

# 「牙醫門診總額支付委員會」99 年度第 4 次會議紀錄

時間：中華民國 99 年 11 月 23 日下午 2 時整

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

出席委員：(依據姓氏筆劃順序排序)

委員姓名	出席委員	委員姓名	出席委員
王委員盛銘	王盛銘	吳委員政憲	吳政憲
呂委員毓修	呂毓修	黃委員建文	黃建文
李委員錦炯	李錦炯	阮委員議賢	阮議賢
林委員俊彬	林俊彬	許委員堂錫	許堂錫
林委員思洸	林思洸	黃委員月桂	請假
林委員啟滄	林啟滄	溫委員飛翊	林敬修代
翁委員德育	翁德育	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
梁委員淑政	梁淑政	張委員文輝	張文輝
許委員世明	許世明	廖委員敏熒	廖敏熒
陳委員一清	陳一清	劉委員俊言	劉俊言
陳委員建志	陳建志	鄭委員信忠	鄭信忠
陳委員彥廷	陳彥廷	謝委員武吉	朱益宏代
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	羅委員界山	羅界山
吳委員成才	請假	蘇委員鴻輝	蘇鴻輝
黃委員茂栓	黃茂栓	黎委員達明	黎達明

## 列席單位及人員：

行政院衛生署

國民健康局

全民健康保險醫療費用協定委員會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫檢師公會全國聯合會

台灣社區醫院協會

本局台北業務組

本局北區業務組

陳馨慧

陳美如

林宜靜、林淑華

朱智華、邵格蘊、戴惠子、  
林建志、李文勝

王榮濱

王淑貞

莫翠蘭、邱玲玉、王珮琪

林夢陸

本局中區業務組	程千花
本局南區業務組	王世華
本局高屏業務組	李金秀
本局東區業務組	劉翠麗
本局醫審及藥材組	蔡文全、王本仁、柯逸雯
本局資訊組	姜義國
本局企劃組	請假
本局醫務管理組	林阿明、張溫溫、吳慧玲、 甯素珠、孫嘉敏、曾淑汝、 張桂津、楊耿如、鄭正義、 朱文玥、張作貞、李純馥

主席：黃召集人三桂

紀錄：歐舒欣

## 壹、 主席致詞(略)

## 貳、 本會 99 年第 3 次會議紀錄確認 (略)

## 參、 報告事項

### 第一案

報告單位：本局醫務管理組

案由：前次(99年第3次)會議決議事項辦理情形

決定：洽悉。

### 第二案

報告單位：本局醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

### 第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：99 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告

決定：各分區一般服務浮動點值及平均點值彙整如下表，將依全

民健康保險法第 50 條規定辦理點值結算及公布事宜。

季別	分區	台北 分區	北區 分區	中區 分區	南區 分區	高屏 分區	東區 分區	全局
	99Q2	浮動點值	0.9719	1.1060	0.9833	1.0791	1.0054	1.1583
	平均點值	0.9614	1.0897	0.9779	1.0672	0.9998	1.1500	1.0053

#### 第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100 年度牙醫門診總額支付委員會召開會議時程案。

決定：洽悉，100 年會議時程如下表。

次數	1	2	3	4
會議日期	100.02.22 (星期二)	100.05.24 (星期二)	100.08.23 (星期二)	100.11.22 (星期二)
會議名稱	100 年第 1 次	100 年第 2 次	100 年第 3 次	100 年第 4 次

#### 第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：「98 年度全民健保牙醫門診總額品質保證保留款方案」執行結果報告。

決定：洽悉，另於下次會議提供不予核發院所層級別資料提供委員參考。

#### 第六案

報告單位：本局醫務管理組

案由：「牙醫門診總額預算四季重分配」案

決定：洽悉。

#### 第七案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關「重大傷病證明效期提醒機制案」健保 IC 卡刷卡時自動提示方案執行作業，提請協助宣導各醫療院所配合辦理。

決定：請全聯會協助宣導。

## 肆、 討論事項

### 第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關 99 年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義案，  
提請討論。

結論：

- 一、 同意 100 年牙醫門診一般服務保障項目，藥費以 1 點 1 元計。
- 二、 同意通過操作型定義，內容詳如附件 1，並依行政程序辦理後續修訂事宜。

### 第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：全民健康保險醫療費用支付標準 91114C 特殊牙周疾病控制基本處置項目修訂備註案，提請 討論。

結論：同意修訂 91114C 特殊牙周疾病控制基本處置項目之備註，其適用對象納入化療及放射線治療病患，並比照 91014C 增列「需併同 91104C 實施」乙項。

### 第三案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：有關「牙醫總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標監測值之檢討修訂，提請 討論。

結論：請全聯會研議 2-3 項專業監測指標，另有關本案現有指標監測值之修訂，亦請全聯會針對醫院與診所分別研訂監測值後，提 100 年第 1 次支委會討論。

### 第四案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關修訂「中央健康保險局牙醫總額支付委員會設置要點」第三點之相關單位代表員額乙案，提請 討論。

結論：同意修訂，內容詳如附件 2，並依行政程序辦理後續修訂事宜。

### 第五案

提案單位：牙醫師公會全聯會

**案由：**99 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫未執行預算之處理方式，提請 討論。

**結論：**扣除額度(99 年各區預算執行數 P4001C+P4002C+P4003C)以各季全局平均點值乘以 99 年納入各季之點數，99 年第四季全局平均點值則以 99 年第 3 季全局平均點值核算。

**第六案** **提案單位：**牙醫師公會全聯會

**案由：**有關「100 年度支付表暨審查注意事項」修訂內容，提請 討論。

**結論：**同意修訂，內容詳如附件 3、附件 4，並依行政程序辦理後續事宜。

**第七案** **提案單位：**牙醫師公會全聯會

**案由：**關於執行兒童牙齒塗氟保健服務併行其他口腔疾病診療時，建議得申報診察費乙案，提請 討論。

**結論：**延至 12 月 7 日第一次臨時會時再議。

**第八案** **提案單位：**牙醫師公會全聯會

**案由：**有關健保 IC 卡登錄及上傳作業乙案，提請 討論。

**結論：**延至 12 月 7 日第 1 次臨時會時再議。

**第九案** **提案單位：**牙醫師公會全聯會

**案由：**有關「100 年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案，提請 討論。

**結論：**同意修訂，內容詳如附件 5，並依行政程序辦理後續修訂事宜。

**第十案** **提案單位：**牙醫師公會全聯會

**案由：**有關「100 年度全民健保牙醫門診總額品質保證保留款」案，提請 討論。

**結論：**延至 12 月 7 日第 1 次臨時會時再議。

## 第十一案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關「100年度全民健保牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」案，提請討論。

結論：延至12月7日第1次臨時會時再議。

## 第十二案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關「100年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案，提請討論。

結論：同意修訂，內容詳如附件6，並依行政程序辦理後續修訂事宜。

## 伍、臨時提案

### 第一案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「100年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」修訂案。

結論：延至12月7日第1次臨時會時再議。

### 第二案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「牙醫門診總額支付制度實施後醫療品質及可近性民意調查問卷」內容修訂案。

結論：延至12月7日第1次臨時會時再議。

散會：下午17時30分

## 附件 「討論案」及「臨時提案」與會人員發言摘要

### 討論第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關 99 年牙醫門診一般服務之保障項目及操作型定義案，提請討論。

#### 陳委員瑞瑛

醫院總額部門門診及住院手術已保障 1 點 1 元，牙醫門診依照健保法保障藥費 1 點 1 元，是否考量牙醫部門門診手術部分同樣保障 1 點 1 元，請大家參考。

#### 蘇委員鴻輝

全聯會這邊要帶回去研議一下，跑資料後定義哪些手術是適用的，可以考慮在下年度保障門診手術 1 點 1 元。

#### 蔡委員淑鈴

牙科目前點值已接近 1 點 1 元，是否有保障 1 點 1 元差別不大；若是當季點值已超過 1 點 1 元，保障 1 點 1 元反而不利。

#### 陳委員瑞瑛

並非全區點值都 1 點 1 元，台北區恐怕很難達到。另外牙醫門診手術與一般牙醫診療相比，耗費時間及技術都比較高，希望可以列入保障項目。

#### 黃召集人三桂

若委員無其他意見，本案依說明二、三處理；另陳委員的意見請全聯會帶回參考，考慮下一年度保障項目是否引進門診手術。

### 第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：全民健康保險醫療費用支付標準 91114C 特殊牙周疾病控制基本處置項目修訂備註案，提請討論。

#### 蘇委員鴻輝

全聯會同意。

### 第三案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：有關「牙醫總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標監測值之檢討修訂，提請討論。

#### 王科長本仁

請看一下提案資料第 75 頁，其中所列的 5 個指標中指標 3.1 牙體

復形同院所一年平均重補率屬於負向指標，現行所定的監測值為 3.13%，由最近三年的健保申報資料來看，六分區最小值 0.018%，平均值 0.024%，最大值 0.07%，遠低於 3.13%；委員可以同時參考最近五年的表現狀況。不管是從最近三年或是五年的表現狀況來看，牙醫院所的表現相當好，現行監測值明顯偏高，失去監測效果。

今年總額評核會議時，外部專家也有提到這一點，原先所訂的監測值似乎偏高，在這次支委會上提出來，是否可以適度調整監測值。也請委員思考接下來如何讓已經很好的表現實績維持效果。請委員看一下補充資料第三頁：依 98 年度資料以現行監測值、方案 A 及方案 B 去試算，大概可以看出不合格院所之情形。方案 A 是負向指標以現行監測值乘以 0.8 作新監測值，正向指標以現行監測值乘以 1.2 去修正，方案 B 是同時考量分區的情況適度修正現行監測值，希望委員能從方案 B 的方向來思考。

#### **翁委員德育**

各位午安，請翻到全聯會提供的補充資料。監測值檢討修訂案全聯會已經復函給 貴局參考，本人逐條念一下，作詳細完整的說明；說明二的地方，評核委員評論的意見包括建議提高監測值或增加專業監測項目，不只提高監測值而已；本會意見為不建議提高監測值，正研議增加 2-3 項專業監測指標。

說明三部分，本會也作出完整說明：

關於牙體復形一年平均重補率與牙體復形二年平均重補率不宜修訂部分，除監測值有其學理及實證醫學上的相關支持，全聯會認為歷年平均價值遠低於監測值為合理正常之現象，實際統計平均值代表牙醫界在這部分的醫療服務利用健保資源效率良好，為避免扭曲或過度干擾臨床治療方式，監測值不宜向下修訂；另監測值為評估異常醫療行為的標準，多數牙醫院所應該低於此標準，若無實證醫學證據支持下過度下修此標準，造成過多牙醫院所被不合理認定異常，造成民眾誤會；另此指標由健保檔案 1 年或 2 年內重複申報的比例獲得，多數院所會自行吸收這段時間重補個案的成本，若無實證醫學證據支持下降此標準，可能會扭曲或過度干擾醫療行為。另外本會提供國外文獻資料：填補材料使用期限會

因不同因素而影響。

根管治療未完成率不宜修訂，全國平均值低於監測值為統計必然之結果，監測值不宜參考平均值外，根據 94-95 年資料約 5-10% 診所未完成率高於監測值，另外未完成治療的眾多因素不宜全部歸責院所，貿然調低指標可能影響病患之就醫權利。

執行感染控制院所查核合格率部分，監測值在前次支委會(99 年第 2 次)才修訂通過，建議不宜修訂；另外品質確保方案之專業醫療服務品質指標已被各界用來審視牙醫院所之醫療品質，有其歷史背景存在，貿然盲目調高容易影響醫療行為。綜上，本會建議五項監測值不宜修訂，但是全聯會這邊會提出 2-3 項新的監測指標。

### **王科長本仁**

「感染控制院所查核合格率」指標不調整可以接受，在這邊建議其他指標有沒有可能採類似感控院所查核合格率指標的概念，公式性的與最近五年的某個數值連動。

另外謝謝全聯會提供臨床上實證經驗，其實申報資料也算是實證經驗；現行表現已經很好了，牙醫先進可以不用擔心；若依照方案 B 調整監測值後不合格院所數在牙體復形重補率兩指標中只有 8、9 家，根管治療相關指標中不合格比率更是只有 6% 左右。

### **林委員思洸**

根管治療複雜度相當不同，複雜病例幾乎都轉診到醫院處理了。本來的監測指標值，在醫院跟一般診所上之間評估數據，就應該有更詳細說法，如果調整監測值，在醫院牙科上會產生相當大的困境。

### **蘇委員鴻輝**

如果本討論案較不具急迫性，是否可以允許全聯會在下次支委會上，將原來的指標併同本會研議後，提出的新監控指標一起討論，貴局所提的數據也讓全聯會帶回分析後，綜整在下次支委會上一起討論，可能更符合評核會的希望。

### **鄭委員信忠**

牙醫界並無醫界的 THIS 或 THIP 的品質機制，另外西醫的品質機制都有層級別院所的分別，牙醫界的指標是全部都混在一起的；

很多屬性會因為機構不一樣，表現完全不一樣。例如說 OD 指標中的重補率與文獻中提到的 failure rate 完全不同，牽涉的因素更複雜；本人同意蘇理事長的話：本案需要進一步研究指標內含的因素，需要長期更宏觀地探討指標在實證醫學的情形。

### **蔡委員淑鈴**

翁委員剛剛提到”此指標由健保檔案 1 年或 2 年內重複申報的比例獲得，多數院所會自行吸收這段時間重補個案的成本”等等，若這些話反映真實，我們所見品質數值顯然失真。我們還是想知道正確的申報之下品質的實際情況為何，若要使用這個指標去監測品質，並且解讀數據為牙醫服務品質高、效率好，顯然扭曲了指標的原意，也不適宜用這些指標去跟國際比較。

另外幾位委員發言的內容很好：醫院的占率只有 10% 左右，但是複雜的個案都到醫院；不同層級牙醫院所共用同一套標準不盡合理，在未作風險校正的情況下，被篩出異常的多是醫院，接下來要研究醫院與基層牙科診所兩套分開的監測值，否則在未作風險校正的情況下，不同層級院所共用同一套監測值，對醫院顯有不公。全聯會請將指標帶回研究，希望可以考量層級別訂出不同的監測值。

### **蘇委員鴻輝**

其他國家的支付標準表應該不會列入”1 年內不得重補”這樣的備註；如果健保局希望看到真實未矯飾的數據，全聯會考慮修支付標準表中的備註或是對重複治療或重補的新增申報項目，產生比較符合實際的數據。監測值與實際值中間的差距是牙醫受託單位長期吸收後用同儕制約方式，現今監測值若要反映實際情形，則在下方加註「支付標準表限制 1 年半內不得重複申報」則可反映現實。

### **黃召集人三桂**

本案處理方式：請全聯會協助研議 2-3 項專業監測指標，另監測指標能針對不同層級作區隔，希望在下次會議中能提出討論後有確定結論。

## **第四案**

**提案單位：本局醫務管理組**

**案由：有關修訂「中央健康保險局牙醫總額支付委員會設置要點」  
第三點之相關單位代表員額乙案，提請 討論。**

**黃召集人三桂**

請全聯會針對建議補充說明。

**蘇委員鴻輝**

本會歡迎消基會與醫改會推派代表參與牙醫支委會，有利於提升醫療品質及維護消費者權益；修訂方案中似乎要略降總額受託單位名額，但受託單位為實際執行者，前幾年也發生過委員不足無法開會的狀況；本會認為是否可考量超過 1 名委員的單位代表前 2 年出席率情形略減其名額，不致影響其代表性。

**張科長溫溫：**

業務單位說明：設置要點中的小幅變動包括總額受託單位及牙醫全聯會名額共減 2 名，增列消基會與醫改會推舉代表各 1 位；牙醫界代表與主管機關、費協會代表名額不宜變動，這些名額其實與委員會執行上相關，希望維持本局所列的方式，不要作大幅度變動。

**朱委員益宏(謝委員武吉代理人)**

費協會代表也是消費者代表，為什麼四個總額都要增列醫改會與消基會代表名額？

**張科長溫溫：**

外界希望跟民眾權益相關的會議能盡量公開透明，二代健保法修法也要求支付委員會與給付協議會議上增列消費者代表，雖然他們並非專家，還是希望權益能不被忽視；選擇這兩個單位因為醫療改革基金會與醫療相關，消費者文教基金會也是全國性的團體，因此本局大膽建議請這兩個單位各推派 1 名代表參與。

**朱委員益宏(謝委員武吉代理人)**

請業務單位說明為何 4 個總額都請消基會、醫改會推派代表？若為聽到多元的意見，不同總額應可請不同消費者團體，或是請其他病友團體或其他公正團體推派代表。如果理事長不特別反對這兩個團體參加牙醫支委會，本人也不反對，但是請考量其他總額部門請其他團體推派代表。

