

100 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

第一項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫

一、依據

行政院衛生署 99 年 12 月 28 日衛署健保字第 0990033549 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)100 年度全民健康保險(以下稱全民健保)醫療費用總額協商暨第 163 次會議紀錄。

二、目的

本計畫之實施，在於鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區及山地離島執行醫療服務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有效、積極、安全的醫療體系，促使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。

三、實施期間：100 年 1 月 1 日至 100 年 12 月 31 日止。

四、預算來源

本計畫預算依費協會會議之決議辦理。

五、施行地區

本計畫施行地區(詳附件 1)。

註：若執業醫師退出本計畫該鄉則開放執業服務或巡迴服務申請。

六、計畫執行目標

(一)執行目標：

- 1.本計畫併同 91 年度起共以減少 35 個牙醫醫療資源不足地區為執行目標。

2.本計畫服務總天數以達成 5,100 天、總服務人次以達成 45,000 人次為執行目標。

(二)施行地區之分類：

為鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業，提供醫療服務。本計畫施行地區分下列四級執行，以保障其承作本計畫之費用。又下列牙醫醫療資源不足地區之級數，由各縣市牙醫師公會會同當地衛生局認定後提供全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組辦理相關給付之依據。

- 1.一級：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。
- 2.二級：指偏遠平地鄉(指該鄉之鄉公所離最近平地鄉公所車程一小時)之牙醫醫療資源不足地區。
- 3.三級：指山地鄉、離島地區之牙醫醫療資源不足地區。
- 4.四級：指特殊困難地區(離島地區需包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。

註 1:四級係原三級有特殊交通困難者，須提具體理由並經牙醫門診總額專業事務自主受託單位(中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會)審查通過。

註 2:申請四級地區論次費用之巡迴醫療點，需提具體理由(離島地區需包船、山地地區有特殊交通困難者)並經牙醫全聯會審核認定。

七、本計畫執行內容及方式：本計畫所提供之醫療服務分下列二類：

(一)執業地點門診服務：(分四級「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.門診服務時數：執行本計畫之特約院所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，並包含 2 個夜診，且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於 24 小時。

- 2.門診天數、時段、地點則依執行本計畫之特約院所申請計畫書所列之時間表為依據，門診時段若為行政院人事行政局公布之假期〔國定假日、春節（農曆除夕至初三）、颱風天〕，則為休診日。
- 3.門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表（附件 2-1）、執業醫師休診單（附件 2-2、2-3）於前月 15 日前向牙醫全聯會及本保險人分區業務組核備。當月未達上述工作天數及診察時間者，依實際診察時數與應診比例扣款給付，如有不可抗拒之事由（重大傷病、天災等）不在此限。
- 4.執行本計畫之特約院所負責醫師不得支援其他院所，並不得申報非本計畫內容之全民健保醫療費用(具專科資格且經牙醫全聯會核准者除外，詳註)；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於 7 日前向牙醫全聯會報備，並由牙醫全聯會發文轉知保險人及其分區業務組（含支援及被支援院所所屬之本保險人分區業務組），該院所所有支援醫師合計其門診時間（含巡迴醫療服務）不得超過該院所總門診時數的三分之一。

註 1：若因特殊情況需支援醫師代理負責醫師時，需向牙醫全聯會提出申請核准，並由牙醫全聯會發文轉知本保險人及其分區業務組（含支援及被支援院所所屬之本保險人分區業務組），其支援醫師仍受此門診時間不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一限制。

註 2：具衛生署所認定之專科醫師於該地區內，缺乏該專科人力時可向牙醫全聯會提出申請，核准日起得開始支援須於執業門診時段外，該專科支援其他院所。並由牙醫全聯會發文轉知本保險人及其分區業務組（含支援及被支援院所所屬之本保險人分區業務組）。

(二)牙醫巡迴醫療服務：(下列門診時段外提供之服務按小時計費，且醫療費用併入醫療院所申報)

