700~~4,440 點、~~4,300~~5,160 點支付，假日每小時 ~~4,000~~4,800 點、~~4,600~~5,520 點支付】。

四、地點：請填至村里或學校名稱。

五、填寫時請依同一「醫事人員」、「支付別」集中申報。本申請表應於次月一日起六個月內連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。

填表日期　　年　　月　　日

一式三聯　第一聯：送保險人分區業務組、第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯：醫療院所自行留存

[附件 8-2]

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區「口腔衛生推廣服務」及「牙醫巡迴醫療服務」執行表

☐ 執業計畫 ☐ 巡迴計畫

申請日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>醫事機構名稱：</td><td>醫事機構代號：</td></tr>
<tr><td>服務地點：　_____縣市
_____鄉村
_____國小</td><td>地址：</td></tr>
<tr><td colspan="2">執行日期____年____月____日____時____分至____時____分　合計____小時</td></tr>
<tr><td>服務對象 ☐ 成人 ☐ 國小學童 ☐ 幼稚園學童</td><td>服務人數____人</td></tr>
<tr><td colspan="2">服務項目：（一）☐ 一般治療為主，預防保健（A3 案件）為輔
（二）☐ 口腔衛生推廣服務
☐ A.正確刷牙及牙線指導
☐ B.含氟漱口水指導
☐ C.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查
☐ D.參與並配合當地社區的總體健康營造活動
☐ E.口腔衛生及疾病防制說明會</td></tr>
<tr><td>服務醫師姓名　　簽名

醫事機構名稱_____　印</td><td>附註：
1.口腔衛生推廣服項目每位醫師每月至多 3 小時。
2.該診次如無法於巡迴點過卡（含診療人數為 0 人者）或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附執行照片三張（服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳）。
3.連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送所屬本保險人分區業務組。
4.服務人數：含一般案件、預防保健（A3 案件）及口腔衛生推廣服務。</td></tr>
</table>

[附件 9]

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
執業計畫考核作業要點

一、前言

牙醫醫療資源不足地區執業計畫自 91 年實施以來，目前已有 30 餘個「牙醫醫療資源不足地區」申請通過並已執行，如何符合以當地居民口腔健康為中心，提供一個有效、積極、安全性的醫療體系，一直是牙醫全聯會在計畫實施所要努力的，在兼顧醫事管理和人性管理之下，須訂定一個具鼓勵性質，但又不會忽視該區居民就醫權利及醫療品質的要點。

二、對象

(一)本執業計畫之醫師，且執業滿 1 年。

(二)本執業計畫之醫師，曾被民眾投訴或申報狀況異常。

(三)上年度執業考核結果列為觀察或輔導之醫師。

(四)由牙醫門診醫療服務審查執行會之各分會或保險人分區業務組提報須考核之醫師（含新參與本計畫者）。

(五)未達任一主要處置醫令之管控絕對指標者 （資料由保險人提供牙醫全聯會分析），以每季全國主要處置醫令分布進行評估如下：

1. OD 案件申報點數占率（計算公式：OD 案件申報點數/處置申報點數）
2. 牙周案件申報點數占率 （計算公式：牙周案件申報點數/處置申報點數）

※(1)+(2)占率，須達到處置申報點數占率的 40%

3. Endo 案件申報點數占率須達到 2%（計算公式：Endo 案件申報點數/處置申報點數）

三、實地考核成員：包括保險人分區業務組及牙醫全聯會相關人員。

四、考核方式

符合對象條件之院所，由牙醫全聯會配合保險分區業務組訂定時間至考核院所，並於考評前 1 個月發函通知院所，次月將辦理實地考核作業。

五、考核辦法

(一)應依地理位置、道路便利、人口和部落多少分佈就執行困難度及需求度評核：

1. 人口多、道路便利平地鄉鎮。

2. 山地或平地偏遠鄉鎮、山地艱困及離島鄉鎮。

(二)考核評分表如後 (含實地考核評分表、民眾滿意度調查表及電話考評表)。

六、綜合討論及評分

(一)特優：90 分以上。

(二)優：~~80 分以上~~80～89 分。

(三)良：70～79 分。

(四)輔導：60～69 分，分區輔導一季，要求改善，並提出改善計畫書，覆核未達 70 分者即停止執行本計畫。

(五)終止合約：59 分以下者，立即停止執行本計畫。

(六)連續兩年考核結果列為輔導，即停止執行本計畫。

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
執業計畫實地考核評分表

一、基本資料	
執業鄉鎮：　　縣市　　鄉鎮區　　診所　　醫師	
二、評分項目 (共 100 分)	
(一) 院所外在環境評核 (共 8 分)	
1. 執業地點是否為該鄉道路便利、人口集中之地。	□非常便利(2 分) □尚可(1 分) □不便利(0 分)
2. 院所招牌是否明顯、清楚。	□明顯(2 分) □尚可(1 分) □不明顯(0 分)
3. 門前告示是否明確標示診療科目、時段。	□明確(2 分) □尚可(1 分) □不明確(0 分)
4. 居所和院所的距離。	□接近(2 分) □尚可(1 分) □遙遠(0 分)
(二) 院所內部設備、環境評核 (共 7 分)	
1. 基本設施、診療器材之完備 註：(須為可正常使用) ※具備 9 項右列設備(3 分) ※右列設備缺一項者(1 分) ※右列設備缺兩項者(0 分)	基本設施包括： (1) 牙科治療台 □ 有 □ 無 (2) 高慢速機頭 □ 有 □ 無 (3) 空壓機 □ 有 □ 無 (4) X 光機 □ 有 □ 無 (5) 電腦及週邊設備 □ 有 □ 無
	診療器材包括： (1) 牙體復形 □ 有 □ 無 (2) 口腔外科 □ 有 □ 無 (3) 根管治療 □ 有 □ 無 (4) 洗牙機 □ 有 □ 無
2. 室內環境及診療動線：乾淨、明亮，診療動線流暢。	□ 優良(2 分) □ 尚可(1 分) □ 待改進(0 分)
3. 是否聘用牙醫助理	□ 一名且具備證照(2 分) □ 一名(1 分) □ 無(0 分)

(三) 是否合乎牙醫院所感染管制 SOP 作業細則 (共 27 分)	
1.硬體設備（6 分）	
（1）具有適當之洗手設備	☐ 是(2 分) ☐ 否(0 分)
（2）良好之通風空調系統	☐ 是(2 分) ☐ 否(0 分)
（3）器具滅菌設備	☐ 完整(2 分) ☐ 尚可(1 分) ☐ 待改進(0 分)
2.軟體部分（21 分）	
（1）病歷首頁中全身病史登載完整	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
（2）醫師及助理人員穿戴防護裝置	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
（3）開診前及結束後應作管道消毒	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
（4）醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
（5）浸泡器械的清毒藥水乾淨並在有效期限內	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
（6）院所依感染管制 SOP 作業，制定消毒流程表及紀錄表且登載完整	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
（7）滅菌後器械之包裝存放應無再污染之虞	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)

(四) 巡迴醫療執行狀況評核 (共 8 分)	
1.執行時段符合計劃規定，並按時執行。	☐ 是(2 分) ☐ 否
2.每月至多申報一次「口腔衛生推廣」？	☐ 是(2 分) ☐ 否
3.巡迴醫療每週服務地點是否適當？	☐ 是(2 分) ☐ 否
4.巡迴醫療的診療設備及牙材。	☐ 是(2 分) ☐ 否

(五) 執業內容專業考核 (共 30 分) 執業醫師簽名：	
1.診療項目（質）是否符合當地醫療需求（15 分）	
（1）OD 案件+牙周案件申報點數占率	□ ≧55%(4 分) □ ≧50~55%(3 分) □ ≧45~50%(2 分) □ ≧40~45%(1 分) □ <40%(0 分)
（2）Endo 案件申報點數占率	□ ≧10%(6 分) □ ≧8~10%(5 分) □ ≧6~8%(4 分) □ ≧4~6%(3 分) □ ≧2~4%(2 分) □ <2%(1 分)
（3）實地審查狀況（5 分）	□ 特優(5 分) □ 優(4 分) □ 良(3 分) □ 普通(2 分) 理由：
2.診療量是否吻合當地醫療需求（10 分）	
（1）每月總申報點數占保障額度的比例	□ ≧60~70%(5 分) □ ≧50~60%(4 分) □ ≧40~50%(3 分) □ ≧30~40%(2 分) □ ≧20~30%(0 分) □ <20%(0 分)
（2）實地審查狀況（5 分）	□ 特優(5 分) □ 優(4 分) □ 良(3 分) □ 普通(2 分) 理由：
3.醫師溝通能力及融入社區環境之程度（5 分）	□ 優(5 分) □ 良(3 分) □ 普通(1 分)
(六) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)	
將民眾評分表之結果平均後計分	得分 分
(七) 實地審查前電話抽查評核 (共 10 分)	
將電話評分表之結果平均後計分	得分 分
(八) 總計	**分**

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
民眾滿意度調查

執業鄉鎮：	縣市	鄉鎮區	診所	醫師

(六) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)

1. 您是否知道該院所的設置？	□ 知道(2 分) □ 不知道(0 分)
2. 您是否曾經至該院所治療牙齒？	□ 是(3 分)，續問(2-1)、(2-2) □ 否(0 分)，續問(2-3)
2-1. 下次您是否願意再到該院所看牙？	□ 願意(2 分) □ 不願意(0 分)
2-2. 醫師的服務態度	□ 滿意(3 分) □ 尚可(1 分) □ 不滿意(0 分)
2-3. 知道此院所的設置後，您是否願意**或介紹親友**到該院所看牙？	□ 願意(5 分) □ **會考慮**(3 分) □ 不願意(0 分) □ **已有習慣看診醫師**(0 分)

