

98 年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案

中央健康保險局 97 年 12 月 26 日健保醫字第 0970044558 號函公告

中央健康保險局 98 年 4 月 9 日健保醫字第 0980009185 號函公告修訂

第一項 牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫

一、依據

行政院衛生署 97 年 12 月 11 日衛署健保字第 0970050704 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會 98 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 142 次會議紀錄。

二、目的

本試辦計畫之實施，在於鼓勵牙醫師至醫療資源缺乏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

九十八年一月一日至九十八年十二月三十一日止。

四、預算來源

本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。

五、施行地區

本計畫施行地區詳如附件一。

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.本計畫併同九十一年度起共以減少 35 個醫療資源缺乏地區為執行目標。
- 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：

為鼓勵牙醫師至醫療資源缺乏地區執業，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。又下列醫療資源缺乏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健保局分局辦理相關給付之依據。

- 1.一級：指平地鄉之醫療資源缺乏地區。
- 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）之醫療資源缺乏地區。
- 3.三級：指山地鄉、離島地區之醫療資源缺乏地區。
- 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)之醫療資源缺乏地區。

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，以下簡稱牙醫全聯會)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「醫療資源缺乏地區」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，每週至少提供五天門診服務，並包含二個夜診，且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於二十四小時。
- 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、執業醫師休診單（附件二、三）於前月十五日前向牙醫全聯會及本局各分局核備。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.本計畫特約院所負責醫師不得支援其他醫療院所，並不得申報非本計畫內容之健保醫療費用(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，並以書面函於七日前向牙醫全聯會報備，並由牙醫全聯會發文轉知健保局及轄區所屬分局（含支援及被支援之院所所屬轄區分局），該院所所有支援醫師合計其門診時間（含巡迴醫療服務）不得超過該醫療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健保局及轄區所屬分局（含支援及被支援之院所所屬轄區分局），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健保局及轄區所屬分局（含支援及被支援之院所所屬轄區分局）。

(二)牙醫巡迴醫療服務：(下列門診時段外提供之服務按次計費，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一次

(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，執業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(附件四之一)或臨時申請表(附件四之二)，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，並函送健保局各分局核備。

(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)每週至少五天三十小時。

八、本計畫申請條件及申請程序：

(一)申請條件：

1.申請執業醫師應為牙醫全聯會會員，為健保特約院所執業達

兩年，且3年內不得有停止特約以上之處分。

2. 曾經因考核列入輔導後而終止合約者，五年內不得再申請加入。

(二)自本計畫公告起，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（格式及內容如附件五）、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審查。

(三)牙醫全聯會於公告後三十日內（以郵戳為憑）收齊申請案件進行審查，並於公告後四十五日內進行審查，審查後十日內函復審查結果。如通過之地區數未達執行目標數時，可繼續接受申請並辦理此計畫之審查作業。

(四)經審查通過並收到回覆函者，依醫師法相關規定辦理執業登記後，持牙醫全聯會之同意函，於該同意函發文日三十日內與中央健康保險局簽訂特約醫事服務機構合約。

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.特約醫事服務機構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一元，每月依醫療資源缺乏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「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為十五萬元。
- (2)二級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為十八萬元。
- (3)三級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為二十萬元。
- (4)四級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為二十四萬元。

5.核定：醫療費用經審查後低於每月依「醫療資源缺乏地區」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「醫療資源缺乏地區」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中央健康保險局九十一年十月十五日健保審字第○九一○○二三四八三號函檢送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，每月至少執行兩次巡迴醫療，此兩次巡迴醫療不包含口腔衛生推廣服務。
2. 執行本項服務，同一時段同一地點支付一位醫師費用。每次服務每小時二級 1200 點、三級 1500 點、四級 3400 點，二至三級每天以兩次、四級每天以三次，每次以三小時為限且第三時段以三級地區(每小時 1500 點)支付(離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第三時段仍以四級地區(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.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二十日前，寄所屬中央健康保險局轄區分局核定，其服務報酬申請表(附件四之四)、(5)巡迴醫療之日工作紀錄表(附件四之五)請另以電子檔為原則傳送備查；另將第(4)服務報酬申請表(附件四之四)、(5)巡迴醫療之日工作紀錄表(附件四之五)、(6)IC卡例外就醫名冊(附件六)。影本寄牙醫全聯會備查。

(1)執行表格-附件四之三。(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-附件四之四。(本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局門診組，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。(日報表詳附件四之五)

(6)IC卡例外就醫名冊。(附件六)

(7)服務量管控:每月平均每一診次申報點數不超過兩萬點為原則(不含論次)。

(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,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),相關流程明細如附件四之六,辦理原則如附件四之七。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(附件六)。並於每月併同費用申報寄書面或電子檔予所屬轄區分局。未依健保 IC 卡相關作業,經健保局審核,不符資格者,不予給付。