**蘇委員鴻輝**

牙醫總額受託單位需要的委員人數遠超過目前的 16 名，因為目前各個專案的負責人常常無法擔任委員，在運作上是非常辛苦的；建議是否可考量本會建議，哪些單位可以縮減名額。至於其他支委會委員代表推舉單位本會無意見。

**朱委員益宏(謝委員武吉代理人)**

透析委員會、醫院支委會、牙醫支委會都是這兩個單位推派代表，是否可以請業務單位說明。

**蘇委員鴻輝**

各總額支委會共通的事情是否可以到監理委員會去討論，我們牙醫支委會歡迎這兩位代表加入。

**黃召集人三桂**

以下結論：牙醫各單位出席委員額度不變，因為立法院及媒體屢次反映支付委員會與民眾相關事項較多，本支付委員會增加 1 名消基會代表。

**第五案**

**提案單位：牙醫師公會全聯會**

**案由：99 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫未執行預算之處理方式，提請 討論。**

**蘇委員鴻輝**

同意貴局意見。

**第六案**

**提案單位：牙醫師公會全聯會**

**案由：有關「100 年度支付表暨審查注意事項」修訂內容，提請 討論。**

**許委員世明**

健保局同意部分先略過，接下來我們逐條討論修訂內容，作進一步說明。90016C 與 90018C 乳牙根管治療部分希望比照恆牙作調整。

**蔡委員淑鈴**

修訂部分是身心障礙者免附治療前後 X 光片，如果不照 X 光片安不安全？

**蘇委員鴻輝**

問題在於身心障礙者照 X 光時是否對他們的身心狀況造成很大壓力。

**蔡委員淑鈴**

如果不照 X 光對身心障礙者作牙科診療以及後續處理上是否造成較大的風險？

**蘇委員鴻輝**

現在有很多方式偵測根管長度如根管測量儀等，或是用乳牙平均根管長度來估算後作根管治療，雖然沒辦法像是 X 光片方式顯現，還是可達到滿意的醫療品質。

**蔡委員淑鈴**

如果是這兩種民眾都不用自費的替代方案的話，可以用文字明確註明：若身心障礙者顯有無法照 X 光之情事，得用其他方式以確保安全。

**蘇委員鴻輝**

根管測量儀使用電位差的方式進行測量，也是有其他的風險。

**蔡委員淑鈴**

如果治療後 X 光片是為了保證後續處置安全，取消身心障礙者的治療前後 X 光片是否真的對他們有利？

**蘇委員鴻輝**

需要同時衡量照 X 光對身心障礙者的生理壓力與牙髓炎的疼痛程度去取得平衡。如果照 X 光時病患將 X 光片吞下，後續必須開刀。所以我們希望在特殊服務計畫中若病患不需照 X 光則可以免附。

**林委員俊彬**

學理上可用根管測量儀(endometer)但是對乳牙不太準。病人來做治療還是需要證據說明為何要治療及治療後狀況，如有治療前後之 X 光則較安全。

**羅委員界山**

身心障礙者希望不要檢附 X 光片的主要原因是身心障礙者無法配合；實務執行上若發現病患很難照 X 光片的話，反正這只是乳牙，拔掉就好了。但是為了身心障礙者的生活品質，還是希望保留他們的牙齒，如果因為 X 光片擔心治療上會有浮濫的問題，應該是

多慮了。

### **蔡委員淑鈴**

我們比較擔心安全問題高於浮濫，如果身心障礙者不能照 X 光當然不能強迫，但是在免附根管治療前後的 X 光片之下，如何達到安全無慮？

### **羅委員界山**

從學理上來說根管的實際長度難測到，真的很擔心浮濫的問題，那我們可以加上備註「治療後 6 個月內不得申報 92055C」，確保乳牙經過治療後可以保存至少 6 個月。

### **蔡委員淑鈴**

同時考量暴露 X 光的風險及安全問題之下還是訂出不只身心障礙者，兒童乳牙治療前後需檢附 X 光片的規定，必定是有需要存在；如果取消身心障礙者乳牙治療檢附 X 光的規定，這樣真的好嗎？

### **羅委員界山**

如果健保局真的很介意取消 X 光片的部分，我們同意不改；可是牙醫師的醫療模式會受到影響：照 X 光很麻煩的話就直接拔牙，這樣對身心障礙者的生活品質也不好。尤其乳牙拔掉之後恆牙會長出來，可是在這中間病人的進食方式與口語訓練都會比較差。

### **林委員俊彬**

X 光用途不只是測根管長度，主要是為了確保根管治療後真的有作好。如果不用 X 光片可以證明作完之後真的安全，那也可以。

### **羅委員界山**

既然各位的疑慮那麼多，那不要改好了。

### **許委員世明**

接下來討論 90092C：有額外根管者，主要是在五根管(含)以上的部分每多一根根管，治療上難度都會加深。

### **林委員思洸**

以根管治療來說在審查上應是控管最嚴格的，不會有浮濫的情況；另外 5 根管的病人好好作的話，可以投稿到期刊上作學術報告。

### **蔡委員淑鈴**

最多可能有幾個根管？最多 5 根管的話，我們現在給付就包括 5 根管以上的根管治療了。

### **林委員思洸**

有些病人根管包括一些小分支，這些分支在 X 光片上理論上可以拍得很清楚。

### **蔡委員淑鈴**

全聯會意思是有額外根管者以超過根管數計算，最多有多少？

### **許委員世明**

以 5 根管加上 1 支額外根管為例，申報 90019C 加上 2 次 90092C 共 1,000 點，以醫師投入時間來說增加點數其實不算多。

### **蔡委員淑鈴**

全聯會的意思是以額外根管計算，每多一支額外根管乘以 1 次 90092C 支付標準碼，原來根管治療的支付點數不變的意思嗎？因為原來 90092C 是難症特別處理，依照不同的額外根管數加乘的意思嗎？

### **陳委員建志**

五根以上根管的發生率其實很低。

### **鄭委員信忠**

5 根管以上已經算是罕見病症了，如果加上一篇實證文獻支持，支委會上說不定就 OK 了。

### **蘇委員鴻輝**

修訂部分全聯會決定撤回。

### **許委員世明**

91003C、91004C 修訂部分健保局同意，不再說明；91006C-91008C 全聯會將一面囊袋修正為一個，另外註明 X 光片為咬翼片或根尖片，附表 3.3.3 全聯會希望排除牙周病統合照護計畫申報點數，周日跟國定假日部分是因應消費者代表質疑牙醫假日開診率太低，希望鼓勵牙醫師在服務量夠之後可以不用縮減看診日數。

### **李科長純馥**

目前排除的方式比較少用日期，用日期的話行政作業上會比較複雜。

### **蘇委員鴻輝**

特別提出周日及國定假日申報點數部分是針對民意滿意度調查部分，民眾反映假日就診不易，如果牙醫師服務量很大又願意用假

日看診，本會樂觀其成；加上有特別規定同一療程之起始日及結束日都是假日才能排除；如果行政上作業不易全聯會也不堅持，但是民眾滿意度若是再度反映假日就診不易，也請貴局不要苛責牙醫師。

**蔡委員淑鈴**

如果本局計算困難，是否可以不列入？

**蘇委員鴻輝**

如果健保局計算困難，同意不列入。

**翁委員德育**

說明一下鄉鎮市區戶籍人口數小於 6 萬者不作高額折付的修訂原因：因為小鄉鎮中多一個牙醫師就會改變醫師人口比，另外許多鄉鎮自身每位牙醫師服務人口少於 4,500 人，但是鄰近的鄉鎮很多無牙醫鄉；另外這樣的小鄉鎮牙醫師平均看診人數其實非常多，若是採高額折付可能會影響醫師的看診意願。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

建議用各別個案來看，像是比照醫院總額偏遠地區認定原則，同時參採分區業務組意見。因為台灣的交通並非不便，該鄉鎮缺乏牙醫師說不定周邊就有充足的牙醫師了。

**翁委員德育**

符合的鄉鎮名單真的很多，全聯會已經一一列出過濾後不會有問題才提出修訂內容，列入的鄉鎮都是不在大都會週圍的小鄉鎮，例如雲林、台南縣的鄉鎮，醫師數高於 1:4,500 但是牙醫要負責周邊無牙醫鄉居民的醫療。

**蔡委員淑鈴**

增訂內容是否與已有的 2. 該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在 4,500 人以上之專任牙醫師篩選結果衝突？

**翁委員德育**

本會認為不能單用醫師人口比作為認定條件。

**蔡委員淑鈴**

台灣鄉鎮間的交通並非不便至此。

**翁委員德育**

以嘉義縣朴子市來說，4 萬人口，20 多位牙醫師，依照醫師人口

比不可以作高額折付，其實該鄉醫師年看診人數約為台北的好幾倍，以約診的方式當地民眾的就醫可近性相對降低很多。朴子市周圍有兩個無牙醫鄉，朴子市的牙醫師必須服務兩鄉的民眾，區塊小的地方可能多一個牙醫師就不能作高額折付，因此本會主張不能單用醫師人口比作為高額折付原則。

#### **蔡委員淑鈴**

委員提到的朴子市有 4 萬戶籍人口，但是現住人口可能不到四萬。

#### **陳委員建志**

原來高額折付原則 2. 該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在 4,500 人以上之專任牙醫師屬齊頭式平等，3. 該鄉鎮市區戶籍人口數小於 6 萬者之專任牙醫師屬立足式的平等。單用 1:4,500 的原則可能使很多院所受限，全聯會願意提供更多服務給有需求的民眾應該是好事，而且我們為了排除不應納入的鄉鎮將數字訂在戶籍人口小於 6 萬，其實也沒有很多個，應該可以嘗試作看看。

#### **蔡委員淑鈴**

補充說明：本局主要考量點為折付原則 2. 與新增的第 3 點可能有扞格之處。另外高額折付的初衷在於品質高於控制費用，服務量真的不是今天本局在意的內容。真的想要提高服務量，為何不考慮調降折付原則 2. 該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在 4,500 人以上之專任牙醫師的數字呢？

#### **蘇委員鴻輝**

這個部分讓全聯會帶回研究，另外找時間與貴局討論。合理門診量 4,500 的數字是早年定下來的，牙醫界科技進步非常快，在兼顧醫療品質的情況下合理門診量應可酌增。這個部分請容我們在下次支委會再提出。

#### **李科長純馥**

下星期就要五都選舉，比較不希望這時候修訂。另外合理門診量在計算程式上資訊耗用程度很大，同時要考量跨院、歸戶等問題，另外設籍於該區的牙醫師若跨區支援是否不用作高額折付，也請全聯會一併考量。

#### **朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

關於朴子市周圍無牙醫鄉民眾到朴子市就醫，重點應該是如何讓

朴子的牙醫去支援無牙醫鄉以及設計相關配套措施。

### **羅委員界山**

原則上遵照健保局意見，不過這邊敘述一下：身心障礙者做到目前這階段應該開始講究身心障礙者的生活品質，希望可以真正達到好的治療。

### **許委員世明**

新增複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板及特殊咬合板治療追蹤檢查與調整支付項目部分，100 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表，明確列示新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤。

### **李科長純馥**

協商時因估算金額中沒有給那麼多，其實扣除追蹤費用之後才同意，如果維持原先設計的 7 千點已不足以支應追蹤的費用。會上討論結果是定期追蹤治療的費用直接從診察費支應。

### **蘇委員鴻輝**

我們可以由一般部門支應費用，可以保證案件數不會太少。

### **蔡委員淑鈴**

當時 0.105% 成長率已經將案件數估算進去，600 點追蹤調整的費用並未納入估算範圍。

### **蘇委員鴻輝**

希望還是用本會設計的支付標準來作，因為複雜性顱顎障礙症的治療能夠達到一個新紀元，按照學理來實際執行檢查、追蹤調整等項目，應可有效改善被保險人的疾病，也希望執行的醫師可以得到相對的回報。

### **羅委員界山**

98 頁的部分，請容我再提一次生活品質：身心障礙患者臥床的病人常因食物侵入氣管造成後續肺部發炎，照護者也會覺得插鼻胃管灌食比辛苦餵食方便；新增此支付標準希望能夠教導這些病人如何正確吞嚥，尤其喉咽肌肉張力低以及臥床的病人。牙醫的吞嚥檢查方式主要是用喉頭鏡，教導病人如何正確處理食團後，讓食物進入食道，跟西醫的吞嚥檢查並不一樣。

### **朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

西醫部門耳鼻喉科也牽涉到吞嚥功能，可能要請教衛生署以及耳

鼻喉科學會，吞嚥治療到底是屬於牙醫師還是西醫的執業範圍。至少要先釐清這個執業範圍是否屬於牙醫師專屬，或是耳鼻喉科醫師是否可以申報此支付碼。

#### **蘇委員鴻輝**

這個項目本會撤回再議，事實上這是參考日本的作法。

#### **蔡委員淑鈴**

這是新增支付標準項目，有一些既定程序如填交成本分析、請相關醫學會表示意見等，是否先保留，請全聯會補充程序後再討論

#### **許委員世明**

第 90 頁審查注意事項部分，英文名稱應為 Lower bilateral 與 upper bilateral，在此補充修正；第 30 項應排除切片或手術切除送檢部分，同意依健保局意見列入。至於新增複雜型顱顎障礙症適應症部分，第一點適應症及條件已經寫得很清楚，應該可以尊重專業判斷，不用再設限先經保守性治療等。最大張口距專業認為應維持小於 35mm，另外終極試驗除大於 5mm 外希望增列「或小於 1mm」，因為這代表兩種不同的診斷。第四點外翼狀肌改為咀嚼肌部分，因為這個拮抗試驗特別針對外翼狀肌，無法測出其他咀嚼肌的情形，希望可以保留外翼狀肌。

#### **蔡科長文全**

這邊是收集分區業務組的意見後，提出比較嚴格的版本。不過適應症的部分是否放在支付標準表比較恰當，因審查注意事項位階比較低。

#### **蘇委員鴻輝**

同意本項適應症移到支付標準的備註部分，但是有些部分還是要堅持，因為提出的數據是有實證醫學支持的，外翼狀肌與咀嚼肌也是完全不同的肌群，請 貴局尊重專業。

### **第九案**

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關「100 年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案，提請 討論。

林建志醫師(醫缺方案召集人)

請先翻到議程第 107 頁，有關執業保障額度部分：健保局建議新增『本計畫施行地區之當地公立醫療機構不得申請本計畫』，目前大約有 3-4 家，讓我們說明一下背景。

### **蘇委員鴻輝**

衛生所部分之前都有列入鼓勵，衛生所提供服務的積極程度上也有提升，貴局認為不應列入，可能會影響衛生所醫師的服務意願。本來容許他們加入執業計畫，驟然拿掉可能有點可惜。

### **黃科長淑雲**

業務單位說明：目前多為山地離島之衛生所參加牙醫執業計畫如和平鄉、望安、七美等，明年開始蘭嶼可能剔除。因為衛生所有其既定的職掌，一年一約可以考慮明年是否納入。另外西醫基層醫缺方案中也是主張若衛生所醫師執行業務，不應列入醫缺方案的範圍。

### **蘇委員鴻輝**

因為 98 年之前的計畫都有列入衛生所，一旦刪除後積極程度可能差別很多，另外也不確定衛生所的偏遠加給能有多少；如果偏遠加給能讓醫師很滿意的話，也不會有那麼多醫療資源缺乏地區存在。執業保障費用在專款項下，希望可以提供被保險人適切的醫療服務，也不可能挪用專款。

### **陳委員瑞瑛**

為什麼要特別針對公立醫療機構不得申請？衛生所醫師也是醫師，偏遠加給錢又很少，這樣會沒有人要去偏遠地區。

### **黃科長淑雲**

跟委員報告一下，這邊針對的是公立醫療機構不得申請當地執業保障部分，不是巡迴服務。因為公立體系的院所已有偏遠加給，既然院所已有加給保障，可能不宜再列入執業保障額度資格。

### **陳委員瑞瑛**

不管是執業還是巡迴服務，目的是鼓勵偏遠地區民眾就醫可近性，為什麼要排除衛生所等公立醫療機構？因為一個月才幾千元的偏遠加給嗎？如果不是因為公費生分發一定要去偏遠地區服務，光那一點偏遠加給真的沒人要去。保障額度也沒有多少錢，多加這一點保障額度，讓民眾就醫不用跋山涉水不是很好嗎？

### **黃科長淑雲**

本局要說明的部分都在議程裡，請全聯會說明如果列入公立醫療機構不得申請執業保障額度可能會有什麼困境。

### **阮委員議賢**

現在蘭嶼牙醫師已經出缺了，望安七美的牙醫師很快也會離開；我們一直以為保障額度牙醫師可以拿很多，事實上 24 萬的保障額度在獎勵金的分配上，牙醫師能拿到的不到一半；全聯會提出提高保障額度是為了當地民眾。公家單位跟私人牙醫診所完全不一樣；本人在蘭嶼待過 2 年，在離島開業 17 年，雖然衛生署讓蘭嶼的醫師服役一年抵兩年，但是不管是醫師或是牙醫師，就是沒人要去。

### **朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

這可能是衛生署層級應該解決的，牽涉各地方衛生局管轄的衛生所，健保費用也是公家的費用，是否與公務預算重複補助可能由衛生署決定比較好。建議把這個案子移到衛生署醫事處。

### **蘇委員鴻輝**

建議維持原案，保障當地民眾權益。至於衛生所是否適用醫缺執業計畫，我們另外行文至衛生署。

### **蔡委員淑鈴**

補充一下：本局提供執業保障額度意涵是為鼓勵院所至醫缺地區開業需要建置硬體，一開始服務量不多，希望他可以落地生根所以提供一段期間的保障薪水，希望對新開業醫師的壓力不要太大。衛生所的房子、設備都是公家的，如果這邊不能取得意見一致，我也贊成提報衛生署照護處去研究一下是不是有重複補助的問題。

### **蘇委員鴻輝**

因為時效問題，建議先照原案，有什麼新的指示我們再改。

<p. 110>

### **林建志醫師**

接下來第 110 頁調升執業點保障額度的部分，每個級數希望各調升 6 萬元，這個方案開始時原來就有保障到 30 萬元。希望保障可以升高到平均申報額度。

### **朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

請問這個計劃費用來源是不是專款?專款應該有預估相關費用,局裡提費協會時應該是用未調整前的保障額度去預估費用,我覺得今年不應該調整。

**林建志醫師**

希望可以提高保障額度,因為我們還是希望牙醫師可以在當地執業。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

請問去年度的執行成效是錢用不完還是執行完畢錢不夠用?