1.一般治療

2.溝隙封劑與預防性樹脂填充使用

3.口腔衛生推廣服務：每院所每月至多申報三小時

- (1) 正確刷牙及牙線使用指導
- (2) 含氟漱口水使用指導
- (3) 成人口腔癌篩檢
- (4) 家戶訪視及口腔疾病和口腔衛生檢查
- (5) 參與並配合當地社區的總體健康營造活動
- (6) 口腔衛生及疾病防治說明會

4.應於本計畫特約院所報備門診服務之時段以外執行，支援醫師支援前開特約院所執行此項服務，不受門診時段限制，但均依相關辦法向當地衛生單位報准，並將支援時段表列入該醫師姓名，但支援醫師不得申報論次費用。

5.於執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務時，該院所應於前月十五日前填寫月申請表及執業計畫巡迴點統計表（附件 2-4、2-5）或臨時申請表（附件 2-2），並註明門診服務時段和本項服務時段，以書面函送至牙醫全聯會核准其該月巡迴次數後執行，並函送本保險人分區業務組核備。

(三)執行本計畫特約院所之總體服務時數（包括執業地點門診服務及牙醫巡迴醫療服務）每週至少 5 天 30 小時。

八、本計畫申請條件及申請程序

(一)申請條件：

1. 申請本計畫之執業醫師，應為全民健保特約院所執業達 2 年（含）以上之牙醫師，於 3 年內未曾有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）；且為牙醫全聯會會員。

2. 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，5 年內不得再申請加入。
 3. 由牙醫全聯會各分區委員會查證院所醫療模式異常，提報經牙醫全聯會及保險人決議不予通過者不得加入。
- (二)自本計畫公告日起，符合申請條件之牙醫師應檢送申請書、計畫書書面資料、檔案（格式及內容如附件 3）、申請之醫療缺乏地區鄉鎮公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。
- (三)牙醫全聯會於公告日起 30 個工作日內（以郵戳為憑）收齊申請案件進行審查，並於公告日起 45 個工作日內進行審查，審查後 10 個工作日內以函復本保險人審查結果。本保險人及分區業務組於 10 個工作日內函復核定結果。
- (四)經審查通過並收到回復同意函者，依醫師法相關規定辦理執業登記後，於該同意函發文日 30 個工作日內與本保險人簽訂特約醫事服務機構合約。超過 30 個工作日未完成與本保險人簽約事宜，得另重新申請。
- (五)本計畫實施期間仍無人申請之公告地區，可繼續接受申請並依上述(一)至(四)項規定辦理。

九、醫療費用申報與支付

(一)執業地點門診服務及巡迴醫療服務醫療費用支付原則：

- 1.參加本計畫之特約院所申報醫療服務支付項目及點數時，按全民健康保險醫療費用支付標準辦理。
- 2.以該區每點支付金額及核定點數計算，但每點支付金額至少 1 元，每月依牙醫醫療資源不足地區分級設定保障額度計算，如申報點數超過保障額度者，以實際申報點數計算；本醫療費用已包含承作基本費用、定額變動費用及風險分擔醫療費用。
- 3.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。

4.分級設定保障額度如下：

(1)一級「牙醫醫療資源不足地區」保障額度：每月為 19 萬元。

(2)二級「牙醫醫療資源不足地區」保障額度：每月為 22 萬元。

(3)三級「牙醫醫療資源不足地區」保障額度：每月為 24 萬元。

(4)四級「牙醫醫療資源不足地區」保障額度：每月為 28 萬元。

5.核定：醫療費用經審查後，低於每月依本計畫執行度認定標準，設定保障額度者，以保障額度計，高於保障額度者，暫以每點 1 元核付。

6.結算：每位醫師每月至少依本計畫執行度認定標準，設定保障額度支領醫療費用，申報點數超過者，依該區每點支付金額至少每點 1 元計算。

7.前開核定及結算餘額依保險人 91 年 10 月 15 日健保審字第 0910023483 號函之申報作業說明第三項及第四項規定辦理。

(二)牙醫巡迴醫療服務：

1.除寒暑假外，每月至少執行 2 次巡迴醫療，此 2 次巡迴醫療不包含口腔衛生推廣服務。經查每月執行少於 2 次，除不得申請該月巡迴醫療費用外，並列入下年度參與本計畫評估條件。