得　　分

註：實地考評當日調查 10~20 名民眾，並將結果平均列入評分。

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
電話考評表

執業鄉鎮：	縣市	鄉鎮區	醫師

(七) 實地考核前電話抽查評核 (共 10 分)

1. 醫師執業診療時段值勤情形	□ 優良(4 分) □ 尚可(3 分) □ 待改進(1 分)
2. 醫師其他診療時段值勤情形	□ 優良(3 分) □ 尚可(2 分) □ 待改進(1 分)
3. 當地小學或鄉公所人員反應情形	□ 優良(3 分) □ 尚可(2 分) □ 待改進(1 分)

得　　分

註：由保險人分區業務組進行評核。

[附件 10]

全民健保牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫總額醫療資源不足地區改善方案之巡迴醫療服務醫療院所。

二、預算來源

~~115~~116 年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應。

三、標示應包含下列內容

(一)全民健保牙醫巡迴醫療服務

(二)全民健保標誌

(三)巡迴地點及時間

(四)主辦單位衛生福利部中央健康保險署

(五)承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

(一)下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務	巡迴地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度：7 公分 寬度：7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度：20 公分 寬度：20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度：17 公分 寬度：17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度：30 公分 寬度：30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他(如看板等)	A2 (59.4×42cm)	高度：7 公分 寬度：7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二)各總額標示物（不含布條）之底色及字體顏色

1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色

2.中醫：底色為深紅色，字體為白色

3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

(一)同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用,申請費用採實報實銷,上限為5,000元。

(二)核銷文件：申請表（如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理（支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明08628407)。

(三)標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起1個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付（如係當年12月始承作計畫者，申請核銷期限為當年12月10日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

附表

全民健保牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期：　　年　　月　　日

承作醫療院所印信

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐ 海報　☐ 立牌　☐ 直立旗　☐ 布條　☐ 其他

核銷金額：　　元

原始支出憑證黏貼處

[附件 11-1]

~~115~~116 年度全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫期末報告封面

一、姓名：

二、身分證統一編號：

三、出生年月日：　　年　　月　　日

四、牙醫師證號：

五、院所名稱：

六、聯絡電話：(　　)

七、傳真電話：(　　)

八、執業地點：　　縣市　　鄉鎮區

九、門診服務時間（請填寫門診時段）：共　　小時／週

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

十、「公共衛生推廣」及「巡迴醫療」服務時間

	一	二	三	四	五	六	日
第一診							
第二診							
第三診							

~~115~~116 年度全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫期末報告內容

一、執業地區醫療需求分析：

(一)地理環境、就醫便利性、就醫率、患者人口性別、年齡等分布情形

(二)執業之各月健保申報量及各治療項統計（P1-P8）比例分析情況

各月健保申報量

	1 月	2 月	3 月	…	12 月	總計
申報點數				…		

各治療項統計（P1-P8）比例分析

	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (%)	P7 (%)	P8 (%)
1 月							
2 月							
3 月							
…							
12 月							
總計							

(三)口腔衛生服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

項目	日期	地點 (學校/村落)	人數	備註
一、家戶訪視				
二、正確刷牙及牙線指導				
三、含氟漱口水指導				
四、口腔癌篩檢				
五、口腔衛生教育				

(四)醫事人員人力分配：

姓名	身分證統一編號	出生年月日	學歷

二、執業所遇的問題及解決方針

(一)交通流線及道路狀況：

(二)當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景：

(三)執業範圍、區域及執行困難之原因：

(四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性

(五)其他

三、自我評鑑（優點及缺點）(請列項說明)

四、檢討與建議（請詳實敘述）

五、未來的展望及願景（請詳實敘述）

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標) 楷書 14 號字型，橫式書寫。

[附件 11-2]

~~115~~116 年度全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫期末報告

一、巡迴醫療團：

二、負責醫師：

三、其他相關醫師：

四、聯絡電話：(　　)

五、聯絡地址：□□□

六、

巡迴縣市	鄉鎮區	服務單位	病患數	醫療費用	巡迴期間
縣市	鄉鎮區		人	$	月至　月
			人	$	月至　月
			人	$	月至　月
			人	$	月至　月
			人	$	月至　月

合計服務單位數：　　總人數　　總經費

七、個別醫師及院所服務量（不計點值，不計加成）

院所名稱	服務醫師	巡迴地點	病患數	申報點數	巡迴期間
			人	$	月至 月
			人	$	月至 月
			人	$	月至 月
			人	$	月至 月
			人	$	月至 月

八、醫事人力及門診診數

人次	門診數

九、現況報告

(一)巡迴地區醫療需求情況分析

(二)巡迴地區地理環境，就醫便利性，就醫率及達成目標成數

(三)口腔衛生保健服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

十、巡迴醫療所遇問題及解決方針（詳實敘述）

十一、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

十二、檢討與建議（請詳實敘述）

十三、未來的展望及願景（請詳實敘述）

十四、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標) 楷書 14 號字型，橫式書寫。

十五、於計畫結束或年度結束 10 日內檢送至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則。

[附件 11-3]

~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區學童口腔健康狀況及醫療需求調查表 (簡易格式)

姓名：_____ 出生日期：____年____月____日 性別：□ 1.男 □ 2.女

地區： 學校： 學號：

年級			
班別			

(一) 調查日期： 年 月 日
檢查者： 記錄者：

E D C B A	A B C D E
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

合計	D	M	F
合計	d	e	f

1. 已完成填補顆數 (A)：_____顆
2. 未完成填補顆數 (B)：_____顆
3. 其他待診療顆數：_____顆
4. 填補率：_____% (A)/(A)+(B)
5. 年度填補顆數：_____顆
6. 年度拔除顆數：_____顆

(二) 調查日期： 年 月 日
檢查者： 記錄者：

E D C B A	A B C D E
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

合計	D	M	F
合計	d	e	f

1. 已完成填補顆數 (A)：_____顆
2. 未完成填補顆數 (B)：_____顆
3. 其他待診療顆數：_____顆
4. 填補率：_____% (A)/(A)+(B)
5. 年度填補顆數：_____顆
6. 年度拔除顆數：_____顆

(三) 調查日期： 年 月 日
檢查者： 記錄者：

E D C B A	A B C D E
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

合計	D	M	F
合計	d	e	f

1. 已完成填補顆數 (A)：_____顆
2. 未完成填補顆數 (B)：_____顆
3. 其他待診療顆數：_____顆
4. 填補率：_____% (A)/(A)+(B)
5. 年度填補顆數：_____顆
6. 年度拔除顆數：_____顆

圖例：V 打勾表示齲洞之位置、Δ填補後用三角形註記、/斜線表示應拔除之牙齒、X 表示缺牙、○表示未長出牙、□表示需根管治療。

備註：1. 每年年底填寫一次，於年底彙整資料於統計表，本表格由院所自行留存備查。
2. 新生入學須立即檢查並填寫本表，以做為比較之基礎。

[附件 11-4]

~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區學童口腔健康狀況調查統計表

醫療團名稱：　　服務醫師名單：

學校名稱：　　巡迴診次數：　　總巡迴醫師數：

學校所屬地區：　　縣/市　　鄉/鎮/區　　郵遞區號：

年級	性別	人數	口腔狀況 (顆數)						醫療狀況 (顆數)			
			d	e	f	D	M	F	已填補顆數	未填補顆數	填補率	年度填補顆數
幼稚園	男											
	女											
小一	男											
	女											
小二	男											
	女											
小三	男											
	女											
小四	男											
	女											
小五	男											
	女											
小六	男											
	女											
國一	男											
	女											
國二	男											
	女											
國三	男											
	女											
總計												

備註：請以學校為單位統計，並於計畫結束或年度結束 10 日內檢送至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則。

討論事項第九案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案　由：修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」，提請討論。

說　明：

一、 依據牙全會115年11月5日牙全賢字第00517號函(附件1，頁次討9-4)辦理。

二、 修訂「116年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」，修訂對照表詳附件2(頁次討9-5)，重點摘要如下：

(一)修訂預算來源：116 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」專款項目下支應，全年經費為 200 百萬元。

(二)新增年度執行目標：

1.逐步推展本計畫執行，年度預算執行率達 80%以上。

2.符合本計畫任一項核發原則中加計項目之牙醫師數，占適用鄉鎮牙醫師數達 6 成。（本計畫第八點第(三)款第 1 目，不納入計算）

(三)修訂適用鄉鎮篩選條件及適用鄉鎮名單。

(四)修訂核發原則：

1.每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數申請點數(含送核、補報案件)，每月在 60 萬點(含)以下之點數，依核發原則加計核算比率，超過 60 萬點部分不加計，核發金額全數歸屬於該名牙醫師。

2.修訂加計地區分類：分為重點地區、特定地區、一般地區。

3.修訂加計項目及比率如下：

(1) 符合計畫資格者，重點地區、特定地區加計 3%；一般地區加計 1%。

(2) 當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫

療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，重點地區加計 8%；特定地區加計 5%；一般地區加計 4%。

(3) 當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，重點地區、特定地區加計 2%；一般地區加計 1%。

(4) 當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計 1%。

(5) 當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，重點地區、特定地區加計 2%；一般地區加計 1%。

4.新增加計項目：當季該院所執行牙周病統合治療方案(91023C)申報件數 1 件(含)以上者，加計 1%。

5.修訂本計畫預算按季均分及結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。季預算若有結餘，則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(五)新增預期效益之評估指標：維持適用鄉鎮牙醫醫療服務人力穩定，確保執業牙醫師人數不減少。