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「九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」計算。

十、相關規範:

- (一)執行本計畫之執業醫療機構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六十天內完成。
- (二)執行本計畫之執業醫療機構至少應聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。

- (三)醫療院所於牙醫全聯會同意函發文日三十日內，需完成執業執照登記；若執業執照登記日起至月底未滿一個月者，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醫療院所，並不得申報非本醫療院所之健保醫療費用(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，並以書面函於七日前向牙醫全聯會報備，其門診時間不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一。
- 註：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。
- (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)醫療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、口腔癌篩檢及家護訪視並配合當地公會口腔衛生活動；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應按醫師法及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，應評估當地人口數、學童數、部落分佈及地理交通狀況，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三人，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三人時，則將當月總看診人次依照三人一個分段，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)中央健康保險局各分局及各分區總額執行委員會將不定期依醫療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，經電訪三次，未依所訂門診時段服務且無具體原因者，經所屬分局函文改善三次，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，由牙醫全聯會轉請中央健康保險局終止該醫療院所承辦本試辦計畫。
- 3.特約醫療院所無故休診兩星期者或請假休診兩個月者，由牙醫全聯會轉請中央健康保險局轄區分局終止該醫療院所承

辦本試辦計畫。

4.計畫執行時經牙醫全聯會查察有違約遭停止特約以上處分者，牙醫全聯會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)九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案執業計畫考核辦法（詳附件七）。

(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年加入自院所簽約日開始累進計算服務年限)公告開始計算)

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20%，第三年起總服務量須達保障額度30%，第四年起總服務量須達保障額度40%，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15%，第三年起總服務量須達保障額度20%，第二年起未達者以20%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15%，第四年起總服務量須達保障額度20%，第三年起未達者以20%核付保障額度。

(4)四級地區:滿三年者，第四年起總服務量須達保障額度10%，第四年起未達者以10%核付保障額度。

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

OD 案件申報點數/處置申報點數

(2) 牙周案件申報點數占率

牙周案件申報點數/處置申報點數

※(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%

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，經牙醫全聯會認定者，停止參與本計畫。

(十三) 以上規範如有未盡事宜，經中華民國牙醫全聯會修正補充後轉請中央健康保險局公告執行。

十一、「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」評選審查作業要點（詳附件八）。

十二、執行報告

執行本試辦計畫者應每季以電子檔為原則提供執行情形之統計報表(詳附件四之四、四之五、附件六)外，於計畫執行結束或年度結束十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九，(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，並於牙醫門診總額支付委員會報告。

十三、本「九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」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」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」後，本計畫之「論次給付」、同方案第二項「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫」之「核實申報加成給付」及「論次給付」皆採浮動點值計算暫結，且每點金額不高於一元。年底時進行結算，以全年預算扣除上述之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」後，其餘給付項目皆採浮動點值計算，且每點金額不高於一元。

十四、本計畫由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。惟九十七年度原有計畫延續至九十八年度執行，且符合九十八年公告之「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案執業計劃」施行地區者，其實施日期追溯至九十八年一月一日起，至九十八年度本計畫公告實施日之次月止。

十五、本制度若因故未能委託辦理，則原應由牙醫全聯會執行之項目，改由中央健康保險局自行辦理。

第二項 牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫

一、依據

行政院衛生署 97 年 12 月 11 日衛署健保字第 0970050704 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會 98 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 142 次會議紀錄。

二、目的

本試辦計畫之實施，在於鼓勵牙醫師至醫療資源缺乏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

九十八年一月一日至九十八年十二月三十一日止。

四、預算來源

本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。

五、執行地區

本計畫施行範圍詳如附件十。

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.本計畫服務總天數以達成 4,500 天、總服務人次以達成 76,000 人次為執行目標。

(二) 前項措施之執行，以醫療資源缺乏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(附件十四之一)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。

七、申請資格

1. 牙醫師公會、該分區分會、教學醫院、其他相關團體所組成之團隊。
2. 參與醫療團成員應為牙醫全聯會會員，達到執業年資兩年，且3年內不得有停止特約以上之處分。

八、申請程序

申請施行之特約醫療院所應檢送申請書、計畫書書面資料及檔案（格式及內容如附件十一），以掛號郵寄至牙醫全聯會審查。

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：每件加計二成點數支付，每點支付金額以每點一元暫付，餘依中央健康保險局現行規定辦理。
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一年且無違規者。
- ②該醫療團申請前於該單位之口腔健康狀況及醫療需求調查表（詳附件十四）完成齲齒填補率達80%以上者。
- ③提出申請時，需附相關口腔公共衛生計劃，並於該單位每兩個月至少執行一次口腔衛生服務。

(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1200點、三級1500點、四級3400點，二、三級每天以兩次、四級每天以三次，每次以三小時為限，且第三