2.執行本項服務，同一時段同一地點支付一位牙醫師費用。每次服務每小時二級 1500 點、三級 2400 點、四級 3400 點，二至三級每天以 6 小時、四級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以三級地區(每小時 2400 點)支付【離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時之後仍以四級地區(每小時 3400 點)支付】，每週服務時數以不超過執業地點門診總時數為依準並包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。(其服務時間為實際醫療時間計算，診次間至少相隔半小時，不包含車程、用膳及休息時間)。

3.執業醫師至鄰近鄉鎮執行巡迴醫療服務時，得申報論次費用，且以施行地區之分級多加一級申報，至多四級。(該鄰近鄉鎮係為本計畫公告

鄉鎮，不得跨縣及分區)

4.牙醫巡迴醫療服務執行完成後，檢附下列資料連同門診費用申報於次月 20 日前，寄所屬本保險人分區業務組核定，其(4)服務報酬申請表(附件 2-6)、(5)巡迴醫療之日工作紀錄表(附件 2-7)，請另以電子檔為原則傳送備查；另將(4)服務報酬申請表(附件 2-6)、(5)巡迴醫療之日工作紀錄表(附件 2-7)、(6)IC 卡例外就醫名冊(附件 2-9)，影本寄牙醫全聯會備查。

(1)執行表格-附件 2-8。(請詳填寫表格資料，地段負責人員<須加註地段負責人員職稱>應為同一人，並需簽名，如有需要說明處，請於表格空白部分填寫)。

(2)公文(經牙醫全聯會審核同意之事前申請表及同意函)。

(3)每一診次執行照片三張(附日期、服務醫師、地點、施行狀況且照片內容與申報時所勾選之服務項目相符)。如有不符合照片規定者，則核減該診次論次費用。

(4)服務報酬申請表-附件 2-6。(本申請表應於次月 20 日前連同門診費用申報寄本保險人分區業務組，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」。)

(5)巡迴醫療之日工作紀錄表。(附件 2-7)

(6)IC 卡例外就醫名冊。(附件 2-9)

(7)服務量管控：每月平均每 1 診次(以 3 小時為原則)申報點數不超過 2 萬點為原則(不含論次)，超過 2 萬點的部份不予給付。

(三)申報與暫付：

1.依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法等相關規定辦理醫療費用申報、暫付。

2.醫療費用申報格式填寫：門診醫療服務點數清單項次 05「案件分類」及門診醫療服務醫令清單項次 05「案件分類」請填 14。

(1)門診醫療：門診醫療服務點數清單項次 07「特定治療項目代號」(一)請填 F2。

(2)巡迴醫療：門診醫療服務點數清單項次 07「特定治療項目代號」(一)請填 F2、「特定治療項目代號」(二)請填 F3。餘按門診醫療服務申報格式填寫，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，則核減該論次費用。

3.巡迴醫療須配合健保 IC 卡相關作業登錄及上傳診療資料，依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證（簡稱健保 IC 卡），其相關作業流程與辦理原則詳如附件 4 及附件 5。如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（附件 2-9）。並於每月併同費用申報寄書面或電子檔予本保險人分區業務組。未依健保 IC 卡相關規定作業，經本保險人審核，不符資格者，不予支付。

註：若巡迴醫療地點能檢附學校證明文件，則不予核刪費用。

4.本計畫之服務量不列入門診合理量計算。

5.本計畫不列入「100 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。

十、相關規範

(一)執行本計畫之特約院所至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療台、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，並符合牙醫院所感染控制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 天內完成。