本署意見：

一、 依據健保會116年度健保總額協商會議決議(附件3，頁次討9-32)：

(一)116 年本計畫於專款編列 200 百萬元(本計畫 115 年係由一般服務預算移撥 80 百萬元支應)。

(二)執行目標：116 年符合本計畫任一項核發原則中加計項目之牙醫師數，占適用鄉鎮牙醫師數達 6 成(符合計畫資格者

僅因位於加計地區而逕予加計之項目，不納入計算)。

二、有關牙全會修訂意見，本署尊重並針對修訂核發原則一節，以115年第2季申報資料進行財務試算(附件4，頁次討9-37)，結果如下：

(一)適用院所數：

115 年第 2 季共 375 家，以 116 年修訂適用鄉鎮篩選條件試算，共計 483 家(增加 108 家)。

(二)財務影響：

115 年第 2 季實際核發金額約 19.2 百萬元，以修訂後核發原則試算，推估核發金額約 41.5 百萬(增加約 22.3 百萬)，全年推估核發金額約 166 百萬元(增加 89.2 百萬元)，116 年增加預算 120 百萬元，尚在預算額度內。

三、為維護病人就醫權益及符合比例原則，研擬修訂不予核發規定，部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量。

擬　辦：

本案依程序提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，涉支付標準部分，若公告日為當月 15 日(含)前，於次月 1 日生效；若公告日為當月 15 日後，則於次次月生效。

決　議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：
電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長黃立賢

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

第一頁　共一頁

附件 2

~~115~~116 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫修訂對照表

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
未修訂	未修訂	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	本項未修訂
二、實施目的： ~~為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。~~ 提升弱勢鄉鎮醫療服務量能，增進民眾牙科醫療服務之可近性，透過多元	二、實施目的： ~~為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。~~ 提升弱勢鄉鎮醫療服務量能，增進民眾牙科醫療服務之可近性，透過多元獎	二、實施目的： 為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。	牙全會說明： 修訂實施目的。 本署意見： 尊重牙全會修訂建議。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
獎勵機制及資源挹注，鼓勵優質牙醫師投入弱勢地區執業，強化當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。	勵機制及資源挹注，鼓勵優質牙醫師投入弱勢地區執業，強化當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。		
三、預算來源： ~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診~~總額~~醫療給付費用總額中之~~「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。~~「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」專款項目下支應，全年經費為 200 百萬元。	三、預算來源： ~~115~~116 年度全民健康保險牙醫門診~~總額~~醫療給付費用總額中之~~「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。~~「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」專款項目下支應，全年經費為 200 百萬元。	三、預算來源： 115 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	修訂年度及預算來源
四、實施期間： ~~115~~116 年 1 月 1 日起至~~115~~116 年 12 月 31 日止。	四、實施期間： ~~115~~116 年 1 月 1 日起至~~115~~116 年 12 月 31 日止。	四、實施期間： 115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。	修訂年度

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
五、年度執行目標： (一)逐步推展本計畫執行，年度預算執行率達80%以上。 (二)符合本計畫任一項核發原則中加計項目之牙醫師數，占適用鄉鎮牙醫師數達6成。（本計畫第八點第(三)款第1目，不納入計算）	五、年度執行目標： (一)逐步推展本計畫執行，年度預算執行率達80%以上。 (二)符合本計畫任一項核發原則中加計項目之牙醫師數，占適用鄉鎮牙醫師數達6成。（本計畫第八點第(三)款第1目，不納入計算）		新增年度執行目標
六五、核發資格： 隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構~~之基層診所（以下稱基層診所）~~，當季~~該基層診所~~開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當	六五、核發資格： 隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構~~之基層診所（以下稱基層診所）~~，當季~~該基層診所~~開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付	五、核發資格： 隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者	牙全會說明： 適用隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構，刪除基層診所相關文字 本署意見：

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
月歇業者如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第~~八~~九點所列情形者且執業登記於前開~~基層診所~~院所之牙醫師。	(當月歇業者如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第~~八~~九點所列情形者且執業登記於前開~~基層診所~~院所之牙醫師。	如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。	尊重牙全會修訂建議。
七~~六~~、適用鄉鎮：篩選條件如下： ~~(一)戶籍人數小於40,000，其牙醫師人口比低於1：2,804(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於~~	七~~六~~、適用鄉鎮：篩選條件如下： ~~(一)戶籍人數小於40,000，其牙醫師人口比低於1：2,804(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於~~	六、適用鄉鎮：篩選條件如下： (一)戶籍人數小於40,000，其牙醫師人口比低於1：2,804(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於1:5,608(全國平均值	牙全會說明： 1.修訂適用鄉鎮條件 2.修訂年度及依篩選條件更新適用鄉鎮附件。 本署意見： 尊重牙全會修訂建議。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
~~1:5,608(全國平均值*4)。~~ (一)牙醫師人口比低於1:2746(全國平均值×2)且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮。 (二)牙醫師人口比低於1:5492(全國平均值×4)之鄉鎮。 (三)戶籍人數小於30,000且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮。 [註]：~~113~~114年全國牙醫師人口比為1:~~1,402~~1,373。 (四)鄉鎮內執業牙醫師數僅1人之鄉鎮。 (五)不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊	~~1:5,608(全國平均值*4)。~~ (一)牙醫師人口比低於1:2746(全國平均值×2)且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮。 (二)牙醫師人口比低於1:5492(全國平均值×4)之鄉鎮。 (三)戶籍人數小於30,000且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮。 [註]：~~113~~114年全國牙醫師人口比為1:~~1,402~~1,373。 (四)鄉鎮內執業牙醫師數僅1人之鄉鎮。 (五)不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊	*4)。 [註]：113年全國牙醫師人口比為1:1,402。 (二)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。 (三)依上開條件所列適用地區名單詳附件，自114年計畫起名單沿用2年(115年計畫名單包含114年適用鄉鎮及115年適用鄉鎮)。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
醫療性質均得納入適用鄉鎮。 (六)依上開條件所列適用~~地區~~鄉鎮名單詳附件，~~自 114 年計畫起名單沿用 2 年(115 年計畫名單包含 114 年適用鄉鎮及 115 年適用鄉鎮)。~~各年度計畫名單自納入年度起延續適用 2 年。(114 年、115 年計畫名單延續適用至 116 年)。	醫療性質均得納入適用鄉鎮。 (六)依上開條件所列適用~~地區~~鄉鎮名單詳附件，~~自 114 年計畫起名單沿用 2 年(115 年計畫名單包含 114 年適用鄉鎮及 115 年適用鄉鎮)。~~各年度計畫名單自納入年度起延續適用 2 年。(114 年、115 年計畫名單延續適用至 116 年)。		
八~~七~~、~~核發原則：支援牙醫師不納入計算。~~ (一)符合本計畫第~~五~~六點之每位牙醫師納入該季結算之~~申報診療明~~	八~~七~~、~~核發原則：支援牙醫師不納入計算。~~ (一)符合本計畫第~~五~~六點之每位牙醫師納入該季結算之~~申報診療明~~	七、核發原則：支援牙醫師不納入計算。 (一)符合本計畫第五點之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細	牙全會說明： 修訂核算基礎為申請點數：調升為 60 萬點 本署意見： 尊重牙全會修訂建

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
~~細點數~~申請點數(含送核、補報案件)，每月在~~50~~60萬點(含)以下之點數，依下列原則加計核算比率，超過~~50~~60萬點部分不加計，核發金額全數歸屬於該名牙醫師。 (二)加計地區分類如下： 1.重點地區：戶籍人數小於20,000且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮。 2.特定地區： (1)當季屬六分區中點值最低之分區。 (2)牙醫師人口比低於1:8,238(全國平均值×6)之鄉鎮。	~~細點數~~申請點數(含送核、補報案件)，每月在~~50~~60萬點(含)以下之點數，依下列原則加計核算比率，超過~~50~~60萬點部分不加計，核發金額全數歸屬於該名牙醫師。 (二)加計地區分類如下： 1.重點地區：戶籍人數小於20,000且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮。 2.特定地區： (1)當季屬六分區中點值最低之分區。 (2)牙醫師人口比低於1:8,238(全國平均值×6)之鄉鎮。	點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，依下列原則加計核算比率，超過50萬點部分不加計。	議。 牙全會說明： 新增加計地區分類及調整加計項目及比率比率 本署意見： 尊重牙全會修訂建議。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
(3) 戶籍人數小於30,000且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮。 (4) 鄉鎮內執業牙醫師數僅1人之鄉鎮。 (5) 離島地區之鄉鎮。 [註]：當季六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(~~113~~114年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。	(3) 戶籍人數小於30,000且人口密度每平方公里低於1,000之鄉鎮。 (4) 鄉鎮內執業牙醫師數僅1人之鄉鎮。 (5) 離島地區之鄉鎮。 [註]：當季六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(~~113~~114年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。		

