

「牙醫門診總額支付委員會」97年度第4次會議紀錄

時間：中華民國97年11月17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
呂委員毓修	呂毓修	陳委員致舟	陳致舟
李委員錦炯	敦姿均代	曾委員煥井	曾煥井
沈委員茂庭	沈茂庭	黃委員茂栓	黃茂栓
林委員文德	請假	謝委員欣育	謝欣育
林委員俊彬	林俊彬	黃委員福傳	黃福傳
翁委員德育	翁德育	黃委員銘傑	黃銘傑
高委員壽延	羅文良代	溫委員飛翊	溫飛翊
張委員再財	張再財	廖委員倍顯	廖倍顯
梁委員淑政	梁淑政	廖委員敏熒	廖敏熒
許委員世明	許世明	劉委員俊言	請假
陳委員一清	請假	鄭委員信忠	鄭信忠
陳委員文欽	請假	謝委員武吉	請假
陳委員建志	陳建志	羅委員界山	羅界山
陳委員彥廷	陳彥廷	蘇委員鴻輝	蘇鴻輝

列席單位及人員：

行政院衛生署

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

台灣社區醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

本局台北分局

陳馨慧

盛培珠

戴惠子、邵格蘊

王秀貞

無

張照敏、莫翠蘭、邱玲玉

馮震華、黃意婷

本局北區分局
本局中區分局
本局南區分局
本局高屏分局
本局東區分局
本局醫審暨藥材小組
本局資訊處
本局企劃處
本局醫務管理處

呂淑文
程千花
王世華
王秀蕙
未派員
趙燕平
姜義國
劉欣萍、王浩彥
李麗華、林阿明、黃淑雲、
張溫溫、李純馥、甯素珠、
林子秦、劉立麗、曾淑汝、
歐舒欣

主席：黃召集人三桂

紀錄：張桂津

壹、 主席致詞(略)

貳、 本會 97 年第 3 次會議紀錄確認 (略)

參、 報告事項

● 第一案

報告單位：本局醫務管理處

案由：前次(97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：本局醫務管理處

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：本局醫務管理處

案由：97 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條規定辦理點值公布、結算。

季別	分局	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
	97Q2	浮動點值	0.8939	1.0648	0.9087	1.0478	0.9915	1.1604
	平均點值	0.8908	1.0588	0.9088	1.0428	0.9875	1.1447	0.9546

● 第四案

報告單位：本局醫務管理處

案由：98 年度牙醫門診總額支付委員會召開會議時程案。

決定：

一、本委員會 98 年會議時間如下表：

次數	1	2	3	4
會議日期	98.02.24 (星期二)	98.05.26 (星期二)	98.08.25 (星期二)	98.11.24 (星期二)
會議名稱	98 年第 1 次	98 年第 2 次	98 年第 3 次	98 年第 4 次

二、98 年會議時間請各委員預留，以利會議順利召開，如遇特殊情事須變更會議日期時，本局將儘速告知各委員。

第五案

報告單位：本局醫務管理處

案由：96 年牙醫門診總額品質保證保留款核發作業辦理結果報告。

決定：

一、預訂年 97 年 11 月底前完成發放作業。

二、原核定不核發院所，嗣後經申復、爭議等救濟程序審定應予核發者

，其預算將自牙醫總額當季一般部門優先支應。

肆、 討論事項

● 第一案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「98 年度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」修正案。

決議：

- 一、「98 年度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」修正案，內容詳如[附件 1](#)，依行政程序辦理後續公告事宜。
- 二、本次修訂部分簡要摘要如下：
 - (一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之執行醫師名單，請牙醫全聯會需核備後提報健保局與各地區分局。
 - (二) 中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務只能申報中度身心障礙，每點支付金額不超過 1.3 元結算，新增 00302C 中度以上精神疾病患者診察費支付標準申報特定治療項目代號。
 - (三) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務之醫療團，應檢送規定之報表，若未達到或有違規或異常者，得暫停或停止計畫執行。
 - (四) 修改有關矯正調整或矯正追蹤檢查相關支付標準。
 - (五) 新增「申請」與「執行流程圖」及「注意事項」以利執行單位辦理申請、申報等相關事宜

● 第二案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「98 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」修正案。

決議：

一、 同意修訂「98 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」，內容詳如附件 2，並依行政程序辦理後續修正事宜。

二、 本次修訂部分簡要摘要如下：

(一)、 牙醫巡迴醫療服務，第四級地區每時段自第三時段起每小時點數調為三級 1,500。

(二)、 刪除山地、離島地區醫療報酬每次醫師支給 1000 點、護理人員支給 800 點等費用。

(三)、 服務報酬申請表、執行情形統計報表以電子檔傳送備查為原則。

(四)、 馬祖地區牙周病照護網試辦計畫之計酬方式，改採「論次加論量」核實申報，另論次部分改屬三級偏遠地區支付。

三、 另有關執業計劃管控原則部分，今年尚不修訂，但請牙醫全聯會於明年(98 年)9 月提出檢討修正。

● 第三案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：「98 年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案(草案)」修正案。

決議：同意修訂「98 年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案(草案)」，內容詳如附件 3，並依行政程序辦理後續修正事宜。

● 第四案

提案單位：本局醫務管理處

案由：有關 98 年牙醫門診服務預算協定成長率及相關事宜乙案。

決議：98 年比照 97 年辦理，即藥費以 1 點 1 元計。

●第五案

提案單位：本局醫審暨藥材小組

案由：牙科採數位化 X 光影像上傳格式之申復案件，應附實體照片，以減少爭議。

決議：同意案件於申復時，即需附實體照片，以減少爭議。

●第六案

提案單位：本局醫務管理處

案由：「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」修正案

決議：同意修正「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」，內容詳如[附件 4](#)，並依行政程序辦理後續修正事宜。

●第七案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：支付標準表與審查注意事項之增修訂案

決議：同意修正支付標準表與審查注意事項之增修訂案，內容詳如[附件 5、6](#)，並依行政程序辦理後續修正事宜。

●第八案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：牙科急診章節及定義修正案

決議：待全聯會洽詢急診醫學會及進一步分析牙醫急診醫療利用情形後再議。

●第九案

提案單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：執行全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區

改善方案之過卡困難問題

決議：全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案之過卡困難問題處理方式如[附件 7](#)，並納入 98 年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案中一併公告實施。

伍、散會：下午 16 時 20 分

98 年度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(草案)

○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○○號函公告-9711

98 年修正條文	97 年原條文
<p>一、 依據 全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)97 年○月○日費協字第○次會議決議及行政院衛生署 9○年○月○日衛署健保字第○○○○○○○○○○號核定函。</p>	<p>一、 依據 全民健康保險醫療費用協定委員會 96 年 9 月 14 日費協字第 130 次會議決議及行政院衛生署 97 年 1 月 16 日衛署健保字第 0970001532 號核定函。</p>
<p>二、 目的 本試辦計畫之實施，在於提昇牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及中度以上身心障礙者牙醫醫療服務。</p>	<p>二、 目的 本試辦計畫之實施，在於提昇牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及中度以上身心障礙者牙醫醫療服務。</p>
<p>三、 實施期間 98 年 1 月 1 日至 98 年 12 月 31 日止。</p>	<p>三、 實施期間 97 年 1 月 1 日至 97 年 12 月 31 日止。</p>
<p>四、 預算來源及支付範圍 (一) 本計畫預算依費協會委員會議之決議辦理。 (二) 支付標準及每點支付金額： 1. 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之支付標準如附件 1，每點支付金額為 1 元。 2. 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務每點支付金額，第 1 季至第 3 季每點支付金額以 1 元暫付，第 4 季於年度結束後結算，<u>重度以上身心障礙(不含精神疾病)者</u>每點支付金額以不超過 1.5 元優先結算，<u>中度身心障礙者暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務</u>每點支付金額再以不超過 1.3 元結算。 3. 執行身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理(每次 500 點，每 90 天申報 1 次為限，支付標準代碼為 P30002)。 4. 醫療團至身心障礙福利機構服務，得採論次加論量方式計算，<u>由各醫師執業之院所申報論量及論次費用</u>，每位醫師每 1 時段診次以 3 小時為限(不含休息、</p>	<p>四、 預算來源及支付範圍 (一) 本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。 (二) 支付標準及每點支付金額： 1. 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之支付標準如附件 1，每點支付金額為 1 元。 2. 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務每點支付金額，第 1 季至第 3 季每點支付金額以 1 元暫付，第 4 季於年度結束後結算，<u>重度以上身心障礙者</u>每點支付金額以不超過 1.5 元優先結算，<u>中度身心障礙者</u>每點支付金額再以不超過 1.3 元結算。 3. 執行身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理(每次 500 點，每 90 天申報 1 次為限，支付標準代碼為 P30002)。醫療團至身心障礙福利機構服務，得採論次加論量方式計算，每位醫師每 1 時段以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，每小時 2400 元(內含護理</p>

98 年修正條文	97 年原條文
<p>用餐時間)，每小時 2400 元(內含護理費，支付標準代碼為 P30001)，如 1 時段診次服務人次未超過 1 人次，則僅以 1 小時支付。</p> <p>5. 醫療團服務限制及規定如下：</p> <p>(1) 每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次。</p> <p>(2) 每診次申報點數以不超過 3 萬元(不含論次費用)為原則。</p> <p>(3) 每一被支援之機構，每週牙醫排診不得超過 3 診次。</p> <p>(4) 服務須過 IC 卡，就醫序號請依 IC 卡相關作業規定辦理。</p> <p>6. 醫療團醫師所屬院所申報當月費用時，須檢附論次論量申請表(格式如附件 7)及日報表(格式如附件 8)，應於次月 20 日前連同門診費用申報正本寄所屬轄區分局、副本送社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙醫全聯會)核備。(本項移列於七、申請程序(二)之 3. 之(3)中)</p> <p>46. 執行身心障礙者牙醫醫療服務時，得依患者看診情形，同意符合專科資格之麻醉科醫師支援基層院所(採論次+論量計)，論次之計算方式如第 3 點。</p> <p>57. 本計畫申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)，除先天性唇顎裂及顱顏畸形患者填報 F4 外，中度以上身心障礙者依下填報：</p> <p>(1) 非精神疾病者 院所內治療：重度以上-F5；中度-F7 醫療團支援：重度以上-F8；中度-F9</p> <p>(2) 精神疾病者 院所內治療：重度以上-FC；中度-FD 醫療團支援：重度以上-FE；中度-FF</p> <p>68. 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。</p> <p>79. 本計畫服務量不納入門診合理量計算。</p>	<p>費，支付標準代碼為 P30001)，每日最多 2 個時段，本項服務須過 IC 卡，就醫序號請依 IC 卡相關作業規定辦理。本項服務之論次費用如 1 時段服務人次未超過 1 人次，則僅以 1 小時支付。</p> <p>4. 執行身心障礙者牙醫醫療服務時，得依患者看診情形，同意符合專科資格之麻醉科醫師支援基層院所(採論次+論量計)，論次之計算方式如第 3 點。</p> <p>5. 本計畫申報醫療費用時，案件分類請填 16，先天性唇顎裂及顱顏畸形患者牙醫醫療服務治療項目(一)代號請填 F4，院所重度以上身心障礙者牙醫醫療服務治療項目(一)代號請填 F5，院所中度身心障礙者牙醫醫療服務治療項目(一)代號請填 F7，醫療團重度以上身心障礙者牙醫醫療服務治療項目代號(一)請填 F8，醫療團中度身心障礙者牙醫醫療服務治療項目(一)代號請填 F9。</p> <p>6. 本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。</p> <p>7. 本計畫服務量不納入門診合理量計算。</p>
五、 適用範圍：	五、 適用範圍：

98 年修正條文	97 年原條文
<p>(一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：包括唇裂(Cleft lip)，顎裂(Cleft palate)，唇顎裂(Cleft lip and palate)，顏面裂(Facial Cleft)及其他經事前審查核准之先天性唇顎裂病患。</p> <p>(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：對於持有中度以上身心障礙手冊之患者提供牙醫醫療服務；施行全身麻醉者，亦屬本服務項目。</p>	<p>(一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：包括唇裂(Cleft lip)，顎裂(Cleft palate)，唇顎裂(Cleft lip and palate)，顏面裂(Facial Cleft)及其他經事前審查核准之先天性唇顎裂病患。</p> <p>(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：對於持有中度以上身心障礙手冊之患者提供牙醫醫療服務；施行全身麻醉者，亦屬本服務項目。</p>
<p>六、申請條件</p> <p>(一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。 2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。執行醫師名單副知牙醫全聯會（本項併入申請程序及受理資格審查相關規定中，不另再列） 3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。 4. 符合以上 1-3 點條件者，即可執行本項醫療服務。（本項併入申請程序及受理資格審查相關規定中，不另再列） <p>(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 初級照護診所 <ol style="list-style-type: none"> (1) 醫師資格：1 位以上自執業執照取得後有 5 年以上臨床經驗之醫師，並接受 6 小時以上身心障礙等相關之教育訓練。 (2) 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。 2. 進階照護院所 <ol style="list-style-type: none"> (1) 院所資格：可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。 (2) 醫師資格：2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後應有 5 年以上之臨床 	<p>六、申請條件</p> <p>(一)、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。 2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上會同牙科矯正醫師實施。 3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。 <p>(二)、中度以上身心障礙者牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 初級照護診所 <ol style="list-style-type: none"> (1) 醫師資格：1 位以上自執業執照取得後有 5 年以上臨床經驗之醫師，並接受 6 小時以上身心障礙等相關之教育訓練。 (2) 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。 2. 進階照護院所 <ol style="list-style-type: none"> (1) 院所資格：可施行鎮靜麻醉之醫療院所。 (2) 醫師資格：2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後應有 5 年以上之臨床經

98 年修正條文	97 年原條文
<p>經驗，其他醫師自執業執照取得後應有 2 年以上之臨床經驗。</p> <p>(3)設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置 (Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)、<u>無障礙空間及設施</u>。</p> <p>(4)每位醫師需接受 6 小時以上身心障礙之教育訓練。</p> <p>(三) 醫療團</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.由各縣市牙醫師公會或牙醫團體組成醫療團，定期至身心障礙福利機構服務或支援未設牙科之精神科醫院及有<u>特殊需求的啓智學校</u>，醫師前往支援前需事先向當地衛生局及健保分局報備，醫療費用得帶回院所申報。惟參加醫療團之醫師其院所設備若未符合前項 1、2 之規定，於院所內執行之醫療費用不適用本計畫之加成規定。 2.醫師資格：自執業執照取得後應有 5 年以上之臨床經驗，並接受 6 小時以上身心障礙等相關之教育訓練。 	<p>驗，其他醫師自執業執照取得後應有 2 年以上之臨床經驗。</p> <p>(3)設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置 (Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)。</p> <p>(4)每位醫師需接受 6 小時以上身心障礙之教育訓練。</p> <p>(三) 醫療團</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.由各縣市牙醫師公會或牙醫團體組成醫療團，定期至身心障礙福利機構服務或支援未設牙科之精神科醫院，醫師前往支援前需事先向當地衛生局及健保分局報備，醫療費用得帶回院所申報。惟參加醫療團之醫師其院所設備若未符合前項 1、2 之規定，於院所內執行之醫療費用不適用本計畫之加成規定。 2.醫師資格：自執業執照取得後應有 5 年以上之臨床經驗，並接受 6 小時以上身心障礙等相關之教育訓練。
<p>七、申請程序</p> <p>(一)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：採個案事前審查。(下列已敘明故刪除)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.院所應檢附相關資料向牙醫全聯會申請核備，<u>並由牙醫全聯彙報送健保局各分局核定，異動時相同，申請書格式如附件 2。</u> 2.病患因病情需要由上述申請醫院向保險人提出事前審查：施行本項齒顎矯正裝置，須個案事先報經中央健康保險局(以下簡稱<u>健保局</u>)轄區分局同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。 2.事前審查應檢附下列文件：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫(包括整個療程費用及時間)，如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。 3.唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免 	<p>七、申請程序</p> <p>(一)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：採個案事前審查。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病患因病情需要由上述申請醫院向保險人提出事前審查：施行本項齒顎矯正裝置，須個案事先報經中央健康保險局轄區分局同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。 2.事前審查應檢附下列文件：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫(包括整個療程費用及時間)，如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。 3.唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免