(二)執行本計畫之特約院所至少應聘請一名牙醫專任助理（應有加保紀錄）。

(三)特約院所於收到同意函發文日 30 個工作日內，需完成執業執照登記；若執業執照登記日起至月底未滿 1 個月者，則按診療日數比例予以給付

費用。

(四)本計畫特約院所負責醫師不得支援其他院所，且不得申報非本院所之全民健保醫療費用(具專科資格且經牙醫全聯會核准者除外，詳註)；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於 7 日前向牙醫全聯會報備，其門診時間不得超過該院所總門診時數的三分之一。

註：具行政院衛生署所認定之專科醫師於該地區內，缺乏該專科人力時可向牙醫全聯會提出申請，核准日起得開始支援須於執業門診時段外，該專科支援其他院所。

(五)執行本計畫之特約院所得廣泛的提供當地之醫療服務，配合交通流線於適當之地點設置若干處臨時或流動之醫療工作站，工作站之時間表、地點及電話應檢送牙醫全聯會備查，並於執業執照登記 60 天內設置完成，使當地居民能獲得就醫之便利性及可近性。

(六)參與本計畫之院所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、口腔癌篩檢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。

(七)執行牙醫巡迴醫療服務之院所，應按醫師法及全民健保相關規定並不得再領取牙醫全聯會及地方衛生單位所辦理之口腔保健費用。

(八)執行牙醫巡迴醫療服務之院所，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。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況(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推廣，僅計算一般治療。)，核准其巡迴醫療次數及核減費用，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，不滿則核減一次費用；醫師及醫護人員費用不核扣。

例：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（ $25 \div 3 = 8.34$ ），則核發 8 次費用。

(九)本保險人分區業務組及牙醫全聯會全民健保牙醫門診總額執行委員會之各分區分會將不定期依特約院所所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段服務，經電訪 3 次，未依所訂門診時段服務且無具體原因者，經本保險人分區業務組函文改善 3 次，而未改善者，則依違規處理第 2 點辦理。

(十)違規處理：

- 1.如有違反本項計畫第七項本計畫執行內容及方式第一款第一目、第二目、第三目，或第十項相關規範第(五)、(六)款，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會及本保險人依違規情節輕重，評估該醫療院所下年度執行資格。
- 2.如有違反本項計畫第七項「本計畫執行內容及方式」第一款第四目、第三款，或暨第十項相關規範第(一)、(八)、(九)款，通知改善而未改善者，由牙醫全聯會轉請本保險人即終止該醫療院所執行本計畫。
- 3.如無故休診兩星期者或請假休診兩個月者，由牙醫全聯會轉請本保險人分區業務組即終止該醫療院所執行本計畫。
- 4.如經牙醫全聯會及本保險人分區業務組查察有違約遭停止特約以上處分者，牙醫全聯會及本保險人分區業務組得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後即停止執行本計畫。

(十一)100 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考核作業要點（詳附件 6）。

(十二)執業計畫管控原則

（年限計算：自 96 年以前加入，則以 96 年方案公告開始計算服務年限；96 年後加入，自院所簽約日開始累進計算服務年限）

1.每月總服務量(包含門診、巡迴醫療服務量)採分級管控，原則如下：

(1) 一級地區：滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 50%，第二年起未達者以 20%核付保障額度。

(2) 二級地區：滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 30%，第二年起未達者以 30%核付保障額度。

(3) 三級地區：滿二年者，第三年起總服務量須達保障額度 20%，第三年起未達者以 30%核付保障額度。

(4) 四級地區：滿二年者，第三年起總服務量須達保障額度 15%，第三年起未達者以 30%核付保障額度。

※註：依行政院人事行政局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。

2.各項主要處置醫令之管控，以每季全國主要處置醫令分布進行評估，絕對指標如下：

(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)

※註：(1)OD 案件申報點數占率+(2)牙周案件申報點數占率，需達到處置申報點數占率的 40%。

(3)Endo 案件申報點數占率—需達到 2%

(計算公式：Endo 案件申報點數/處置申報點數)