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
3.一般地區：(非屬前款規定之地區)。 (三)加計項目及比率如下： 1.~~當季屬六分區中點值最低之分區，~~符合計畫資格者，重點地區、特定地區加計 3%；~~其餘分區，~~一般地區加計1%。 2.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者~~，當季屬六分區中點值最低之分區，~~重點地區加計 8%；特定地	3.一般地區：(非屬前款規定之地區)。 (三)加計項目及比率如下： 1.~~當季屬六分區中點值最低之分區，~~符合計畫資格者，重點地區、特定地區加計 3%；~~其餘分區，~~一般地區加計1%。 2.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者~~，當季屬六分區中點值最低之分區，~~重點地區加計 8%；特定地	1.當季屬六分區中點值最低之分區，加計3%；其餘分區，加計1%。 [註]：當季六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(113年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。 1.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
區加計 45%；~~其餘分區，~~一般地區加計 ~~2~~4%。 3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，~~，當季屬六分區中點值最低之分區，~~重點地區、特定地區加計 2%；~~其餘分區，~~一般地區加計 1%。 4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數	區加計 45%；~~其餘分區，~~一般地區加計 ~~2~~4%。 3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，~~，當季屬六分區中點值最低之分區，~~重點地區、特定地區加計 2%；~~其餘分區，~~一般地區加計 1%。 4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數	務 2 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 4%；其餘分區，加計 2%。 3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。 4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計 2%。	牙全會說明： 修訂預算結算內容。 本署意見： 尊重牙全會修訂建議。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
10 件(含)以上者，加計 ~~2~~1%。 5.當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。 6.當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，~~，當季屬六分區中點值最低之分區，~~重點地區、特定地區加計 2%；~~其餘分區，~~一般地	10 件(含)以上者，加計 ~~2~~1%。 5.當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。 6.當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，~~，當季屬六分區中點值最低之分區，~~重點地區、特定地區加計 2%；~~其餘分區，~~一般地	5.當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。 6.當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
區加計 1%。 7.當季該院所執行牙周病統合治療方案(91023C)申報件數1件(含)以上者，加計 1%。 ~~(二)~~(四)當季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ 各診所該季原核發金額)計算。 ~~(二)~~(五)不納入加計點數計算之案件： 1.預防保健案件(案件分類為 A3)。 2.職災代辦案件(案件分類為 B6)。 3.牙醫門診總額醫療	區加計 1%。 7.當季該院所執行牙周病統合治療方案(91023C)申報件數1件(含)以上者，加計 1%。 ~~(二)~~(四)當季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ 各診所該季原核發金額)計算。 ~~(二)~~(五)不納入加計點數計算之案件： 1.預防保健案件(案件分類為 A3)。 2.職災代辦案件(案件分類為 B6)。 3.牙醫門診總額醫療	(二)當季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ 各診所該季原核發金額)計算。 (三)不納入加計點數計算之案件： 1.預防保健案件(案件分類為 A3)。 2.職災代辦案件(案件分類為 B6)。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16),屬專款之計畫項目。 4.特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。 5.「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。 6.行政協助門診戒菸案件(案件分類為B7)。	資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16),屬專款之計畫項目。 4.特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。 5.「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。 6.行政協助門診戒菸案件(案件分類為B7)。	3.牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16),屬專款之計畫項目。 4.特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。 5.「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。 6.行政協助門診戒菸案件(案件分類為B7)。	
~~(四)~~(六)本計畫預算按季均分及結算，加計點數採	~~(四)~~(六)本計畫預算按季均分及結算，加計點	(四)本計畫按季結算，加計	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；~~全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。~~若當季預算不足時，則採浮動點值結算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；~~全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。~~若當季預算不足時，則採浮動點值結算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。	
~~八~~九、~~基層診所~~有下列情形者，不予核發： (一)執行全民健康保險牙	~~八~~九、~~基層診所~~有下列情形者，不予核發： (一)執行全民健康保險牙	八、基層診所有下列情形者，不予核發： (一)執行全民健康保險牙	牙全會說明： 修訂年度

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。 (二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(~~110~~111 年至~~114~~115 年)至當年(~~115~~116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」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次核定違規函所載核定停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。	醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。 (二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(~~110~~111 年至~~114~~115 年)至當年(~~115~~116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」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次核定違規函所載核定停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。	醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。 (二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(110 年至 114 年)至當年(115 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」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次核定違規函所載核定停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
註： 1. 為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。 2. 處以停約之特約醫事服務機構，屬部分科別及服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務。 (三)本計畫實施前一年(~~114~~115 年)至當年(~~115~~116年)各季之前一季期間，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。 (四)本計畫實施前一年	(三)本計畫實施前一年(~~114~~115 年)至當年(~~115~~116年)各季之前一季期間，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。 (四)本計畫實施前一年(~~114~~115年)~~基層診所~~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)。~~基層診所~~平均月初核核減率=~~基層診所~~每月初核核減率之合計/~~基層診所~~核定月數。 (五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)	(三)本計畫實施前一年(114年)至當年(115年)各季之前一季期間，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。 (四)本計畫實施前一年(114 年)基層診所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)。基層診所平均月初核核減率=基層診所每月初核核減率之合計/基層診所核定月數。 (五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加	本署意見： 為維護病人就醫權益及符合比例原則，研擬修訂不予核發規定，部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
(~~114~~115年)~~基層診所~~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)。~~基層診所~~平均月初核核減率=~~基層診所~~每月初核核減率之合計/~~基層診所~~核定月數。 (五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。	申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。	強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。	
十、預期效益之評估指標： (一)維持適用鄉鎮牙醫醫療服務人力穩定，確保執業牙醫師人數不減少。	十、預期效益之評估指標： (一)維持適用鄉鎮牙醫醫療服務人力穩定，確保執業牙醫師人數不減少。		牙全會說明： 新增預期效益之評估指標。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
評估指標之定義： 分子：計畫執行年度適用鄉鎮執業牙醫師人數 分母：前一年度同適用鄉鎮之執業牙醫師人數 公式：分子/分母 × 100%。 目標值：≧98%。 [註]：目標值考量退休、死亡、重大傷病、天災等非政策可控之不可抗力因素可能造成人數自然減少。 資料來源：依據衛生福利部公告之「醫事機構服務量統計年報」資料。	評估指標之定義： 分子：計畫執行年度適用鄉鎮執業牙醫師人數 分母：前一年度同適用鄉鎮之執業牙醫師人數 公式：分子/分母 × 100%。 目標值：≧98%。 [註]：目標值考量退休、死亡、重大傷病、天災等非政策可控之不可抗力因素可能造成人數自然減少。 資料來源：依據衛生福利部公告之「醫事機構服務量統計年報」資料。		本署意見： 查衛生福利部統計處將當年度公布前一年度縣市與鄉鎮醫事機構服務量調查統計結果。本署尊重牙全會修訂建議。
~~九~~十一、其他事項： (一)本計畫辦理核發作業	~~九~~十一、其他事項： (一)本計畫辦理核發作業	九、 其他事項： (一)本計畫辦理核發作業	牙全會說明： 修訂項次及行政救濟

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自~~當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應~~次年度「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」專款項目下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。 (二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯	後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自~~當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應~~次年度「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」專款項目下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。 (二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯	後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。 (二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保	支應來源 本署意見： 尊重牙全會修訂建議。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

［附件］

~~115~~116 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫適用鄉鎮名單

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比	加計地區
1	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	36,413	409	4	9,103	特定
2	台北	宜蘭縣	頭城鎮	27,868	276	11	2,533	特定
3	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	36,629	361	13	2,818	特定
4	台北	宜蘭縣	壯圍鄉	24,479	636	2	12,240	特定
5	台北	宜蘭縣	員山鄉	32,226	288	2	16,113	特定
6	台北	宜蘭縣	冬山鄉	52,938	663	3	17,646	特定
7	台北	宜蘭縣	五結鄉	41,737	1,074	4	10,434	特定
8	台北	宜蘭縣	三星鄉	21,356	148	2	10,678	特定
9	台北	宜蘭縣	大同鄉	5,998	9	0	無牙醫鄉	重點
10	台北	宜蘭縣	南澳鄉	6,171	8	1	6,171	重點
11	台北	金門縣	金城鎮	40,998	1,888	10	4,100	特定
12	台北	金門縣	金湖鎮	30,545	733	7	4,364	特定
13	台北	金門縣	金沙鎮	19,840	482	1	19,840	重點
14	台北	金門縣	金寧鄉	35,287	1,182	1	35,287	特定
15	台北	金門縣	烈嶼鄉	12,050	753	1	12,050	重點
16	台北	金門縣	烏坵鄉	593	494	0	無牙醫鄉	重點
17	台北	連江縣	南竿鄉	7,629	734	4	1,907	重點
18	台北	連江縣	北竿鄉	2,930	296	0	無牙醫鄉	重點
19	台北	連江縣	莒光鄉	1,537	327	0	無牙醫鄉	重點
20	台北	連江縣	東引鄉	1,525	401	1	1,525	重點
21	台北	新北市	瑞芳區	35,623	504	14	2,545	特定
22	台北	新北市	石碇區	6,917	48	1	6,917	重點
23	台北	新北市	坪林區	6,163	36	0	無牙醫鄉	重點
24	台北	新北市	三芝區	22,061	334	5	4,412	特定
25	台北	新北市	石門區	9,994	195	0	無牙醫鄉	重點
26	台北	新北市	平溪區	3,900	55	0	無牙醫鄉	重點
27	台北	新北市	雙溪區	7,442	51	1	7,442	重點
28	台北	新北市	貢寮區	10,445	104	0	無牙醫鄉	重點
29	台北	新北市	金山區	19,725	401	5	3,945	重點
30	台北	新北市	萬里區	20,209	319	0	無牙醫鄉	特定
31	台北	新北市	烏來區	6,199	19	1	6,199	重點
32	北區	苗栗縣	苑裡鎮*	43,237	634	13	3,326	一般
33	北區	苗栗縣	通霄鎮	30,618	284	5	6,124	一般
34	北區	苗栗縣	後龍鎮	33,531	442	9	3,726	一般