98 年修正條文	97 年原條文
<p>事前審查，直接開立給付，治療成果（術前術後照片）以抽驗方式審核。</p> <p>(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：<u>應檢附相關資料，送牙醫全聯會審查，異動時亦同，申請流程表如附件 5，注意事項詳附件 6：</u></p> <p>1. 初級照護診所應檢附：</p> <p>(1) 申請書（格式如附件 23）。</p> <p>(2) 醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。</p> <p>(3) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p> <p>2. 進階照護院所應檢附：</p> <p>(1) 申請書（格式如附件 23）。</p> <p>(2) 醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。</p> <p>(3) 身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面資料及檔案（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A 4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 1 4 號字型，橫式書寫）。</p> <p>(4) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p> <p>3. 醫療團應檢附下列資料後函送牙醫師全聯會審查，異動時亦同，申請流程表如附件 5：（已敘明於(二)中，故可刪除）</p> <p><u>(1)身心障礙福利機構服務或支援未設牙科之精神科醫院及有特殊需求的啓智學校之立案證明、同意函、院所簡介、院生口腔狀況、牙科設備、牙科治療計畫。</u></p> <p>(2)依附件 34 格式彙整名單暨醫師服務排班表。</p> <p><u>(3)每月 20 日前須檢附論次論量表（格式如附件 7）暨日報表（格式如附件 8），併門診費用申報正本寄所屬轄區分局、副本送社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會（以</u></p>	<p>事前審查，直接開立給付，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。</p> <p>(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：</p> <p>1. 初級照護診所應檢附：</p> <p>(1) 申請書（格式如附件 2）。</p> <p>(2) 醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。</p> <p>(3) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p> <p>2. 進階照護院所應檢附：</p> <p>(1) 申請書（格式如附件 2）。</p> <p>(2) 醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。</p> <p>(3) 身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面資料及檔案（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A 4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 1 4 號字型，橫式書寫）。</p> <p>(4) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p> <p>3. 醫療團：各醫療團依附件 3 格式彙整名單後並檢附醫師服務排班表函送牙醫師全聯會審查，異動時亦同。</p>

98 年修正條文	97 年原條文
<p><u>下簡稱牙醫全聯會)核備。未繳交者，經催繳 3 個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。</u></p> <p><u>(4)每年度應檢附自我評分表格(設備、人力、器材、申報費用、處置內容、排班表、醫療需求、看診人次等)。各醫療團應於年度開始前提出預估醫療需求量及申報量，由全聯會評估審核通過後執行之。若有違規或異常者，得停止計畫執行。</u></p> <p><u>(三)申請注意事項詳附件 6。(已移至(二)內容中)</u></p>	
<p>八、受理資格審查</p> <p><u>先天性唇顎裂、顛顏畸形及中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 請每月 5 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫師全聯會，牙醫師全聯會審查後，<u>於每月 20 日前將名單函送健保局，由健保局各分局審理確認後，健保局以公告或行文通知相關院所；</u>申請者得於核定後之次月起迄期間執行本項服務。 2. 醫療團醫師名單若有異動，應於每月 5 日前函報，並得於次月生效。 3. 院所代碼如有變更，請函報牙醫師公會全聯會及健保局分局辦理本計畫起迄日期變更作業。 4. 申請本計畫資格為 3 年內不得違約記點或扣減，或 6 年內不得有停止特約以上之處分。 5. 計畫執行時經查察有違約記點或扣減者，停止執行本計畫，並於 3 年內不得再申請本計畫。若有違約遭停止特約以上處分者，停止執行本計畫，並於 6 年內不得再申請此計畫。<u>牙醫師全聯會將相關名單函送健保局，由健保局各分局審理確認後，另行文相關院所。</u> 6. 上述 4、5 點若是申請醫療團則歸於違規之醫師不得參與此計畫，若是申請院所則申請院所及醫師皆不得違規。<u>如違規可歸責於醫師則該醫師不得參與本計畫，如不可歸責則僅院所負責醫師不得參與，惟醫師可提出申復，經確認後始得繼續執行本計畫。</u> 	<p>八、受理資格審查</p> <p>中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 請每月 20 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫師全聯會，牙醫師全聯會原則上於每月最後一週審查，並將名單函送中央健康保險局，並副知分局，申請者得於核定後之次月執行本項服務。 2. 醫療團名單若有異動，應於每月 20 日前函報，並得於次月生效。 3. 院所代碼如有變更，請函報牙醫師公會全聯會及健保局分局辦理本計畫起迄日期變更作業。 4. 申請本計畫資格為 3 年內不得違約記點或扣減，或 6 年內不得有停止特約以上之處分。 5. 計畫執行時經由本會查察有違約記點或扣減者，本會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後停止執行本計畫，並於 3 年內不得再申請本計畫。計畫執行時若有違約遭停止特約以上處分者者，本會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後停止執行本計畫，並於 6 年內不得再申請此計畫。 6. 上述 4、5 點若是申請醫療團則歸於違規之醫師不得參與此計畫，若是申請院所則申請院所及醫師皆不得違規。

98 年修正條文	97 年原條文
<p>7. 有鑑於因身心障礙患者進行診療較困難，且進行診療時偶有突發狀況，醫師更應充實應變之專業知識與技能，以即時做出迅速且正確之急救行為，保障身心障礙患者就醫安全及權益，故參與此計畫者，每年須接受再進修課程。</p> <p>8. 本計畫為年度計畫請申請者於每年公告後重新申請。且申請本計畫<u>提供身心障礙者牙醫服務之醫師每年須接受 4 學分以上之身心障礙相關再教育課程，檢附積分證明後</u>，得於下一年度繼續執行此計畫。累積超過 30 學分後，可自由選修。</p> <p>9. 辦理身心障礙再教育訓練課程，須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。入門課程由各縣市牙醫師公會辦理（課程表請函報全聯會）；進階課程開放各單位辦理。</p>	<p>7. 有鑑於因身心障礙患者進行診療較困難，且進行診療時偶有突發狀況，醫師更應充實應變之專業知識與技能，以即時做出迅速且正確之急救行為，保障身心障礙患者就醫安全及權益，故參與此計畫者，每年須接受再進修課程。</p> <p>8. 本計畫為年度計畫請申請者於每年公告後重新申請。且申請本計畫者每年至少接受 6 學分之身心障礙相關再教育課程，得於下一年度繼續執行此計畫。累積超過 30 學分後，可自由選修。</p> <p>9. 辦理身心障礙再教育訓練課程，須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。入門課程由各縣市牙醫師公會辦理（課程表請函報全聯會）；進階課程開放各單位辦理。</p>
<p>九、計畫年度執行目標：<u>98</u> 年度執行目標預計達 <u>45000</u> 服務人次。</p>	<p>九、計畫年度執行目標：<u>97</u> 年度執行目標預計達 <u>35000</u> 服務人次。</p>
<p>十、本計畫由<u>健保局</u>公告後實施，修正時亦同。惟 <u>97</u> 年度原有計畫延續至 <u>98</u> 年度執行，且符合 <u>98</u> 年公告之計畫申請者，其實施日期追溯至 <u>98</u> 年 1 月 1 日起，至 <u>98</u> 年度本計畫公告實施日之次月止。</p>	<p>十、本計畫由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。惟 <u>96</u> 年度原有計畫延續至 <u>97</u> 年度執行，且符合 <u>97</u> 年公告之計畫申請者，其實施日期追溯至 <u>97</u> 年 1 月 1 日起，至 <u>97</u> 年度本計畫公告實施日之次月止。</p>

[附件 1]

先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務(齒顎矯正)給付試辦計畫支付標準
通則：

- 一、本項所訂支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員）、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。
- 二、先天唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：
 - （一）唇裂(Cleft lip)，顎裂(Cleft palate)，唇顎裂(Cleft lip and palate)，顏面裂(Facial Cleft)、呼吸終止症候群、小臉症、顏面不對稱並領有身心障礙手冊者。
 - （二）骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇腭裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。
 - （三）其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。
- 三、因病情需要施行本項齒顎矯正裝置，須個案事先報經健保局同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
- 四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恆牙期等期限各施行一次，其中恆牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。
- 五、恆牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。
- 六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經中央健康保險局同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

序號	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
1	92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、（次） Orthodontic Examination, Partial (dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不需要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690

序號	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
2	92102B	矯正檢查（口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光）（次） Orthodontic Examination, Total (dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posteroanterior views) 註：施行本項檢查不需事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每兩年限施行乙次。		✓	✓	✓	3000
3	92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance (one jaw)		✓	✓	✓	4806
4	92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance (two jaws)		✓	✓	✓	7209
5	92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer, unilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	1500
6	92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer, bilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	2500
7	92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
8	92108B	環鈎，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
9	92109B	亞克力基板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
10	92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
11	92111B	矯正調整或及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.如為矯正追蹤檢查以每三個月實施乙次為限每次調整或追蹤檢查限定開立一次。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
12	92112B	面罩A Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術(Distracted Osteogenesis)之裝置。		✓	✓	✓	12476

序號	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
13	92113B	面罩B Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恆牙期病情需要使用於上顎及上顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
14	92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
15	92115B	<u>恆</u> 牙期牙齒矯正（單顎）第一次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	6631
16	92116B	<u>恆</u> 牙期牙齒矯正（雙顎）第一次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次給付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次給付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經本局同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 3. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	12000
17	92117B	<u>恆</u> 牙期牙齒矯正（單顎）第二次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	4973
18	92118B	<u>恆</u> 牙期牙齒矯正（雙顎）第二次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第一次給付後六個月。 2.基本診療項目：6次以上矯正調整。 3.申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 4. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
19	92119B	<u>恆</u> 牙期牙齒矯正（單顎）第三次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	4973

序號	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
20	92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第二次給付後六個月。 2.基本診療項目：6次以上矯正調整。 3.申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 4. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
21	92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	6631
22	92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第三次給付後六個月。 2.基本診療項目：6次以上矯正調整。 3.申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 4. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
23	92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	9946
24	92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：第四次給付後至完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附X光片或照片作為審查依據。 5. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	15000

序 號	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
25	92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顛顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000
26	90112C	橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註： 1. 銀粉、複合樹脂及玻璃離子體充填時(限中度以上身心障礙患者)。 2. 使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。 3. 含張口器費用。	✓	✓	✓	✓	250
27	92126 <u>B</u>	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasopalveolar molding, impression & nasopalveolar molding plate, unilateral 註： 1. 適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，須合併手術才可申報。 2. 須檢附治療前 <u>後</u> 照片與病歷記錄。 3. 不得與92125B併報。 4. <u>經本特殊醫療計畫核備同意院所方可申報。</u>		✓	✓	✓	12000

序 號	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
28	92127 <u>B</u>	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasopalveolar molding, impression & nasopalveolar molding plate, bilateral 註： 1. 適應症範圍雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙，須合併手術才可申報。 2. 須檢附治療前 <u>後</u> 照片與病歷記錄。 3. 不得與92125B併報。 4. <u>經本特殊醫療計畫核備同意院所方可申報。</u>		✓	✓	✓	15000
29	92128 <u>B</u>	鼻型齒槽骨矯正定期調整 nasopalveolar molding, adjustment 註： 1. 適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2. 須檢附治療前 <u>後</u> 照片與病歷記錄。 3. 7日內不得重覆申報。 4. 同一病例申報次數以8次為上限。 5. <u>經本特殊醫療計畫核備同意院所方可申報。</u>		✓	✓	✓	1000

[附件 2]

先天性唇顎裂及顱顏畸形者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書 (新增)

(以院所為單位)

- 一、 醫療院所名稱：_____ 代號：_____
- 二、 所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所
- 三、 院所負責醫師姓名：_____ 身份證字號：_____
- 四、 院所電話：() _____ 傳真：() _____
- 五、 聯絡人姓名：_____ 電話：_____
- 六、 e-mail address：_____
- 七、 地址：_____
- 八、 設置科別及相關人員：_____
- _____
- 九、 牙科門診設備：_____
- _____
- 十、 各分科醫師數：_____
- _____

十一、申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師 ID	醫師姓名	分科別

十一、有無違規紀錄：無 記點 扣減 停止特約 終止特約

十二、是否曾申請過：有，執行日期：_____ 無

[附件 2 3]

診所申請類別

初級進階

中度以上身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書

(以院所為單位)

一、醫療院所名稱：_____ 代號：_____

二、所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

三、院所負責醫師姓名：_____ 身份證字號：_____

四、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）

1、姓名：_____ 身份證字號：_____

2、姓名：_____ 身份證字號：_____

3、姓名：_____ 身份證字號：_____

五、院所電話：() _____ 傳真：() _____

六、聯絡人姓名：_____ 電話：_____

七、e-mail address：_____

八、地址：_____

九、目前能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：

甲、 有專用椅子 無專用椅子

乙、 _____

丙、 _____

丁、 _____

戊、 _____

十、即將採購之設備名稱：

甲、 _____

乙、 _____

丙、 _____

丁、 _____

十一、有無違規紀錄：無 記點 扣減 停止特約 終止特約

十二、是否曾申請過：有，執行日期：_____ 無

[附件3 4]

中度以上身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書（以醫療團為單位）

一、 公會別：

二、 申請教養院所：

三、 申請檢附資料：

教養院所同意函

教養院所介紹：院所簡介暨立案證明、院生數及身心障礙輕重程度別等

牙科治療計畫書：院生口腔現況、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率等

牙科診間設備表

醫師服務排班表

後送醫療院所

四、新增醫療團名單

分局別	姓名	身份證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	地址	電話	執行起迄日	相關教育訓練(檢附學分證明)	診所設備(含急救、氧氣設備)