**蘇委員鴻輝**

去年的執行狀況是執業點越來越少,開始做這個計畫時從不分地區都是30萬保障,後來開始加入許多條件,額度還往下降,造成這三四年來執業點一直減少。提高保障額度也是希望執業點可以增加,保障金額維持原狀只會讓執業點數目一直減少。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

事情可能牽涉到經費的預估,保障額度提高會牽涉到經費的問題或是產生排擠效應。錢用不完會被收回,民眾無法得益,但是也要考慮到提升保障額度後,錢不夠用時是否已有備案。

**蘇委員鴻輝**

這個全聯會都有計算過,牙醫總額也曾經用一般部門預算補醫缺不足的幾億費用,我們承諾若專款不足,同意用一般部門預算補這個專案。

**林建志醫師**

提高保障額度設計是為了合理性,希望大家可以成全這部分。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

即使今天全聯會承諾以一般部門預算回補,也是要在費協會同意才行。因為費協會依照會議紀錄執行預算分配,應該是在費協會提出預算案,得到費協會同意後才能執行。

**蘇委員鴻輝**

以貴局估算提高保障額度會不會造成專款無法支應?本會估算在額度內。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

剛剛委員的認知可能有落差:若是細項都已經談定了之後,在費協

會再來確定，我們可以不用開這個會。

### **黃科長淑雲**

請大家翻到第 112 頁：請全聯會針對執行巡迴醫療論次費用為何用小時訂費用作一下說明。

### **林建志醫師**

希望併同第 137-138 頁一併討論。從意見不一致的部分開始：議程第 132 頁巡迴服務執行目標值，全聯會同意服務總天數調升到 6000 天，服務人次調升到 76000 人次。

### **林建志醫師**

議程第 137-138 頁論次費用點數的部分，如果要跟中西醫一致的話會有困難，若無適當的論次保障，三級地區牙醫師不容易進駐。設定社區醫療站主要是希望當地民眾有需求都能找到醫師，設定是服務 3-6 天，每天 2 個診次。在這樣的狀況下，一天一診應該是不太夠，我們比較務實希望一週可以提供 6-12 診次。

### **阮委員議賢**

第 113 頁健保局意見表明給付費用包括車馬費、材料費、各種分擔風險等等，其實費用上並不包括車馬費。這些費用看起來很多，其實包一趟船 2 萬多元，給付的巡迴論次費用還不到包船的錢，如何要鼓勵醫師？很多意見是地方公會的醫師逐級反映上來，加上理事長以及署裡的長官都有去看過覺得合理，一直修正後才會放在草案中討論。包括提高保障額度，全聯會已經去蕪存菁過，表現未盡理想的都請他們收起來，留下的是值得鼓勵的牙醫師。

### **黃召集人三桂**

謝謝阮委員意見，那先回到第 110 頁。局裡對全聯會提高保障額度有沒有意見？

### **黃科長淑雲**

各級地區調升保障額度 6 萬元蠻多的，在費協會上談定本項目 100 年度專款時也未考慮在內；理事長及林醫師都有提到不會影響到專款專用的額度，希望調升保障額度後可以作出成績來，另外漲幅上是否可以不要那麼多。

### **林建志醫師**

保障額度的部分我覺得相當合理，希望調升後可以增加幾個執業

點，真正服務到偏遠地區的民眾。

**黃召集人三桂**

調升額度可以做個折衷嗎？

**林建志醫師**

調升四萬元可以嗎？

**廖委員敏榮**

方案一開始是 30 萬，中醫的保障額度最高也是 30 萬，牙醫還有一些硬體的部分要配合。

**黃召集人三桂**

每個分級部分都調高到 4 萬，各位委員可以贊同嗎？

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

我覺得這個還是要讓大家知道調升後預算可能增加的幅度，會不會排擠同項專款下其他服務。如果排擠到其他服務如何處理等等。蘇理事長提到要從一般額度支應，這也要提到費協會同意才能算數。

**張科長溫溫**

業務單位說明：這部分採專款專用，執業的部分保障一點一元，經費超過則採浮動點值支應，預算不會超支，也不會用到一般預算。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

點值浮動就是排擠其他預算的意思，保障額度越高，其他部分被排擠越多，總要讓委員知道調高後可能發生的情形。

**張科長溫溫**

論量的部分不含在裡面，專款只支應保障額度以元來計算跟論次費用(點數計算)的獎勵部分。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

希望全聯會或健保局可以讓委員知道調整之後可能的財務衝擊。

**劉委員俊言**

可以請健保局的長官跟朱委員解釋一下本項專款項目內含的保障內容？

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

希望今天在委員會上可以就充分的資訊準備下作討論。

**林建志醫師**

我們尊重主席的意見，每個分級地區調升四萬元。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

在之前費協會談定時就說預算不調整，當時未提出保障額度現在提出來，我反對。

**林執祕宜靜**

費協會上確定 100 年度要新增 10 個巡迴點，沒有談細部方案，要修支付標準時才會提成本分析，費協會也不會談這麼細。往年專款不足由一般服務預算支應也有前例，專款餘額也不能流到一般預算。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

在費協會談定預算時也是局裡用原來保障額度試算出來的，才會提到費協會去談。

**翁委員德育**

我們尊重朱委員的意見，不過中間還是有落差；是否可以容許承作單位跟 貴局達成協議，再附上朱委員的但書，一起送費協會去談。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

如果要調升保障額度，除了要到費協會提討論案之外，另外希望有財源配套措施一併進來。

**黃召集人三桂**

其他委員是否有意見？在費協會協商時費用沒有細到區分每級保障額度多少錢，另外專款不足時限定在專款額度內浮動，不影響一般服務點值，建議大家各退一步，全聯會調升保障額度 4 萬元，朱委員的意見本局錄參，費協會報告時一併呈現，表達朱委員的個人看法。雙方可以接受嗎？

**林建志醫師**

第 125-126 頁執業額度管控原則部分：二級至四級地區執業第三年起服務量未達保障額度時以 30%核付保障額度，應該差不多是執業成本了，請 討論。

**黃科長淑雲**

業務單位說明：配合保障額度調幅降低，本局沒有特別意見。

**陳委員瑞瑛**

保障額度調升數目變更，是否需要重新計算管控核付額度？

**黃科長淑雲**

保障額度調幅較低，執業管控核付額度以 30%計算，本局同意。

**林建志醫師**

第 132 頁本會同意增加服務總天數 6000 天，總服務人次 76,000 人次之執行目標值。

**黃科長淑雲**

第 133 頁要整合西中牙醫巡迴點。

**林建志醫師**

本會同意。再來第 137 頁這邊有關論次的部分，是否需要再說明一次。

**黃科長淑雲**

健保局補充:因為西中牙醫都有論次費用，這一塊可能請全聯會再補充說明一下為何需要用小時計算。

**林建志醫師**

本會希望用小時計算，因為牙醫師的工時很重要，以小時計算我們可以細分。在申請時已經有檢附工時表了。

**黃召集人三桂**

可以先維持論次嗎?

**阮委員議賢**

離島地區的包船部分沒辦法用論次的費用來衡量，去年與前年都有陸續修正，現在這樣修又回到大前年的狀況了，離島地區包船的成本不是當地人不會了解;我要去花嶼等了 40 天都沒有適合的天氣，出 2 萬 5 也沒有人願意開船;這 2 萬 5 千也是醫師願意吸收成本才能成行;類似的情形也會發生在馬祖以及未來的蘭嶼。沒有人要過去那邊執業，都要靠台東的巡迴醫療過去支援。鼓勵方案沒出來，健保局要談提升巡迴目標值或是滿意度都會很困難。希望這個點附加的註明可以取消。

**黃召集人三桂**

對於離島中的離島部分，局內可以配合全聯會的看法嗎?

**黃科長淑雲**

原來我們論次費用中各級費用其實都有考量車馬費進來，比較偏遠的地方也希望去了之後不只服務一個診次，那到底能服務多少

病人，也希望能講清楚，對病人有個交代。牙醫相對上是重裝備，外島部分西醫、中醫都有去，船期跟交通成本大家都差不多。

### **阮委員議賢**

中醫跟牙醫的巡迴點還是不一樣，牙科作的是比較深入的地方，像東西莒、花嶼等地，澎湖本地的中醫開業醫沒去作巡迴，都靠本島的中醫去支援，也都是為了民眾的滿意度硬著頭皮去。如果要公平，那牙科有去的地方中醫也要去。

### **翁委員德育**

這個區塊作那麼多年，因為每個總額特性不同，希望貴局給予承作單位一些空間，然後再看 100 年我們的表現。

### **黃召集人三桂**

其他委員有無意見？

### **朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

先問一下全聯會：論次跟小時意義不太一樣，可以說明一下為什麼希望用小時計算嗎？

### **林建志醫師**

牙醫到巡迴點或是醫療站若是每診次 3 小時，民眾不一定可以找到牙醫師，希望在排班表上可以明確反映醫師在的情形同時在當地公告讓民眾知道。

### **翁委員德育**

召集人的意思是論時比論次來得精確，也方便管理。

### **林建志醫師**

牙醫跟其他醫療不一樣的地方，是很多地方有衛生所可以提供基層服務，卻沒有牙醫師。

### **翁委員德育**

這個部分請容我們後補資料，讓 貴局滿意我們再放上去。

### **黃科長淑雲**

其他部份我們都有共識了。

## **第十二案**

**提案單位：牙醫師公會全聯會**

**案由：有關「100 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案，  
提請 討論。**

### **陳委員彥廷**

就目前還有歧異的部分提出討論:議程第 258 頁本會同意加入醫師退場機制,另外第 259 頁施行第二階段 P4002C 治療日起 90 天內,90 天是有實證醫學根據的;實務上我們也發現比較中重度的病人 90 天內因為病情需要重複施行的比例比較高。

### **李科長純馥**

第二階段已經作完齒齦下刮除術了,是比牙結石清除術更完整的照護;牙結石清除術支付標準上有規定 180 天內不能重複施行,希望牙周病計畫中的齒齦下刮除術可以比照。這個計畫主要是教病人如何自我照護,這也是希望全聯會這邊可以積極處理的。

### **陳委員彥廷**

齒齦下刮除作的是牙根以下的部分,牙結石清除作的是牙齒外露的部分,短時間內可能再度出現。用統包式方式可能讓病人的醫療品質上受到打折。如果要院所概括承受,可能剝奪病人的需求。在療程中 90 天是符合病人需要的。

### **李科長純馥**

那本局配合修正為 90 天。

### **陳委員彥廷**

事前審查改成抽審部分,議程 260 頁貴局希望本會建置網站,把申報情形放在網路上供人查閱。可能會有兩個問題:網站內容是否能得到授權?內容如何確認是實際申報情形?會前會溝通時是說若重複率高的情形全聯會可以管理,如果是惡意行為,其實是很容易管理的。

### **李科長純馥**

跟公會溝通時原來是希望建置在 VPN 上,公會覺得上傳很麻煩;因為這個治療很昂貴,之前採事前審查就是希望排除重複收案的可能性,現在拿掉事前審查,我們希望還是能有避免重複的管控措施,費用管控上壓力比較不會那麼大。本局可以跟貴會溝通後設計簡單的欄位檢核,避免在後續稽核上的困擾。

### **陳委員彥廷**

如果是重複的話,可以在自動化審查系統中,後申報者以 91006C 給付,管理上我們也會糾正重複的情形以及跟病人互動不完善的

部分。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

不同醫療院所重複申報同一病人是否會有影響? 第二家醫療院所會不會不知道病人已經被收入牙周病照護計畫?

**陳委員彥廷**

第二家院所改用 91006C、91007C、91008C 去申報，同院所更不會有重複申報病人的問題。

**翁委員德育**

請問一下科長，審計部撈的 180 天內跨院所重複洗牙率的數據，是在電腦自動化審查前還是審查後?

**李科長純馥**

自動化審查的東西不會回饋申報端的資料庫。

**朱委員益宏(謝武吉委員代理人)**

這個問題跟審計部關係不大，現在限定一個病人一年作一次，全聯會是否有機制去避免一個病人被重複申報的問題。

**李科長純馥**

建議可以把現行收案的個案上傳到 VPN 資料庫中，醫師在執行時可以先透過資料庫去了解病人是否已被收案，可以避免後續的紛爭。

**陳委員彥廷**

本會同意在 VPN 中建置，只是全聯會無法建置這樣的查詢網站。

**蔡委員淑鈴**

本局建置在 VPN 上讓大家查詢，這樣可以嗎?