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比	加計地區
35	北區	苗栗縣	卓蘭鎮	14,483	190	3	4,828	重點
36	北區	苗栗縣	大湖鄉*	12,310	136	4	3,078	重點
37	北區	苗栗縣	公館鄉	30,461	426	6	5,077	一般
38	北區	苗栗縣	銅鑼鄉	16,079	205	2	8,040	重點
39	北區	苗栗縣	南庄鄉	8,576	52	1	8,576	重點
40	北區	苗栗縣	頭屋鄉	9,354	178	0	無牙醫鄉	重點
41	北區	苗栗縣	三義鄉	14,485	209	2	7,243	重點
42	北區	苗栗縣	西湖鄉	5,875	143	2	2,938	重點
43	北區	苗栗縣	造橋鄉	11,548	241	1	11,548	重點
44	北區	苗栗縣	三灣鄉	5,664	108	1	5,664	重點
45	北區	苗栗縣	獅潭鄉	3,943	50	0	無牙醫鄉	重點
46	北區	苗栗縣	泰安鄉	5,401	9	0	無牙醫鄉	重點
47	北區	桃園市	大溪區*	93,799	892	31	3,026	一般
48	北區	桃園市	新屋區	49,723	585	8	6,215	一般
49	北區	桃園市	觀音區*	77,526	881	28	2,769	一般
50	北區	桃園市	復興區	13,296	38	0	無牙醫鄉	重點
51	北區	新竹市	香山區	79,606	1,451	10	7,961	一般
52	北區	新竹縣	關西鎮	26,011	207	5	5,202	特定
53	北區	新竹縣	新埔鎮	33,561	465	5	6,712	一般
54	北區	新竹縣	橫山鄉	11,901	179	0	無牙醫鄉	重點
55	北區	新竹縣	芎林鄉	20,385	500	2	10,193	特定
56	北區	新竹縣	寶山鄉	14,588	225	1	14,588	重點
57	北區	新竹縣	北埔鄉	8,289	164	0	無牙醫鄉	重點
58	北區	新竹縣	峨眉鄉	4,970	106	0	無牙醫鄉	重點
59	北區	新竹縣	尖石鄉	9,464	18	0	無牙醫鄉	重點
60	北區	新竹縣	五峰鄉	4,397	19	0	無牙醫鄉	重點
61	中區	南投縣	集集鎮	9,882	199	1	9,882	重點
62	中區	南投縣	名間鄉	34,557	416	4	8,639	特定
63	中區	南投縣	鹿谷鄉	15,454	109	0	無牙醫鄉	重點
64	中區	南投縣	中寮鄉	12,825	87	0	無牙醫鄉	重點
65	中區	南投縣	魚池鄉	14,098	116	2	7,049	重點
66	中區	南投縣	國姓鄉	15,963	91	1	15,963	重點
67	中區	南投縣	水里鄉	15,452	145	3	5,151	重點
68	中區	南投縣	信義鄉	14,886	10	2	7,443	重點
69	中區	南投縣	仁愛鄉	15,293	12	0	無牙醫鄉	重點
70	中區	彰化縣	線西鄉	16,014	885	1	16,014	重點
71	中區	彰化縣	伸港鄉	38,146	1,709	6	6,358	一般
72	中區	彰化縣	福興鄉*	44,284	888	12	3,690	一般

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比	加計地區
73	中區	彰化縣	芬園鄉	21,334	561	2	10,667	特定
74	中區	彰化縣	大村鄉	38,919	1,264	5	7,784	一般
75	中區	彰化縣	埔鹽鄉	30,041	778	2	15,021	特定
76	中區	彰化縣	埔心鄉*	33,082	1,579	6	5,514	一般
77	中區	彰化縣	永靖鄉	34,177	1,656	3	11,392	特定
78	中區	彰化縣	社頭鄉	40,272	1,114	7	5,753	一般
79	中區	彰化縣	二水鄉	13,220	449	1	13,220	重點
80	中區	彰化縣	田尾鄉	25,251	1,050	1	25,251	特定
81	中區	彰化縣	埤頭鄉	27,997	655	3	9,332	特定
82	中區	彰化縣	芳苑鄉	29,880	327	1	29,880	特定
83	中區	彰化縣	大城鄉	14,146	222	0	無牙醫鄉	重點
84	中區	彰化縣	竹塘鄉	13,918	330	0	無牙醫鄉	重點
85	中區	彰化縣	溪州鄉	27,248	359	4	6,812	特定
86	中區	臺中市	新社區	22,579	328	2	11,290	特定
87	中區	臺中市	石岡區	13,668	751	1	13,668	重點
88	中區	臺中市	外埔區	30,823	727	2	15,412	特定
89	中區	臺中市	大安區	17,487	638	1	17,487	重點
90	中區	臺中市	和平區	10,469	10	2	5,235	重點
91	南區	雲林縣	土庫鎮	27,234	556	5	5,447	特定
92	南區	雲林縣	古坑鄉	29,193	175	2	14,597	特定
93	南區	雲林縣	大埤鄉	17,521	389	4	4,380	重點
94	南區	雲林縣	莿桐鄉	27,201	535	4	6,800	特定
95	南區	雲林縣	林內鄉	16,285	433	2	8,143	重點
96	南區	雲林縣	二崙鄉	24,165	406	0	無牙醫鄉	特定
97	南區	雲林縣	崙背鄉	22,255	381	4	5,564	特定
98	南區	雲林縣	麥寮鄉	48,815	609	6	8,136	一般
99	南區	雲林縣	東勢鄉	12,885	266	2	6,443	重點
100	南區	雲林縣	褒忠鄉	11,490	310	3	3,830	重點
101	南區	雲林縣	臺西鄉	20,778	384	1	20,778	特定
102	南區	雲林縣	元長鄉	22,478	314	1	22,478	特定
103	南區	雲林縣	四湖鄉	20,210	262	2	10,105	特定
104	南區	雲林縣	口湖鄉	23,945	298	0	無牙醫鄉	特定
105	南區	雲林縣	水林鄉	21,805	299	1	21,805	特定
106	南區	嘉義縣	太保市	39,923	597	11	3,629	一般
107	南區	嘉義縣	布袋鎮	23,589	382	3	7,863	特定
108	南區	嘉義縣	大林鎮*	29,542	460	17	1,738	特定
109	南區	嘉義縣	民雄鄉*	69,716	815	19	3,669	一般
110	南區	嘉義縣	溪口鄉	12,604	381	1	12,604	重點

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比	加計地區
111	南區	嘉義縣	新港鄉	29,006	439	6	4,834	特定
112	南區	嘉義縣	六腳鄉	20,044	322	0	無牙醫鄉	特定
113	南區	嘉義縣	東石鄉	21,671	266	0	無牙醫鄉	特定
114	南區	嘉義縣	義竹鄉	15,829	200	4	3,957	重點
115	南區	嘉義縣	鹿草鄉	13,460	248	1	13,460	重點
116	南區	嘉義縣	水上鄉	46,932	679	5	9,386	特定
117	南區	嘉義縣	中埔鄉	41,673	322	5	8,335	特定
118	南區	嘉義縣	竹崎鄉	32,160	198	5	6,432	一般
119	南區	嘉義縣	梅山鄉	17,177	143	5	3,435	重點
120	南區	嘉義縣	番路鄉	10,582	90	0	無牙醫鄉	重點
121	南區	嘉義縣	大埔鄉	4,160	24	0	無牙醫鄉	重點
122	南區	嘉義縣	阿里山鄉	5,163	12	0	無牙醫鄉	重點
123	南區	臺南市	鹽水區	23,635	452	8	2,954	特定
124	南區	臺南市	白河區	24,948	197	9	2,772	特定
125	南區	臺南市	柳營區*	19,831	324	22	901	重點
126	南區	臺南市	後壁區	20,840	289	3	6,947	特定
127	南區	臺南市	東山區	18,490	148	2	9,245	重點
128	南區	臺南市	下營區	21,742	648	6	3,624	特定
129	南區	臺南市	六甲區	20,880	309	3	6,960	特定
130	南區	臺南市	官田區	20,527	290	3	6,842	特定
131	南區	臺南市	大內區	8,427	120	1	8,427	重點
132	南區	臺南市	學甲區	24,365	451	7	3,481	特定
133	南區	臺南市	西港區	24,811	735	5	4,962	特定
134	南區	臺南市	七股區	20,493	186	1	20,493	特定
135	南區	臺南市	將軍區	17,598	419	1	17,598	重點
136	南區	臺南市	北門區	9,436	214	1	9,436	重點
137	南區	臺南市	新化區*	41,932	676	10	4,193	一般
138	南區	臺南市	安定區	29,783	952	3	9,928	特定
139	南區	臺南市	山上區	6,796	244	0	無牙醫鄉	重點
140	南區	臺南市	玉井區	12,674	166	3	4,225	重點
141	南區	臺南市	楠西區	8,392	77	1	8,392	重點
142	南區	臺南市	南化區	7,606	44	0	無牙醫鄉	重點
143	南區	臺南市	左鎮區	4,095	55	0	無牙醫鄉	重點
144	南區	臺南市	關廟區	33,198	619	2	16,599	特定
145	南區	臺南市	龍崎區	3,234	50	0	無牙醫鄉	重點
146	高屏	屏東縣	恆春鎮	28,770	210	10	2,877	特定
147	高屏	屏東縣	萬丹鄉*	48,586	845	11	4,417	一般
148	高屏	屏東縣	長治鄉	29,192	732	3	9,731	特定