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		
申請院所資格流程圖		97.09.24 訂
階段	流程	說明
申請前段	<p>1 申請於院所中執行服務特殊病患</p> <p>2 無學分 → 上身心障礙教育訓練之課程</p> <p>有學分</p> <p>3 填妥申請書並附上醫師個人學經歷等相關資料及身心障礙教育訓練之學分影本</p>	<p>1-1 院所所有醫師希望能申請本計畫之經費時。</p> <p>1-2 請至本會網站 (www.cda.org.tw) 的下載專區，下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 請電洽各地方公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬地方公會協助詢問鄰近公會，或請所屬地方公會籌畫身心障礙課程。</p> <p>3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後需附上：</p> <p>a. 醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）</p> <p>b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p>
	申請中段	<p>4 寄至本會審核</p> <p>檢查資料是否有備齊</p> <p>有齊</p> <p>不齊</p> <p>5 審查醫師審核其資格</p> <p>通過</p> <p>不通過</p> <p>6 名單提送健保局</p>
申請後	<p>7 執行計畫</p>	<p>7-1 收到健保局覆文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫，請每年年初於計畫公告後，再提報本會或接受本會辦理再進修課程）</p> <p>7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。</p>

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

醫療團資格申請流程圖

97.09.24 訂

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 醫師想加入醫療團或想成立新的醫療團。</p> <p>1-2 網站 (www.cda.org.tw) 的下載專區，下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</p> <p>3-1 向所屬公會洽詢，有哪些醫療團或者提出成立新的醫療團，將資料交由所屬公會彙整後行文至全聯會申請。(資料部分需有該教養機構之同意函、簡介、牙科設備、院生口腔狀況、醫療計畫、每月預估點數、申請醫師之身心障礙相關六學分證書影本及醫療團申請書)</p>
申請中段		<p>4-1 地方公會每月 5 日前將申請資料寄至本會</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請地方公會將資料補齊，並依補齊資料日期為主 (每月 20 日前將申請資料寄至全聯會)。其未齊之資料僅保存半年。</p> <p>5-1 醫療團負責人須至全聯會進行口頭報告。</p> <p>5-2 若通過全聯會將名單送至健保局。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次來申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，行文給所屬公會告知目前尚不能申請此計畫。</p> <p>6-1 整通過者名單以公文方式提送中央健康保險局。副本給各地方公會。</p>
申請後		<p>7-1 收到健保局回覆函後其醫療團 (醫師) 可執行此計畫。(此計畫為年度計畫，請每年年初於計畫公告後，再提報本會或接受本會辦理再進修課程)</p> <p>7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

☆ 地方公會務必替執行醫療團之醫師向衛生主管機關報備至教養機構執行醫療服務。

☆ 執行醫療團之醫療服務時務必於教養機構當場過健保卡，再帶院所自行申報。

中華民國牙醫師公會全國聯合會

執行身心障礙牙科服務醫療團流程圖

97.09.24 訂

階段	流 程	97.09.24 訂	
		A、醫療團負責部份說明	B、教養機構負責部份說明
執行醫療服務前	<pre> graph TD A([組織一醫療團至教養機構執行醫療服務]) --> B([每次出團前置作業]) B --> C[醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作] B --> D[教養機構於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 中之各項事前] </pre>	<p>A-1 於每次至教養機構執行服務前先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至教養機構。</p> <p>A-2 至教養機構時將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。</p>	<p>B-1 事前須匯集教養機構中有醫療需求或必需回診之院生名單。</p> <p>B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。</p> <p>B-3 製作名冊、IC 卡、殘障手冊影本或其他事前文書準備工作。</p>
執行醫療服務中	<p>診療期間每位患者皆須由 A-3 至 A-7 的步驟。若無執行 A-7 之步驟，將無法申請健保費用。</p> <p>診療期間務必由熟悉看護、保育人員或教師陪同於患者旁邊。</p>	<p>A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單（檢查部分）。</p> <p>A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。</p> <p>A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。</p> <p>A-6 完成醫療紀錄單之記載。</p> <p>A-7 健保 IC 卡寫入。</p>	<p>B-4 機構責任：由熟悉看護或保育人員或教師等同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。</p> <p>B-5 協助醫師完成治療。</p> <p>B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。</p>
C 執行醫療服務後	<p>醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。</p> <p>依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。</p> <p>結束此次醫療團之服務。</p>	<p>A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。</p>	<p>B-7 護送院生返回教室或看護診場所。</p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>

注意事項(新增)

97年9月24日訂

◎ 申請注意事項

1. 申請流程：

(1) 醫療團：

- a. 備齊相關文件(教養機構同意函、教養機構立案證明影本、院所簡介、院生口腔狀況、牙科設備、牙科治療計畫等)、支援醫師名冊及排班表向全聯會申請審核(醫師資格之證明文件於第1次報備時應一併附上)。
- b. 醫療團代表至全聯會說明執行計畫。
- c. 審核通過後全聯會函文報備健保局。
- d. 醫療團以健保局回覆函、教養機構同意函、教養機構立案證明影本及院童名冊向地方衛生局申請許可函。
- e. 按排班時間表執行支援門診。

(2) 院所：

- a. 填寫院所申請表，並附上醫師資格之證明文件(註：院所申請有設備限制，請詳讀本計畫)。
- b. 審核通過後全聯會函文報備健保局。
- c. 健保局回覆函後開始執行。

2. 每一醫療團必需選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。

3. 醫療團應檢附排班表經全聯會審核同意後方得執行，如有異動需於每月5日前重新提送排班表重新核准後方可執行。

4. 應按排定支援時間看診，若無法提供服務應於事前向地方公會或醫療團報備核可。

5. 若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應依程序向全聯會提出反應。
6. 執行醫療行為者必需受過完整之訓練，並經由全聯會審核為具資格之醫師或醫療團體、具熟悉各類特殊患者之牙科治療需求之能力。
7. 申請本專案之所有院所及醫療團均應遵守相關規定。
8. 一個門診診次應以 3 小時為原則，請支援看診醫師和院方協調適當之看診人次。

◎ 醫療團執行身心障礙牙科服務注意事項

1. 就診記錄應詳實記錄並填寫，並於診所留存實體病歷。
2. 一位醫師應搭配至少一位助理或護理人員。
3. 必須有老師或熟悉該院院生狀況者陪同就診。
4. 所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療記錄備查，並謹慎為之。
5. 若患者無法經教養院所中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
6. 耗材應由看診醫師自備。
7. 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由教養機構妥善處理。
8. 院生所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫院生情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
9. 若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。

◎ 申報注意事項

1. 配合健保局政策執行 IC 卡過卡業務，並依規定申報寫入 IC 卡，無法過卡則以例外就醫名冊代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
2. 同一醫師同一地點一週以 2 個診次為上限，每診次申報點數以不超過 3 萬點為原則。每一教養機構，醫療團每週不得超過 3 個診次。(已列入計畫中)
2. 院所申報時，應檢附當次就醫之院童名冊併同申報資料向健保申報。
3. 醫療團至身心障礙福利機構服務，申報 P30001 需填寫全民健康保險牙醫總額專款專用醫療報酬論次論量申請表，每個小時 2400 元，若服務時間 3 個小時但無服務人次，請僅申報一個小時的費用，若持續 2 個月份無服務人次，應暫停該醫療團執行計畫。
4. 另申請論次費用時申請表為一式三份，請務必一份留存，一份寄至全聯會備查，一份寄至轄區健保分局。且須於此申請表後附上日報表（內容必須有病患姓名、身分證號碼、病歷號、處置內容及排班表）。若無依照規定報備將不核備該醫療團之排班表，其後衍生之費用申報及行政問題，由該醫療團成員自行負責。
5. 本計畫僅適用中度以上身心障礙者，若有輕度身心障礙患者請以一般病患申報。
7. 全聯會將不定期針對治療品質作評估，作為日後是否同意延續其支援任務之參考依據。若於分析後發現有異常醫療行為者得以暫停其計畫之施行，經查核後確有實証者則取消其資格。
8. 醫療行為應以院生之最大利益為考量，應盡量以最少的次數完成最多之治療，以減少院生不便及就診次數。
9. 執行全身麻醉時，醫師及場次設備應符合相關法令規定及支付標準表內容，應於進階照護院所內方得執行。
10. 申報全身麻醉費用應事前向健保局申請核准後方得執行。
11. 執行全身麻醉時應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一

位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。

12. 醫療團成員及排班時間表應由各地方公會配合醫療團成員辦理規劃。若有爭議或執行有異常狀況時，再由全聯會協調分配之。

13. 申報唇顎裂疾病及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務（齒顎矯正）給付項目之院所，應向全聯會報備核可後方得執行。（本項已列入計畫中）

[附件 7] 全民健康保險牙醫總額專款專用醫療報酬論次論量申請表
 中度以上身心障礙牙醫醫療服務

受理日期		受理編號								
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
	P30001									
	總計									
負責醫師姓名： 醫事服務機構地址： 電話： 印信：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、診療人次：填寫當次診療之人次。 三、給付別：P30001 每次服務每小時 2400 元。 四、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所屬轄區分局門診組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期 年 月 日						

一式三聯 第一聯 轄區分局門診（醫療費用）組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

[附件 8]

醫療團日報表

序號	病歷編號	病患姓名	身分證號	卡號	診察費	健保費用	診治醫師

i. 日報表所需資料務必符合範例上之內容，若不符使用可請換至符合之格式或請自行增加列。

98 年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案分局意見及說明

附件 2

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>第一項 牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務 醫療給付試辦計畫</p>	<p>第一項 牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務 醫療給付試辦計畫</p>	
<p>一、依據 全民健康保險醫療費用協定委員會○○年 ○月○日費協字第○○○○○○○號公告。</p>	<p>一、依據 全民健康保險醫療費用協定委員會 96 年 9 月 29 日費協字第 0965901113 號公告。</p>	
<p>二、目的 本試辦計畫之實施，在於鼓勵牙醫師至醫 療資源缺乏地區及山地離島執行醫療服 務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有 效、積極、安全的醫療體系，促使全體保 險對象獲得適當之牙醫醫療服務。</p>	<p>二、目的 本試辦計畫之實施，在於鼓勵牙醫師至醫 療資源缺乏地區及山地離島執行醫療服 務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有 效、積極、安全的醫療體系，促使全體保 險對象獲得適當之牙醫醫療服務。</p>	
<p>三、實施期間 九十<u>八</u>年一月一日至九十<u>八</u>年十二月三十一 日止。</p>	<p>三、實施期間 九十七年一月一日至九十七年十二月三十一 日止。</p>	
<p>四、預算來源 本計畫預算依全民健康保險醫療費用協 定委員會委員會議之決議辦理。</p>	<p>四、預算來源 本計畫預算依全民健康保險醫療費用協 定委員會委員會議之決議辦理。</p>	
<p>五、施行地區</p>	<p>五、施行地區</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>本計畫施行地區詳如附件一。</p> <p>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。</p>	<p>本計畫施行地區詳如附件一。</p> <p>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。</p>	
<p>六、計畫執行目標</p> <p>(一)執行目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本計畫併同九十一年度起共以減少 35 個醫療資源缺乏地區為執行目標。 2.本計畫服務總天數以達成 5,100 天、總服務人次以達成 45,000 人次為執行目標。 <p>(二)施行地區之分類：</p> <p>為鼓勵牙醫師至醫療資源缺乏地區執業，提供醫療服務，本計畫施行地區分下列四級執行，以保障其承作本計畫之費用。又下列醫療資源缺乏地區之級數由各縣市牙醫師公會會同當地衛生局認定後提供健保局分局辦理相關給付之依據。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.一級：指平地鄉之醫療資源缺乏地區。 2.二級：指偏遠平地鄉（指該鄉之鄉公 	<p>六、計畫執行目標</p> <p>(一)執行目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本計畫併同九十一年度起共以減少 35 個醫療資源缺乏地區為執行目標。 2.本計畫服務總天數以達成 5,100 天、總服務人次以達成 45,000 人次為執行目標。 <p>(二)施行地區之分類：</p> <p>為鼓勵牙醫師至醫療資源缺乏地區執業，提供醫療服務，本計畫施行地區分下列四級執行，以保障其承作本計畫之費用。又下列醫療資源缺乏地區之級數由各縣市牙醫師公會會同當地衛生局認定後提供健保局分局辦理相關給付之依據。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.一級：指平地鄉之醫療資源缺乏地區。 2.二級：指偏遠平地鄉（指該鄉之鄉公 	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>所離最近平地鄉公所車程一小時之醫療資源缺乏地區。</p> <p>3.三級：指山地鄉、離島地區之醫療資源缺乏地區。</p> <p>4.四級：指特殊困難地區(離島地區需包船、山地地區有特殊交通困難)之醫療資源缺乏地區。</p> <p>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師公會全國聯合會審查通過。</p> <p>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)並經全聯會審核認定。</p>	<p>所離最近平地鄉公所車程一小時之醫療資源缺乏地區。</p> <p>3.三級：指山地鄉、離島地區之醫療資源缺乏地區。</p> <p>4.四級：指特殊困難地區(離島地區需包船、山地地區有特殊交通困難)之醫療資源缺乏地區。</p> <p>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師公會全國聯合會審查通過。</p> <p>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)並經全聯會審核認定。</p>	
<p>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：</p> <p>(一)執業地點門診服務：(分四級「醫療資源缺乏地區」執行並保障其承作本計畫之費用)</p> <p>1.門診服務時數：執行本計畫之特約院所於執業地點，每週至少提供五天門</p>	<p>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：</p> <p>(一)執業地點門診服務：(分四級「醫療資源缺乏地區」執行並保障其承作本計畫之費用)</p> <p>1.門診服務時數：執行本計畫之特約院所於執業地點，每週至少提供五天門</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>診服務，並包含二個夜診，且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於二十四小時。</p> <p>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。</p> <p>3.門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單（附件二、三）於前月十五日前向牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）及本局各分局核備。當月未達上述工作天數及診察時間者，依實際診察時數與應診比例扣款給付，如有不可抗拒之事由（重大傷病、天災等）不在此限。</p> <p>4.本計畫特約院所負責醫師不得支援其他醫療院所，並不得申報非本計畫內</p>	<p>診服務，並包含二個夜診，且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於二十四小時。</p> <p>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。</p> <p>3.門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單（附件二、三）於前月十五日前向牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）及本局各分局核備。當月未達上述工作天數及診察時間者，依實際診察時數與應診比例扣款給付，如有不可抗拒之事由（重大傷病、天災等）不在此限。</p> <p>4.本計畫特約院所負責醫師不得支援其他醫療院所，並不得申報非本計畫內</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>容之健保醫療費用(具專科資格且經牙醫師公會全國聯合會核准者除外，詳註)；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於七日前向全聯會報備，並由全聯會發文轉知健保局及轄區所屬分局(含支援及被支援之院所所屬轄區分局)，該院所所有支援醫師合計其門診時間(含巡迴醫療服務)不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一。</p> <p>註 1：若因特殊情況需支援醫師代理負責醫師時，需向全聯會提出申請核准，並由全聯會發文轉知健保局及轄區所屬分局(含支援及被支援之院所所屬轄區分局)，其支援醫師仍受此門診時間不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一限制。</p> <p>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</p>	<p>容之健保醫療費用(具專科資格且經牙醫師公會全國聯合會核准者除外，詳註)；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於七日前向全聯會報備，並由全聯會發文轉知健保局及轄區所屬分局(含支援及被支援之院所所屬轄區分局)，該院所所有支援醫師合計其門診時間(含巡迴醫療服務)不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一。</p> <p>註 1：若因特殊情況需支援醫師代理負責醫師時，需向全聯會提出申請核准，並由全聯會發文轉知健保局及轄區所屬分局(含支援及被支援之院所所屬轄區分局)，其支援醫師仍受此門診時間不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一限制。</p> <p>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</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>師公會全國聯合會提出申請，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。並由全聯會發文轉知健保局及轄區所屬分局（含支援及被支援之院所所屬轄區分局）。</p> <p>(二)牙醫巡迴醫療服務：(下列門診時段外提供之服務按次計費，且醫療費用併入醫療院所申報)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.一般治療 2.溝隙封劑與預防性樹脂填充使用 3.口腔衛生推廣服務：每院所每月至多申報一次 <ol style="list-style-type: none"> (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 	<p>師公會全國聯合會提出申請，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。並由全聯會發文轉知健保局及轄區所屬分局（含支援及被支援之院所所屬轄區分局）。</p> <p>(二)牙醫巡迴醫療服務：(下列門診時段外提供之服務按次計費，且醫療費用併入醫療院所申報)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.一般治療 2.溝隙封劑與預防性樹脂填充使用 3.口腔衛生推廣服務：每院所每月至多申報一次 <ol style="list-style-type: none"> (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 	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>(6) 口腔衛生及疾病防治說明會</p> <p>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。</p> <p>5.於執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務時，執業院所應於前月十五日前填寫月申請表（附件四之一）或臨時申請表（附件四之二），及執業計畫巡迴點統計表(附件四之六)並註明門診服務時段和本項服務時段，以書面函送至牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）核准其該月巡迴次數後執行，並函送健保局各分局核備。</p> <p>(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</p>	<p>(6) 口腔衛生及疾病防治說明會</p> <p>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。</p> <p>5.於執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務時，執業院所應於前月十五日前填寫月申請表（附件四之一）或臨時申請表（附件四之二），及執業計畫巡迴點統計表(附件四之六)並註明門診服務時段和本項服務時段，以書面函送至牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）核准其該月巡迴次數後執行，並函送健保局各分局核備。</p> <p>(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</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
週至少五天三十小時。	週至少五天三十小時。	
<p>八、本計畫申請條件及申請程序：</p> <p>(一) 申請條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請執業醫師應為全聯會會員，<u>為健保特約院所執業達兩年</u>，且 3 年內不得有停止特約以上之處分。 2. 曾經因考核列入輔導後而終止合約者，五年內不得再申請加入。 <p>(二)自本計畫公告起，符合申請條件之牙醫師（以郵戳為憑）應檢送申請書、計畫書書面資料、檔案（格式及內容如附件五）、申請之醫療缺乏地區鄉鎮公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）審查。</p> <p>(三)牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）於公告後三十日內（以郵戳為憑）收齊申請案件進行審查，並於公告後四十五日內進行審查，審查後十日內函復審查結果。如</p>	<p>八、 本計畫申請條件及申請程序：</p> <p>〈一〉 申請條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.申請執業醫師應為全聯會會員，達到執業年資兩年，且 3 年內不得有停止特約以上之處分。 2.曾經因考核列入輔導後而終止合約者，五年內不得再申請加入。 <p>(二)自本計畫公告起，符合申請條件之牙醫師（以郵戳為憑）應檢送申請書、計畫書書面資料、檔案（格式及內容如附件五）、申請之醫療缺乏地區鄉鎮公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）審查。</p> <p>(三)牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）於公告後三十日內（以郵戳為憑）收齊申請案件進行審查，並於公告後四十五日內進行審查，審查後十日內函復審查結果。如</p>	<p>釐清條文文義。</p>

