

一、依據中華民國牙醫師公會全國聯合會 110 年 1 月 8 日電子郵件檢送之資料辦理。

二、110 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

牙全會 1/8 建議條文	健保署意見
九、重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網 (一)目的 加強重度、極重度身心障礙患者牙醫醫療服務之深度照護，並發掘潛在醫療需求者，主動給予弱勢族群需要之醫療照護。	無。
(二)醫療服務提供者資格 1. 由「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院，分別結合同縣市鄰近至少 6 家基層院所組成照護網，並由該縣市牙醫師公會協請基層院所加入照護網，照護網內之院所及醫師均須為已參加本計畫之照護院所及醫師，且已修習居家牙醫醫療服務相關課程。 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。	1. 左列第 1 點「由『特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫』之醫院，略以。」建議修正為「由獲衛生福利部『特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫』補助之醫院，略以。」 2. 為提高病人就醫可近性，建議增加照護網之基層診所數。
(三)收案條件 本計畫之重度、極重度特定身心障礙者(不含發展遲緩兒及失能老人)。	無。

牙全會 1/8 建議條文	健保署意見
(四)收案及審核程序 1. 照護對象來源 (1) 至照護網內示範中心或<u>基層院所</u>就診病人。 (2) 照護網內示範中心其他科別門/住診病人符合收案條件轉介至牙科或網內基層院所就診。 (3) <u>縣市</u>政府社會局提供符合收案條件名單及聯繫方式(連絡電話)。 2. 收案程序 照護網內院所之病人或經院所主動聯繫病人,確認有醫療需求至院所就診時,經評估符合收案對象,方可收案,院所須至健保資訊網服務系統(VPN)進行登錄個案資料,未登錄者不得申報本<u>照護</u>醫療網之支付項目。	所提由縣市社會局提供符合收案條件名單一節,請說明照護網團隊如何洽社會局提供符合收案條件名單及聯繫方式。另建議照護團隊應定期洽縣市社會局提供名單,以發掘從未接受牙醫服務之特定身心障礙者。
(五)費用支付及申報規定 1. 給付項目及支付標準: (1) 照護網收案首次評估費-院內(支付標準編號為PXXXXX):每次支付 1,000 點,於照護網內院所就診時得申報本項(內含患者資料建檔上傳至 VPN 系統、轉診、個案衛教宣導),申報須填寫治療計畫表【附件 20】,同一<u>照護網</u>病人限<u>首次收案時</u>申報,得依病人身心障礙等級別計算加成費用。 (2) 照護網收案首次評估費-院外(支付標準編號為PXXXXX):採論次支付方式,每次支付 1,553 點,於患者家中訪視時得申報本項(內含患者資料建檔上傳至 VPN 系統、轉診、個案衛教宣導),申報須填寫治療計畫表【附件 20】,同一<u>照護網</u>病人限<u>首次收案時</u>申報,	1. 查所提「照護網收案首次評估費」作業流程表(詳附表)包含「擬訂治療計畫」、「衛教指導」等流程,如評估費係「擬訂治療計畫」,病人並未接受治療,請說明增列評估費,病人可獲得之效益? 2. 查左列「照護網收案首次評估費-院內/院外」:內含患者資料建檔上傳至 VPN 系統、轉診、個案衛教宣導。次查所提「照護網收案首次評估費」作業流程表(詳附表),包含「患者行為管理」、「口腔檢查」、「擬訂治療計畫」、「衛教指導」等流程。<u>為明確評估費之服務內容,建議左列文字修正為「內含患者行為管理、口腔檢查、擬訂治療計畫、衛教指導、患者資料建檔上傳至 VPN 系統、轉診等」。</u> 3. 所提「『照護網收案首次評估費-院內』得依病人身心障礙等級別計算加成費用」,惟不同身障等級病人之治療處置已可按計畫之規定加成申報,又評估費係為病人不同之病況及後續牙醫醫療需求進行評估,故<u>評估費不應再依不同身障等級計算加成費用。</u>