**陳委員彥廷**

其他部分大致上本會都同意，到第 269 頁醫療需求增加申報量的部分：不管是教學機構或受過牙周專科訓練院所都可以提供較多的牙周醫療服務，希望局裡確立由院所報到分區業務組核定後的標準流程。

**李科長純馥**

全聯會所提建議是由公會直接核定院所可以擴增額度，但是專業自主委託中未授權受託單位執行此一業務。局裡是希望由分區業務組去確認後複審。原本會前協談時已把條件講清楚了。

**陳委員彥廷**

全聯會同意，希望會後可以將流程確立。

**李科長純馥**

本局同意再找分區業務組一起討論。

**翁委員德育**

如果要請分區業務組複核，是否可以考慮時效的問題？

**李科長純馥**

原來全聯會已設了合理量，放寬合理量的部分本局希望可以審慎一點，時間上需要一點等待。

**蔡委員淑鈴**

我們一定會盡快，這個部分與當初事前審查的案量相比應該不會太多。

**張科長溫溫**

在這裡確認一下：議程第 261 頁 P4001C 與 P4002C 由專款項下支應，P4003C 由一般服務預算支應，希望能夠明確記錄。

**黃召集人三桂**

其他議題請在臨時會時繼續討論。謝謝大家。

牙醫門診醫療給付費用總額計算說明

年	項目	公式	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
99 年	協商結果--醫療給付費用成長率	N <sub>99</sub>	1.941%				
	*一般服務						
	一般服務醫療給付費用成長率	R <sub>99</sub>	1.389%				
	品質保證保留款醫療給付費用成長率	Q <sub>99</sub>	0.75%				
	特殊艱困地區提升照護獎勵方案	Spe <sub>99</sub>	50,000,000				
	實際保險對象人數	P <sub>99</sub>					
	預算						
	校正投保人口年增率預估值	DI <sub>99</sub>	47,312,612	56,881,735	59,342,064	32,802,290	196,338,701
	一般服務醫療給付費用總額	RG <sub>99</sub> =(RG <sub>98</sub> +DI <sub>99</sub> )*(1+R <sub>99</sub> )	8,067,103,865	8,661,941,950	9,310,310,577	9,064,364,708	35,103,721,100
	品質保證保留款	QG <sub>99</sub> =(RG <sub>98</sub> +DI <sub>99</sub> )*Q <sub>99</sub>	59,674,402	64,074,569	68,870,715	67,051,391	259,671,077
	特殊艱困地區提升照護獎勵方案各季移撥預算	Spe <sub>99_sea</sub>	12,500,000	12,500,000	12,500,000	12,500,000	50,000,000
	地區一般服務	DG <sub>99</sub> =RG <sub>99</sub> -QG <sub>99</sub> -Spe <sub>99_sea</sub>	7,994,929,463	8,585,367,381	9,228,939,862	8,984,813,317	34,794,050,023
	*專款專用：全年預算		162,825,000	162,825,000	162,825,000	162,825,000	651,300,000
	牙醫特殊服務項目(唇顎裂、中重度身心障礙)	SG <sub>99</sub> (全年預算 423,000,000)	105,750,000	105,750,000	105,750,000	105,750,000	423,000,000
	醫療資源缺乏地區改善方案	DPSG <sub>99</sub> (全年預算 228,300,000)	57,075,000	57,075,000	57,075,000	57,075,000	228,300,000
100 年	協商結果--醫療給付費用成長率	N <sub>100</sub>	1.607%				
	*一般服務						
	一般服務醫療給付費用成長率	R <sub>100</sub>	0.541%				
	品質保證保留款醫療給付費用成長率	Q <sub>100</sub>	0.25%				
	醫療資源不足且點值低地區獎勵方案	Spe <sub>100</sub>	50,000,000				
	實際保險對象人數	P <sub>100</sub>					
	預算						
	校正投保人口年增率預估值	DI <sub>100</sub>	22,279,006	21,575,649	8,321,686	9,780,653	61,956,994
	一般服務醫療給付費用總額	RG <sub>100</sub> =(RG <sub>99</sub> +DI <sub>100</sub> )*(1+R <sub>100</sub> )	8,133,146,432	8,730,495,429	9,369,046,064	9,123,236,487	35,355,924,412
	品質保證保留款(99 年額度)	QG <sub>99</sub> =(RG <sub>98</sub> +DI <sub>99</sub> )*Q <sub>99</sub>	59,674,402	64,074,569	68,870,715	67,051,391	259,671,077
	品質保證保留款(100 年額度)	QG <sub>100</sub> =(RG <sub>99</sub> +DI <sub>100</sub> )*Q <sub>100</sub>	20,223,457	21,708,794	23,296,581	22,685,363	87,914,195
	品質保證保留款(自 99 年採累計額度)	QG <sub>100</sub> +QG <sub>99</sub>	79,897,859	85,783,363	92,167,296	89,736,754	347,585,272
	醫療資源不足且點值低地區方案各季移撥預算	Spe <sub>100_sea</sub>	12,500,000	12,500,000	12,500,000	12,500,000	50,000,000
	100 年牙周統合照護計畫移至專款	DCSG <sub>100</sub>	96,000,000	96,000,000	96,000,000	96,000,000	384,000,000
	醫療資源缺乏地區改善方案(論量)	DPSG <sub>100d</sub>	0.282%				
	醫療資源缺乏地區改善方案(論量)	DPSG <sub>100de</sub> =(RG <sub>99</sub> +DI <sub>100</sub> )*DPSG <sub>100d</sub>	22,812,060	24,487,520	26,278,543	25,589,090	99,167,213
	醫療資源缺乏地區改善方案 (50%依醫缺地區申報費用占率)	DPSG <sub>100de</sub>	12,395,902	12,395,902	12,395,902	12,395,902	49,583,607
	醫療資源缺乏地區改善方案 (50%依各區R值分配)	DPSG <sub>100de</sub>	12,395,902	12,395,902	12,395,902	12,395,902	6,197,951
	地區一般服務	DG <sub>100</sub> =RG <sub>100</sub> -QG <sub>100</sub> -QG <sub>99</sub> -Spe <sub>100_sea</sub> -DCSG <sub>100</sub>	7,932,352,671	8,523,816,164	9,155,982,866	8,912,603,831	34,524,755,534
	*專款專用：全年預算		259,125,000	259,125,000	259,125,000	259,125,000	1,036,500,000
	牙醫特殊服務項目(唇顎裂、中重度身心障礙)	SG <sub>100</sub> (全年預算 423,000,000)	105,750,000	105,750,000	105,750,000	105,750,000	423,000,000
	醫療資源缺乏地區改善方案	DPSG <sub>100</sub> (全年預算 229,200,000)	57,300,000	57,300,000	57,300,000	57,300,000	229,200,000
	牙周病統合照護計畫	DCSG <sub>100</sub> (全年預算 384,300,000)	96,075,000	96,075,000	96,075,000	96,075,000	384,300,000



## 100年牙醫門診總額醫療給付費用各項定義及計算方式

### 一、全民健康保險醫療費用協定委員會協定公告內容摘要

#### (一) 總額設定公式：

100年度牙醫門診醫療給付費用總額＝校正後99年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+100年度牙醫門診一般服務成長率)+100年度專款項目經費

註：校正後99年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

#### (二) 總額協定結果：

1、一般服務成長率為0.541%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.006%，及協商因素成長率-0.465%。

2、專款項目全年預算額度為1036.5百萬元。

3、前述二項額度經換算，100年度牙醫門診醫療給付費用總額，較99年度所協定總額成長1.783%；而於校正投保人口後，成長率估計值為1.607%。

(三) 地區範圍：預算以行政院衛生署中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(四) 地區預算分配方式：預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(五) 藥品依藥價基準核算，自地區總額預先扣除。

### 二、計算公式說明

#### (一) 100年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額

＝(99年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額+校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額)×(1+0.541%)

1、99年度牙醫門診一般服務醫療給付費用成長率經協定為0.541%

2、校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額：依據費協會第

114 次委員會議決議公式辦理，99 年各季一般服務預算結算時，其基期分別增加 0.22 億元、0.22 億元、0.08 億元、0.1 億元，全年共計 0.62 億元。

## (二) 100 年品質保證保留款

= (99 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額) × 品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.250%) + 99 年品質保證保留款額度

註：1. 99 年協商因素品質保證保留款成長率為 0.25%，另依 98 年第 4 次牙醫門診總額支委會決議由一般服務預算再移撥 0.50% 辦理 99 年協商因素品質保證保留款。

2. 依費協會第 150 次會議決議，品質保證保留款 99 年度開始採累計方式計算。

## (三) 醫療資源不足且點值低地區獎勵方案

= 5,000 萬元

註：由各季預算數中平均分攤移撥，各季皆移撥 1,250 萬元。

## (四) 100 年各季一般服務部門分配至各分區預算

= 100 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 - 100 年品質保證保留款 - 醫療資源不足且點值低地區獎勵方案各季移撥數

**1、醫療資源不足地區論量費用回歸一般部門預算成長率 0.282%，其中 50% 依分區一般預算占率分配，另外 50% 依 98 年度各分區申報巡迴醫療費用占率分配，以 100 年度為基期，日後不再變動。**

註、98 年度各分區至醫療資源不足地區巡迴申報醫療費用占率如下：

台北區	<u>16.553%</u>
北區	<u>3.726%</u>
中區	<u>8.186%</u>
南區	<u>12.438%</u>
高屏區	<u>40.605%</u>
東區	<u>18.492%</u>

(五) 100年一般服務部門六分區預算分配方式如下：

六分區各季預算總額如下：

100年各分區各季一般服務預算總額

= [ (99年各季一般服務醫療給付費用總額 + 校正「投保人口年增率預估值」之各季差值金額) × (1 + 0.541%) - 各季品質保證保留款 - 醫療資源不足且點值低地區獎勵方案各季移撥數 ] × 100% × 各分區 **98年度** 人口風險因子

註：本定義及計算方式暫依費協會第 163、164 次委員會議決議內容訂定，若有變動，再依 99 年第 4 次牙醫門診總額支委會會議決議「品質保證保留款」、「醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」兩案送費協會備查版本修改其成長率與預算額度。

# 行政院衛生署中央健康保險局牙醫總額支付委員會

## 設置要點

- 一、中央健康保險局(以下簡稱本局)為推動「牙醫總額支付制度」之實施，特成立「中央健康保險局牙醫總額支付委員會」(以下簡稱本委員會)。
- 二、本委員會之任務如下：
  - (一) 籌備及推動「牙醫總額支付制度」相關事宜。
  - (二) 研議牙醫總額支付制度執行面相關辦法及規定。
- 三、本委員會置委員 32 人，由本局就下列人員、名額聘任之，並指定其中 1 人為召集人：
  - (一) 專家學者 3 名。
  - (二) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表，由本局洽請牙醫門診總額受託單位推舉 15 名、中華民國牙醫師公會全國聯合會推舉 1 名、台灣醫院協會推舉 4 名、中華民國藥師公會全國聯合會推舉 1 名、中華牙醫學會推舉 1 名及中華民國醫院牙科協會推舉 2 名。
  - (三) 行政院衛生署及全民健康保險醫療費用協定委員會代表各 1 名。
  - (四) 本局代表 2 名。
  - (五) 財團法人中華民國消費者文教基金會代表 1 名。
- 四、本委員會成員任期為 2 年，期滿得續聘之，代表機關及本局出任者，應隨其本職進退；代表牙醫門診相關醫療服務團體出任者離開本職時，由原推舉單位就變動部分重新推舉，若無受託單位，則由中華民國牙醫師公會全國聯合會推舉。
- 五、本委員會成員均為無給職，但學者專家得依規定支領出席費。
- 六、本委員會原則上每 3 個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 七、本委員會開會時，必要時得邀請相關機關團體人員代表列席。
- 八、本要點由本局公告後實施，修正時亦同。

## 第三部 牙醫

### 第三章 牙科處置及手術

#### 第三節 牙周病學

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
91114C	特殊牙周疾病控制基本處置 註：1. <u>適用特定身心障礙(限全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫特定身心障礙者牙醫醫療服務申報)、化療、放射線治療患者。</u> 2. 牙菌斑偵測及去除維護教導 3. 90天可申報一次 4. <u>需併同91104C 實施。</u>	V	V	V	V	250

100 年度全民健康保險牙科特約醫療院所門診支付標準表修訂項目

	會議決議	原支付表	說明
90013C 90014C	<p>根尖成形術或根尖生成術 Apexification or <u>Apexogenesis</u></p> <p>— 前牙 anterior teeth — 後牙 posterior teeth 註：1. 限開根尖式根管者 (open apex)。 2. 處置完成(根尖成形)後需 檢附術前、術後 X 光片(術 後 X 光片費用另計)申報， 處置完成前之追蹤檢查，每 三個月可視需要申報診察 費及 X 光費用。</p>	<p>根尖成形術 Apexification</p> <p>— 前牙 anterior teeth — 後牙 posterior teeth 註：1. 限開根尖式根管者 (open apex)。 2. 處置完成(根尖成形)後需 檢附術前、術後 X 光片(術 後 X 光片費用另計)申報， 處置完成前之追蹤檢查，每 三個月可視需要申報診察 費及 X 光費用。</p>	修訂名稱
91003C 91004C	<p>牙結石清除 Scaling</p> <p>— 局部 localized — 全口 full mouth 註： 1. 限有治療需要之患者每半 年最多申報一次。 2. 半年內全口分次執行之局 部結石清除，均視為同一療 程，其診察費僅給付一次。 同療程時間內若另申報全 口牙結石清除術，則刪除同 療程內已申報之局部牙結 <u>石清除</u>費用。(同象限不得 重覆申報) 3. <u>牙結石清除</u>須作潔牙說 明，其後作刷牙復習。 4. 91003C 需依四象限申報。 5. 十三歲以下兒童(全民健康 保險牙醫門診醫療給付費 用總額特殊服務項目醫療 服務試辦計畫之特定身心 障礙者除外)非全口性牙周 病者不得申報全口牙結石 清除，病歷上應詳實記載備 查；申報 91003C 或 91004C 需</p>	<p>牙結石清除 Scaling</p> <p>— 局部 localized — 全口 full mouth 註： 1. 限有治療需要之患者每半 年最多申報一次。 2. 半年內全口分次執行之局 部結石清除，均視為同一療 程，其診察費僅給付一次。 同療程時間內若另申報全 口牙結石清除術，則刪除同 療程內已申報之局部洗牙 費用。(同象限不得重覆申 報) 3. 第一次洗牙須作潔牙說 明，其後作刷牙復習。 4. 91003C 需依四象限申報。 5. 十三歲以下兒童(全民健康 保險牙醫門診醫療給付費 用總額特殊服務項目醫療 服務試辦計畫之特定身心 障礙者除外)非全口性牙周 病者不得申報全口牙結石 清除，病歷上應詳實記載備 查；申報 91003C 或 91004C 需</p>	修訂註3，刪除 第一次；名稱修 訂：洗牙修訂為 牙結石清除

	會議決議	原支付表	說明
	附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。	附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。	
91006C 91007C 91008C	<p>齒齦下刮除術(含牙根整平術)</p> <p>Subgingival curettage (Root planing)</p> <p>— 全口 full mouth</p> <p>— 1/2 顎 1/2 arch</p> <p>— 局部 localized (3 齒以內)</p> <p>註：1. 每顆牙應詳細記載6個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。</p> <p>2. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。</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91008C*1；當其需接受治療為4齒(含)以上時，申報91007C*1，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> <p>4. 申報 91006C、91007C*3 以上一年內不得申報牙周病統合性治療 P4001C~P4003C。</p>	<p>齒齦下刮除術(含牙根整平術)</p> <p>Subgingival curettage (Root planing)</p> <p>— 全口 full mouth</p> <p>— 1/2 顎 1/2 arch</p> <p>— 局部 localized (3 齒以內)</p> <p>註：1. 每顆牙應詳細記載6個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一面囊袋超過5mm (含)以上。</p> <p>2. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片。</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91008C*1；當其需接受治療為4齒(含)以上時，申報91007C*1，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> <p>4. 申報91006C、91007C*3 以上一年內不得申報牙周病統合性治療P4001C~P4003C。</p>	<p>1. 修訂註1，明確說明測量之方式。</p> <p>2. 治療前X光片限咬翼片或根尖片。</p>
91014C	<p>牙周疾病控制基本處置</p> <p>註：1. 牙菌斑偵測及去除維護教導</p> <p>2. 需併同91004C 實施</p> <p>3. 每 360 天限申報一次</p>	<p>牙周疾病控制基本處置</p> <p>註：1. 牙菌斑偵測及去除維護教導</p> <p>2. 需併同91004C 實施</p> <p>3. 每 365 天限申報一次</p>	<p>修訂註3，天數計算符合91004C半年一次</p>
附表 3.3.1	附表 3.3.1 根管治療充填達	附表 3.3.1 根管治療充填達	修訂部份文字內容

	會議決議	原支付表	說明
	根尖 2mm 申請給付原則 一、申報本項應使用橡皮障，如未使用橡皮障做治療者不予給付。	根尖 2mm 申請給付原則 一、本項給付自公告實施一年後，如未使用橡皮障做治療者不予給付。	
附表 3.3.3	<p>一、實施範圍定義：</p> <p>(一)醫療費用</p> <p>1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>2. 下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(1) 案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2) 加成之點數。</p> <p>(3) 牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。</p> <p>(4) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目。</p> <p>(5) 初診診察費差額(370 點)</p> <p>(6) 感染控制診察費差額(30 點)</p> <p>(7) 職災代辦案件(案件分類為 B6)</p> <p>(8) 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務</p> <p>(9) 山地離島診察費差額(20 點)</p> <p>(10) 牙醫急診診察費差額(248 點)</p> <p>(11) 牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)</p> <p>(12) 週日及國定假日申報點數(若為同一療程，療程之起始日與結束日皆為</p>	<p>一、實施範圍定義：</p> <p>(一)醫療費用</p> <p>1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>2. 下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(1) 案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2) 加成之點數。</p> <p>(3) 牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。</p> <p>(4) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目。</p> <p>(5) 初診診察費差額(370 點)</p> <p>(6) 感染控制診察費差額(30 點)</p> <p>(7) 職災代辦案件(案件分類為 B6)</p> <p>(8) 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務</p> <p>(9) 山地離島診察費差額(20 點)</p> <p>(10) 牙醫急診診察費差額(248 點)</p>	<p>新增不列入計算之條件：</p> <p>「牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)。」</p> <p>2. 兒童牙齒預防保健案件修訂為牙齒預防保健業於 99-3 支委會通過，尚未正式公告</p> <p>3. 週日及國定假日申報點數，由健保局研議計算方式，如計算困難則移除。</p>

	會議決議	原支付表	說明
	週日或國定假日時才能 排除)		