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>通過之地區數未達執行目標數時，可繼續接受申請並辦理此計畫之審查作業。</p> <p>(四)經審查通過並收到回覆函者，依醫師法相關規定辦理執業登記後，持牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）之同意函，於該同意函發文日三十日內與中央健康保險局簽訂特約醫事服務機構合約。</p>	<p>通過之地區數未達執行目標數時，可繼續接受申請並辦理此計畫之審查作業。</p> <p>(四)經審查通過並收到回覆函者，依醫師法相關規定辦理執業登記後，持牙醫門診總額專業自主事務受託單位（牙醫師全聯會）之同意函，於該同意函發文日三十日內與中央健康保險局簽訂特約醫事服務機構合約。</p>	
<p>九、醫療費用申報與支付：</p> <p>(一)執業地點門診服務及巡迴醫療服務醫療費用支付原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.特約醫事服務機構申報醫療服務支付項目及點數時按全民健康保險醫療費用支付標準辦理。 2.以該區每點支付金額及核定點數計算，但每點支付金額至少一元，每月依醫療資源缺乏地區分級設定保障額度計算，如申報點數超過保障額度者，以實際申報點數計算；本醫療費用已包含承作基本費用、定 	<p>九、醫療費用申報與支付：</p> <p>(一)執業地點門診服務及巡迴醫療服務醫療費用支付原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.特約醫事服務機構申報醫療服務支付項目及點數時按全民健康保險醫療費用支付標準辦理。 2.以該區每點支付金額及核定點數計算，但每點支付金額至少一元，每月依醫療資源缺乏地區分級設定保障額度計算，如申報點數超過保障額度者，以實際申報點數計算；本醫療費用已包含承作基本費用、定 	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>額變動費用及風險分擔醫療費用。</p> <p>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。</p> <p>4.分級設定保障額度如下</p> <p>(1)一級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為十五萬元。</p> <p>(2)二級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為十八萬元。</p> <p>(3)三級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為二十萬元。</p> <p>(4)四級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為二十四萬元。</p> <p>5.核定：醫療費用經審查後低於每月依「醫療資源缺乏地區」執行度認定標準，設定保障額度者，以保障額度計，高於保障額度者，暫以每點1元核付。</p> <p>6.結算：每位醫師每月至少依「醫療資源缺乏地區」執行度認定標準，設定保障額度支領醫療費用，申報點</p>	<p>額變動費用及風險分擔醫療費用。</p> <p>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。</p> <p>4.分級設定保障額度如下</p> <p>(1)一級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為十五萬元。</p> <p>(2)二級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為十八萬元。</p> <p>(3)三級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為二十萬元。</p> <p>(4)四級「醫療資源缺乏地區」保障額度：每月為二十四萬元。</p> <p>5.核定：醫療費用經審查後低於每月依「醫療資源缺乏地區」執行度認定標準，設定保障額度者，以保障額度計，高於保障額度者，暫以每點1元核付。</p> <p>6.結算：每位醫師每月至少依「醫療資源缺乏地區」執行度認定標準，設定保障額度支領醫療費用，申報點</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>數超過者，依該區每點支付金額至少每點 1 元計算。</p> <p>7.前開核定及結算餘依中央健康保險局九十一年十月十五日健保審字第○九一○○二三四八三號函檢送之申報作業說明第三項及第四項規定辦理。</p> <p>(二)牙醫巡迴醫療服務</p> <p>1.除寒暑假外，每月至少執行兩次巡迴醫療，此兩次巡迴醫療不包含口腔衛生推廣服務。</p> <p>2.執行本項服務，同一時段同一地點支付一位醫師費用。每次服務每小時二級 1200 點、三級 1500 點、四級 3400 點，二至三級每天以兩次、四級每天以三次，每次以三小時為限<u>且第三時段以三級地區(每小時 1500 點)支付</u>，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</p>	<p>數超過者，依該區每點支付金額至少每點 1 元計算。</p> <p>7.前開核定及結算餘依中央健康保險局九十一年十月十五日健保審字第○九一○○二三四八三號函檢送之申報作業說明第三項及第四項規定辦理。</p> <p>(二)牙醫巡迴醫療服務</p> <p>1.除寒暑假外，每月至少執行兩次巡迴醫療，此兩次巡迴醫療不包含口腔衛生推廣服務。</p> <p>2.執行本項服務，同一時段同一地點支付一位醫師費用。每次服務每小時二級 1200 點、三級 1500 點、四級 3400 點，二至三級每天以兩次、四級每天以三次，每次以三小時為限，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</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>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)。</p> <p>3. 依山地、離島地區醫療服務醫療報酬規定：每次（以半天為限）醫師支給 1000 點、護理人員支給 800 點，四級每月不以八次為限。每點支付金額以每點一元暫付。（護理人員需檢附執業登記證及身分證影本於事前送牙醫師公會全國聯合會備查，並於每年第 1 次申報費用時一併檢送分局）</p> <p>3. 牙醫巡迴醫療服務執行完成後，檢附下列資料連同門診費用申報於次月二十日前，寄所屬中央健康保險局轄區分局核定，<u>其服務報酬申請表(附件四之四)、(5) 巡迴醫療之日工作紀錄表(附件四之五)請另以電子檔為原則傳送備查</u>；另將第(4)服</p>	<p>算，診次間至少相隔半小時，不包含車程、用膳及休息時間)。</p> <p>3. 依山地、離島地區醫療服務醫療報酬規定：每次（以半天為限）醫師支給 1000 點、護理人員支給 800 點，四級每月不以八次為限。每點支付金額以每點一元暫付。（護理人員需檢附執業登記證及身分證影本於事前送牙醫師公會全國聯合會備查，並於每年第 1 次申報費用時一併檢送分局）</p> <p>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二十日前，寄所屬中央健康保險局轄區分局核定；另將第(4)服務報酬申請表、(5) 巡迴醫療之日工作紀錄表、(6) IC 卡例外就醫名冊。影本寄牙醫門診總額專業自主事務</p>	<p>刪除部分規定。</p>

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>務報酬申請表(附件四之四)、(5) 巡迴醫療之日工作紀錄表(附件四之五)、(6) IC 卡例外就醫名冊(附件六)。影本寄牙醫門診總額專業自主事務受託單位(牙醫師全聯會)備查。</p> <p>(1)執行表格-附件四之三。(請詳填寫表格資料，地段負責人員<須加註地段負責人員職稱>應為同一人，並需簽名，如有需要說明處，請於表格空白部分填寫)</p> <p>(2)公文(經牙醫門診總額受託單位審核同意之事前申請表及同意函)。</p> <p>(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。</p> <p>(4)服務報酬申請表-附件四之四。(本</p>	<p>受託單位(牙醫師全聯會)備查。</p> <p>(1)執行表格-附件四之三。(請詳填寫表格資料，地段負責人員<須加註地段負責人員職稱>應為同一人，並需簽名，如有需要說明處，請於表格空白部分填寫)</p> <p>(2)公文(經牙醫門診總額受託單位審核同意之事前申請表及同意函)。</p> <p>(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。</p> <p>(4)服務報酬申請表-附件四之四。(本</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局門診組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。</p> <p>(5) 巡迴醫療之日工作紀錄表。(日報表詳附件四之五)</p> <p>(6) IC 卡例外就醫名冊。(附件六)</p> <p>(7) 服務量管控:每月平均每一診次申報點數不超過兩萬點為原則(不含論次)。</p> <p>(三)申報與暫付</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(1)門診醫療:門診醫療服務點數清</p>	<p>申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局門診組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。</p> <p>(5) 巡迴醫療之日工作紀錄表。(日報表詳附件四之五)</p> <p>(6) IC 卡例外就醫名冊。(附件六)</p> <p>(7) 服務量管控:每月平均每一診次申報點數不超過兩萬點為原則。</p> <p>(三)申報與暫付</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(1)門診醫療:門診醫療服務點數清</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>單項次 07「特定治療項目代號」(一)請填 F2。</p> <p>(2)巡迴醫療：門診醫療服務點數清單單項次 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</p> <p>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），<u>相關流程明細如附件四之六，辦理原則如附件四之七。</u>如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（附件六）。並於每月併同費用申報寄書面或電子檔予所屬轄區分局。未依健保 IC</p>	<p>單項次 07「特定治療項目代號」(一)請填 F2。</p> <p>(2)巡迴醫療：門診醫療服務點數清單單項次 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</p> <p>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），如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（附件六）。並於每月併同費用申報寄書面或電子檔予所屬轄區分局。未依健保 IC 卡相關作業，經健保局審核，不符資格者，不予給付。</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>卡相關作業，經健保局審核，不符資格者，不予給付。</p> <p>註:若巡迴醫療地點能檢附學校證明文件，則不予核刪費用。</p> <p>4.本計畫之服務量不列入門診合理量計算。</p> <p>5.本計畫不列入「九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」計算。</p>	<p>註:若巡迴醫療地點能檢附學校證明文件，則不予核刪費用。</p> <p>4.本計畫之服務量不列入門診合理量計算。</p> <p>5.本計畫不列入「九十七年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」計算。</p>	
<p>十、相關規範：</p> <p>(一)執行本計畫之執業醫療機構至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染控制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日六十天內完成。</p> <p>(二)執行本計畫之執業醫療機構至少應聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。</p> <p>(三)醫療院所於牙醫門診總額專業自主事</p>	<p>十、相關規範：</p> <p>(一)執行本計畫之執業醫療機構至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染控制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日六十天內完成。</p> <p>(二)執行本計畫之執業醫療機構至少應聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。</p> <p>(三)醫療院所於牙醫門診總額專業自主事</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>務受託單位同意函發文日三十日內，需完成執業執照登記；若執業執照登記日起至月底未滿一個月者，則按診療日數比例予以給付費用。</p> <p>(四)本計畫特約院所負責醫師不得支援其他醫療院所，並不得申報非本醫療院所之健保醫療費用(具專科資格且經牙醫師公會全國聯合會核准者除外，詳註)；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於七日前向全聯會報備，其門診時間不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一。</p> <p>註：具衛生署所認定之專科醫師於該地區內，缺乏該專科人力時可向牙醫師公會全國聯合會提出申請，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</p> <p>(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</p>	<p>務受託單位同意函發文日三十日內，需完成執業執照登記；若執業執照登記日起至月底未滿一個月者，則按診療日數比例予以給付費用。</p> <p>(四)本計畫特約院所負責醫師不得支援其他醫療院所，並不得申報非本醫療院所之健保醫療費用(具專科資格且經牙醫師公會全國聯合會核准者除外，詳註)；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於七日前向全聯會報備，其門診時間不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一。</p> <p>註：具衛生署所認定之專科醫師於該地區內，缺乏該專科人力時可向牙醫師公會全國聯合會提出申請，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。</p> <p>(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</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>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師公會全國聯合會備查，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。</p> <p>(六)醫療院所應執行牙醫師全聯會交付之口腔衛生工作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣、口腔癌篩檢及家護訪視並配合當地公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫師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。</p> <p>(七)執行牙醫巡迴醫療服務應按醫師法及健保相關規定並不得再領取牙醫師全聯會及地方衛生單位所辦理之口腔保健費用。</p> <p>(八)執行牙醫巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分佈及地理交通</p>	<p>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師公會全國聯合會備查，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。</p> <p>(六)醫療院所應執行牙醫師全聯會交付之口腔衛生工作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣、口腔癌篩檢及家護訪視並配合當地公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫師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。</p> <p>(七)執行牙醫巡迴醫療服務應按醫師法及健保相關規定並不得再領取牙醫師全聯會及地方衛生單位所辦理之口腔保健費用。</p> <p>(八)執行牙醫巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分佈及地理交通</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>狀況，做適當適時之調配。全聯會得依實際醫療執行狀況(每月每次平均就診人次不得低於三人，計算方法不包含口腔推廣，僅計算一般治療。)，核准其巡迴醫療次數及核減費用，巡迴醫療每月平均就診人次不足三人時，則將當月總看診人次依照三人一個分段，不滿則核減一次費用；醫師及醫護人員費用不核扣。</p> <p>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。</p> <p>(九)中央健康保險局各分局及各分區總額執行委員會將不定期依醫療院所所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段服務，經電訪三次，未</p>	<p>狀況，做適當適時之調配。全聯會得依實際醫療執行狀況(每月每次平均就診人次不得低於三人，計算方法不包含口腔推廣，僅計算一般治療。)，核准其巡迴醫療次數及核減費用，巡迴醫療每月平均就診人次不足三人時，則將當月總看診人次依照三人一個分段，不滿則核減一次費用；醫師及醫護人員費用不核扣。</p> <p>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。</p> <p>(九)中央健康保險局各分局及各分區總額執行委員會將不定期依醫療院所所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段服務，經電訪三次，未</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>依所訂門診時段服務且無具體原因者，經所屬分局函文改善三次，而未改善者，則依違規處理第 2 點辦理。</p> <p>(十)違規處理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.如有違反本項計畫第七項本計畫執行內容及方式第一款第一目、第二目、第三目，或第十項相關規範第(五)、(六)款，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會依違規情節輕重，評估該醫療院所下年度執行資格。 2.如有違反本項計畫第七項本計畫執行內容及方式第一款第四目、第三款，或暨第十項相關規範第(一)、(八)、(九)款，通知改善而未改善者，由牙醫全聯會轉請中央健康保險局終止該醫療院所承辦本試辦計畫。 3.特約醫療院所無故休診兩星期者或請假休診兩個月者，由牙醫全聯會轉請中央健康保險局轄區分局終止該 	<p>依所訂門診時段服務且無具體原因者，經所屬分局函文改善三次，而未改善者，則依違規處理第 2 點辦理。</p> <p>(十)違規處理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.如有違反本項計畫第七項本計畫執行內容及方式第一款第一目、第二目、第三目，或第十項相關規範第(五)、(六)款，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會依違規情節輕重，評估該醫療院所下年度執行資格。 2.如有違反本項計畫第七項本計畫執行內容及方式第一款第四目、第三款，或暨第十項相關規範第(一)、(八)、(九)款，通知改善而未改善者，由牙醫全聯會轉請中央健康保險局終止該醫療院所承辦本試辦計畫。 3.特約醫療院所無故休診兩星期者或請假休診兩個月者，由牙醫全聯會轉請中央健康保險局轄區分局終止 	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>醫療院所承辦本試辦計畫。</p> <p>4.計畫執行時經牙醫全聯會查察有違約遭停止特約以上處分者，牙醫全聯會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後即停止執行本計畫。</p> <p>(十一)九十<u>八</u>年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案執業計劃考核辦法（詳附件七）。</p> <p>(十二)執業計劃管控原則 （年限計算，自 96 年<u>以前加入則以</u> 96 年方案公告開始計算<u>服務年限；96 年加入自院所簽約日開始累進計算服務年限</u>）</p> <p>1.每月總服務量(包含門診、巡迴醫療服務量)採分級管控，原則如下： (1)一級地區:滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 20%，第三年起總服務量須達保障額度 30%，第四年起總</p>	<p>該醫療院所承辦本試辦計畫。</p> <p>4.計畫執行時經牙醫全聯會查察有違約遭停止特約以上處分者，牙醫全聯會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後即停止執行本計畫。</p> <p>(十一)九十七年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案執業計劃考核辦法（詳附件七）。</p> <p>(十二)執業計劃管控原則 （年限計算，自 96 年方案公告開始計算）</p> <p>1.每月總服務量(包含門診、巡迴醫療服務量)採分級管控，原則如下： (1)一級地區:滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 20%，第三年起總服務量須達保障額度 30%，第四年起總服務</p>	<p></p> <p><u>釐清年限計算之文意</u></p>