3.每季執行資料分析未達上述任一絕對指標之院所，經牙醫全聯會及本保險人確認者，即停止執行本計畫。

(十三)以上規範如有未盡事宜，經牙醫全聯會修正後轉請本保險人公告執行。

十一、「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 7）。

十二、執行報告

執行本計畫者應每季以電子檔為原則提供執行情形之統計報表(詳附件 2-6、附件 2-9)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。執行報告之格式及內容，詳附件 8（執行報告第三點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；另由牙醫全聯會將本計畫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，並於全民健保牙醫門診總額支付委員會報告。

十三、本方案之經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，扣除本計畫執行單位門診服務之「定額給付」後，本計畫之「論次給付」、同方案第二項「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之「核實申報加成給付」及「論次給付」皆依各區當季浮動點值計算暫結，且每點金額不高於 1 元。年底時進行結算，以全年預算扣除上述之「定額給付」後，其餘給付項目皆採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

十四、本計畫報請行政院衛生署核定後由保險人公告實施，修正時亦同。惟 99 年度原有計畫延續至 100 年度執行，且符合本計畫 100 年度公告之施行地區者，其實施日期追溯至 100 年 1 月 1 日起，至 100 年度本計畫公告實施日之次月止。

十五、若全民健保牙醫門診總額支付制度因故未能委託辦理專業自主事務，則本計畫原應由牙醫全聯會執行之項目，改由保險人自行辦理。

第二項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫

一、依據

行政院衛生署 99 年 12 月 28 日衛署健保字第 0990033549 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)100 年度全民健康保險(以下稱全民健保)醫療費用總額協商暨第 163 次會議紀錄。

二、目的

本計畫之實施，在於鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區及山地離島巡迴醫療服務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有效、積極、安全的醫療體系，促使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。

三、實施期間

100 年 1 月 1 日至 100 年 12 月 31 日止。

四、預算來源

本計畫預算依費協會會議之決議辦理。

五、執行地區

本計畫施行範圍，詳如附件 9。

六、計畫施行目標及執行方式

(一)執行目標：

- 1.本年度至少以 18 個醫療團為執行目標。
- 2.本年度至少設立 10 個社區醫療站為執行目標。
- 3.本計畫服務總天數以達成 6,000 天、總服務人次以達成 90,000 人次為執行目標。

(二)本項措施之執行有二：

- 1.以本計畫公告之牙醫醫療資源不足地區之國小及國中學童、教職員及當地民眾為服務對象，進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 12-2)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。
- 2.以社區醫療站模式，設立於本計畫公告之牙醫醫療資源不足地區；由醫療團成員輪流排班，維持每週 3 至 6 天為原則，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。
- 3.社區醫療站之巡迴天數、時段、地點，則依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據，惟本保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫、中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。

七、申請資格

- 1.各縣市牙醫師公會、中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)全民健保牙醫門診總額執行委員會之各分區分會、教學醫院所組成之團隊；團隊規模大小，由當地牙醫師公會規劃，協調及其他未盡事宜由牙醫全聯會決定並轉知本保險人。
2. 所組成之醫療團成員為全民健保特約院所執業達 1 年(含)以上之牙醫師，且 3 年內不得有停止特約以上之處分，並為牙醫全聯會會員。

八、申請程序

- 1.受理收件：申請參與本計畫之醫療團，應檢送申請書、計畫書書面資料及檔案(格式及內容如附件 10)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。
- 2.進行審查：牙醫全聯會收齊申請案件後，於 45 個工作日內進行審查，審查後 10 個工作日內以函復保險人審查結果本保險人及分區業務組