牙全會 1/8 建議條文	健保署意見
另不得依病人身心障礙等級別計算加成費用。	4. 病人如經院內或院外評估為照護網之收案對象，照護網內團隊應共享病人之治療計畫及提供病人醫療服務。<u>為明確規範同一照護網內病人僅可申報一次評估費，建議加註第(3)點「同一照護網病人限申報『照護網收案首次評估費-院內(PXXXXX)／院外(PXXXXX)』一次」。</u> 5. 請說明照護網內之轉診，接受轉診之院所是否可再依支付標準第三部牙醫通則三，申報轉診加成費用？<u>如不得再申報轉診加成費用，請增列規範。</u> 6. 請說明前述各項預估增加之費用。
2. 費用申報之規定 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： (1) <u>照護網收案首次評估費-院內(支付標準編號為 PXXXXX)</u>，請依本計畫特定身心障礙者牙醫醫療-院所內服務之規定填寫。 (2) <u>照護網收案首次評估費-院外(支付標準編號為 PXXXXX)，重度-LK、極重度-LL。</u>	查計畫服務對象「重度以上病人」包含精神疾病及非精神疾病，又為與本計畫「特定身心障礙者牙醫醫療-院所內服務」之特定治療項目代號區隔，建議左列費用申報之規定修改如下： 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)請依照<u>照護網收案之評估方式及病人類別</u>填報如下： (1) 「照護網收案首次評估費-院內」：非精神疾病者-極重度 XX、非精神疾病者-重度 XX、精神疾病者-重度以上 XX。 (2) 「照護網收案首次評估費-院外」：非精神疾病者-極重度 XX、非精神疾病者-重度 XX、精神疾病者-重度以上 XX。
3. 品質獎勵支付費用：本項費用於全年結算時併同支付。 照護網內患者當年度追蹤至照護網到院所回診大於3次(含)以上，每一案獎勵費用 1,500 點；若患者當年度至照護網內不同院所回診，則依院所就診次數按比例撥付。	1. 所提「品質獎勵支付費用」係以病人回診情形做為獎勵依據，<u>請說明病人回診次數與品質獎勵之關聯性，及每一案獎勵費用 1,500 點之依據。</u> 2. 品質獎勵應以照護或治療品質及成果做為支付依據，建議以完成治療計畫之個案數，給予一定之品質獎勵費。<u>如為多年之治療計畫，應達成當年度之治療目標。</u>

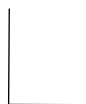
牙全會 1/8 建議條文	健保署意見
(六)相關規範 1. 每月 5 日由前述示範中心將參與計畫申請書【附件 19】以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，行文通知相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務。 2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。 3. 示範中心需建置雲端資料平台，供醫療網內院所建置個案資料、回診追蹤。 4. 照護網內院所須進行案例研討(如居家牙醫醫療服務個案討論或轉診的個案討論等)。 5. 照護網內之院所須接受示範中心辦理之教育訓練課程。 6. 抽審時須檢附治療計畫表【附件 20】。	1. 左列【附件 19】標題為「參與『重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網試辦計畫』申請書」。照護網為牙醫特殊醫療服務計畫一部分，計畫內不宜再有「試辦計畫」之文字。請修正附表名稱。 2. 左列第 1 點「每月 5 日由前述示範中心向牙全會提出參與計畫申請書，略以。」請說明示範中心是否需每月 5 日向牙全會提出參與計畫申請書？ 3. 請說明所提「雲端資料平台」與本署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」之差異。

【附件 19】

參與「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網試辦計畫」申請書

	示範中心名稱		機構代碼	
	負責人		聯絡人	
	聯絡電話		e-mail	
	個案健康管理 措施			
	病人轉銜合作 機制			
	轉診後送機制			

本院(所)及團隊內醫事服務機構同意於執行計畫期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療照護。



醫事服務機構印信



負責人印章

中華民國

年

月

日

示範中心：_____ 收案醫療院所：_____

姓名：_____ 病歷號：_____ 主治醫師：_____ 收案日期：____年____月____日

基本 資料	性別： ☐ 男 ☐ 女 身分證字號：_____		
	年 齡：_____ 出生年月日：____年____月____日		
過去 病史	職業：_____		
	身心障礙手冊： ☐ 重度 ☐ 極重度 障別：_____ 到期日期：____年____月____日		
	主要照顧者：_____		
	經濟來源：_____		
	連絡電話：_____ 手機：_____		
	地址：_____縣_____市（鎮）_____路_____段_____號_____樓		
家族 病史	用 藥 及 限 制	☐ 糖尿病 ☐ 高血壓 ☐ 心臟病 ☐ 肝病 ☐ 癲癇	
		☐ 結核病 ☐ 氣喘 ☐ 惡性腫瘤 ☐ 腎臟病	
營養 評估	用 藥 及 限 制	☐ 自體免疫疾病	
		☐ 其他：_____	
		☐ 長期使用藥物：_____	
		☐ 藥物過敏：_____	
		☐ 食物過敏：_____	
		☐ 其他：_____	
營養 評估	身高：_____公分		
	體重：_____公斤		
	攝食方式	☐ 經口 ☐ NG Tube ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ TPN ☐ PPN ☐ 其他	
	食物型態	☐ 正常食物 ☐ 軟食 ☐ 半固形食物 ☐ 泥狀 ☐ 其他	
	製作方式	☐ 細絲 ☐ 果汁機 ☐ 糊狀（濃度____%）	
	食物攝取量	☐ 正常 ☐ 少量	
潔牙 習慣	攝食能力 ☐ 自行進食 ☐ 需輔助 ☐ 需餵食		
	☐ 自行潔牙 ☐ 照顧者_____協助		
	潔牙時間 ☐ 睡前 ☐ 晨間 ☐ 飯後 ☐ 甜食後		
意識	潔牙工具 ☐ 牙刷 ☐ 牙膏 ☐ 牙線 ☐ 牙線棒 ☐ 海綿棒 ☐ 電動牙刷 ☐ 沖牙機		
	☐ 其他_____		
理解	☐ 清醒 ☐ 不清醒 ☐ 其他		
氣切	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 無法理解 ☐ 其他		
說話清 晰度	☐ 有 ☐ 無		
	☐ 清楚 ☐ 不清楚 ☐ 無法配合		
運動 程度	☐ 步行（自行移動、需輔助）		
	☐ 輪椅（自行移動、需輔助）		
	☐ 臥床（可下床、不可下床、無法移動）		