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>服務量須達保障額度 40%，第二年起未達者以 20%核付保障額度。</p> <p>(2)二級地區:滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 15%，第三年起總服務量須達保障額度 20%，第二年起未達者以 20%核付保障額度。</p> <p>(3)三級地區:滿二年者，第三年起總服務量須達保障額度 15%，第四年起總服務量須達保障額度 20%，第三年起未達者以 20%核付保障額度。</p> <p>(4)四級地區:滿三年者，第四年起總服務量須達保障額度 10%，第四年起未達者以 10%核付保障額度。</p> <p>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：</p>	<p>量須達保障額度 40%，第二年起未達者以 20%核付保障額度。</p> <p>(2)二級地區:滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 15%，第三年起總服務量須達保障額度 20%，第二年起未達者以 20%核付保障額度。</p> <p>(3)三級地區:滿二年者，第三年起總服務量須達保障額度 15%，第四年起總服務量須達保障額度 20%，第三年起未達者以 20%核付保障額度。</p> <p>(4)四級地區:滿三年者，第四年起總服務量須達保障額度 10%，第四年起未達者以 10%核付保障額度。</p> <p>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：</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>(1) OD 案件申報點數占率 OD 案件申報點數/處置申報點數</p> <p>(2) 牙周案件申報點數占率 牙周案件申報點數/處置申報點數</p> <p>※(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%</p> <p>(3) Endo 案件申報點數占率—需達到 2% Endo 案件申報點數/處置申報點數</p> <p>3. 每季執行資料分析未達上述任一絕對指標之院所，經全聯會認定者，停止參與本計畫。</p> <p>(十三) 以上規範如有未盡事宜，經中華民國牙醫師公會全國聯合會修正補充後轉請中央健康保險局公告執行。</p>	<p>(1) OD 案件申報點數占率 OD 案件申報點數/處置申報點數</p> <p>(2) 牙周案件申報點數占率 牙周案件申報點數/處置申報點數</p> <p>※(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%</p> <p>(3) Endo 案件申報點數占率—需達到 2% Endo 案件申報點數/處置申報點數</p> <p>3. 每季執行資料分析未達上述任一絕對指標之院所，經全聯會認定者，停止參與本計畫。</p> <p>(十三) 以上規範如有未盡事宜，經中華民國牙醫師公會全國聯合會修正補充後轉請中央健康保險局公告執行。</p>	
<p>十一、「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」評選審查作業要點（詳附件八）。</p>	<p>十一、「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」評選審查作業要點（詳附件八）。</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>十二、執行報告</p> <p>執行本試辦計畫者應<u>每季以電子檔為原則提供執行情形之統計報表(詳附件四之四、四之五、附件六)外</u>，於計畫執行結束或年度結束十日內檢送執行報告至牙醫門診總額專業自主事務受託單位，執行報告之格式及內容詳附件九，(執行報告第三點自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據；另由牙醫門診總額專業自主事務受託單位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。</p>	<p>十二、執行報告</p> <p>執行本試辦計畫者應於計畫執行結束或年度結束十日內檢送執行報告至牙醫門診總額專業自主事務受託單位，執行報告之格式及內容詳附件九，(執行報告第三點自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據；另由牙醫門診總額專業自主事務受託單位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。</p>	<p>俾利全聯會彙整資料，評估執行成效，格式詳附件。</p>
<p>十三、本「九十<u>八</u>年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，扣除本計畫執行單位門診服務之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試</p>	<p>十三、本「九十七年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，扣除本計畫執行單位門診服務之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>辦計畫」之「核實申報」後，本計畫之「論次給付」、同方案第二項「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫」之「核實申報加成給付」及「論次給付」、皆採浮動點值計算暫結，且每點金額不高於一元。年底時進行結算，以全年預算扣除上述之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」後，其餘給付項目皆採浮動點值計算，且每點金額不高於一元。</p>	<p>辦計畫」之「核實申報」後，本計畫之「論次給付」、同方案第二項「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫」之「核實申報加成給付」及「論次給付」、皆採浮動點值計算暫結，且每點金額不高於一元。年底時進行結算，以全年預算扣除上述之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」後，其餘給付項目皆採浮動點值計算，且每點金額不高於一元。</p>	
<p>十四、本計畫由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。惟九十七年度原有計畫延續至九十八年度執行，且符合九十七年公告之「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案執業計劃」施行地區者，其實施日期追溯至九十八年一月一日起，至九十八年度本計畫公告實施日之次月止。</p>	<p>十四、本計畫由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。惟九十六年度原有計畫延續至九十七年度執行，且符合九十七年公告之「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案執業計劃」施行地區者，其實施日期追溯至九十七年一月一日起，至九十七年度本計畫公告實施日之次月止。</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
第二項 牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務 醫療給付試辦計畫	第二項 牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務 醫療給付試辦計畫	
一、依據 全民健康保險醫療費用協定委員會○○ 年○月○日費協字第○○○○○○號公 告。	一、依據 全民健康保險醫療費用協定委員會 96 年 9 月 29 日費協字第 0965901113 號公告。	
二、目的 本試辦計畫之實施，在於鼓勵牙醫師至醫 療資源缺乏地區及山地離島巡迴醫療服 務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有 效、積極、安全的醫療體系，促使全體保 險對象獲得適當之牙醫醫療服務。	二、目的 本試辦計畫之實施，在於鼓勵牙醫師至醫 療資源缺乏地區及山地離島巡迴醫療服 務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有 效、積極、安全的醫療體系，促使全體保 險對象獲得適當之牙醫醫療服務。	
三、實施期間 九十 <u>八</u> 年一月一日至九十 <u>八</u> 年十二月三 十一日止。	三、實施期間 九十七年一月一日至九十七年十二月三 十一日止。	
四、預算來源 本計畫預算依全民健康保險醫療費用協 定委員會委員會議之決議辦理。	四、預算來源 本計畫預算依全民健康保險醫療費用協 定委員會委員會議之決議辦理。	
五、執行地區 本計畫施行範圍詳如附件十。	五、執行地區 本計畫施行範圍詳如附件十。	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>六、計畫施行目標及執行方式</p> <p>(一) 執行目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本年度至少以 18 個醫療團為執行目標。 2.本計畫服務總天數以達成 4,500 天、總服務人次以達成 76,000 人次為執行目標。 <p>(二)前項措施之執行，以醫療資源缺乏地區之國小及國中學童、教職員及當地民眾為服務對象，進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並完成口腔檢查及醫療需求調查(附件十四之一)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。</p>	<p>六、計畫施行目標及執行方式</p> <p>(二) 執行目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本年度至少以 18 個醫療團為執行目標。 2.本計畫服務總天數以達成 4,500 天、總服務人次以達成 76,000 人次為執行目標。 <p>(二)前項措施之執行，以醫療資源缺乏地區之國小及國中學童、教職員及當地民眾為服務對象，進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並完成口腔檢查及醫療需求調查(附件十四之一)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。</p>	
<p>七、申請資格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 牙醫師公會、該分區分會、教學醫院、其他相關團體所組成之團隊。 2. 參與醫療團成員應為全聯會會員，達到執業年資兩年，且 3 年內不得有停止特約以上之處分。 	<p>七、申請資格</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 牙醫師公會、該分區分會、教學醫院、其他相關團體所組成之團隊。 2. 參與醫療團成員應為全聯會會員，達到執業年資兩年，且 3 年內不得有停止特約以上之處分。 	
<p>八、申請程序</p>	<p>八、申請程序</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>申請施行之特約醫療院所應檢送申請書、計畫書書面資料及檔案（格式及內容如附件十一），以掛號郵寄至全聯會審查。</p>	<p>申請施行之特約醫療院所應檢送申請書、計畫書書面資料及檔案（格式及內容如附件十一），以掛號郵寄至全聯會審查。</p>	
<p>九、醫療費用申報及支付：</p> <p>(一)支付原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本計劃列有得「核實申報」及「論次論量計酬」申報。 2.「核實申報」計酬方式：每件加計二成點數支付，每點支付金額以每點一元暫付，餘依中央健康保險局現行規定辦理。 3.「論次加論量」計酬方式：依全民健康保險醫療費用支付標準相關規定核實申報醫療費用外，並得依下述論次給付。 <p>(1)資格：符合下列條件者，並經牙醫師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)：</p> <ol style="list-style-type: none"> ①該醫療團及所屬成員成立一年 	<p>九、醫療費用申報及支付：</p> <p>(一)支付原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本計劃列有得「核實申報」及「論次論量計酬」申報。 2.「核實申報」計酬方式：每件加計二成點數支付，每點支付金額以每點一元暫付，餘依中央健康保險局現行規定辦理。 3.「論次加論量」計酬方式：依全民健康保險醫療費用支付標準相關規定核實申報醫療費用外，並得依下述論次給付。 <p>(1)資格：符合下列條件者，並經牙醫師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)：</p> <ol style="list-style-type: none"> ①該醫療團及所屬成員成立一年 	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>且無違規者。</p> <p>②該醫療團申請前於該單位之口腔健康狀況及醫療需求調查表（詳附件十四）完成齲齒填補率達 80% 以上者。</p> <p>③提出申請時，需附相關口腔公共衛生計劃，並於該單位每兩個月至少執行一次口腔衛生服務。</p> <p>(2)依據施行地區分類之級數，執行本項服務，每次服務每小時、二級 1200 點、三級 1500 點、四級 3400 點，二、三級每天以兩次、四級每天以三次，每次以三小時為限<u>且第三時段以三級地區(每小時 1500 點)支付</u>，並包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。每點支付金額以每點一元暫付。(其服務時間為實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間)</p> <p>(3)山地、離島地區及距鄉公所車程 1</p>	<p>且無違規者。</p> <p>②該醫療團申請前於該單位之口腔健康狀況及醫療需求調查表（詳附件十四）完成齲齒填補率達 80% 以上者。</p> <p>③提出申請時，需附相關口腔公共衛生計劃，並於該單位每兩個月至少執行一次口腔衛生服務。</p> <p>(2)依據施行地區分類之級數，執行本項服務，每次服務每小時、二級 1200 點、三級 1500 點、四級 3400 點，二、三級每天以兩次、四級每天以三次，每次以三小時為限，並包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。每點支付金額以每點一元暫付。(其服務時間為實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間)</p> <p>(3)山地、離島地區及距鄉公所車程 1</p>	<p>刪除部分文義。</p>

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>小時以上地區，依山地、離島地區醫療服務醫療報酬規定：每次（以半天為限）醫師支給 1000 點、護理人員支給 800 點，四級每月不以八次為限。每點支付金額以每點一元暫付。（護理人員需檢附證照及身分證影本於事前送牙醫師公會全國聯合會備查，並於每年第 1 次申報費用時一併檢送分局）</p> <p>(4) 口腔衛生推廣及巡迴醫療服務執行完成後，檢附下列資料連同門診費用申報於次月二十日前，寄所屬中央健康保險局轄區分局核定；<u>其中巡迴服務報酬申請表（附件十二之二）請另以電子檔為原則傳送備查</u>；另將第③服務報酬申請表影本（以醫療團為單位）寄牙醫門診總額專業自主事務受託單位備查。</p> <p>① 執行表格-附件十二之一。（請詳填寫表格資料，地段負責人員〈</p>	<p>小時以上地區，依山地、離島地區醫療服務醫療報酬規定：每次（以半天為限）醫師支給 1000 點、護理人員支給 800 點，四級每月不以八次為限。每點支付金額以每點一元暫付。（護理人員需檢附證照及身分證影本於事前送牙醫師公會全國聯合會備查，並於每年第 1 次申報費用時一併檢送分局）</p> <p>(4) 口腔衛生推廣及巡迴醫療服務執行完成後，檢附下列資料連同門診費用申報於次月二十日前，寄所屬中央健康保險局轄區分局核定；另將第③服務報酬申請表影本（以醫療團為單位）寄牙醫門診總額專業自主事務受託單位備查。</p> <p>① 執行表格-附件十二之一。（請詳填寫表格資料，地段負責人員〈</p>	<p>以電子檔傳送方便資料彙整作業。</p>