於 10 個工作日內函復申請者；經審查通過並收到回復同意者，依醫師法相關規定辦理後，即可執行巡迴醫療服務。

九、醫療費用申報及支付

(一)支付原則：

- 1.本計劃列有得「核實申報」及「論次論量計酬」申報。
- 2.「核實申報」計酬方式：每件加計 2 成點數支付，每點支付金額以 1 元暫付，餘依全民健康保險相關規定辦理。
- 3.「論次加論量」計酬方式：依全民健康保險醫療費用支付標準相關規定核實申報醫療費用外，並得依下述論次給付。

(1)資格：符合下列條件者，並經牙醫全聯會總額委員會審查通過，即可申請此方式申報(特殊困難之地區不在此限)：

- ①該醫療團及所屬成員成立 1 年且無違規者。
- ②該醫療團申請前於該學校之口腔健康狀況及醫療需求調查表(詳附件 12-2)完成齲齒填補率達 80%以上者。
- ③醫療團於「非學校」地區執行巡迴醫療業務時，得依本計畫該施行地區之分級申報論次費用。
- ④提出申請時，需附相關口腔公共衛生計劃，並於該單位每 2 個月至少執行 1 次口腔衛生服務。

(2)依據施行地區分類之級數，執行本項服務，每次服務每小時二級 1500 點、三級 2400 點、四級 3400 點，二、三級每天以 6 小時、四級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以三級地區(每小時 2400 點)支付【離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時之後仍以四級地區(每小時 3400 點)支付】，並包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。每點支付金額以 1 元暫付。(其服務時間為實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間)。跨分區執行巡迴

服務時，得申報論次費用，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。

(3)口腔衛生推廣及巡迴醫療服務執行完成後，檢附下列資料連同門診費用申報於次月 20 日前，寄至所屬本保險人分區業務組核定；其中巡迴服務報酬申請表（附件 11-1）請另以電子檔為原則傳送備查，另將第③服務報酬申請表(附件 11-1)、巡迴醫療團月統計資料表（附件 11-2）影本(以醫療團為單位)寄牙醫全聯會備查。

①執行表格-附件 11-3。(請詳填寫表格資料，地段負責人員〈須加註地段負責人員職稱〉應為同一人，並需簽名，如有需要說明處，請於表格空白部分填寫)

②每一診次執行照片三張（附日期、服務醫師、地點、施行狀況且照片內容與申報時所勾選之服務項目相符）如有不符合照片規定者，則核減該診次論次費用。

③巡迴服務報酬申請表-附件 11-1。(本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險人分區業務組，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」。

④巡迴醫療之日工作紀錄表—附件 11-4。

⑤IC 卡例外就醫名冊（附件 2-9）。

(4)以學校及所屬之村、部落為單位。

(二)申報、暫付：

1.依全民健康保險醫療費用支付標準及全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法等相關規定辦理醫療費用申報、暫付。

2.醫療費用申報格式填寫：門診醫療服務點數清單項次 05「案件分類」及門診醫療服務醫令清單項次 05「案件分類」請填 14。門診醫療服務點數清單項次 07「特定治療項目代號」(一)請填 F3，餘按門診醫療服務申報格式填寫，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，則核減該診次論次費用。

- 3.巡迴醫療須配合健保 IC 卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證（簡稱健保 IC 卡），其相關作業流程與辦理原則詳如附件 4 及附件 5。如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（附件 2-9）。並於每月併同費用申報寄本保險人分區業務組。未依健保 IC 卡相關作業，經本保險人審核，不符資格者，不予支付。

註：若巡迴醫療地點能檢附學校證明文件，則不予核刪費用。

- 4.本項免收掛號費，山地離島地區免收掛號費及免部分負擔。
- 5.本計畫服務量不列入門診合理量計算。
- 6.本計畫不列入「100 年度全民健保牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計算。

十、相關規範

(一)巡迴醫療團隊應依申請計畫書所列之巡迴地點及醫師名單進行巡迴服務，牙醫全聯會將相關訊息建置並維護於該會網站，供本保險人分區業務組進行連結；巡迴醫療團隊，如有變更或增減巡迴地點及牙醫師名單則於前月 25 日之前，以書面函向牙醫全聯會及本保險人報備。