100 年度全民健康保險牙科特約醫療院所門診支付標準表新增項目

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
92069A (新增)	<p>複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders</p> <p>註：</p> <p>一、本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中 2 項(含)以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。</p> <p>二、適應症：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 下顎運動最大張口距：小於 35mm。</li> <li>2. 終極試驗：大於 5mm 或小於 1mm。</li> <li>3. 顱顎關節雜音之聽診：單或雙側具彈響 (clicking sound)或軋髮音(crepitus sound)。</li> <li>4. 顱顎關節區觸診：單或雙側有壓痛。</li> <li>5. 外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。</li> <li>6. 咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。</li> </ol> <p>二、一年內不得申報 92053A。</p>			v	v	7000
92070A (新增)	<p>複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整 Follow up examination and adjustment of special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders</p> <p>註：1. 須先前有接受複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療者方得申報本項。</p> <p>2. 咬合板臨床調整申報，180 天內每 30 天得申報一次，180 天後每 60 天得申報一次。</p>			v	v	600

### 審查注意事項

	修訂內容	原審查注意事項	說明						
三	<p>牙科治療項目如使用縮寫，依全聯會統一制訂之英文縮寫名稱表示，以利便捷整齊之病歷記載。</p> <table border="1" data-bbox="228 600 676 846"> <thead> <tr> <th data-bbox="228 600 509 651">英文名稱</th> <th data-bbox="509 600 676 651">英文縮寫</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="228 651 509 748">Lower <b>Bilateral</b></td> <td data-bbox="509 651 676 748">LB</td> </tr> <tr> <td data-bbox="228 748 509 846">Upper <b>Bilateral</b></td> <td data-bbox="509 748 676 846">UB</td> </tr> </tbody> </table>	英文名稱	英文縮寫	Lower <b>Bilateral</b>	LB	Upper <b>Bilateral</b>	UB	牙科治療項目如使用縮寫，依全聯會統一制訂之英文縮寫名稱表示，以利便捷整齊之病歷記載。	依據爭審會決議新增項目
英文名稱	英文縮寫								
Lower <b>Bilateral</b>	LB								
Upper <b>Bilateral</b>	UB								
九	為提昇審查效率，檢附之 X 光片，應每張分開以透明 X 光片袋裝妥，一袋一片浮貼於病歷影本或處方明細表上，且 X 光片袋上勿貼有礙檢視之標籤。	為提昇審查效率，檢附之 X 光片，應每張分開以透明 X 光片袋裝妥浮貼於病歷影本或處方明細表上，且 X 光片袋上勿貼有礙檢視之標籤。	清楚說明 X 光片浮貼方式						
十	X 光片應沖洗清晰可辨，並有可辨上、下、左、右，正反面之記號。數位 X 光片所列印之膠片尺寸大小與一般相關 X 光片相符。不得以數位 X 光檔案列印於相片紙上送審。若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附 X 光片，其相關費用應予核減。若重覆補照 X 光片時，申覆時應補上原送核之 X 光片，連同初審作比對。如係以數位化 X 光影像上傳作業之案件，申復時應附實體膠片。非處置當日 X 光片，舉證時，X 光片須記載拍攝日期。	X 光片應沖洗清晰可辨，數位 X 光片所列印之膠片尺寸大小與一般相關 X 光片相符。不得以數位 X 光檔案列印於相片紙上送審。若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附 X 光片，其相關費用應予核減。若重覆補照 X 光片時，申覆時應補上原送核之 X 光片，連同初審作比對。如係以數位化 X 光影像上傳作業之案件，申復時應附實體膠片。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 修訂 X 光片辨識方式</li> <li>2. 新增非處置當日之 X 光片舉證方式</li> </ol>						

	修訂內容	原審查注意事項	說明
二十	根管治療 (ENDO): 90001C ~90003C、90019C、90020C 應詳載牙齒位置、根管名稱及其根管治療操作長度 (包含數字與單位 mm), 擴大號數 (ISO instruments 經由 ADA 與 ISO 認定的標準尺寸大小)、充填材料...等。根管難症處理, 應依各該根管詳細述明理由及病情並附充填前後 X 光片舉證, 病歷應詳載 X 光片診斷或發現。個別根管若根管鈣化, 未作 RCF 且未申報費用, 不需記載操作長度及擴大號數。	根管治療 (ENDO): 90001C ~90003C、90019C、90020C 應詳載牙齒位置、根管名稱及其根管治療操作長度, 擴大號數、充填材料...等。根管難症處理, 應依各該根管詳細述明理由及病情並附充填前後 X 光片舉證, 病歷應詳載 X 光片診斷或發現。個別根管若根管鈣化, 未作 RCF 且未申報費用, 不需記載操作長度及擴大號數。	依據全民健保爭議審議委員會 7 月 9 日 99 年 7 月臨時委員會討論事項辦理
三十	對於全部口腔潰瘍之病例不論採何種方式治療, <u>排除切片或手術切除送檢後</u> 一律以 92001C 或 92066C 給付。申報 92066C 嚴重口腔潰瘍病歷應記載病灶之數量與範圍, 三天內視為同一療程, 92001C 三十天內限申報二次。	對於全部口腔潰瘍之病例不論採何種方式治療, 一律以 92001C 或 92066C 給付。三天內視為同一療程, 92001C 三十天內限報二次, 但特殊黏膜病變不在此限。申報 92066C 嚴重口腔潰瘍病歷應記載病灶之數量與範圍。	1. 調整文字順序 2. 刪除特殊黏膜病變不在 92001C 限制
四十八	主要處置需要之牙周囊袋測量記錄表須醫師簽名及加註檢查日期。時效: 在進行牙周病緊急處置 (91001C) 以外之牙周病處置後, 若欲再作進一步治療, 皆須重新檢測囊袋, 記錄表之時效最長不超過六個月。	主要處置需要之牙周囊袋測量記錄表須醫師簽名及加註檢查日期。時效: 在進行牙周病緊急處置 (91001C) 以外之牙周病處置後, 若欲再作進一步治療, 皆須重新檢測囊袋, 記錄表之時效最長不超過三個月。	經台灣牙周病醫學會建議改為六個月

# 100年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

## 第一項 牙醫師至醫療資源不足地區執業服務醫療給付計畫

### 一、依據

行政院衛生署 99年 00月 00日衛署健保字第 0000000000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

本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會議之決議辦理。

### 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）之醫療資源不足地區。
- 3.三級：指山地鄉、離島地區之醫療資源不足地區。
- 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「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](#) 執業醫師應為牙醫全聯會會員，為全民健康保險特約院所執業達 2 年，且 3 年內未曾 [有](#) 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）。
2. 曾經因 [本計畫](#) 考核列入輔導，[覆核後仍未達標準](#) 而 [停止執行本計畫](#) 者，5 年內不得再申請加入。
3. [由牙全會各分區委員會查證院所醫療模式異常，提報經牙全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 [以函覆本](#)

保險人審查結果。本保險人及分區業務組於 10 個工作日內函覆申請結果。

- (四)經審查通過並收到回覆同意函者，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.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 19 萬元。
  - (2)二級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為 22 萬元。
  - (3)三級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為 24 萬元。
  - (4)四級「醫療資源缺乏地區」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「醫療資源不足地區」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「醫療資源不足地區」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保險人 91 年 10 月 15 日健保審字第 0910023483 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 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看診資料，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)，相關流程明細(如附件 4)，辦理原則(如附件 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 卡相關作業，經本保險人審核，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「100年度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各分區總額執行委員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 年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核辦法（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，經牙醫全聯會修正補充後轉請本保險人公告執

行。

十一、「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，並於牙醫門診總額支付委員會報告。

十三、本「100年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」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」後，本計畫之「論次給付」、同方案第二項「牙醫師至醫療資源不足地區巡迴服務醫療給付計畫」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、本計畫由本保險人公告後實施，修正時亦同。惟 99年度原有計畫延續至 100年度執行，且符合 100年公告之「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計劃」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、本計畫若因故未能委託辦理，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 牙醫師至醫療資源不足地區巡迴服務醫療給付計畫

### 一、依據

行政院衛生署 99 年 00 月 00 日衛署健保字第 0000000000 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

本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定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 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.以公告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、全民健康保險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；團隊大小，由當地地方公會規劃，協調及其他未盡事宜由全聯會決定並之轉知本保險人。
- 2.參與醫療團成員應為中華民國牙醫師公會全國聯合會(即牙醫門診總額專業事務自主受託單位，以下稱牙醫全聯會)會員，達到執業年資1年，且3年內不得有停止特約以上之處分。

## 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個工作日內以函覆保險人審查結果本保險人及分區業務組於10個工作日內函覆申請者；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。

## 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)。跨分區執行巡迴業務時，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)，相關流程明細(如附件 4)，辦理原則(如附件 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「100年度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2萬點的部份不予給付。
- (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(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，則提報本保險人處理。
- (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%，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，經牙醫全聯會修正補充後轉請本保險人公告執行。

十一、「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，並於牙醫門診總額支付委員會報告。

十四、本「100 年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」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、本計畫由保險人公告後實施，修正時亦同。惟 99 年度原有計畫延續至 100 年度執行，且符合 100 年公告之「牙醫師至醫療資源不足地區巡迴服務醫療給付計畫」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、本計畫若因故未能委託辦理，原應由牙醫全聯會執行之項目，改由保險人自行辦理。

100 年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案施行地區一覽表 (執業計畫)

保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮別	分類級數	保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮別	分類級數
臺北 業務組	新北市	石碇區	2	高屏 業務組	屏東縣	三地門鄉	3
		坪林區 <sup>**</sup>	2			瑪家鄉	3
		貢寮區	2			新埤鄉	2
		烏來區 <sup>**</sup>	2			春日鄉	3
	宜蘭縣	大同鄉 <sup>**</sup>	3			獅子鄉	3
		南澳鄉 <sup>**</sup>	3			牡丹鄉 <sup>**</sup>	3
	金門縣	烏坵鄉	4			竹田鄉	2
		烈嶼鄉	4			崁頂鄉	2
	連江縣	北竿鄉	4			泰武鄉	3
		莒光鄉	4			枋山鄉	2
		東引鄉	4			佳冬鄉	2
	北區 業務組	新竹縣	橫山鄉			2	高雄市
峨眉鄉			2		茂林區 <sup>**</sup>	3	
五峰鄉			3		桃源區 <sup>**</sup>	4	
苗栗縣		泰安鄉	3		那瑪夏區 <sup>**</sup>	4	
		獅潭鄉	2		甲仙區	2	
		造橋鄉	2		六龜區	2	
中區 業務組	台中市	石岡區	1		澎湖縣	白沙鄉 <sup>**</sup>	4
	南投縣	中寮鄉	2			湖西鄉 <sup>**</sup>	4
南區 業務組	嘉義縣	東石鄉	2		花蓮縣	豐濱鄉	2
		大埔鄉	2			萬榮鄉	3
		阿里山鄉	3			卓溪鄉	3
	台南市	龍崎區	2	台東縣	鹿野鄉	2	
		左鎮區	2		達仁鄉	3	
		南化區	2		長濱鄉	2	
			海端鄉 <sup>**</sup>		3		
			卑南鄉		2		
			蘭嶼鄉		4		

\*另延續 91~98 年計畫至 99 年繼續施行鄉鎮如下，共 26 位執業醫師：

台北業務組：新台北（石門區、平溪區）、宜蘭縣（員山鄉）

北區業務組：新竹縣（北埔鄉、尖石鄉）、苗栗縣（三灣鄉、頭屋鄉、西湖鄉、南庄鄉）

中區業務組：南投縣（信義鄉）、台中市（和平區梨山地區）

南區業務組：嘉義縣（番路鄉、六腳鄉）、台南市（北門區、將軍區、七股區）

高屏業務組：高雄市（杉林區）、屏東縣（霧台鄉、來義鄉）、澎湖縣（望安鄉、七美鄉）

東區業務組：花蓮縣（瑞穗鄉、壽豐鄉）、台東縣（綠島鄉、大武鄉、延平鄉）

**100**年度「牙醫師至醫療資源**不足**地區執業服務醫療給付計畫」

## 門診時段異動表

(一) 原門診時段：\_\_\_\_年\_\_\_\_月

	一	二	三	四	五	六	日
上 午 時 間							
下 午 時 間							
晚 上 時 間							

合計\_\_\_\_天\_\_\_\_小時/週

(二) 新門診時段：\_\_\_\_年\_\_\_\_月起

	一	二	三	四	五	六	日
上 午 時 間							
下 午 時 間							
晚 上 時 間							

合計\_\_\_\_天\_\_\_\_小時/週

執業地點：\_\_\_\_縣\_\_\_\_鄉

診所名稱：\_\_\_\_牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

門診時段異動表：

1. 依「牙醫師至醫療資源**不足**地區執業服務醫療給付計畫」之第七項執行內容及第十項相關規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月十五日之前送至牙醫全聯會及本保險人分區業務組核備。

## 「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
- (二)  溝隙封劑與預防性樹脂填充使用
- (三)  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. 成人口腔癌篩檢
  - D. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查
  - E. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動
  - F. 口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_鄉

服務醫師：\_\_\_\_\_ 簽名

負責醫師：\_\_\_\_\_ 簽名

醫事機構名稱：\_\_\_\_\_

印

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，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
3. 此申請表應於執行前以傳真或書面函向牙醫全聯會及本保險人之分區業務組核准。
4. 牙醫全聯會於執行當月之次月十五日前檢核申請表、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。

**100** 年度牙醫師至醫療資源不足地區執業服務醫療給付計畫

**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\_\_\_\_天\_\_\_\_小時

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\_\_\_\_天\_\_\_\_小時

執業地點：\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_鄉

診所名稱：\_\_\_\_\_牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**100** 年度牙醫師至醫療資源不足地區執業服務醫療給付計畫休診及補班規範：

1. 依「**100** 年度牙醫師至醫療資源不足地區執業服務醫療給付計畫」之第七項執行內容及第十項相關規範辦理。
  2. 本休診規範應於事前向牙醫全聯會及本保險人分區業務組核備並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向牙醫全聯會及本保險人之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。且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。
- 跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底後三日，得於下個月前三日補班完成。

## 「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  
 巡迴醫療

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_ 預定時段表

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

執業地點：\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_鄉

診所名稱：\_\_\_\_\_牙醫診所

印

健保代號：

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「口腔公共衛生推廣」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，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
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核准並函送本保險人之分區業務組核備。
5. 牙醫全聯會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。

**100**年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-執業計畫—巡迴點統計表

執業院所名稱：

印

醫事機構代號：

印

執業醫師：

日期：            年            月， 共計            診次

鄉鎮	級數	巡迴點(村.部落.學校等)	巡迴點地址	巡迴點負責人	負責人聯絡電話	預計巡迴日期

\*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核准並函送本保險人分區業務組核備。

# 全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表（執業點用）

## 執行巡迴醫療服務論次費用

一式三聯 第一聯：送本保險人分區之業務組、第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯：送醫療院所自行留存

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	請領人姓名	請領人身分字號	給付別	日期	地點	服務時間(小時)	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本頁小計										
總表	項目類別	申請次數	診療人次	服務時間(小時)	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	P22001									
	P22002									
	P22003									
	P22004									
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。

三、給付別：執業計畫之巡迴醫療服務（時段以外）：

P22002 每次服務每小時二級 1500 點。P22003 每次服務每小時三級 2400 點。

P22004 每次服務每小時四級 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 小時仍以四級地區(每小時 3400 點)支付】。

四、地點：請填至村里或學校名稱。

五、填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。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」。

填表日期 年 月 日





全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

日期： 年 月

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地址	聯絡電話	原因別
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴

服務地段人員：\_\_\_\_\_ (簽章) 職稱：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

**100 年度牙醫師至醫療資源不足地區執業服務醫療給付計畫**

**申請書**

一、 姓 名：

二、 身分證字號：

三、 牙醫師證號：

四、 各級公會資歷（請簡列三項）：

- 1.
- 2.
- 3.

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）

- 1.
- 2.
- 3.