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>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)</p> <p>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。</p> <p>③巡迴服務報酬申請表-附件十二之二。(本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。</p> <p>④巡迴醫療之日工作紀錄表－附件十二之四。</p> <p>⑤IC 卡例外就醫名冊。</p>	<p>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)</p> <p>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。</p> <p>③巡迴服務報酬申請表-附件十二之二。(本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。</p> <p>④巡迴醫療之日工作紀錄表－附件十二之四。</p> <p>⑤IC 卡例外就醫名冊。</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>(5)以學校及所屬之村、部落為單位。</p> <p>(二)申報、暫付:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依全民健康保險醫療費用支付標準及全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法等相關規定辦理醫療費用申報、暫付。 2.醫療費用申報格式填寫：門診醫療服務點數清單項次 05「案件分類」及門診醫療服務醫令清單項次 05「案件分類」請填 14。門診醫療服務點數清單項次 07「特定治療項目代號」(一)請填 F3，餘按門診醫療服務申報格式填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該診次論次費用。 3.本項巡迴醫療須配合健保 IC 卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證（簡稱健保 IC 卡），如有首次加保及遺失補發或換發等未及 	<p>(5)以學校及所屬之村、部落為單位。</p> <p>(二)申報、暫付:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依全民健康保險醫療費用支付標準及全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法等相關規定辦理醫療費用申報、暫付。 2.醫療費用申報格式填寫：門診醫療服務點數清單項次 05「案件分類」及門診醫療服務醫令清單項次 05「案件分類」請填 14。門診醫療服務點數清單項次 07「特定治療項目代號」(一)請填 F3，餘按門診醫療服務申報格式填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該診次論次費用。 3.本項巡迴醫療須配合健保 IC 卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證（簡稱健保 IC 卡），如有首次加保及遺失補發或換發等未及 	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（附件六）。並於每月併同費用申報寄所屬轄區分局。未依健保 IC 卡相關作業，經健保局審核，不符資格者，不予給付。</p> <p>註：若巡迴醫療地點能檢附學校證明文件，則不予核刪費用。</p> <p>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。</p> <p>5. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。</p> <p>6. 本計畫不列入「九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」計算。</p>	<p>領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（附件六）。並於每月併同費用申報寄所屬轄區分局。未依健保 IC 卡相關作業，經健保局審核，不符資格者，不予給付。</p> <p>註：若巡迴醫療地點能檢附學校證明文件，則不予核刪費用。</p> <p>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。</p> <p>5. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。</p> <p>6. 本計畫不列入「九十七年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」計算。</p>	
<p>十、相關規範</p> <p>(一)巡迴醫療團隊應依申請計畫書所列之巡迴地點及醫師名單作巡迴服務，如有變更或增減則以書面函於前月二十五日之前向牙醫門診總額專業自主事務受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合</p>	<p>十、相關規範</p> <p>(一)巡迴醫療團隊應依申請計畫書所列之巡迴地點及醫師名單作巡迴服務，如有變更或增減則以書面函於前月二十五日之前向牙醫門診總額專業自主事務受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>會) 報備。</p> <p>(二)每月的診療時段、地點服務醫師應由醫療團隊以書面函於前月月底之前送至當地衛生局、本局各分局、牙醫師全聯會、巡迴點(學校或衛生所)及服務醫師。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務,則不予支付費用。<u>連續三個月未繳交者,由牙醫全聯會轉請中央健康保險局轄區分局終止該醫療團承辦本試辦計畫。</u></p> <p>(三)醫療團需於每月二十五日前統計該醫療團前月總申報點數(表格詳附件十二之三),並以書面函牙醫門診總額專業自主事務受託單位(中華民國牙醫師公會全國聯合會)。<u>連續三個月未繳交者,由牙醫全聯會轉請中央健康保險局轄區分局終止該醫療團承辦本試辦計畫。</u></p> <p>(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。</p>	<p>會) 報備。</p> <p>(二)每月的診療時段、地點服務醫師應由醫療團隊以書面函於前月月底之前送至當地衛生局、本局各分局、牙醫師全聯會、巡迴點(學校或衛生所)及服務醫師。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務,則不予支付費用。</p> <p>(三) 醫療團需於每月二十五日前統計該醫療團前月總申報點數(表格詳附件十二之三),並以書面函牙醫門診總額專業自主事務受託單位(中華民國牙醫師公會全國聯合會)。</p> <p>(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。</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>(五)本試辦計畫協定期間，巡迴醫療團隊應對所屬的服務醫師做品質審查及工作考核，負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及以上之規範，牙醫師全聯會得以評估該醫療團隊下年度是否參與本試辦計畫之重要依據。</p> <p>(六)巡迴醫療服務的管控原則：</p> <p>1.服務量的管控</p> <p>(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門診總額專業自主事務受託單位核定，且全年總申報點數不得超過核定額度。</p> <p>(2)每月平均每 1 診次申報點數以不超過 2 萬點為限(不含論次)。</p> <p>(3)每位醫師每月巡迴醫療服務診次以不超過 12 次為原則。</p> <p>(4)每位醫師每月申報本項服務總點</p>	<p>(五)本試辦計畫協定期間，巡迴醫療團隊應對所屬的服務醫師做品質審查及工作考核，負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及以上之規範，牙醫師全聯會得以評估該醫療團隊下年度是否參與本試辦計畫之重要依據。</p> <p>(六)巡迴醫療服務的管控原則：</p> <p>1.服務量的管控</p> <p>(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門診總額專業自主事務受託單位核定，且全年總申報點數不得超過核定額度。</p> <p>(2)每月平均每 1 診次申報點數以不超過 2 萬點為限。</p> <p>(3)每位醫師每月巡迴醫療服務診次以不超過 12 次為原則。</p> <p>(4)每位醫師每月申報本項服務總點</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>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。</p> <p>(5)四級地區不在此限。</p> <p>2.訪視結果及處理方式</p> <p>(1)訪視時如發現院所疑有不實申報情形，則提報中央健康保險局處理。</p> <p>(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。</p> <p>(3)訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 80%，則停止該醫師參與本計畫並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。</p> <p>(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，由牙醫師全聯會將轉請中央健康保險局終止該醫療團隊或所屬服務醫師承</p>	<p>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。</p> <p>(5)四級地區不在此限。</p> <p>2.訪視結果及處理方式</p> <p>(1)訪視時如發現院所疑有不實申報情形，則提報中央健康保險局處理。</p> <p>(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。</p> <p>(3)訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 80%，則停止該醫師參與本計畫並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。</p> <p>(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，由牙醫師全聯會將轉請中央健康保險</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>辦本試計畫。</p> <p>(八)以上規範如有未盡事宜，經牙醫師全聯會修正補充後轉請中央健康保險局公告執行。</p>	<p>局終止該醫療團隊或所屬服務醫師承辦本試計畫。</p> <p>(八)以上規範如有未盡事宜，經牙醫師全聯會修正補充後轉請中央健康保險局公告執行。</p>	
<p>十一、受理審查</p> <p>牙醫門診總額專業自主事務受託單位於公告後三十日內（以郵戳為憑）收齊申請案件，並於公告後四十五日內進行審查，審查後十日內以函回覆審查結果，經審查通過並收到回覆函者，依醫師法相關規定辦理後，即可執行巡迴醫療服務。</p>	<p>十一、受理審查</p> <p>牙醫門診總額專業自主事務受託單位於公告後三十日內（以郵戳為憑）收齊申請案件，並於公告後四十五日內進行審查，審查後十日內以函回覆審查結果，經審查通過並收到回覆函者，依醫師法相關規定辦理後，即可執行巡迴醫療服務。</p>	
<p>十二、「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」評選審查作業要點（如附件八）</p>	<p>十二、「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」評選審查作業要點（如附件八）</p>	
<p>十三、執行報告</p> <p>執行本試辦計畫者應於計畫執行結束或年度結束十日內檢送執行報告及學童口腔健康狀況調查統計表(附件十四之二)至牙醫門診總額專業自主事務受託單位，<u>受託單位以電子檔為</u></p>	<p>十三、執行報告</p> <p>執行本試辦計畫者應於計畫執行結束或年度結束十日內檢送執行報告及學童口腔健康狀況調查統計表(附件十四之二)至牙醫門診總額專業自主事務受託單位，如逾期三十日未繳交</p>	<p>便利彙整執行資料。</p>

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p><u>原則提供本局彙整執行情形(附件十二之二)之統計報表。</u>如逾期三十日未繳交則停止參與本計畫。執行報告之格式及內容詳附件十三，(執行報告第十一點自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據；另由牙醫門診總額專業自主事務受託單位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。</p>	<p>則停止參與本計畫。執行報告之格式及內容詳附件十三，(執行報告第十一點自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據；另由牙醫門診總額專業自主事務受託單位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。</p>	
<p>十四、本「九十七年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，扣除本方案第一項「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫」執行單位門診服務之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」後，第一項計畫之「論次給付」、本計畫之「核實申報加成給付」及「論次給付」皆採浮動點</p>	<p>十四、本「九十七年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，扣除本方案第一項「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫」執行單位門診服務之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」後，第一項計畫之「論次給付」、本計畫之「核實申報加成給付」及「論次給付」皆採浮動點</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>值計算暫結，且每點金額不高於一元。年底時進行結算，以全年預算扣除上述之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」後，其餘給付項目皆採浮動點值計算，且每點金額不高於一元。</p>	<p>值計算暫結，且每點金額不高於一元。年底時進行結算，以全年預算扣除上述之「定額給付」、同方案第三項「牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫」之「核實申報」後，其餘給付項目皆採浮動點值計算，且每點金額不高於一元。</p>	
<p>十五、本計畫由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。惟九十七年度原有計畫延續至九十八年度執行，且符合九十八年公告之「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫」施行地區者，其實施日期追溯至九十八年一月一日起，至九十八年度本計畫公告實施日之次月止。</p>	<p>十五、本計畫由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。惟九十六年度原有計畫延續至九十七年度執行，且符合九十七年公告之「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫」施行地區者，其實施日期追溯至九十七年一月一日起，至九十七年度本計畫公告實施日之次月止。</p>	
<p>第三項 牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫</p>	<p>第三項 牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫</p>	
<p>一、依據 全民健康保險醫療費用協定委員會 97 年○月○○日費協字第○○○○○○○○號函。</p>	<p>一、依據 全民健康保險醫療費用協定委員會 96 年 9 月 29 日費協字第 0965901113 號函。</p>	
<p>二、目的</p>	<p>二、目的</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>本試辦計畫之實施在於鼓勵牙醫師至連江縣馬祖地區成立牙周病照護網服務，期望該地區的 CPI(Community Periodontal Index)指數得到顯著改善，並提供一個有效、積極、安全的醫療體系，俾使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。</p>	<p>本試辦計畫之實施在於鼓勵牙醫師至連江縣馬祖地區成立牙周病照護網服務，期望該地區的 CPI(Community Periodontal Index)指數得到顯著改善，並提供一個有效、積極、安全的醫療體系，俾使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。</p>	
<p>三、實施期間 九十<u>八</u>年一月一日至九十<u>八</u>年十二月三十一日止。</p>	<p>三、實施期間 九十七年一月一日至九十七年十二月三十一日止。</p>	
<p>四、預算來源 本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。</p>	<p>四、預算來源 本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。</p>	
<p>五、執行地區 連江縣馬祖地區</p>	<p>五、執行地區 連江縣馬祖地區</p>	
<p>六、計畫施行方式 以馬祖地區民眾為服務對象，提供當地牙周病患者有效的牙周病基礎治療，以進退場機制為配套，提昇醫療品質，減少醫療資源浪費。</p>	<p>六、計畫施行方式 以馬祖地區民眾為服務對象，提供當地牙周病患者有效的牙周病基礎治療，以進退場機制為配套，提昇醫療品質，減少醫療資源浪費。</p>	
<p>七、申請程序 申請照護網之牙醫院所(或醫療團)應檢送計畫書書面資料及檔案(格式及內容如附件十</p>	<p>七、申請程序 申請照護網之牙醫院所(或醫療團)應檢送計畫書書面資料及檔案(格式及內容如附件十</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
五)，以掛號郵寄至全聯會審查。	五)，以掛號郵寄至全聯會審查。	
<p>八、醫療費用申報及支付：</p> <p>(一)支付原則:下列支付標準表，採「核實申報」 計酬方式，每點支付金額以每點一元支 付，餘依現行規定辦理。<u>「論次加論量」</u> <u>計酬方式：依全民健康保險醫療費用支付</u> <u>標準相關規定核實申報醫療費用外，論次</u> <u>以三級地區支付，每次服務每小時 1500</u> <u>點，每天以三次，每次以三小時為限，並</u> <u>包括車馬費、材料費及各種風險分攤醫療</u> <u>費用。每點支付金額以每點一元暫付(其</u> <u>服務時間為實際醫療時間計算，不包含車</u> <u>程、用膳及休息時間)。</u></p>	<p>八、醫療費用申報及支付：</p> <p>(一)支付原則:下列支付標準表，採「核實申報」 計酬方式，每點支付金額以每點一元支 付，餘依現行規定辦理。</p>	<p>更動支付原則條文。</p>
<p>(二)申報、暫付:</p> <p>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。</p> <p>2.醫療費用申報格式填寫：門診醫療服</p>	<p>(二)申報、暫付:</p> <p>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。</p> <p>2.醫療費用申報格式填寫：門診醫療服</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>務點數清單項次 05「案件分類」及門診醫療服務醫令清單項次 05「案件分類」請填 14。門診醫療服務點數清單項次 07「特定治療項目代號」(一)請填 FA，餘按門診醫療服務申報格式填寫。</p> <p>3. 本項服務須配合健保 IC 卡相關作業，免收掛號費，山地離島地區免部分負擔。依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證（簡稱健保 IC 卡），如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（附件六）。並於每月併同費用申報寄書面或電子檔予所屬轄區分局。未依健保 IC 卡相關作業，經健保局審核，不符資格者，不予給付。</p> <p>註：若巡迴醫療地點能檢附學校證明</p>	<p>務點數清單項次 05「案件分類」及門診醫療服務醫令清單項次 05「案件分類」請填 14。門診醫療服務點數清單項次 07「特定治療項目代號」(一)請填 FA，餘按門診醫療服務申報格式填寫。</p> <p>3. 本項服務須配合健保 IC 卡相關作業，免收掛號費，山地離島地區免部分負擔。依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證（簡稱健保 IC 卡），如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（附件六）。並於每月併同費用申報寄書面或電子檔予所屬轄區分局。未依健保 IC 卡相關作業，經健保局審核，不符資格者，不予給付。</p> <p>註：若巡迴醫療地點能檢附學校證明</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>文件，則不予核刪費用。</p> <p>4.本計畫服務量不列入門診合理量計算。</p> <p>5.本計畫不列入「九十八<u>△</u>年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」計算。</p>	<p>文件，則不予核刪費用。</p> <p>4.本計畫服務量不列入門診合理量計算。</p> <p>5.本計畫不列入「九十七年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」計算。</p>	
<p>九、相關規範</p> <p>(一) 執行本項計劃需依臨床治療指引內容施行：</p>	<p>九、相關規範</p> <p>(一) 執行本項計劃需依臨床治療指引內容施行：</p>	
<p>(二)進場機制：</p> <p>1. 照護網：馬祖地區牙醫院所（含支援及辦理巡迴醫療團隊）備有牙周病照護所需之醫療人力、設備及器材，可以依照臨床治療指引實施治療程序(process)者，即可向牙醫全聯會總額執行委員會申請成立照護網或者申請加入已成立之照護網(需原照護網之同意書)。</p> <p>2. 個案：完成治療且接受一次定期保養檢</p>	<p>(二)進場機制：</p> <p>1. 照護網：馬祖地區牙醫院所（含支援及辦理巡迴醫療團隊）備有牙周病照護所需之醫療人力、設備及器材，可以依照臨床治療指引實施治療程序(process)者，即可向牙醫全聯會總額執行委員會申請成立照護網或者申請加入已成立之照護網(需原照護網之同意書)。</p> <p>2. 個案：完成治療且接受一次定期保養檢</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>查及牙菌斑控制(Plaque Index $\leq 20\%$)且願意配合牙醫師公會全國聯合會審查監測者，始能由照護網向牙醫全聯會總額執行委員會申請加入照護名單。</p> <p>3. 照護網網內所有院所醫師對被照護個案應提供牙周病支持性治療(同照護網網內所有院所及醫師對同一個案九十天內只能申報一次。</p> <p>4. 本計畫執行時得以牙周探測深度 (probing depth by millimeters) 及照片代替 X-光片。</p>	<p>查及牙菌斑控制(Plaque Index $\leq 20\%$)且願意配合牙醫師公會全國聯合會審查監測者，始能由照護網向牙醫全聯會總額執行委員會申請加入照護名單。</p> <p>3. 照護網網內所有院所醫師對被照護個案應提供牙周病支持性治療(同照護網網內所有院所及醫師對同一個案九十天內只能申報一次。</p> <p>4. 本計畫執行時得以牙周探測深度 (probing depth by millimeters) 及照片代替 X-光片。</p>	
<p>(三)照護網之退場機制：</p> <p>1. 依照照護個案維持率(低於 70%，以成立個案數為分母，退場個案數為分子)。</p> <p>2. 違反牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網審查監測辦法。</p>	<p>(三)照護網之退場機制：</p> <p>1. 依照照護個案維持率(低於 70%，以成立個案數為分母，退場個案數為分子)。</p> <p>2. 違反牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網審查監測辦法。</p>	
<p>(四)個案之退場機制：</p>	<p>(四)個案之退場機制：</p>	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案一年內未回原照護網接受定期保養，或 O'Leary plaque index 超過 20%(得複檢一次)，不論在那一階段，均須退場。 2. 個案退場後三年內，不能再加入照護網，改由一般健保治療。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案一年內未回原照護網接受定期保養，或 O'Leary plaque index 超過 20%(得複檢一次)，不論在那一階段，均須退場。 2. 個案退場後三年內，不能再加入照護網，改由一般健保治療。 	
<p>(五)個案轉網：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 仍留在某一照護網之個案，可主動向全聯會申請轉網。轉至新網後，其原有之治療與記錄依然有效。 2. 轉網須新網同意；舊網須交給個案治療記錄。 3. 如未經轉網，視同退場。須重新進場或由一般健保治療。 4. 牙周照護網可將其病患轉網，但須病患及新網同意。 5. 牙周照護網須退場時，須告知個案，或幫忙轉網。 	<p>(五)個案轉網：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 仍留在某一照護網之個案，可主動向全聯會申請轉網。轉至新網後，其原有之治療與記錄依然有效。 2. 轉網須新網同意；舊網須交給個案治療記錄。 3. 如未經轉網，視同退場。須重新進場或由一般健保治療。 4. 牙周照護網可將其病患轉網，但須病患及新網同意。 5. 牙周照護網須退場時，須告知個案，或幫忙轉網。 	