(二)每月的診療時段、地點服務醫師應由醫療團隊於前月月底之前，以書面函送至當地衛生局、本保險人分區業務組、牙醫全聯會、巡迴點（學校或衛生所）及服務醫師，並委請衛生所、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務，則不予支付費用。

註：四級地區因氣候因素或特殊交通困難，導致未依原先訂定之時段作巡迴服務，不在此限；但應於當月月底申報次月的診療時段、地點及服務醫師時，併同補報備更改之時段。

(三)醫療團需於每月 25 日前統計該醫療團前月統計資料表（表格詳附件

11-2)，並以書面函牙醫全聯會及本保險人。如連續 3 個月未繳交者、或實際診療診次與報備診次之執行率低於 85% 者，得經牙醫全聯會重新評估後，由牙醫全聯會轉請本保險人分區業務組，即終止該醫療團執行本計畫。

(四)醫療團隊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。

(五)本計畫執行期間，巡迴醫療團隊應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，且由牙醫全聯會舉辦不定期訪視。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，牙醫全聯會及本保險人得以評估該醫療團隊下年度是否參與本計畫之重要依據。

(六)巡迴醫療服務的管控原則：

1.服務量的管控

(1)各醫療團需於年度計畫開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報准牙醫全聯會核定，且全年總申報點數不得超過核定額度。

(2)每月平均每 1 診次(以 3 小時為原則)申報點數以不超過 2 萬點為限(不含論次)，超過 2 萬點的部分不予支付。

(3)每位醫師每月巡迴醫療服務診次(每診次以 3 小時為原則)以不超過 12 次為原則。

(4)每位醫師每月申報本項服務總點數以 24 萬點為限(不含論次給付)，若申報總點數超過 24 萬點，則超過 24 萬點的部份不予支付。

(5)四級地區不在此限。

2.訪視結果及處理方式

(1)訪視時如發現院所疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報本保險人依全民健保相關法規處理。

(2)訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 90%，牙醫全聯會得提

報醫療團隊輔導處理。

(3)訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 80%，牙醫全聯會得報請本保險人停止該醫師參與本計畫並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。

(七)醫療團隊或所屬服務醫師，如有違規情節重大屬實，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會將轉請本保險人即終止該醫療團隊或所屬服務醫師執行本計畫。

(八)申請巡迴醫療服務之醫療團(牙醫師)應將「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於明顯處。

(九)以上規範如有未盡事宜，經牙醫全聯會修正後轉請本保險人公告執行。

十一、「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(如附件 7)

十三、執行報告

執行本計畫者應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告及學童口腔健康狀況調查統計表(附件 12-1、12-2)至牙醫全聯會，牙醫全聯會以電子檔為原則，提供本保險人彙整執行情形(附件 12-3)之統計報表。如逾期 30 日未繳交者則停止參與本計畫。執行報告之格式及內容，詳附件 12-1(執行報告第十一點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；另由牙醫全聯會將本計畫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，並於全民健保牙醫門診總額支付委員會報告。

十四、本方案之經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，扣除本方案第一項「牙醫師至牙醫醫療資源不

足地區執業服務計畫」執行單位門診服務之「定額給付」後，第一項計畫之「論次給付」、本計畫之「核實申報加成給付」及「論次給付」皆採浮動點值計算暫結，且每點金額不高於 1 元。年底時進行結算，以全年預算扣除上述之「定額給付」後，其餘給付項目皆依各區當季浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

十五、本計畫報請行政院衛生署核定後由保險人公告實施，修正時亦同。惟 99 年度原有計畫延續至 100 年度執行，且符合本計畫 100 年度公告之施行地區者，其實施日期追溯至 100 年 1 月 1 日起，至 100 年度本計畫公告實施日之次月止。

十六、若全民健保牙醫門診總額支付制度因故未能委託辦理專業自主事務，則本計畫原應由牙醫全聯會執行之項目，改由保險人自行辦理。