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比	加計地區
149	高屏	屏東縣	麟洛鄉*	10,406	640	4	2,602	重點
150	高屏	屏東縣	九如鄉	21,420	510	2	10,710	特定
151	高屏	屏東縣	里港鄉	24,948	362	4	6,237	特定
152	高屏	屏東縣	鹽埔鄉	23,106	359	2	11,553	特定
153	高屏	屏東縣	高樹鄉	21,935	243	3	7,312	特定
154	高屏	屏東縣	萬巒鄉	18,654	307	0	無牙醫鄉	重點
155	高屏	屏東縣	內埔鄉*	52,760	645	10	5,276	一般
156	高屏	屏東縣	竹田鄉	15,363	528	1	15,363	重點
157	高屏	屏東縣	新埤鄉	8,983	152	0	無牙醫鄉	重點
158	高屏	屏東縣	枋寮鄉	22,321	387	5	4,464	特定
159	高屏	屏東縣	新園鄉	31,703	828	6	5,284	一般
160	高屏	屏東縣	崁頂鄉	14,459	462	0	無牙醫鄉	重點
161	高屏	屏東縣	南州鄉	9,600	506	2	4,800	重點
162	高屏	屏東縣	佳冬鄉	17,323	559	1	17,323	重點
163	高屏	屏東縣	琉球鄉	12,076	1,775	2	6,038	特定
164	高屏	屏東縣	車城鄉	7,694	154	0	無牙醫鄉	重點
165	高屏	屏東縣	滿州鄉	6,927	49	0	無牙醫鄉	重點
166	高屏	屏東縣	枋山鄉	4,905	284	0	無牙醫鄉	重點
167	高屏	屏東縣	三地門鄉	7,598	39	0	無牙醫鄉	重點
168	高屏	屏東縣	霧臺鄉	3,166	11	0	無牙醫鄉	重點
169	高屏	屏東縣	瑪家鄉	6,647	84	1	6,647	重點
170	高屏	屏東縣	泰武鄉	5,190	44	0	無牙醫鄉	重點
171	高屏	屏東縣	來義鄉	7,282	43	2	3,641	重點
172	高屏	屏東縣	春日鄉	4,857	30	0	無牙醫鄉	重點
173	高屏	屏東縣	獅子鄉	4,825	16	0	無牙醫鄉	重點
174	高屏	屏東縣	牡丹鄉	4,671	26	0	無牙醫鄉	重點
175	高屏	高雄市	旗津區	24,906	14,362	5	4,981	特定
176	高屏	高雄市	大樹區	39,906	596	4	9,977	特定
177	高屏	高雄市	燕巢區*	28,348	433	30	945	特定
178	高屏	高雄市	田寮區	6,125	66	1	6,125	重點
179	高屏	高雄市	阿蓮區*	26,785	774	8	3,348	特定
180	高屏	高雄市	湖內區	29,295	1,453	4	7,324	一般
181	高屏	高雄市	茄萣區	28,732	1,823	4	7,183	一般
182	高屏	高雄市	永安區	13,510	597	2	6,755	重點
183	高屏	高雄市	彌陀區	17,715	1,199	2	8,858	特定
184	高屏	高雄市	旗山區*	33,368	353	12	2,781	一般
185	高屏	高雄市	美濃區	36,074	301	4	9,019	特定
186	高屏	高雄市	六龜區	11,286	58	3	3,762	重點

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比	加計地區
187	高屏	高雄市	甲仙區	5,279	43	0	無牙醫鄉	重點
188	高屏	高雄市	杉林區	10,569	102	0	無牙醫鄉	重點
189	高屏	高雄市	內門區	12,519	131	0	無牙醫鄉	重點
190	高屏	高雄市	茂林區	1,846	10	0	無牙醫鄉	重點
191	高屏	高雄市	桃源區	4,151	4	0	無牙醫鄉	重點
192	高屏	高雄市	那瑪夏區	3,111	12	0	無牙醫鄉	重點
193	高屏	澎湖縣	馬公市	63,282	1,862	28	2,260	特定
194	高屏	澎湖縣	湖西鄉	16,131	484	1	16,131	重點
195	高屏	澎湖縣	白沙鄉	10,084	502	1	10,084	重點
196	高屏	澎湖縣	西嶼鄉	8,039	430	1	8,039	重點
197	高屏	澎湖縣	望安鄉	5,266	382	0	無牙醫鄉	重點
198	高屏	澎湖縣	七美鄉	3,914	560	0	無牙醫鄉	重點
199	東區	花蓮縣	鳳林鎮	10,136	84	2	5,068	重點
200	東區	花蓮縣	玉里鎮*	21,277	84	9	2,364	特定
201	東區	花蓮縣	新城鄉	20,492	697	5	4,098	特定
202	東區	花蓮縣	壽豐鄉	16,628	76	1	16,628	重點
203	東區	花蓮縣	光復鄉	11,478	73	4	2,870	重點
204	東區	花蓮縣	豐濱鄉	4,082	25	1	4,082	重點
205	東區	花蓮縣	瑞穗鄉	10,388	77	0	無牙醫鄉	重點
206	東區	花蓮縣	富里鄉	9,386	53	1	9,386	重點
207	東區	花蓮縣	秀林鄉	17,178	10	1	17,178	重點
208	東區	花蓮縣	萬榮鄉	6,047	10	0	無牙醫鄉	重點
209	東區	花蓮縣	卓溪鄉	5,851	6	0	無牙醫鄉	重點
210	東區	臺東縣	成功鎮	12,754	89	2	6,377	重點
211	東區	臺東縣	關山鎮	7,757	132	2	3,879	重點
212	東區	臺東縣	卑南鄉	16,264	39	1	16,264	重點
213	東區	臺東縣	大武鄉	5,327	77	1	5,327	重點
214	東區	臺東縣	太麻里鄉	10,375	107	1	10,375	重點
215	東區	臺東縣	東河鄉	7,710	37	0	無牙醫鄉	重點
216	東區	臺東縣	長濱鄉	6,469	42	1	6,469	重點
217	東區	臺東縣	鹿野鄉	6,924	77	0	無牙醫鄉	重點
218	東區	臺東縣	池上鄉	7,529	91	2	3,765	重點
219	東區	臺東縣	綠島鄉	4,327	287	1	4,327	重點
220	東區	臺東縣	延平鄉	3,547	8	1	3,547	重點
221	東區	臺東縣	海端鄉	4,317	5	1	4,317	重點
222	東區	臺東縣	達仁鄉	3,437	11	0	無牙醫鄉	重點
223	東區	臺東縣	金峰鄉	3,682	10	1	3,682	重點
224	東區	臺東縣	蘭嶼鄉	5,220	108	0	無牙醫鄉	重點

註 1：資料來源：戶籍人口數、土地面積(~~113~~**114**.12 內政部內政統計資料)、牙醫師數(衛生福利部 ~~113~~**114** 年~~醫療機構現況及醫院醫療服務量統計~~**醫事機構服務量統計年報**)

註 2：牙醫師人口比(戶籍人口數/牙醫師數)、人口密度(戶籍人口數/平方公里)

註 3：*為 ~~115~~**116** 年新增鄉鎮，資料以 ~~113~~**114** 年相關資料計算。

附表　116 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***3.298%***	***1,713.6***	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
	投保人口預估成長率		*0.447%*		
	人口結構改變率		*0.337%*		
	醫療服務成本指數改變率		*2.501%*		
協商因素成長率			***-0.096%***	***-49.9***	請於 116 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 年度總額協商考量。
	其他議定項目	1.「牙醫特殊醫療服務計畫」專款與一般服務重複費用扣減(116 年新增項目)	*-0.002%*	*-1.0*	
		2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.094%*	*-48.9*	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***3.202%***	***1,663.7***	
		總金額		***53,623.1***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
1.醫療資源不足地區改善方案	*375.0*	*51.2*	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2.牙醫特殊醫療服務計畫	*1,211.8*	*255.9*	1.執行目標(暫列)：達成220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。 預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。 2.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	*309.0*	*69.0*	1.執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。 (2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			數增加率減緩。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計畫	*144.8*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體加強計畫推動，並持續監測執行結果及評估照護成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(112~116年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第5年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
5.高風險疾病口腔照護計畫	*5,091.9*	*836.1*	1.執行目標(暫列)： (1)116年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達269萬人次、照護人數不低於118萬人。 (2)116年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於322萬人次、照護人數不低於171萬人。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (2)自113年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65歲以上接受照護病人3年後(116年執行完，自117

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂65歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於116年4月前提出專案報告。 (2)本計畫以5年為檢討期限(112~116年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第5年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	*506.4*	*82.0*	本計畫以4年為檢討期限(113~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第4年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
7.非齒源性口腔疼痛處置	*16.0*	*1.6*	本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第3年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	*200.0*	*200.0*	1.執行目標(暫列)： (1)116年所需預算為490.6百

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
	(116 年新增項目)			萬元，考量行政院核定 116 年總額成長率上限為 5.5%，116 年爭取費用為 2 億元，另本計畫需逐步推展，執行率為 80%。 (2)116 年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為 5 成。 預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。 2.本計畫以 3 年為檢討期限(116~118 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	9.因應牙醫支付標準調整所增加預算	*0.0*	*0.0*	
	10.品質保證保留款	*150.4*	*53.4*	1.本項專款額度(150.4 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 266.8 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	***8,005.3***	***1,549.2***	
較基期成長率(一般服務＋專款)[註2]	**增加金額**	***5.500%***	***3,212.9***	
	總金額		***61,628.4***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 51,959.3 百萬元(含 115 年一般服務預算 51,912.4 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 45.5

附件 4

表 1、115 年第 2 季實際核發金額

核發項目	1-臺北			2-北區			3-中區			4-南區			5-高屏			6-東區			核發金額合計
	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	
1	64	45	1,252	46	38	388	48	40	425	105	88	1,066	90	74	758	22	17	175	4,064
2	64	9	401	46	11	246	48	21	463	105	40	1,233	90	26	723	22	7	166	3,232
3	64	7	124	46	13	127	48	15	208	105	33	545	90	14	183	22	8	77	1,263
4	64	24	551	46	30	659	48	29	698	105	63	1,813	90	51	1,208	22	15	312	5,242
5	64	34	354	46	37	388	48	35	387	105	74	1,004	90	59	661	22	16	161	2,954
6	64	17	359	46	36	386	48	27	329	105	62	858	90	33	382	22	12	131	2,445
合計			3,041			2,194			2,511			6,519			3,914			1,021	19,201

備註：

一、院所數：符合適用鄉鎮之院所數。

二、符合數：符合該項核發原則且有核發獎勵金之院所數。

三、核發項目：

1.當季屬六分區中點值最低之分區加計 3%；其餘分區，加計 1%。

2.當季該院所執行牙特計畫院所內牙醫服務 2 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 4%；其餘分區，加計 2%。

3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查至少 1 件(含)者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。

4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計 2%。

5.當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。

6.新增項目：當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。

表 2、115 年第 2 季修訂後模擬核發金額

核發項目	1-重點地區			2-特定地區			3-一般地區			核發金額合計
	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	
1	133	74	2,263	205	200	6,757	145	135	1,535	10,555
2	133	35	3,551	205	74	5,278	145	32	1,820	10,649
3	133	29	744	205	52	1,538	145	30	375	2,658
4	133	60	662	205	137	1,852	145	94	1,228	3,743
5	133	68	728	205	164	2,047	145	125	1,476	4,251
6	133	55	1,225	205	110	2,926	145	97	1,204	5,355
7	133	73	747	205	188	2,078	145	132	1,494	4,320
合計			9,920			22,477			9,132	41,529