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>(六)審查監測 (Audit)：</p> <p>1. 每月由照護網提出新入網名單，以隨機方式抽樣選出 10%個案受檢,但受檢個案數不得低於 5 名或為當月就診人次，照護網需檢附相關證明文件(得以牙周探測深度及照片代替 X-光片)。全聯會牙總執委會應成立牙周病審查監測小組擬定牙周病審查監測辦法並執行監測工作。</p>	<p>(六)審查監測 (Audit)：</p> <p>1.每月由照護網提出新入網名單，以隨機方式抽樣選出 10%個案受檢,但受檢個案數不得低於 5 名或為當月就診人次，照護網需檢附相關證明文件(得以牙周探測深度及照片代替 X-光片)。全聯會牙總執委會應成立牙周病審查監測小組擬定牙周病審查監測辦法並執行監測工作。</p>	
<p>十、執行報告</p> <p>執行本試辦計畫者應<u>每季以電子檔為原則提供彙整執行情形(附件十二之二、四之五)之統計報表給各轄區分局</u>，另於計畫執行結束或年度結束十日內檢送期末報告至牙醫門診總額專業自主事務受託單位(報告格式詳附件十六，報告中自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，如逾期三十日未繳交則停止參與本計畫。</p>	<p>十、執行報告</p> <p>執行本試辦計畫者應於計畫執行結束或年度結束十日內檢送期末報告至牙醫門診總額專業自主事務受託單位(報告格式詳附件十六，報告中自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，如逾期三十日未繳交則停止參與本計畫。</p>	<p>便利資料彙整。</p>

98 年牙醫缺改善方案草案內容	97 年牙醫缺改善方案	說明
<p>十一、本制度若因故未能委託辦理，則原應由受託單位執行之項目，改由中央健康保險局自行辦理。</p>	<p>十一、本制度若因故未能委託辦理，則原應由受託單位執行之項目，改由中央健康保險局自行辦理。</p>	

[附件一]

九十八年度牙醫門診總額資源缺乏改善方案施行地區一覽表 (執業計畫)

分局別	縣市別	鄉鎮別	分局別	縣市別	鄉鎮別
台北分局	宜蘭縣	大同鄉	高屏分局	屏東縣	三地門鄉
	金門縣	烏坵鄉			瑪家鄉
		烈嶼鄉			來義鄉
	連江縣	南竿鄉			春日鄉
		北竿鄉			獅子鄉
		莒光鄉			牡丹鄉
		東引鄉			竹田鄉
					崁頂鄉
					泰武鄉
					枋山鄉
北區分局	新竹縣	五峰鄉	高雄縣	內門鄉	
	苗栗縣	泰安鄉		茂林鄉	
		獅潭鄉		桃源鄉	
				三民鄉	
		甲仙鄉			
南區分局	嘉義縣	東石鄉	東區分局	花蓮縣	豐濱鄉
		大埔鄉			萬榮鄉
		阿里山鄉		台東縣	太麻里鄉
	臺南縣	龍崎鄉			達仁鄉
		左鎮鄉			延平鄉
					長濱鄉
					海端鄉
					卑南鄉

*另延續 91~96 年計畫至 97 年繼續施行鄉鎮如下:

台北：台北縣(石門、平溪、貢寮、烏來鄉)、宜蘭縣(南澳、員山鄉)

北區：新竹縣(橫山、北埔、峨眉、尖石鄉)、苗栗縣(三灣、頭屋、西湖、南庄鄉)

中區：彰化縣(芳苑鄉)、南投縣(仁愛、中寮、信義鄉)、台中縣(和平鄉、和平鄉梨山地區)

南區：嘉義縣(番路鄉、六腳鄉)、台南縣(北門、將軍、南化、七股鄉)

高屏：高雄縣(田寮、杉林鄉)、屏東縣(霧台、新埤、滿洲鄉)、澎湖縣(望安、七美鄉)

東區：花蓮縣(卓溪、瑞穗、壽豐鄉)、台東縣(綠島、東河、大武鄉)

[附件二]

九十八年度「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫」
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

門診時段異動表辦法：

1. 依「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫」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二十五日之前送至牙醫師全聯會及所屬中央健康險局分局門診組核備。

[附件三]

九十八年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫

執業醫師休診單

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

九十七年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫

休診及補班規範

- 1.依「九十七年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫」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全聯會及轄區內健保分局核備並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向全聯會及轄區內健保分局以電話或傳真報備，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。
- 4.跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底後三日，得於下個月前三日補班完成。

[附件四之一]

「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」應於前月二十五日前以書面送至牙醫師全聯會核准並函送健保局各分局核備。
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。

[附件四之二]

「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師全聯會及轄區內健保分局核准。
4. 牙醫師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。

九十八年牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫

「牙醫巡迴醫療服務」

執行表

申請日期 年 月 日

執業
點用

醫事機構名稱：		健保代號：	
服務地點_____縣_____鄉 村 _____國小		地址：	
服務地段人員：		職稱：	聯絡電話：
執行日期____年____月____日____時____分至____時____分 合計____小時			
服務對象 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 幼稚園學童			服務人數_____人
服務項目： <ul style="list-style-type: none"> (一) <input type="checkbox"/>一般治療 (二) <input type="checkbox"/>溝隙封劑與預防性樹脂填充使用 (三) <input type="checkbox"/>口腔衛生推廣服務 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A.正確刷牙及牙線指導 <input type="checkbox"/> B.含氟漱口水指導 <input type="checkbox"/> C.成人口腔癌篩檢 <input type="checkbox"/> D.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 <input type="checkbox"/> E.參與並配合當地社區的總體健康營造活動 <input type="checkbox"/> F.口腔衛生及疾病防制說明會 			
服務醫師姓名 _____		簽名 _____	
服務地段人員 _____		簽名 _____	
醫事機構名稱 _____		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 印	
		附註： <ol style="list-style-type: none"> 1. 口腔衛生推廣服項目每月至多申報一次。 2. 服務地段人員應為同一人，並需簽名，如需說明處，請於表格空白部分填寫。 3. 執行照片三張。 4. 連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送所屬中央健康保險局轄區分局。 	

全民健康保險牙醫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（時段外）

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									
	01024C									
	01027C									
	總計									

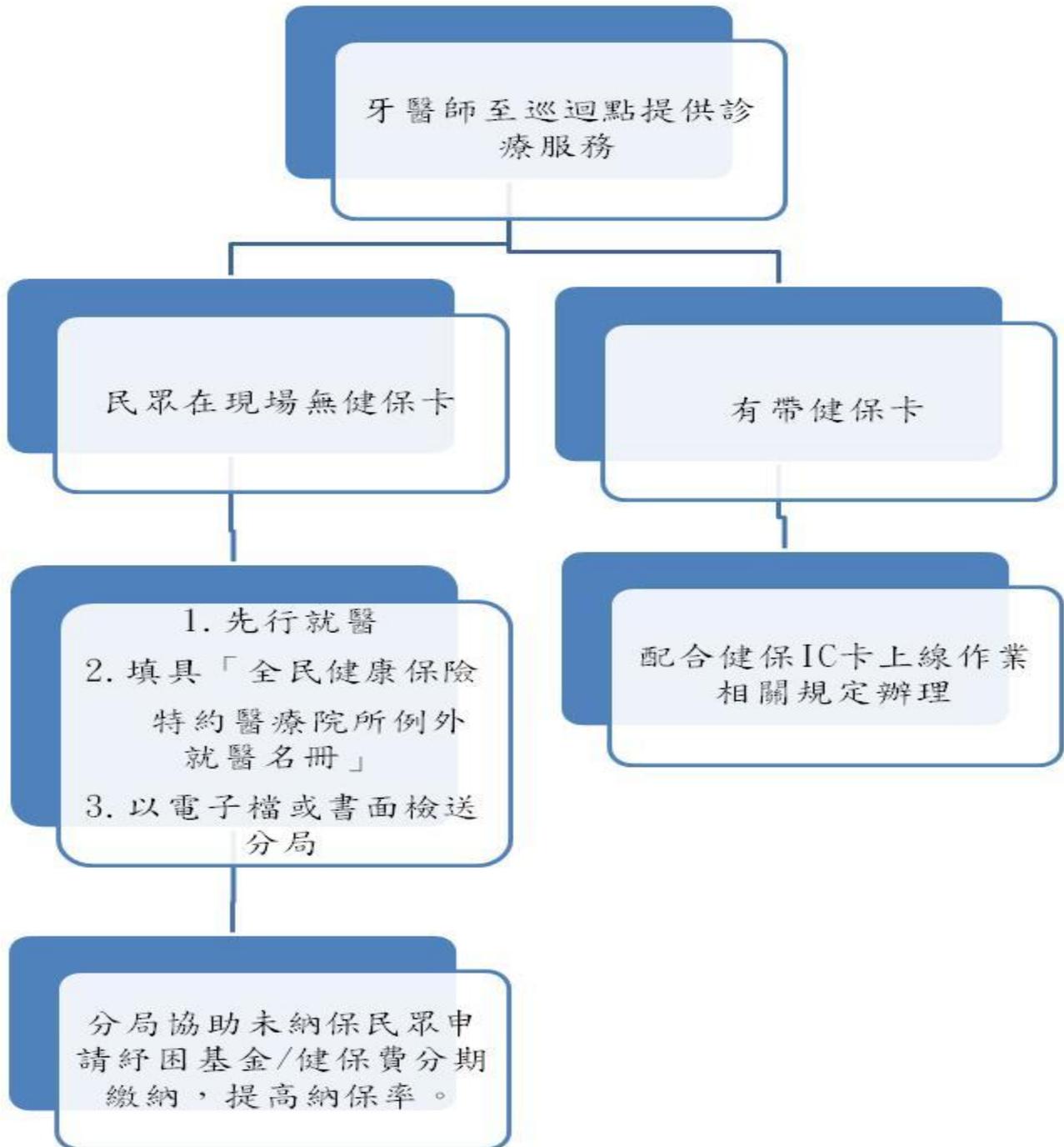
年 月

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 1200 點。 P22003 每次服務每小時三級 1500 點。
 P22004 每次服務每小時四級 3400 點。
 01024C 依山地、離島地區醫療服務促進方案：醫師 1000 點/次
 01027C 依山地、離島地區醫療服務促進方案：護理人員 800 點/次
 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所屬轄區分局門診組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期 年 月 日

全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案之過
卡困難作業流程圖



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"> 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。 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。 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。
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分局，供分局辦理後續查保作業。</p>

九十八年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫申

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

	一	二	三	四	五	六	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）

牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫計畫書內容

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，A 4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

[附件六]

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"/> 98 牙醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 98 牙醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 98 牙醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 98 牙醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 98 牙醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 98 牙醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 98 牙醫缺巡迴

服務地段人員： _____ (簽章) 職稱： _____

聯絡電話： _____

九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案 執業計畫考核辦法

一、前言

醫療資源缺乏地區執業計畫自 91 年實施以來，已有 42 個「醫療資源缺乏地區」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「醫療資源缺乏地區」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，且執業滿一年。
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。