六、聯絡電話：( )

七、聯絡地址：

八、執業地點： 縣 鄉

九、預定執業時間： 年 月

十、診所名稱：

十一、原服務醫療院所地點：\_\_\_\_\_縣（市） 市（鄉鎮）

十二、原服務醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

十三、門診服務時間（請填寫門診時數）：共 \_\_\_\_\_ 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

十四、「巡迴醫療服務」服務時間 共 \_\_\_\_\_ 小時/週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

十五、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：

十六、各地方公會及分區委員會意見（請勿填寫）

## 牙醫師至醫療資源不足地區執業服務醫療給付計畫之計畫書內容

一、前言：請敘述執業動機，包括執業地點之醫療資源提供情況、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)	

說明：

(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。

(三) 醫療需求情形：請詳述執業地區之醫療服務使用狀況、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。

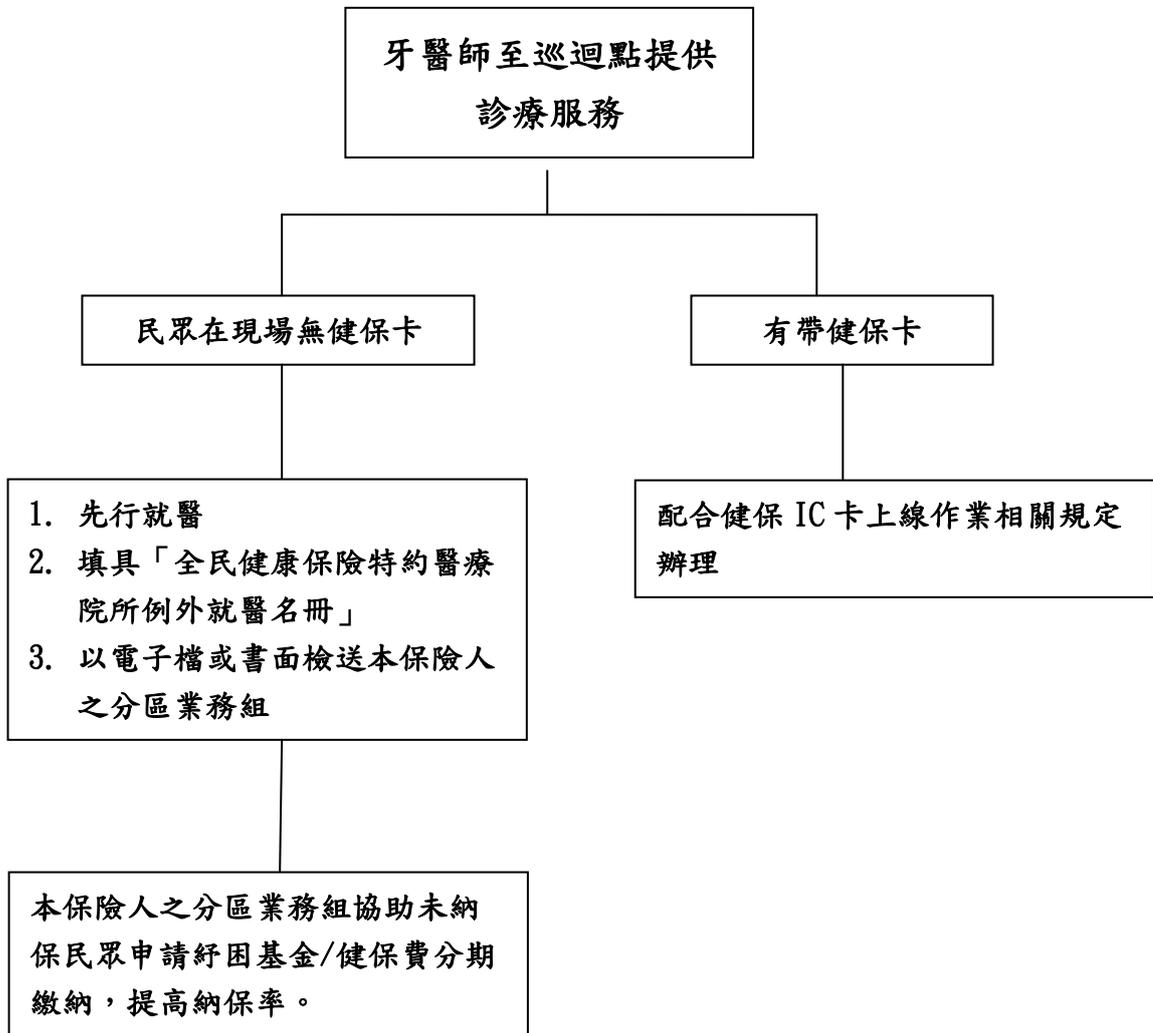
四、執行計畫：

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。

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之過卡困難  
作業流程圖



全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之過卡困難  
作業辦理原則

IC 卡狀況	能否給予治療	能否申報	附帶條件及建議
有健保卡， 可過卡	可	可	無
有健保卡， 無法過卡 (硬體設備 限制)	可	可	<p>巡迴醫療須配合健保 IC 卡上線作業 相關規定如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.使用具電池的連線型讀卡機，外出 前可先於院內進行開機認證後，再 攜帶外出使用。</li> <li>2.除特約醫療院所日常使用的連接健 保醫療網線路外，另外申請一組連 接「健保醫療網」的撥接帳號，攜 帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單 機獨立型讀卡機，赴外地時就近商 借電話線路連線，以撥接方式進行 開機認證。</li> <li>3.若上述方案均不可行，始列為異常 狀況處理，於費用申報時填寫就醫 序號異常代碼”F000”申報。</li> </ol>
沒帶卡	可	可	<p>倘有特殊原因未攜帶健保 IC 卡者， 依規定填具「全民健康保險特約醫療 院所例外就醫名冊」後同意以健保身 分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」 申報。特約醫療院所應將「例外就醫 名冊」之電子檔或書面資料檢送本保 險人之分區業務組，辦理後續查保作 業。</p>

## 100 年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 執業計畫考核辦法

### 一、前言

醫療資源不足地區執業計畫自 91 年實施以來，已有 42 個「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，但又不曾忽視「醫療資源不足地區」居民就醫權利及醫療品質的辦法。

### 二、對象

- 1.本執業計畫之醫師，且執業滿 1 年。
- 2.本執業計畫之醫師，曾被民眾投訴或申報狀況異常。
- 3.上年度執業考核結果列為觀察或輔導之醫師。
- 4.由分區執委會提報需考核之醫師。

### 三、考核人員

實地抽查成員：包括本保險分區業務組及牙醫全聯會相關人員。

### 四、考核方式

符合對象條件之診所，由牙醫全聯會配合本保險分區業務組訂定時間並派車至審查診所。

### 五、考核辦法：

#### (一)電話及實地審查考核評分表

- 1.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：
  - 甲：人口多、道路便利平地鄉鎮。
  - 乙：山地或平地偏遠鄉鎮。
  - 丙：山地艱困及離島鄉鎮。
- 2.診所外在環境評核：(共 8 分)
  - (1)執業地點是否為該鄉道路便利、人口集中之地。
  - (2)診所招牌是否明顯、清楚。
  - (3)門前告示是否明確標示診療科目、時段。
  - (4)居家和診所的距離。
- 3.診所內部設備、環境評估：(共 7 分)
  - (1)基本設施完備：包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒鍋、定壓機、

X光機、電腦週邊設備。

(2)診療器材：牙體復形、口腔外科、根管治療、洗牙機...等。

(3)室內環境及診療動線：乾淨、明亮，診療動線流暢。

(4)聘用牙醫助理一名以上。

4.是否合乎牙醫院所感染控制S O P作業細則：(共 27 分)

(1)硬體設備：洗手、滅菌設備，空調系統...等。

(2)軟體部分：醫護人員需穿戴防護裝置，醫療廢棄物應依法分類處理...等。

5.其他「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。

(2)每月至多單獨申報一次「口腔衛生推廣」其成效？

(3)巡迴醫療每週服務地點是否適當？

(4)巡迴醫療的診療設備及牙材。

6.執業內容－專業考核(共 30 分)

(1)診療項目(質)是否符合當地醫療需求。

(2)診療量是否符合當地醫療需求。

(3)醫師溝通能力及融入社區環境之程度。

7.執業地點民眾滿意度調查(10~20名)(共 10 分)

(1)是否知道該院所的設置？

(2)民眾利用該院所作牙科診療的比例。

(3)在該院所診療後的回診率。

(4)醫師的服務態度。

8.實地審查前電話抽查評核(由全民健康保險保險人評核)(共 10 分)

(1)醫師執業診療時段值勤情形？

(2)醫師其他診療時段值勤情形？

(3)依執行表地段人員執行情形？

(4)當地小學或鄉公所人員反應情形。

## 六、綜合討論及評分

1. 特優：90 分以上。

2. 優：80 分以上。

3. 良：70~79 分。

4. 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 分以上即停止執行本計畫。

5. 終止合約：59 分以下者，立即停止執行本計畫。

6. 連續兩年考核結果列為輔導，即停止執行本計畫。

# 100 年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

## 執業計畫 考核評分表

一、基本資料	
執業鄉鎮：	縣市
	鄉
	醫師
二、評分項目(共 100 分)	
(一) 診所外在環境評核(共 8 分)	
1、執業地點是否為該鄉道路便利、人口集中之地。	<input type="checkbox"/> 非常便利(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不便利(0分)
2、診所招牌是否明顯、清楚。	<input type="checkbox"/> 明顯(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不明顯(0分)
3、門前告示是否明確標示診療科目、時段。	<input type="checkbox"/> 明確(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不明確(0分)
4、居所和診所的距離。	<input type="checkbox"/> 接近(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 遙遠(0分)
(二) 診所內部設備、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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2) 高慢速機頭 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3) 控壓機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (4) X光機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (5) 電腦及週邊設備 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 診療器材包括： (1) 牙體復形 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2) 口腔外科 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3) 根管治療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (4) 洗牙機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3、室內環境及診療動線：乾淨、明亮，診療動線流暢。	<input type="checkbox"/> 優良(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)
4、是否聘用牙醫助理	<input type="checkbox"/> 一名且具備證照(2分) <input type="checkbox"/> 一名(1分) <input type="checkbox"/> 無(0分)

(三) 是否合乎牙醫院所感染控制 SOP 作業細則 (共 27 分)

1、硬體設備

(1) 具有適當之洗手設備

是(2分) 否

(2) 良好之通風空調系統

是(2分) 否

(3) 器具滅菌設備

完整(2分) 尚可(1分) 待改進

2、軟體部分

(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) 診所依感染控制 SOP 作業，製訂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」其成效？

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 (10分)

(1)OD 案件申報點數占率+ 牙周案件申報點數占率

- $\geq 55\%$  (4分)      $\geq 50\sim 55\%$  (3分)      $\geq 45\sim 50\%$  (2分)  
  $\geq 40\sim 45\%$  (1分)      $< 40\%$  (0分)

(2)Endo 案件申報點數占率

- $\geq 10\%$  (6分)      $\geq 8\sim 10\%$  (5分)      $\geq 6\sim 8\%$  (4分)  
  $\geq 4\sim 6\%$  (3分)      $\geq 2\sim 4\%$  (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

- $\geq 70\%$  (6分)      $\geq 60\sim 70\%$  (5分)      $\geq 50\sim 60\%$  (4分)  
  $\geq 40\sim 50\%$  (3分)      $\geq 30\sim 40\%$  (2分)      $\geq 20\sim 30\%$  (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

- 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

得分

分

(八) 分數合計

總計

分

**100 年度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	醫師
(五) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)			
(1) 是否知道該院所的設置?	<input type="checkbox"/> 知道(2分) <input type="checkbox"/> 不知道		
(2) 是否願意至該院所治療牙齒?	<input type="checkbox"/> 願意(3分) <input type="checkbox"/> 不願意		
(3) 診療後下次是否願意至該院所看牙?	<input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否		
(4) 醫師的服務態度	<input type="checkbox"/> 滿意(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不滿意(0分)		
得分	分		

註:調查 10~20 名民眾，並將結果平均列入評分。

**100 年度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	醫師
(六) 實地審查前電話抽查評核 (共 10 分)			
(1) 醫師執業診療時段值勤情形	<input type="checkbox"/> 優良(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(2分) <input type="checkbox"/> 待改進(1分)		
(2) 醫師其他診療時段值勤情形	<input type="checkbox"/> 優良(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(2分) <input type="checkbox"/> 待改進(1分)		
(3) 依執行表地段人員執行情形	<input type="checkbox"/> 優良(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)		
(4) 當地小學或鄉公所人員反應情形	<input type="checkbox"/> 優良(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)		
得分	分		

註:由 本保險人分區業務組 進行評核。

## 「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決議辦理之。
- 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：理事長及總額委員會主任委員為當然成員，其他成員包括總額委員會相關人員，六分區代表及離島代表。
- 四、牙醫全聯會於公告日起 30 個工作日內（以郵戳為憑）收齊申請案件，並於公告後日起 45 個工作日內進行審查；審查後 10 個工作日內以函回覆本保險人審查結果；本保險人及分區業務組於 10 個工作日內函覆申請結果。經審查通過並收到回覆函者，執業醫師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向全民健康保險保險人簽訂醫事服務機構合約。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、資格審查：
  - (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隊依計畫申請資格規定。
  - (三) 依本計畫第五項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、書面審查：
  - (一) 執業：
    - 1.地區優先次序：
      - (1) 未實施「本計畫」一執業及巡迴之離島、山地鄉鎮。
      - (2) 未實施「本計畫」一執業及巡迴之平地鄉鎮。

(3) 已實施「本計畫」—巡迴惟仍無執業之離島、山地鄉鎮。

(4) 醫療資源不足且單一牙醫執業之離島、山地鄉鎮（91年至99年通過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<sup>43</sup>：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.是否尊重並知會當地牙醫師公會。

2.計劃內容。

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隊優先。

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、面試審查—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，均依牙醫全聯會總額執行委員會決議辦理。

**100**年牙醫師至醫療資源不足地區執業服務醫療給付計畫

## 期末報告封面

一、姓 名：

二、身分證字號：

三、出生年月日： 年 月 日

四、牙醫師證號：

五、診所名稱：

六、聯絡電話：( )

七、傳真電話：( )

八、執業地點： 縣 鄉

九、門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
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

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

# 牙醫師至醫療資源不足地區執業服務醫療給付計畫 期末報告內容

## 一、執業地區醫療需求分析：

- 1.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
- 2.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							

- 3.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				

#### 4.醫事人員人力分配：

姓名	身分證字號	出生年月日	學歷

#### 二、執業所遇的問題及解決方針

1.交通流線及道路狀況：

2.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：

3.執業範圍、區域及執行困難之原因：

4.政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性

5.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。

**100 年度牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案施行地區一覽表(巡迴計畫)**

保險人業務組別	縣市別	鄉鎮別	分類級數	分區別	縣市別	鄉鎮別	分類級數
臺北 業務組	新北市	烏來區	3 或 2	中區 業務組	南投縣	仁愛鄉	3 或 2
		萬里區	2 或 1			中寮鄉	2 或 1
		石碇區	2 或 1			信義鄉	3 或 2
		坪林區	2 或 1			國姓鄉	2 或 1
		石門區	2 或 1		台中市	和平區	3 或 2
		平溪區	2 或 1			大安區	2 或 1
		貢寮區	2 或 1			新社區	2 或 1
		雙溪區	2 或 1			石岡區	2 或 1
		三峽區 插角地區	2 或 1		彰化縣	芳苑鄉	2 或 1
	宜蘭縣	南澳鄉	3 或 2	竹塘鄉		2 或 1	
		員山鄉	2 或 1	嘉義縣	東石鄉	2 或 1	
		大同鄉	3 或 2		番路鄉	2 或 1	
		壯圍鄉	2 或 1		大埔鄉	3 或 2	
	三星鄉	2 或 1	阿里山鄉		3 或 2		
	金門縣	金寧鎮	4 或 3		布袋鎮	2 或 1	
		烈嶼鄉	4 或 3		六腳鄉	2 或 1	
		烏坵鄉	4 或 3		竹崎鄉	3	
	連江縣	南竿鄉	4 或 3		梅山鄉	3	
		北竿鄉	4 或 3		溪口鄉	2	
		莒光鄉	4 或 3		台南市	玉井區	2 或 1
		東引鄉	4 或 3	關廟區		2 或 1	
	北區 業務組	新竹縣	峨眉鄉	2 或 1		東山區	2 或 1
			尖石鄉	3 或 2		西港區	2 或 1
			五峰鄉	3 或 2		後壁區	2 或 1
			橫山鄉	2 或 1		大內區	2 或 1
	桃園縣	復興鄉	3 或 2	南化區		2 或 1	
		苗栗縣	南庄鄉	2 或 1		龍崎區	2 或 1
	頭屋鄉		2 或 1	左鎮區		2 或 1	
西湖鄉	2 或 1		雲林縣	古坑鄉		2 或 1	
泰安鄉	3 或 2			東勢鄉	2 或 1		
獅潭鄉	2 或 1			二崙鄉	2 或 1		
				元長鄉	2 或 1		