備註：

一、院所數：符合適用鄉鎮之院所數。

二、符合數：符合該項核發原則且有核發獎勵金之院所數。

三、核發項目：

1.符合計畫資格者，重點地區、特定地區加計 3%；一般地區加計 1%

2.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，重點地區加計 8%；特定地區加計 5%；一般地區加計 4%。

3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，重點地區、特定地區加計 2%；一般地區加計 1%。

4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計 1%。

5.當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。

6.當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，重點地區、特定地區加計 2%；一般地區加計 1%。

7.新增項目：當季該院所執行牙周病統合治療方案(91023C)申報件數 1 件(含)以上者，加計 1%」

討論事項第十案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案　由：修訂「116 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，提請討論。

說　明：

一、依據牙全會115年11月5日牙全賢字第00517號函(附件1，頁次討10-3)辦理。

二、修訂「116年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，內容概述如下，修訂對照表詳附件2(頁次討10-4)。

（一）修訂年度及統一「病人」用詞。

（二）修訂核發資格：調整基層院所當年度須執行「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」至少 5 件；醫院層級院所執行率須達牙醫就醫人次 2%以上。

（三）修訂專業獎勵指標：

1.指標項目「65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率」、「4歲以上自家乳牙545天再補率」、「全口牙結石清除」：明列相關醫令。

2.指標項目「全口牙結石清除」：該院所當年度高風險疾病患者病人牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數，自12件調升為15件(含)以上。

（四）修訂政策獎勵指標：

1.指標項目「氟化物治療」：核算基礎自10%調降為8%。

2.新增指標項目「超音波根管沖洗」：該院所當年度超音波根管沖洗(P7303C)申報件數5件(含)以上；核算基礎為2%。

（五）新增「精進獎勵指標」。

三、 有關修訂「65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率」、「4歲以上自家乳牙545天再補率」指標操作型定義，新增納入高風險疾病口腔照護計畫牙體復形醫令89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C；115年牙醫門診總額品質保證保留款核發作業，建請健保署依修訂後內容辦理。

本署意見：

一、 本署尊重牙全會意見。

二、 有關修訂「65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率」、「4歲以上自家乳牙545天再補率」之操作型定義，並據以進行115年牙醫門診總額品質保證保留款核發作業一節，本署配合辦理。

三、 有關新增政策獎勵指標：「超音波根管沖洗」，經統計115年1月至9月醫院及診所申報超音波根管沖洗(P7303C)情形(詳附件3，討10-26)，申報院所共4,157家，其中申報≧5件之符合院所共3,981家(55.38%，醫院144家、診所3,837家)。

四、 為維護病人就醫權益，研擬修訂核發資格，部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量(詳附件2，頁次討10-8)。

決　議：

附件 1

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：
電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 11 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00517 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請　查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 16 屆第 1 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會 校對章(266)

理事長 黃玄賢

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

附件 2

~~115~~116 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂對照表

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
本項未修訂。	本項未修訂。	**壹、依據** 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
本項未修訂。	**貳、預算來源** 全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。當中移撥 5,000 萬元，分配於精進獎勵指標：特定疾病病人牙科就醫安全量能獎勵 500 萬元；高風險口腔疾病照護量能獎勵 4,500 萬元。	**貳、預算來源** 全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	牙全會： 新增精進獎勵指標預算分配。 本署： 建議預算分配方式列於伍、預算分配與核發原則方式。
本項未修訂。	本項未修訂。	**叁、方案目的** 本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。	本項未修訂。
肆、核發資格	**肆、核發資格**	**肆、核發資格**	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
一、牙醫門診特約醫療院所之當年度每個月(1 月至 12 月)醫療費用已辦理第一次暫付且符合下列條件者,得核發品質保證保留款,另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更,即視為不同開業主體,分別計算： (一)基層院所當年度執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)至少~~一~~5 件。 (二)醫院層級院所(排除兒童醫院)當年度	一、牙醫門診特約醫療院所之當年度每個月(1 月至 12 月)醫療費用已辦理第一次暫付且符合下列條件者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算： (一)基層院所當年度執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)至少~~一~~5 件。 (二)醫院層級院所(排除兒童醫院)當年度執	一、牙醫門診特約醫療院所之當年度每個月(1 月至 12 月)醫療費用已辦理第一次暫付且符合下列條件者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算： (一)基層院所當年度執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)至少一件。 (二)醫院層級院所(排除兒童醫院)當年度執	牙全會： 調升特定疾病病人牙科就醫安全計畫基層院所執行件數為 5 件、醫院層級院所執行率達牙醫就醫人次 2%以上。鼓勵院所提供適切照護，提升特定疾病病人就醫安全及醫療品質。 本署： 尊重牙全會修訂建議。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之執行率須達牙醫就醫人次 ~~1%~~2%以上。 二、有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款： (一)醫療行為異常暨違規院所： 1.牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙	行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之執行率須達牙醫就醫人次 ~~1%~~2%以上。 二、有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款： (一)醫療行為異常暨違規院所： 1.牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。	行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之執行率須達牙醫就醫人次1%以上。 二、有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款： (一)醫療行為異常暨違規院所： 1.牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
醫全聯會報備者。 2.保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者： (1)依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條予以扣減其十倍醫療費用者。 (2)三年內依特管辦法第三十八條或第三十	2.保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者： (1)依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條予以扣減其十倍醫療費用者。 (2)三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條予以停止特約者。	決議提牙醫全聯會報備者。 2.保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者： (1)依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條予以扣減其十倍醫療費用者。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
九條予以停止特約者。 (3)五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、終止特約者。 (4) 為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。前述核定停約之特約醫	(3)五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、終止特約者。 [註]：上述(2)、(3)點之違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)，倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。	(2)三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條予以停止特約者。 (3)五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、終止特約者。 [註]：上述(2)、(3)點之違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執	本署： 增訂部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情形另予考量。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
事服務機構，屬部分診療科別及服務項目停約者，得繼續參加本計畫，惟不得提供違規處置之診療科別或服務項目之醫療服務。 [註]： 上述(2)、(3)點之違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)，倘停止或終止特約之	(二)院所全年度未每個月(1 月至 12 月)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。	行或申請緩執行者)，倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。 (二)院所全年度未每個月(1 月至 12 月)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。 (二)院所全年度未每個月(1 月至 12 月)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。			
伍、預算分配與核發原則方式： 一、一般獎勵：每年結算一次 （一）預算：本方案預算扣除精進獎勵預算 （二）獎勵指標： 1.專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。	**伍、核發原則：** 一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。 二、政策獎勵：共~~八~~九項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。 三、精進獎勵：採獨立核算，分為二大指標，共計三項獎勵指標。特定疾病	**伍、核發原則：** 一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。 二、政策獎勵：共八項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。 三、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民	牙全會： 1.政策獎勵新增「超音波根管沖洗」指標，政策獎勵指標共計 9 項。 2.新增精進獎勵指標內容。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
2.政策獎勵：共~~八~~九項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。 （三）核發方式：以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下： 1. 該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費）x 平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數）x∑核算基礎比率	病人牙科就醫安全量能指標之核算基礎為 100%；高風險口腔疾病照護量能指標之核算基礎合計為 100%，詳附表 3。 ~~二~~四、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案	健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。	本署： 1. 有關修訂預算分配方式及新增精進獎勵，尊重牙全會修訂建議。 2. 合併伍、預算分配及陸、算分配與支用，並調整文字順序。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
2. 該院所核發品質保證保留款金額=（該院所核算基礎點數/∑各院所核算基礎點數)×當年度品質保證保留款。 二、精進獎勵：：每年結算一次。 （一）預算：分配與支用方式採獨立核算，5,000 萬元用於精進獎勵指標，其中特定疾病病人牙科就醫安全量能獎勵 500 萬元，高風險口腔疾病照護量能獎勵 4,500 萬元。 （二）精進獎勵指標：分	指標之計算(但列入精進獎勵指標之計算)，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。		

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
為二大指標，共計三項獎勵指標，詳附表 3。 1.特定疾病病人牙科就醫安全量能指標：核算基礎合計為 100%，詳附表 3-1。 2.高風險口腔疾病照護量能指標：核算基礎合計為 100%，詳附表 3-2。 三、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特			

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案專業獎勵及政策獎勵指標指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。 四、 保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第二項第(一)款第1目之特約醫療院所名單，以及衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)、衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符			

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及(四)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。			
~~陸、預算分配與支用~~ ~~一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下：~~ ~~(一)該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費)×平均核付率(該院~~	**陸、預算分配與支用** 一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下： (一)該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費)×平均核付率(該院所核定點數/該院所申	**陸、預算分配與支用** 一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下： (一)該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費)×平均核付率(該院所	牙全會： 新增精進獎勵指標內容。 本署： 尊重牙全會修訂建議。合併本項至伍、預算分配及陸、算分配與支用，並調整文字順序。

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
~~所核定點數/該院所申請點數) ×Σ 核算基礎比率~~ ~~(二)該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/Σ 各院所核算基礎點數)×當年度品質保證保留款~~ ~~二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第二項第(一)款第 1 目之特約醫療院所名單，以及衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)、衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及(四)之牙醫~~	請點數) ×Σ 核算基礎比率 (二)該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/Σ 各院所核算基礎點數)×當年度品質保證保留款 (三)精進獎勵：預算分配與支用方式採獨立核算，詳附表 3 二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第二項第(一)款第 1 目之特約醫療院所名單，以及衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)、衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎	核定點數/該院所申請點數) ×Σ 核算基礎比率 (二)該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/Σ 各院所核算基礎點數)× 當年度品質保證保留款 二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第二項第(一)款第 1 目之特約醫療院所名單，以及衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)、衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎勵	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
~~門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。~~	勵指標(三)及(四)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。	指標(三)及(四)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。	
柒陸、**其他事項** 辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。	本項未修訂。	**柒、其他事項** 辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。	
捌柒、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副	本項未修訂。	**捌、**本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知	