時段以三級地區(每小時 1500 點)支付(離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第三時段仍以四級地區(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。每點支付金額以每點一元暫付。(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)。

(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二十日前，寄所屬中央健康保險局轄區分局核定；其中巡迴服務報酬申請表(附件十二之二)請另以電子檔為原則傳送備查，另將第③服務報酬申請表影本(以醫療團為單位)寄牙醫全聯會備查。

①執行表格-附件十二之一。(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-附件十二之二。(本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局，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—附件十二之四。

⑤IC卡例外就醫名冊。

(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.本項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)，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(附件六)。並於每月併同費用申報寄所屬轄區分局。未依健保 IC 卡相關作業，經健保局審核，不符資格者，不予給付。

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「九十八年度牙醫門診醫療給付費用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作巡迴服務，如有變更或增減則以書面函於前月二十五日之前向牙醫全聯會報備。

(二)每月的診療時段、地點服務醫師應由醫療團隊以書面函於前月

月底之前送至當地衛生局、本局各分局、牙醫全聯會、巡迴點（學校或衛生所）及服務醫師。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（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。）連續三個月未繳交者，由牙醫全聯會轉請中央健康保險局轄區分局終止該醫療團承辦本試辦計畫。

(三)醫療團需於每月二十五日前統計該醫療團前月總申報點數（表格詳附件十二之三），並以書面函牙醫全聯會。連續三個月未繳交者，由牙醫全聯會轉請中央健康保險局轄區分局終止該醫療團承辦本試辦計畫。

(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)本試辦計畫協定期間，巡迴醫療團隊應對所屬的服務醫師做品質審查及工作考核，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以上之規範，牙醫全聯會得以評估該醫療團隊下年度是否參與本試辦計畫之重要依據。

(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 診次申報點數以不超過 2 萬點為限(不含論次)。

(3)每位醫師每月巡迴醫療服務診次以不超過 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（含論次給付），若申報總點數超過 24 萬點，則超過 24 萬點的部份不予給付。

(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，則提報中央健康保險局處理。

(2)訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 90%，則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%，則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中央健康保險局終止該醫療團隊或所屬服務醫師承辦本試計畫。

(八)以上規範如有未盡事宜，經牙醫全聯會修正補充後轉請中央健康保險局公告執行。

十一、受理審查

牙醫全聯會於公告後三十日內（以郵戳為憑）收齊申請案件，並於公告後四十五日內進行審查，審查後十日內以函回覆審查結果，經審查通過並收到回覆函者，依醫師法相關規定辦理後，即可執行巡迴醫療服務。

十二、「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」評選審查作業要點（如附件八）

十三、執行報告

執行本試辦計畫者應於計畫執行結束或年度結束十日內檢送執行報告及學童口腔健康狀況調查統計表(附件十四之二)至牙醫全聯會，牙醫全聯會以電子檔為原則提供本局彙整執行情形(附件十二之二)之統計報表。如逾期三十日未繳交則停止參與本計畫。執行報告之格式及內容詳附件十三，(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，並於牙醫門診總額支付委員會報告。

十四、本「九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」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「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫」執行單位門診服務之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」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，且每點金額不高於一元。年底時進行結算，以全年預算扣除上述之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」後，其餘給付項目皆採浮動點值計算，且每點金額不高於一元。

十五、本計畫由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。惟九十七年度原有計畫延續至九十八年度執行，且符合九十八年公告之「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫」施

行地區者，其實施日期追溯至九十八年一月一日起，至九十八年度本計畫公告實施日之次月止。

十六、本制度若因故未能委託辦理，則原應由牙醫全聯會執行之項目，改由中央健康保險局自行辦理。

第三項 牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫

一、依據

行政院衛生署 97 年 12 月 11 日衛署健保字第 0970050704 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會 98 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 142 次會議紀錄。

二、目的

本試辦計畫之實施在於鼓勵牙醫師至連江縣馬祖地區成立牙周病照護網服務，期望該地區的 CPI (Community Periodontal Index) 指數得到顯著改善，並提供一個有效、積極、安全的醫療體系，俾使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。

三、實施期間

九十八年一月一日至九十八年十二月三十一日止。

四、預算來源

本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。

五、執行地區

連江縣馬祖地區

六、計畫施行方式

以馬祖地區民眾為服務對象，提供當地牙周病患者有效的牙周病基礎治療，以進退場機制為配套，提昇醫療品質，減少醫療資源浪費。

七、申請程序

申請照護網之牙醫院所(或醫療團)應檢送計畫書書面資料及檔案(格式及內容如附件十五),以掛號郵寄至牙醫全聯會審查。

八、醫療費用申報及支付:

(一)支付原則:下列支付標準表,採「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,論

次以三級地區支付,每次服務每小時 1500 點,每天以三次,每

次以三小時為限,並包括車馬費、材料費及各種風險分攤醫療費

用。每點支付金額以每點一元暫付(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)。

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
P35911	牙周病支持性治療 (Supportive treatment for Periodontal Diseases) 註:1. 限馬祖地區牙周病照護網試辦計畫申報。 2. 曾經接受 P35912、P35913 或 P35914 治療者才能申報。 3. 需檢附牙菌斑檢查記錄(詳附件十七)。 4. 90天內限申報一次。	v	v	v	v	1000
P35912	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (Root planing) — 全口 full mouth	v	v	v	v	8000
P35913	— 1/2 顎 1/2 arch	v	v	v	v	2000
P35914	— 局部 localized (3齒以內) 註:1. 限馬祖地區牙周病照護網試辦計畫申報。 2. 申報費用應檢附完整的牙周病檢查紀錄表及牙菌斑檢查記錄,牙周病檢查紀錄表	v	v	v	v	1000

	<p>(附件十八)及牙菌斑檢查記錄(附件十七)。</p> <p>3. 以象限區域為單位，當該象限需接受治療為 3 齒以內時，申報 P35914；當其需接受治療為 4 齒(含)以上時，申報 P35913，半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。</p>					
--	--	--	--	--	--	--

(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 FA，餘按門診醫療服務申報格式填寫。
3. 本項服務須配合健保 IC 卡相關作業，免收掛號費，山地離島地區免部分負擔。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)，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(附件六)。並於每月併同費用申報寄書面或電子檔予所屬轄區分局。未依健保 IC 卡相關作業，經健保局審核，不符資格者，不予給付。
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. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。
5. 本計畫不列入「九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」計算。

九、相關規範

(一) 執行本項計劃需依臨床治療指引內容施行：

P35911	牙周病支持性治療 (Supportive treatment for Periodontal Diseases)
適應症 Indications	牙齦炎、牙周炎
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X光檢查(選) 牙周檢查
處置 Management	患者先行潔牙工作 將牙菌斑顯示劑塗佈於患者所有牙面上 患者再次漱口 牙菌斑檢查記錄 基本潔牙教導 實施必要的牙結石清除及齒齦下刮除術(含牙根整平術)
完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除。

(二) 進場機制：

1. 照護網：馬祖地區牙醫院所(含支援及辦理巡迴醫療團隊)備有牙周病照護所需之醫療人力、設備及器材，可以依照臨床治療指引實施治療程序(process)者，即可向牙醫全聯會總額執行委員會申請成立照護網或者申請加入已成立之照護網(需原照護網之同意書)。
2. 個案：完成牙菌斑控制(Plaque Index \leq 20%)且願意配合牙醫全聯會審查監測者，始能由照護網向牙醫全聯會總額執行委員會申請加入照護名單。

3. 照護網網內所有院所醫師對被照護個案應提供牙周病支持性治療(同照護網網內所有院所及醫師對同一個案九十天內只能申報一次。
4. 本計畫執行時得以牙周探測深度 (probing depth by millimeters) 及照片代替 X-光片。

(三)照護網之退場機制：

1. 依照照護個案維持率(低於 70%，以成立個案數為分母，退場個案數為分子)。
2. 違反牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網審查監測辦法。

(四)個案之退場機制：

1. 個案一年內未回原照護網接受定期保養，或 0' Leary plaque index 超過 20%(得複檢一次)，不論在那一階段，均須退場。
2. 個案退場後三年內，不能再加入照護網，改由一般健保治療。

(五)個案轉網：

1. 仍留在某一照護網之個案，可主動向牙醫全聯會申請轉網。轉至新網後，其原有之治療與記錄依然有效。
2. 轉網須新網同意；舊網須交給個案治療記錄。

3. 如未經轉網，視同退場。須重新進場或由一般健保治療。
4. 牙周照護網可將其病患轉網，但須病患及新網同意。
5. 牙周照護網須退場時，須告知個案，或幫忙轉網。

(六) 審查監測 (Audit)：

1. 每月由照護網提出新入網名單，以隨機方式抽樣選出 10% 個案受檢，但受檢個案數不得低於 5 名或為當月就診人次，照護網需檢附相關證明文件(得以牙周探測深度及照片代替 X-光片)。全聯會牙總執委會應成立牙周病審查監測小組擬定牙周病審查監測辦法並執行監測工作。

十、執行報告

執行本試辦計畫者應每季以電子檔為原則提供彙整執行情形(附件十二之二、四之五)之統計報表給各轄區分局，另於計畫執行結束或年度結束十日內檢送期末報告至牙醫全聯會(報告格式詳附件十六，報告中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)，如逾期三十日未繳交則停止參與本計畫。

十一、本制度若因故未能委託辦理，則原應由牙醫全聯會執行之項目，改由中央健康保險局自行辦理。