分區別	縣市別	鄉鎮別	分類級數	分區別	縣市別	鄉鎮別	分類級數
南區 業務組	雲林縣	四湖鄉	2 或 1	高屏 業務組	澎湖縣	七美鄉	4 或 3
		口湖鄉	2 或 1			湖西鄉	3
		水林鄉	2 或 1			白沙鄉	4 或 3
		台西鄉	2 或 1			望安鄉	4
		林內鄉	2 或 1			西嶼鄉	3
		褒忠鄉	2 或 1			馬公市 虎井島	4 或 3
		麥寮鄉	2 或 1			馬公市 桶盤島	4 或 3
高屏 業務組	高雄市	田寮區	2 或 1	東區 業務組	台東縣	卑南鄉	2 或 1
		杉林區	2 或 1			太麻里鄉	2 或 1
		茂林區	3 或 2			達仁鄉	3 或 2
		桃源區	4			大武鄉	2 或 1
		那瑪夏區	4			延平鄉	3 或 2
		甲仙區	2 或 1			長濱鄉	2 或 1
		內門區	2 或 1			金峰鄉	3 或 2
	屏東縣	屏東縣	三地門鄉	3 或 2	花蓮縣	海端鄉	3 或 2
			瑪家鄉	3 或 2		蘭嶼鄉	4 或 3
			來義鄉	3 或 2		綠島鄉	4 或 3
			春日鄉	3 或 2		鹿野鄉	2 或 1
			獅子鄉	3 或 2		壽豐鄉	2 或 1
			牡丹鄉	3 或 2		豐濱鄉	2 或 1
			竹田鄉	2 或 1		萬榮鄉	3 或 2
			崁頂鄉	2 或 1		秀林鄉	3 或 2
			滿州鄉	2 或 1		卓溪鄉	3 或 2
			枋山鄉	2 或 1		瑞穗鄉	2 或 1
			霧台鄉	3 或 2		新城鄉	1
			泰武鄉	3 或 2		光復鄉	2 或 1
			新埤鄉	2 或 1		富里鄉	2 或 1
	琉球鄉	3 或 2	玉里鎮河 東地區	1			
	鹽埔鄉	2 或 1					
	佳冬鄉	2 或 1					
	萬巒鄉	2					

1：指平地鄉之醫療資源不足地區。

2：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不足地區。

3：指山地鄉、離島地區之醫療資源不足地區。

4：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)之醫療資源不足地區。

註：各醫療團執行巡迴醫療之地點分級，由牙醫全聯會審查核定。

牙醫師至醫療資源不足地區巡迴服務醫療給付計畫申請書

一、 申請單位： (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、 巡迴縣市鄉鎮		學校名稱	學童數	醫療費用	巡迴期間	
縣	鄉		人	\$	年	月
縣	鄉		人	\$	年	月
縣	鄉		人	\$	年	月
縣	鄉		人	\$	年	月
縣	鄉		人	\$	年	月
縣	鄉		人	\$	年	月
縣	鄉		人	\$	年	月
縣	鄉		人	\$	年	月
縣	鄉		人	\$	年	月
縣	鄉		人	\$	年	月

合計學校數：

總人數

總經費

# 牙醫師至醫療資源不足地區巡迴服務醫療給付計畫 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(包含診所名稱、診所代號、醫師姓名、身分證字號、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。

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表 (巡迴計畫用)  
執行巡迴醫療服務論次費用

一式三聯 第一聯：送本保險人之分區業務組、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

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	請領人姓名	請領人身分字號	給付別	日期	地點	服務時間(小時)	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本頁小計										
總表	項目類別	申請次數	診療人次	服務時間(小時)	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	P22001									
	P22002									
	P22003									
	P22004									
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。
- 三、給付別：執業計畫之巡迴醫療服務(時段以外)：  
P22002 每次服務每小時二級 1500 點。 P22003 每次服務每小時三級 2400 點。  
P22004 每次服務每小時四級 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 小時仍以四級地區( 每小時 3400 點)支付】。
- 四、地點：請填至村里或學校名稱。
- 五、填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。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







**100 年牙醫師至醫療資源不足地區巡迴服務醫療給付計畫****期末報告封面**

一、 巡迴單位：

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      服務單位      病患數      醫療費用      巡迴期間

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

合計服務單位數：

總人數

總經費

七、 個別醫師及診所服務量（不計點值，不計加成）

診所名稱	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
			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）

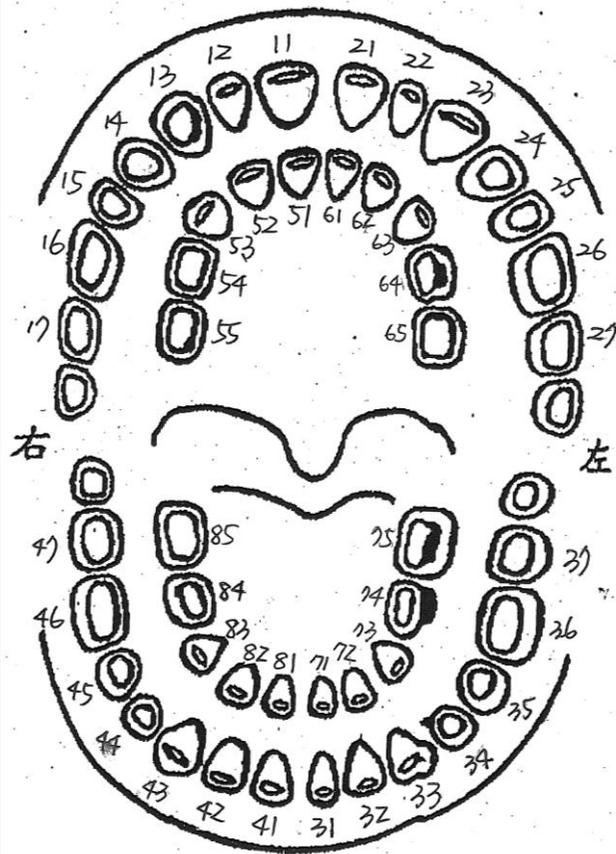
十三、未來的展望及願景（請詳實敘述）

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。

**100**年度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：\_\_\_\_\_ 班級：\_\_\_\_年\_\_\_\_班  
 編號：\_\_\_\_\_ 調查日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 檢查者：\_\_\_\_\_ 記錄者：\_\_\_\_\_

	合計	d	e	f	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 已完成填補顆數 (A)：_____顆</li> <li>2. 未完成填補顆數 (B)：_____顆</li> <li>3. 其他待診療顆數：_____顆</li> <li>4. 填補率：_____% (A) / (A) + (B)</li> <li>5. 年度填補顆數 _____顆</li> <li>6. 年度拔除顆數 _____顆</li> </ol>													
	合計	D	M	F														
<p><b>圖例</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>v 打勾表示齲洞之位置</li> <li>△ 填補後用三角形註記</li> <li>/ 斜線表示應拔除之牙齒</li> <li>X 表示缺牙</li> <li>φ 表示為未長出牙</li> </ul>																		
<p><b>診療記錄</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">日期</th> <th>診療項目 (健保代號)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					日期	診療項目 (健保代號)												
日期	診療項目 (健保代號)																	

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。

# 100年度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

[附件 12-3]

醫療團名稱：

服務醫師名單：

學校名稱：

學校所屬地區：

縣/市

鄉/鎮/市

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												

100 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫修訂對照表

99-4 支委會會議決議	99 年計畫	備註
100 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫	99 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫	年度修訂
<p>一、依據</p> <p>全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)100 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨 163 次會議決議及行政院衛生署○○年○月○日衛署健保字第○○○○○○○○○○號核定函。</p>	<p>一、依據</p> <p>全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)99 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨 152 次會議決議及行政院衛生署 99 年 1 月 7 日衛署健保字第 0980039742 號核定函。</p>	修改年度實施期間暨會議依據。
<p>二、目的</p> <p>本計畫之實施，係藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔醫療疾病費用之負擔。</p>	<p>二、目的</p> <p>本計畫之實施，係藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔醫療疾病費用之負擔。</p>	本項未修訂
<p>三、執行目標</p> <p>本計畫以達成<u>56,800</u>人次之照護為執行目標。</p>	<p>三、執行目標</p> <p>本計畫以達成<u>63,200</u>人次之照護為執行目標。</p>	目標人次調整
<p>四、預算來源及支付範圍</p> <p>(一)本計畫之預算依費協會決議辦理。<u>專款支應 6800 點，一般預算支應 3200 點。</u></p> <p>(二)適用治療對象</p> <p>治療對象為全口牙周炎患者，總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度<math>\geq 5\text{mm}</math>。</p> <p>(三)支付標準</p> <p>通則：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本計畫支付標準限經 99 或 100 年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫核備醫師申報。</li> <li>2. 個案曾於最近一年內，在同一特約院所施</li> </ol>	<p>四、預算來源及支付範圍</p> <p>(一)本計畫之預算依費協會決議辦理。</p> <p>(二)適用治療對象</p> <p>治療對象為全口牙周炎患者，總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度<math>\geq 5\text{mm}</math>，並經事前申請審查核可者。</p> <p>(三)支付標準</p> <p>通則：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本計畫支付標準限經 99 年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫核備醫師申報。</li> <li>2. 個案曾於最近一年內，在同一特約院所施</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 預算來源區分為專款及一般預算支應</li> <li>2. 適用治療對象刪除經事前審查者</li> <li>3. 支付標準限經 99 或 100 年度核備醫師申報</li> <li>4. 刪除原通則 3 事前審查</li> <li>5. 療程由原共 180 天修訂為最長為 180 天</li> <li>6. 清楚說明限制申報之項目</li> <li>7. 為確保計畫服務品</li> </ol>

99-4 支委會會議決議	99 年計畫	備註
<p>行申報 91006C、91007C*3 者不得申報本計畫。</p> <p>3. 特約院所擬執行治療前牙周病檢查時，應先詢問病人是否已持有牙周病照護手冊，<u>接受過治療，或於健保局建置查核方式後</u>，查詢保險人該個案是否曾接受牙周病統合性治療，如個案未曾接受統合性治療或曾接受統合性治療超過一年以上，始得執行。</p> <p>4. 同一病人可收案接受治療後，特約院所得申報本計畫各項給付，並自第一階段給付牙周病檢查日起，一年內不得申報 91006C~91008C 之診療項目服務費用，且不得拒絕提供有病情需要，需補充施行齒齦下刮除之治療。</p> <p>5. 每一個案每年僅能執行乙次牙周病統合照護治療。</p> <p>6. 本計畫分三階段給付，其療程<u>最長</u>為 180 天，療程中 <u>P4001C-P4003C</u> 各項目僅能申報乙次，<u>另施行第二階段 P4002C 治療日起 90 天內</u>，依病情需要，施行牙結石清除治療(91003C、91004C)，不得申報。</p>	<p>行申報 91006C、91007C*3 者不得申報本計畫。</p> <p>3. 申請本計畫，特約院所應為個案實施治療前牙周病檢查，並檢附「病人接受治療確認單」及檢查結果等資料送全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)之分區業務組進行「事前審查」，被核准者，經建檔通知後，院所始得申報第一階段及第二階段給付項目費用，未獲核可者，院所施行相關服務，應按現行支付標準相關項目申報費用，不得向民眾收取費用。</p> <p>4. 特約院所擬執行治療前牙周病檢查時，應先詢問病人是否已持有牙周病照護手冊或查詢保險人該個案是否曾接受牙周病統合性治療，如個案未曾接受統合性治療或曾接受統合性治療超過一年以上，始得提報事前審查。</p> <p>5. 同一病人經事前審查核可收案接受治療後，特約院所得申報本計畫各項給付，並自第一階段給付牙周病檢查日起，一年內不得申報 91006C~91008C 之診療項目服務費用，且不得拒絕提供有病情需要，需補充施行齒齦下刮除之治療。</p> <p>6. 每一個案每年僅能執行乙次牙周病統合照護治療。</p> <p>7. 本計畫分三階段給付，其療程共為 180 天，療程中各項目僅能申報乙次，醫師可依病情需要，施行牙結石清除治療(91003C、91004C)，但療程中不得再申報。</p>	<p>質，原第 7 項修改為「本計畫分三階段給付，其療程<u>最長</u>為 180 天，療程中 <u>P4001C-P4003C</u> 各項目僅能申報乙次，<u>另施行第二階段 P4002C 治療日起 90 天內</u>，依病情需要施行之牙結石清除治療(91003C、91004C)，<u>但療程中不得再申報。</u>」</p> <p>8. 原以事前審查確認病人是否於一年內已參加計畫方式，配合取消事前審查，檢核方式可能變更，請健保局研擬建置 VPN 網站資料庫控管，在相關資訊檢核作業未建置前，原 3 略作修正。( )</p>

99-4 支委會會議決議		99 年計畫						備註
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	修訂點數	
P4001C	牙周病統合性治療第一階段給付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要 <u>施行治療前 X 光檢查，並</u> 進行牙周病檢查(格式如附件 1)。 2. 應提供「牙周病統合照護計畫照護手冊」及口腔保健衛教指導。 3. <u>X 光片費用另計。</u>	v		v		1500	<u>1800</u>	1. 調整支付點數 P4001→1800， P4002→5000， P4003→3200 P4003 以地區預算支付 2. 考量牙周治療主要在減少拔牙，修改第三階段給付註 2 為「本項於申報牙周病統合性治療第二階段給付後 4 週後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm 之牙齒至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上 <u>且無非適應症之拔牙</u> 時方得申報核給。」。
P4002C	牙周病統合性治療第二階段給付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制記錄(格式如附件 2)。 2. 需檢附牙菌斑控制記錄及病歷供審查。	v	v	v	v	4500	<u>5000</u>	
P4003C	牙周病統合性治療第三階段給付(comprehensive periodontal treatment) 註：1. 本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制記錄及評估治療情形。 2. 本項於申報牙周病統合性治療第二階段給付後 4 週後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm 之牙齒至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上 <u>且無非適應症之拔牙</u> 時方得核給。 3. 需附治療前與治療後之牙菌斑控制記錄與牙周病檢查記錄表、病歷供審查。 4. <u>X 光片費用另計。</u>	v	v	v	v	4000	<u>3200</u>	
五、醫師資格： (一)一般醫師需接受 4 學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(1 學分行政課程；3 學分專業課程)。 (二)台灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均需接受 1 學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(行政部分)。 (三)醫師 99 年合計提供治療個案，於 100 年 7 月統		五、醫師資格： (一)一般醫師需接受 4 學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(1 學分行政課程；3 學分專業課程)。 (二)台灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均需接受 1 學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(行政部分)。						刪除事前審查，為保障服務品質，增列醫師退場機制

99-4 支委會會議決議	99 年計畫	備註
<p>計，如符合以下三項指標任何一項，101 年 1 月起兩年內不得參加本計畫，屆滿需再接受教育相關教育訓練後申請。</p> <p>1. <u>療程內完成三階段服務個案數之比率&lt;W%</u></p> <p>2. <u>申報第三階段給付被核減之比率&gt;X%</u> <u>個案接受治療起半年內至其他院所看齒齦下刮除牙周疾病案件數比率&gt;Y%</u></p> <p><u>其中 W、X 與 Y 將依 99 年檔案分析結果訂定，並於牙醫總額支付委員會討論確定。</u></p>		
<p>六、申請程序及申報規定：</p> <p>(一)特約院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙醫全聯會)申請核備，並由牙醫全聯會報送保險人及其分區業務組核定，異動時相同，申請書格式如【附件 3】。</p> <p>(二)如病患病情需要，由上述參與計畫之特約院所醫師實施並申報本計畫之治療項目。</p> <p>(三)<u>個案申報案件類別為 15，如僅施行計畫項目，按同一療程處理，僅申報第一階段給付 P4001C 代碼時，得申報診察費。另如與其他案件類別治療併行時，應分開申報，由其他類別案件申報 1 次診察費。另相關治療之 X 光片檢查費、藥費及麻醉費應併同計畫項目申報。</u></p>	<p>六、申請程序：</p> <p>(一)特約院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙醫全聯會)申請核備，並由牙醫全聯會報送保險人及其分區業務組核定，異動時相同，申請書格式如【附件 3】。</p> <p>(二)如病患病情需要，需由上述參與計畫之特約院所，事先向保險人之分區業務組提出事前審查申請，審查通過後，方可實施並申報本計畫之治療項目。</p>	<p>1. 將六改為申請程序及申報規定</p> <p>2. 刪除事前審查項目</p> <p>3. 健保局意見於特約院所後增列「醫師」</p> <p>4. 配合事前審查刪除，六項下增列(三)</p>
<p>七、審查方式：</p> <p>(一)<u>醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。</u></p> <p>(二)<u>申報第一階段牙周病統合性治療給付併第二階段隨一般案件抽審，需檢附以下資料：</u></p> <p>1. 病人基本資料。</p>	<p>七、審查方式：</p> <p>(一)事前審查採逐案專審，特約院所申請個案應檢附：</p> <p>1. 事前審查申請書。</p> <p>2. 病人基本資料。</p> <p>3. 病人接受治療確認單。</p> <p>4. 治療前 X 光片(根尖片或咬翼片)。</p> <p>5. 治療前牙周病檢查紀錄表。</p>	<p>1. 配合刪除事前審查，修改第(一)、(二)項</p> <p>2. 治療前 X 光片修訂為足以辨識骨頭高度 bone level 之 X 光片</p> <p>3. 修訂為改附半年病歷</p>