修訂條文(本署版)	修訂條文(牙全會版)	原條文	備註
知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。		健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

附表 1

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率 「病患」統一修訂為「病人」 修訂 OD 醫令 修訂年度	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率≦7 %。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病~~患~~人同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)~~OD~~ 牙體復形醫令之恆牙牙冠顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。 e.~~備註：OD~~ 牙體復形醫令~~不含複合體充填(89013C)~~：89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C。 f.公式：（分子／分母）×100%。 g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 ~~113~~114 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	15%	V	V
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 「病患」統一修訂為「病人」 修訂年度 修訂 OD 醫令	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率≦10 %者。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上同病~~患~~人同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)~~OD~~ 牙體復形醫令之乳牙顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所所有 5 歲 6 個月以上病~~患~~人，實施牙齒填補之乳牙顆數。 e.公式：（分子／分母）×100%。 f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(~~113~~114 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。 h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。 i.牙體復形醫令：89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，	15%	V	V

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
	89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C。			
(三)恆牙根管治療	分為下列3項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，且根管治療點數占總點數之百分比須大於5％者： 1.恆牙根管治療完成半年後的保存率≧95％。 [註]a.資料範圍：醫療院所前一年度下半年與該年度上半年往後追溯半年所有根管治療醫令。 b.分子：醫療院所就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 c.分母：同時期各醫療院所申報根管治療之恆牙顆數。 d.計算：1-(分子/分母)×100%。 e.該院所該年須有12個月的申報資料。 2.恆牙根管治療未完成率＜30%。 [註]a.定義：恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上除以根管開擴及清創。 b.計算公式：[1-(90001C＋90002C＋90003C＋900019C＋90020C)/90015C]。 3.院所當年應申報至少2例根管難症特別處理(90091C-90098C)且其中1例同時同案件下申報應含橡皮障防濕裝置(90012C)。	20%	V	V
(四)全口牙結石清除 **修訂醫令**	分為下列3項次指標，每項次指標皆需達到符合標準： 1.全口牙結石清除比率＞20％。 [註]a.分子：醫療院所申報12歲(含)以上全口牙結石清除術(醫令代碼 91004C + 91005C + 91017C + 91089C + 91090C+91104C)的人數。 b.分母：醫療院所牙醫門診病人數(12歲(含)以上之病人數)。 c.計算：分子/分母 ×100％。 2.施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)、特殊牙周暨齲齒控制基本處置(91114C)的執行率＞20%。 [註] a.分子：當年施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(醫令代碼 併同91004C、91005C之91014C +91005C、91104C之91114C+ 91017C + 91089C + 91090C + 併同91004C、91005C之P7101C)的人數。 b.分母：全部全口牙結石清除人數。	20%	V	V

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
「患者」修訂為「病人」及調升申報件數	c.計算：分子/分母 ×100 %。 3.該院所當年度高風險疾病人者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病~~患者~~病人牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數~~12~~15件(含)以上。			
核算基礎小計		70%		

附表 2

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
（一）牙周病顧本計畫	該院所當年度特定牙周保存治療（91015C、91016C、91091C）及牙周病支持性治療（91018C）~~、特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆(91091C)~~合計申報件數在 15 件(含)以上。	3%	V	V
（二）牙周病統合照護品質	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上，且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%。	5%	V	V
（三）口腔癌篩檢	醫院當年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 12 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫。 [註]該筆處置醫療費用點數申報格式，就醫科別須為「40(牙科)、GA(口腔顎面外科)」	10%	V	
（四）口腔癌篩檢、戒菸治療服務	該院所當年度口腔癌篩檢資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 4 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫，或提供健康署之戒菸治療服務。	2%		V
（五）每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	該院所須同時符合下列二項條件： 1. 每月於健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network, VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。 2. 當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數≧1 件（不含預防保健案件）。 [註]週日及國定假日之定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 所訂。	3%		V
（六）月平均初核核減率	~~114~~**115** 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。	3%		V
（七）特殊醫療服務計畫	1.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上。	2%	V	V
	2.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上。	2%		V
(八)氟化物治療	該院所當年度齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)申報件數 30 件(含)以上。	~~10%~~ 8%	V	V
(九)超音波根管沖洗	該院所當年度超音波根管沖洗(P7303C)申報件數 5 件(含)以上。	2%	V	V
核算基礎小計			30%	30%

附表 3

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-精進獎勵指標

附表 3-1：特定疾病病人牙科就醫安全量能指標

~~預算額度：~~~~500 萬元~~

~~核發原則：~~~~「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」列入精進獎勵指標之計算~~

指標項目	操作型定義/品質保證保留款之分配	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
特定疾病病人牙科就醫安全量能	一、操作型定義 該院所當年度申報 P3601C 之核定件數大於全國 25 百分位，且該院所當年度 P3601C 申報之比率排名位於符合相同條件之院所前 20%。 [註] a.資料起迄時間：當年。 b.P3601C 申報比率。 分子：該院所當年度 P3601C 申報件數。 分母：該院所當年度牙科就醫總人次。 計算：(分子/分母)×100%。 二、品質保證保留款之分配 該院所核發品質保證保留款金額=(該院所 P3601C 之核定件數÷Σ 符合相同條件之核定件數)×核算基礎 100%×500 萬元。	100%	V	V
核算基礎小計		100%	100%	100%

附表 3-2：高風險口腔疾病照護量能指標

~~**預算額度：4,500 萬元**~~

~~**核發原則：「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」列入精進獎勵指標之計算**~~

指標項目	操作型定義/品質保證保留款之分配	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一)高風險疾病病人牙結石清除回診照護量能	一、操作型定義 該院所當年度申報 91090C 之核定件數大於全國 25 百分位，且當年度於該院所申報 91090C 達 2 次以上之病人數，占該院所全年申報 91090C 病人總數之比率，該比率排名位於符合相同條件之院所前 20%。 [註] a.資料起迄時間：當年。 b.申報 91090C 達 2 次以上之比率。 分子：該院所申報 91090C 達 2 次以上之病人數。 分母：該院所全年申報 91090C 病人總數。 計算：(分子/分母)×100%。 二、品質保證保留款之分配 該院所核發品質保證保留款金額=(該院所符合 91090C 年度申報達 2 次以上條件之核定件數÷Σ 符合相同條件之核定件數)×核算基礎 25%×4,500 萬元。	25%	V	V
	一、操作型定義 該院所當年度申報 91090C 之核定件數大於全國 25 百分位，且當年度於該院所申報 91090C 達 3 次以上之病人數，占該院所全年申報 91090C 病人總數之比率，該比率排名位於符合相同條件之院所前 20%。 [註] a.資料起迄時間：當年。 b.申報 91090C 達 3 次以上之比率。 分子：該院所申報 91090C 達 3 次以上之病人數。 分母：該院所全年申報 91090C 病人總數。 計算：(分子/分母)×100%。 二、品質保證保留款之分配 該院所核發品質保證保留款金額=(該院所符合 91090C 年度申報達 3 次以上條件之核定件數÷Σ 符合相同條件之核定件數)×核算基礎 25%×4,500 萬元。	25%	V	V

指標項目	操作型定義/品質保證保留款之分配	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(二)齲齒經驗之高風險病人氟化物治療回診防護量能	一、操作型定義 該院所當年度申報 P7302C 之核定件數大於全國 25 百分位，且當年度於該院所申報 P7302C 達 2 次以上之病人數，占該院所全年申報 P7302C 病人總數之比率，該比率排名位於符合相同條件之院所前 20%。 [註] a.資料起迄時間：當年。 b.申報 P7302C 達 2 次以上之比率。 分子：該院所申報 P7302C 達 2 次以上之病人數。 分母：該院所全年申報 P7302C 病人總數。 計算：(分子/分母)×100%。 二、品質保證保留款之分配 該院所核發品質保證保留款金額=(該院所符合 P7302C 年度申報達 2 次以上條件之核定件數÷Σ 符合相同條件之核定件數)×核算基礎 25%×4,500 萬元。	25%	V	V
	一、操作型定義 該院所當年度申報 P7302C 之核定件數大於全國 25 百分位，且當年度於該院所申報 P7302C 達 3 次以上之病人數，占該院所全年申報 P7302C 病人總數之比率，該比率排名位於符合相同條件之院所前 20%。 [註] a.資料起迄時間：當年。 b.申報 P7302C 達 3 次以上之比率。 分子：該院所申報 P7302C 達 3 次以上之病人數。 分母：該院所全年申報 P7302C 病人總數。 計算：(分子/分母)×100%。 二、品質保證保留款之分配 該院所核發品質保證保留款金額=(該院所符合 P7302C 年度申報達 3 次以上條件之核定件數÷Σ 符合相同條件之核定件數)×核算基礎 25%×4,500 萬元。	25%	V	V
核算基礎小計		100%	100%	100%

附件 3

115 年 1 月至 9 月醫院及診所申報「超音波根管沖洗(P7303C)」情況

單位：件

P7303C 執行件數	特約類別	
	醫院	診所
最小值	0	0
最大值	4,576	1,753
總院所數	186 家	7,002 家
申報院所數	152 家	4,005 家
申報比例	81.72%	57.20%
≧5 件院所數	144 家	3,837 家
≧5 件比例	77.42%	54.80%

註：

1.超音波根管沖洗(P7303C)自 114 年 5 月 1 日起生效。

2.統計區間：115 年 1 月-115 年 9 月。