牙科病史

1. 您目前口腔內是否疼痛？ ☐是 ☐否 ☐無法表達
2. 您的牙齦是否腫大或流血？ ☐是 ☐否
3. 您的牙齒是否鬆動？ ☐是 ☐否
4. 您過往接受牙科治療的頻率，請選擇一項
☐不曾看牙 ☐1年1-2次 ☐1年2次以上 ☐只有牙痛時才看
5. 您是否曾接受過牙周病治療？ ☐是 ☐否
6. 您是否帶過矯正器？ ☐是 ☐否
7. 您是否使用活動假牙？ ☐是 ☐否
8. 當您張口閉口或咀嚼時關節是否會響？ ☐是 ☐否
9. 您是否曾有拔牙後流血過久的現象？ ☐是 ☐否
10. 您過去拔牙的原因是 ☐蛀牙 ☐牙齒鬆動 ☐外傷 ☐其他
11. 您是否患過口潰瘍？ ☐是 ☐否
12. 您有夜間磨牙習慣嗎？ ☐是 ☐否
13. 您有抽菸的習慣嗎？
14. 抽了多久？ ☐1-5年 ☐5-10年 ☐10年以上
15. 每日抽幾包菸？ ☐1包內 ☐1-2包 ☐2包以上
16. 若您曾抽菸，但已經戒掉了，請填寫戒了多久：
17. 您有喝酒的習慣嗎？ ☐是 ☐否
18. 您有嚼檳榔的習慣嗎？ ☐是 ☐否
19. 請談談您以前接受牙科治療的經驗：_____

*同意資料供照護網內院所使用；資料提供者關係：_____簽名：_____

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																	
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

重度、極重度特定身心障礙者牙醫治療紀錄

[illegible]

附表

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：照護網收案首次評估費-院內

項目編號：PXXXXX

項目編號：PXXXXX							單位：元	
直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		本	(分)	計	成本合計
		1. 主治醫師以上	1		34.4	50	1720	2114.4
		2. 住院醫師						
		3. 護理人員						
		4. 醫事人員						
		5. 行政人員(牙醫助理)	1		4.93	50	246.5	
		5. 行政人員(牙醫助理)	1		4.93	30	147.9	
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消 耗 數 量	成本小計	成本合計
								0
	設備費用	名 稱	取得成本	限	額	(分)	計	合計成本
		牙科器械(口鏡, 探針, 鑷子, 治療盤, 注射器, 等基本配備, 依各院所配備)	150000	7	0.22	15	3.3	555.5
		牙科治療椅	700000	7	1.04	30	31.2	
		非醫療設備=醫療設備 ×		Y	%			
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計		
	20坪房屋及土地	7,000,000/7		10.42	50	521		
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×Z %							
直接成本合計							2669.9	
作業及管理費用(直接成本 × X %)								
成本總計							2669.9	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

診療項目名稱：照護網收案首次評估費-院內

支付標準編號：PXXXXX

	一. 前期		→	二. 中期		→	三. 後期：	
作業流程	1	身心障礙患者		1	填寫治療計畫表		1	擬定治療計畫
		行為管理		2	口腔檢查		2	患者口腔狀況及
				3	填寫口檢表			照護建檔追蹤
							3	衛教指導
設備		治療椅			治療椅			
人力		一位醫師(15分)			一位醫師(15分)			一位醫師(20分)
		二位助理(15分)			二位助理(15分)			一位助理(20分)
檢								
體								
數								

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人每次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分)。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☒ 現有項目
 ☐ 新增項目

項目名稱：照護網收案首次評估費-院內

項目編號：PXXXXX

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		34.4	50	1,720	2,114
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員(牙醫助理)	1		4.93	50	247	
		5.行政人員(牙醫助理)	1		4.93	30	148	
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
							-	-
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		牙科器械(口鏡,探針,鑷子,治療盤,注射器,等基本配備,依各院所配備)	150,000	7	0.2	15	3	144
		牙科治療椅	700,000	7	1.0	30	31	
小計					34			
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					10			
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
	20坪房屋及土地	7,000,000	50	1.35	50	67.5		
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							32
直接成本合計								2,258
作業及管理費用(直接成本×13.1%)								296
成本總計								2,554