99-4 支委會會議決議	99 年計畫	備註																				
<p>2. 病人接受治療確認單。</p> <p>3. 治療前 X 光片(足以辨識骨頭高度 bone level 之 X 光片)。</p> <p>4. 治療前牙周病檢查記錄表及牙菌斑控制記錄。</p> <p>5. 半年內之病歷影本(初診日為半年之內者，自初診日起算；初診日為半年以上者，需附足回推半年以上之最後一筆病歷)。</p> <p>(三)申報牙周病統合性治療第三階段給付，隨一般案件抽審。審查時除第二階段審查資料外，需檢附治療前與治療後之牙周病檢查記錄表、進階牙菌斑控制檢查記錄表、病歷。</p> <p>(四)專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無骨下破壞患者…等)。</p>	<p>6. 一年內之病歷影本(初診日為一年之內者，自初診日起算；初診日為一年以上者，需附足回推一年以上之最後一筆病歷)。</p> <p>(二)經事前專業審查核准後，特約院所得申報第一階段牙周病統合性治療給付及第二階段給付項目。</p> <p>(三)申報牙周病統合性治療第三階段給付，按一般案件進行隨機抽樣審查，審查時需檢附治療前與治療後之牙周病檢查記錄表與進階牙菌斑控制檢查記錄表、病歷。</p> <p>(四)專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無骨下破壞患者…等)。</p>																					
<p>八、臨床治療指引</p> <table border="1" data-bbox="125 874 878 1453"> <tr> <td>P4001C</td> <td>牙周病統合性治療第一階段給付</td> </tr> <tr> <td>P4002C</td> <td>牙周病統合性治療第二階段給付</td> </tr> <tr> <td>P4003C</td> <td>牙周病統合性治療第三階段給付</td> </tr> <tr> <td>適應症 Indications</td> <td>全口牙周炎(總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周 袋深度<math>\geq</math>5mm)</td> </tr> <tr> <td>診斷 Diagnostic Study</td> <td>病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)</td> </tr> </table>	P4001C	牙周病統合性治療第一階段給付	P4002C	牙周病統合性治療第二階段給付	P4003C	牙周病統合性治療第三階段給付	適應症 Indications	全口牙周炎(總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周 袋深度 $\geq$ 5mm)	診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)	<p>八、臨床治療指引</p> <table border="1" data-bbox="931 874 1684 1453"> <tr> <td>P4001C</td> <td>牙周病統合性治療第一階段給付</td> </tr> <tr> <td>P4002C</td> <td>牙周病統合性治療第二階段給付</td> </tr> <tr> <td>P4003C</td> <td>牙周病統合性治療第三階段給付</td> </tr> <tr> <td>適應症 Indications</td> <td>全口牙周炎(總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度<math>\geq</math>5mm)</td> </tr> <tr> <td>診斷 Diagnostic Study</td> <td>病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)</td> </tr> </table>	P4001C	牙周病統合性治療第一階段給付	P4002C	牙周病統合性治療第二階段給付	P4003C	牙周病統合性治療第三階段給付	適應症 Indications	全口牙周炎(總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq$ 5mm)	診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)	<p>本項無修訂</p>
P4001C	牙周病統合性治療第一階段給付																					
P4002C	牙周病統合性治療第二階段給付																					
P4003C	牙周病統合性治療第三階段給付																					
適應症 Indications	全口牙周炎(總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周 袋深度 $\geq$ 5mm)																					
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)																					
P4001C	牙周病統合性治療第一階段給付																					
P4002C	牙周病統合性治療第二階段給付																					
P4003C	牙周病統合性治療第三階段給付																					
適應症 Indications	全口牙周炎(總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq$ 5mm)																					
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)																					

99-4 支委會會議決議		99 年計畫		備註
處置 Management	進階牙菌斑控制(治療前、牙根整平術施行後 4-8 週後) 牙根整平術 治療前、後完整牙周病檢查記錄	處置 Management	進階牙菌斑控制(治療前、牙根整平術施行後 4-8 週後) 牙根整平術 治療前、後完整牙周病檢查記錄	
完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除，牙根整平、原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上、牙齦發炎狀態改善。	完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除，牙根整平、原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上、牙齦發炎狀態改善。	
<p>九、相關規範</p> <p>(一)醫療服務管控實務如下：</p> <p>1. 案件數分配：由牙醫全聯會依總額分區 <u>98</u> 年度 R 值比例分配，按季、分區管理。</p> <p>2. 醫管措施：</p> <p><b><u>(1)一般院所以專任醫師核定，每月申請不得超過 10 件，支援醫師得補不足件數，超過時，得改依現行支付標準規定核付費用。若有教學計畫(教學醫院、牙周病專科醫師訓練機構或 PGY 訓練機構之指導牙醫師)者，不在此限。</u></b></p> <p><b><u>(2)另有醫療需求，最近兩個月完成 P4003C 申報件數達 5 件以上，專任醫師每月得增加為每月 20 件，若達 10 件以上，得增加為每月 30 件，</u></b></p> <p><b><u>(3)教學計畫及另有醫療需要者，報備表格式如【附件 4】，請送健保局分區業務組核定後通知院所，通過者自次月起 1 年內有效。(本項是否送牙醫分區支委初審或逕送本局各分區業務組審查，將洽本局各分區業務組意見後確定)</u></b></p> <p>3. 服務量的調節：一季約執行 14,200 件，按月統計核備與完成第三階段之案件數。</p> <p>(二)相關配套：牙周病檢查紀錄完整且有治療前後改善</p>		<p>九、相關規範</p> <p>(一)醫療服務管控實務如下：</p> <p>1. 案件數分配：由牙醫全聯會依總額分區 97 年度 R 值比例分配，按季、分區管理。</p> <p>2. 醫管措施：每月每醫師申請事前審查且審查通過之案件不得超過 10 件，若有教學計畫者另行報備，不在此限。</p> <p>3. 服務量的調節：一季約執行 15,000 件，按月統計核備與完成第三階段之案件數。</p> <p>(二)相關配套：牙周病檢查紀錄完整且有治療前後改善情形對照比較。</p> <p>1. 對於牙周破壞情形(包括軟、硬組織)須完整記載，提供疾病病因、判斷充分資訊，加重患者自我重視程度，提高接受治療意願。</p> <p>2. 本階段中治療改善情形，甚至長期牙周健康追蹤情形可據以提供。</p> <p>(三)參加本計畫之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人之全球資訊網站 (<a href="http://www.nhi.gov.tw">http://www.nhi.gov.tw</a>)及牙醫全聯會網站 (<a href="http://www.cda.org.tw">http://www.cda.org.tw</a>)，俾利民眾查詢就醫。</p>		<p>1. 案件數分配改為 98 年度 R 值</p> <p>2. 刪除事前審查，由事前審查通過案件數修訂為申請案件數之規定</p> <p>3. 超過 10 件之申請，除原教學計畫外，新增醫療需求項</p> <p>4. 調整一季執行數</p> <p>5. 新增超過 10 件之報備表。</p>

99-4 支委會會議決議	99 年計畫	備註
<p>情形對照比較。</p> <p>1. 對於牙周破壞情形(包括軟、硬組織)須完整記載，提供疾病病因、判斷充分資訊，加重患者自我重視程度，提高接受治療意願。</p> <p>2. 本階段中治療改善情形，甚至長期牙周健康追蹤情形可據以提供。</p> <p>(三)參加本計畫之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人之全球資訊網站(<a href="http://www.nhi.gov.tw">http://www.nhi.gov.tw</a>)及牙醫全聯會網站(<a href="http://www.cda.org.tw">http://www.cda.org.tw</a>)，俾利民眾查詢就醫。</p>		
<p>十、受理醫師資格審查</p> <p>(一)請每月 5 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會，牙醫師全聯會審查後，於每月 20 日前將名單函送保險人及其分區業務組審理確認後，保險人以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定之日起迄期間執行本項服務。</p> <p>(二)醫師名單若有異動，應於每月 5 日前函報，並得於次月生效。</p> <p>(三)特約院所代碼如有變更，請函報牙醫全聯會及保險人之分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。</p> <p>十一、本計畫治療過程中健保不給付項目如下，請各醫師依特殊需要，並向病人詳述理由，獲得同意後，方得提供：</p> <p>(一)牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠</p> <p>(二)因美容目的而作的牙周整形手術</p> <p>(三)牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)</p> <p>(四)牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)</p>	<p>十、受理醫師資格審查</p> <p>(一)請每月 5 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會，牙醫師全聯會審查後，於每月 20 日前將名單函送保險人及其分區業務組審理確認後，保險人以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定之日起迄期間執行本項服務。</p> <p>(二)醫師名單若有異動，應於每月 5 日前函報，並得於次月生效。</p> <p>(三)特約院所代碼如有變更，請函報牙醫全聯會及保險人之分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。</p> <p>十一、本計畫治療過程中健保不給付項目如下，請各醫師依特殊需要，並向病人詳述理由，獲得同意後，方得提供：</p> <p>(一)牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠</p> <p>(二)因美容目的而作的牙周整形手術</p> <p>(三)牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)</p> <p>(四)牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)</p>	<p>本項未修訂</p>

99-4 支委會會議決議	99 年計畫	備註
<p>十二、未來成效評估指標：</p> <p>(一)服務量</p> <p>(二)完成率：若醫師<u>申報第一階段，申報第二階段未達一定比例或申報第三階段未達一定比例</u>，則需進行再教育或限制其執行本項計畫。</p> <p>(三)<u>申報第三階段件數核減率</u></p> <p>(四)計畫治療對象跨院接受 91006C~91008C 比率</p> <p>(五)<u>參與計畫之民眾抽樣調查治療之滿意度</u></p>	<p>十二、未來成效評估指標：</p> <p>(一)服務量</p> <p>(二)治療的品質：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 牙周囊袋深度降低。</li> <li>2. 牙菌斑指數的改善。</li> <li>3. 完成率，若醫師通過第三階段未達一定比例，則需進行再教育或限制其執行本項計畫。</li> <li>4. 本計畫之施行對象跨院所執行 91006C~91008C 之比例。</li> </ol> <p>(三)治療的滿意度。</p> <p>(四)其他效益（指標的選定與基礎數值的蒐集）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對參與計畫之民眾進行抽樣調查。</li> <li>2. 保險人之民眾滿意度調查問卷增列相關問題。</li> </ol>	<p>考量治療品質中，牙周囊袋深度降低及牙菌斑指數改善，可以第三階段施行成效評估，又申報該階段項目可能被核減及民眾治療滿意度有重複情形，修改未來成效評估指標內容。</p>
<p>十三、施行本計畫之個案，如被醫師不當收取屬健保給付範圍之自費項目，該醫師除依相關法規被懲處外，且自保險人之分區業務組通知日之次月起不得申請本計畫相關費用。</p>	<p>十三、施行本計畫之個案，如被醫師不當收取屬健保給付範圍之自費項目，該醫師除依相關法規被懲處外，且自保險人之分區業務組通知日之次月起不得申請本計畫相關費用。</p>	<p>本項未修訂</p>
<p>十四、本計畫由保險人公告後實施，修正時亦同。</p>	<p>十四、本計畫由保險人公告後實施，修正時亦同。</p>	<p>本項未修訂</p>

【附件 1】

牙周病檢查記錄表(Periodontal Chart)-橫式

患者姓名		患者 ID		性別	□F □M	年齡		醫師姓名		醫師 ID		術前日期		術後日期	
------	--	-------	--	----	-------	----	--	------	--	-------	--	------	--	------	--

Mobility	前																	
	後																	
Furcation																		
Buccal	BOP	前																
		後																
	Recession	前																
		後																
Probing Depth	前																	
	後																	
<b>Tooth</b>			<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
Palatal	Probing Depth	前																
		後																
	Recession	前																
		後																
BOP	前																	
	後																	
Note																		

Lingual	BOP	前																
		後																
	Recession	前																
		後																
Probing Depth	前																	
	後																	
<b>Tooth</b>			<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>
Buccal	Probing Depth	前																
		後																
	Recession	前																
		後																
BOP	前																	
	後																	
Furcation																		
Mobility	前																	
	後																	
Note																		

Note : 治療前總齒數 _____ ; 治療前囊袋 ≥ 5mm 齒數 _____ ; 治療後至少一部位改善 2mm 齒數 _____ ; 改善率 _____ %
--

【附件 1】

牙周病檢查記錄表(Periodontal Chart)-直式										醫師姓名		醫師 ID																	
患者姓名	患者 ID			性別	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	年齡	術前日期		術後日期																				
Mobility	前																												
	後																												
Furcation																													
Buccal	BOP	前																											
		後																											
	Recession	前																											
		後																											
Probing Depth	前																												
	後																												
<b>Tooth</b>			<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>		<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>										
Palatal	Probing Depth	前																											
		後																											
	Recession	前																											
		後																											
BOP	前																												
	後																												
Note																													
Lingual	BOP	前																											
		後																											
	Recession	前																											
		後																											
Probing Depth	前																												
	後																												
<b>Tooth</b>			<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>		<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>										
Buccal	Probing Depth	前																											
		後																											
	Recession	前																											
		後																											
BOP	前																												
	後																												
Furcation																													
Mobility	前																												
	後																												
Note																													

Note : 治療前總齒數 \_\_\_\_\_ ; 治療前囊袋 ≥5mm 齒數 \_\_\_\_\_

治療後至少一部位改善 2mm 齒數 \_\_\_\_\_ ; 改善率 \_\_\_\_\_ %



## 牙周病檢查紀錄表填寫法(Codes of periodontal chart)

### 1. 牙周病檢查紀錄表需註明為術前或術後

### 2. 病人基本資料欄:

Name: 姓名

ID: 身分證號碼

Sex: 性別 M: 男 F: 女

檢查序號: 牙周檢查次數

Age: 年齡(足歲)

Date: 檢查日期

### 3. 檢查資料欄

(依牙齒 #18 為例，此表上、下、左、右對稱):

Mobility (搖動度):

1: 已會搖。

2: 頰舌側水平方向搖動 < 1 mm。

3: 頰舌側水平方向搖動 ≥ 1 mm。

D: 垂直方向可下壓。

Furcation (根岔病變): 水平根岔病變，以 mm 計。

BOP (探測出血): 1: 有探測出血

Recess (牙齦退縮): 以 mm 計。

Probing depth (探測深度): 以 mm 計。

註記說明:

牙位(tooth)，頰測(B / buccal)，顎側(P / palatal)，舌側(L / lingual)

近心(M / mesial)，遠心(D / distal)，

X (缺牙): 以英文大寫 "X" 取代牙齒編號，代表缺牙。

牙菌斑控制記錄表填寫法:

有牙菌斑位置註記為 1，缺牙部位以英文大寫 "X" 取代牙齒編號。

【附件 3】

100年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫申請書

(以院所為單位)

一、 醫療院所名稱：

醫事機構代號：

二、 所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

三、 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	身分證字號	醫師姓名	資格

註：資格分為：1. 台灣牙周病醫學會專科醫師、2. 台灣牙周病醫學會一般會員、3. 台灣牙周補綴醫學會專科醫師、4. 台灣牙周補綴醫學會一般會員、5. 一般醫師；請以號碼填寫。

四、 院所電話：( )

傳真：( )

五、 聯絡人姓名：

電話：

六、 地址：

七、 e-mail address：

八、 檢附教育訓練證明

【附件 4】

100 年度牙醫門診總額牙周病統合照護計畫報備表-新增-

分區別：

申請日期： 年 月 日

醫療院所名稱		醫事機構代號	
所屬層級別	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 基層診所		
申請醫師姓名		身分證字號	
申請原因	<input type="checkbox"/> 1. 教學計畫需求(A-教學醫院、B-牙周病專科訓練機構、C-PGY 訓練機構)		
	類別	醫師姓名	身分證字號
		<input type="checkbox"/> 2. 醫療服務需求	
數量/月	<input type="checkbox"/> 上限為 20 件 <input type="checkbox"/> 上限為 30 件 請評估醫療執行能力，除教學計畫外，申請上限量為 30 件/人		
聯絡人暨電話傳真	聯絡人：	電話：	分機
		傳真：	
分會審核意見 (本項將洽分區確認後決定是否刪除)			
分區業務組審核結果	核備通過日期		

中央健康保險局 業務組

聯絡電話：

傳 真：

電子信箱：