三、考核人員

實地抽查成員：包括健保局分局及全聯會相關人員。

四、考核方式

符合對象條件之診所，由全聯會配合健保局各分局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〉：北縣貢寮，彰化芳苑，嘉義六腳，南縣北門，南縣南化，高縣內門，屏縣新埤。

乙〈山地或平地偏遠鄉鎮〉：北縣石門、平溪、石碇，竹縣衡山、北埔、峨眉、三灣、頭屋，南縣左鎮、將軍、七股，屏縣泰武，花縣卓溪、瑞穗、壽豐，東縣東河。

丙〈山地艱困及離島鄉鎮〉：投縣仁愛，中縣和平，屏縣霧台，澎湖望安、七美，東縣綠島，金門烈嶼。

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SOP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(由健保局評核)(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。

(二)綜合討論及評分：(共 100 分)

1. 特優：90 分以上，且無其他特殊狀況者，頒發獎牌以茲鼓勵。
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，終止合約。
5. 終止合約：59 分以下者，立即終止合約。
6. 連續兩年考核結果列為輔導即終止合約。

九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案

執業計畫 考核評分表

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)	<p>基本設施包括：</p> <p>(1) 牙科治療台 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>(2) 高慢速機頭 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>(3) 控壓機 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>(4) X 光機 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>(5) 電腦及週邊 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>設備</p> <p>診療器材包括：</p> <p>(1) 牙體復形 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>(2) 口腔外科 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>(3) 根管治療 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>(4) 洗牙機 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>
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)

<p>1、硬體設備</p> <p>(1) 具有適當之洗手設備</p> <p>(2) 良好之通風空調系統</p> <p>(3) 器具滅菌設備</p>	<p><input type="checkbox"/>是(2分) <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是(2分) <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>完整(2分) <input type="checkbox"/>尚可(1分) <input type="checkbox"/>待改進</p>
<p>2、軟體部分</p> <p>(1) 病歷首頁中全身病史登載完整</p> <p>(2) 醫師及助理人員穿戴防護裝置</p> <p>(3) 開診前及結束後應作管道消毒</p> <p>(4) 醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理</p> <p>(5) 浸泡器械的清毒藥水乾淨並在有效期限內</p> <p>(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</p> <p>(7) 滅菌後器械之包裝存放應無再污染之虞</p>	<p><input type="checkbox"/>非常完整(3分) <input type="checkbox"/>完整(2分) <input type="checkbox"/>普通(1分) <input type="checkbox"/>不完整(0分)</p>

(四) 巡迴醫療執行狀況評核 (共 8 分)

<p>1、執行時段符合計劃規定，並按時執行。</p> <p>2、每月至多申報一次「口腔衛生推廣」其成效？</p> <p>3、巡迴醫療每週服務地點是否適當？</p> <p>4、巡迴醫療的診療設備及牙材。</p>	<p><input type="checkbox"/>是(2分) <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是(2分) <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是(2分) <input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是(2分) <input type="checkbox"/>否</p>
--	---

(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

審查醫師簽名：_____

九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案

執業計畫 民眾滿意度調查

● 基本資料	
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。

九十八年度牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案

執業計畫 電話考核評分表

● 基本資料	
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:由健保局進行評核。

[附件八]

- 「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」評選審查作業要點
- 一、本作業要點依中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下簡稱全聯會）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缺乏地區執行醫療服務，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、評選審查小組成員中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、全聯會於公告後三十日內（以郵戳為憑）收齊申請案件，並於公告後四十五日內進行審查，審查後十日內以函回覆審查結果，經審查通過並收到回覆函者，執業醫師依醫師法相關規定辦理執業登記後，持全聯會之同意函向健保局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）申請條件：
 1. 申請執業醫師應為全聯會會員，達到執業年資兩年，且3年內不得有停止特約以上之處分。
 2. 計畫執行時經本會查察有違約遭停止特約以上處分者，本會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後停止執行本計畫。
 - （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缺乏地區、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「本試辦計畫」－執業及巡迴之離島、山地鄉鎮。
 - （2）未實施「本試辦計畫」－執業及巡迴之平地鄉鎮。
 - （3）已實施「本試辦計畫」－巡迴惟仍無執業之離島、山地鄉鎮。
 - （4）醫療資源缺乏且單一牙醫執業之離島、山地鄉鎮。（九十一年至九十六年通過醫療資源缺乏地區執業計畫者除外。）
 2. 依地理位置、環境、交通狀況、人口等因素列出執行困難度及需求度之地區評估。
 3. 執業計畫內容：依其門診時段，工作範圍，項目，內容詳實度做評

估，及所申請之牙醫醫療資源缺乏地區鄉公所推薦函。

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，均依全聯會總額執行委員會決議辦理。

[附件九]

九十八年牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫期末報告封面

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

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

牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫期末報告內容

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，A 4版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫。

[附件十]

九十八年度牙醫門診總額資源缺乏地區改善方案施行地區一覽表

(巡迴計畫)

分局別	縣市別	鄉鎮別	地區分類級數	分局別	縣市別	鄉鎮別	地區分類級數	
台北分局	台北縣	烏來鄉	3 或 2	北區分局	苗栗縣	南庄鄉	2 或 1	
		萬里鄉	2 或 1			頭屋鄉	2 或 1	
		石碇鄉	2 或 1			西湖鄉	2 或 1	
		坪林鄉	2 或 1			泰安鄉	2 或 1	
		石門鄉	2 或 1			獅潭鄉	2 或 1	
		平溪鄉	2 或 1					
		貢寮鄉	2 或 1					
		雙溪鄉	2 或 1					
					中區分局	南投縣	仁愛鄉	3 或 2
							中寮鄉	2 或 1
							信義鄉	3 或 2
		宜蘭縣	南澳鄉	3 或 2		台中縣	和平鄉	3 或 2
			員山鄉	2 或 1			大安鄉	2 或 1
			大同鄉	3 或 2			新社鄉	2 或 1
			壯圍鄉	2 或 1				
			三星鄉	2 或 1				
		金門縣	金寧鎮	4 或 3		彰化縣	芳苑鄉	2 或 1
			烈嶼鄉	4 或 3			竹塘鄉	2 或 1
	烏坵鄉		4 或 3					
	連江縣	南竿鄉	4 或 3	南區分局	嘉義縣	東石鄉	2 或 1	
		北竿鄉	4 或 3			番路鄉	2 或 1	
		莒光鄉	4 或 3			大埔鄉	2 或 1	
		東引鄉	4 或 3			阿里山鄉	3 或 2	
北區分局	新竹鄉	峨眉鄉	3 或 2			布袋鎮	1	
		尖石鄉	3 或 2					
		五峰鄉	2 或 1					
		桃園縣	復興鄉	3 或 2				

南區分局	臺南縣	玉井鄉	2 或 1	高屏分局	屏東縣	三地門鄉	3 或 2
		關廟鄉	2 或 1			瑪家鄉	3 或 2
		東山鄉	2 或 1			來義鄉	3 或 2
		西港鄉	2 或 1			春日鄉	3 或 2
		後壁鄉	2 或 1			獅子鄉	3 或 2
		大內鄉	2 或 1			牡丹鄉	3 或 2
		南化鄉	2 或 1			竹田鄉	2 或 1
		龍崎鄉	2 或 1			崁頂鄉	2 或 1
						滿州鄉	2 或 1
			枋山鄉			2 或 1	
	雲林縣	古坑鄉	2 或 1			霧台鄉	3 或 2
		東勢鄉	2 或 1			泰武鄉	3 或 2
		二崙鄉	2 或 1			新埤鄉	2 或 1
		元長鄉	2 或 1			琉球鄉	3 或 2
		四湖鄉	2 或 1		鹽埔鄉	2 或 1	
		口湖鄉	2 或 1		佳冬鄉	2 或 1	
		水林鄉	2 或 1				
		台西鄉	2 或 1				
		林內鄉	2 或 1				
褒忠鄉	2 或 1						
高屏分局	高雄縣	田寮鄉	2 或 1	澎湖縣	七美鄉	4 或 3	
		杉林鄉	2 或 1		湖西鄉	3	
		茂林鄉	3 或 2		白沙鄉	4 或 3	
					望安鄉	4	
		桃源鄉	3 或 2		西嶼鄉	3	
		三民鄉			馬公市虎井島	4 或 3	
		(那瑪夏鄉)	3 或 2		馬公市桶盤島	4 或 3	
		甲仙鄉	2 或 1				
		內門鄉	2 或 1				
		六龜鄉	2 或 1				

東區分局	花蓮縣	壽豐鄉	2 或 1	東區分局	台東縣	卑南鄉	2 或 1
		豐濱鄉	2 或 1			太麻里鄉	2 或 1
		萬榮鄉	3 或 2			達仁鄉	3 或 2
		秀林鄉	3 或 2			大武鄉	2 或 1
		卓溪鄉	3 或 2			延平鄉	3 或 2
		瑞穗鄉	2 或 1			長濱鄉	2 或 1
		新城鄉	1			金峰鄉	3 或 2
		光復鄉	2 或 1			海端鄉	3 或 2
		富里鄉	2 或 1			蘭嶼鄉	4 或 3
		玉里鎮河東地區	1			綠島鄉	4 或 3
						鹿野鄉	2 或 1

1：指平地鄉之醫療資源缺乏地區。

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缺乏地區。

3：指山地鄉、離島地區之醫療資源缺乏地區。

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)之醫療資源缺乏地區。

註：各醫療團執行巡迴醫療之地點分級，由牙醫師公會全國聯合會審查核定。

[附件十一]

牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫申請書

- 一、申請單位：(公會、分會、教學醫院或其他)
- 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

牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫計畫書內容

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，A 4 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

一式三聯 第一聯 轄區分局門診 (醫療費用) 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										
	01024C										
	01027C										
總計											
負責醫師姓名: _____ 醫事服務機構地址: _____ 電話: _____ 印信: _____				一. 編號: 每月填送均自 1 號起編。總表欄: 於最後一頁填寫。 二. 診療人次: 填寫當次診療之人次。 三. 給付別: 口腔衛生推廣及執業巡迴醫療服務 (時段以外): P22002 每次服務每小時二級 1200 點。P22003 每次服務每小時三級 1500 點。 P22004 每次服務每小時四級 3400 點。 01024C-依山地、離島地區醫療服務促進方案: 醫師 1000 點/次 01027C-依山地、離島地區醫療服務促進方案: 護理人員 800 點/次 四. 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所屬轄區分局門診組, 惟請另置於信封內, 並於信封上註明							

[附件十三]

九十七年牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫
 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：□□□

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
_____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
_____	_____	_____	_____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，A 4 版面，由左而右，由上而下，(標) 楷書 14 號字型，橫式書寫。

年度醫療資源缺乏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

合計	D	M	F

圖例

- v 打勾表示齲洞之位置
- △ 填補後用三角形註記
- / 斜線表示應拔除之牙齒
- X 表示缺牙
- ⊕ 表示為未長出牙

1. 已完成填補顆數 (A)：_____顆
2. 未完成填補顆數 (B)：_____顆
3. 其他待診療顆數：_____顆
4. 填補率：_____ % (A) / (A) + (B)
5. 年度填補顆數 _____顆
6. 年度拔除顆數 _____顆

診療記錄

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。

醫療資源缺乏地區學童口腔健康狀況調查統計表

醫療團名稱：

服務醫師名單：

學校名稱：

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												

[附件十六]

牙醫門診醫療給付費用總額馬祖地區牙周病照護網試辦計畫

期末報告格式

一、 醫療服務單位：

二、 負責醫師：

三、 其他相關醫師：

四、 聯絡電話：()

五、 聯絡地址：□□□□

六、 現況報告

(一)服務地區醫療需求情況分析

(二)服務地區地理環境，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）

七、 醫療服務所遇問題及解決方針（詳實敘述）

八、 自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

九、 檢討與建議（請詳實敘述）

十、 未來的展望及願景（請詳實敘述）

十一、 書寫格式：以 word 形式建檔，A 4 版面，由左而右，由上而下，(標) 楷

書 1 4 號字型，橫式書寫。

[附件十七]

牙菌斑檢測紀錄

Buccal Side

日期	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	檢測者	

Palatal side

Lingual side

日期	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	檢測者	

Buccal Side

以牙菌斑顯示劑檢查

每顆牙檢查 6 個部位 (MB、Mid-B、DB、ML、Mid-L、DL)

牙菌斑指數= %

分子:出現牙菌斑部位數

分母:受檢牙數*6

98 年度牙醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案

一、依據

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

二、目的

本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫特約醫療院所。

三、牙醫門診特約醫療院所之 98 年 1 月至 98 年 12 月費用已辦理第一次暫付者，

且無本方案第四點第(一)(四)項所列情形者，得核發品質保證保留款。

四、牙醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎減計原則：

(一)牙醫門診特約醫療院所，有本方案第四點第(五)項第 1.2.款情形之一者，不予核發品質保證保留款。

(二)牙醫門診特約醫療院所，有本方案第四點第(五)項第 3.4.5.款情形之一者，該院所核算基礎減計 50%。

(三)牙醫門診特約醫療院所，有本方案第四點第(五)項第 6.7.款情形之一者，該院所核算基礎減計 50%。

(四)牙醫門診特約醫療院所，有本方案第四點第(五)項第 3.4.5.款情形之一者，且有第(五)項第 6.7.款情形之一者，不予核發品質保證保留款。

[註]：「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」及「山地離島地區醫療服務促進方案」之案件不列入本方案第四點第(五)項第 3.4.5.6.7.款之計算。

(五) 1. 醫療行為異常暨違規院所：

(1)牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經分區委員會輔導後，認其情節重大經決議提中華民國牙醫師公會全國聯合會報備者。

(2)違規情事可歸因於牙醫相關部門經中央健康保險局於本年度內查有依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第六十四條處以違約記點者、或本年度內查有依同辦法第六十五條處以扣減其十倍醫療費用者、或三年內查有依同辦法第六十六條處以停止特約者、或五年內查有依同辦法第六十七條處以終止特約者。

2.總點數申報異常：

院所內任一位牙醫師任一月份申報牙醫門診醫療費用申請總點數達五十萬點(含)以上者(山地離島在五十一萬點(含)以上者)。計算本項需排除申報「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」、「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」、「初診診察費」以及「加強感染控制之牙科門診診察費」等鼓勵項目之申報點數。

3.牙體復形重補率：

一年內平均重補率為百分之三·一三(含)以上或二年重補率為百分之五·八〇二(含)以上者。

[註]1.定義：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、

複合樹脂充填，乳牙及恒牙一或二年內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補。

2.計算公式：〔一(二)年內自家重覆填補顆數/一(二)年內填補顆數〕。

4.根管治療未完成率：

一年內平均未完成率為百分之30(含)者。

[註]1.定義：根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上加上，乳牙根管、多根管治療除以根管開擴及清創。

2.計算公式：[1-(90001C+90002C+90003C+900019C+90020C+90016C+90018C)/90015C]

5.牙體復形(O.D)89001C~5C 及 89008C~12C 合計申報點數占處置申報點數百分之六四·三八(含)以上者。

6.本年度內施行全口牙結石清除且併同牙周疾病控制基本處置數未達全部全口牙結石清除 20%處置人數以上。

7.該院所申報 00127C 人數占該院所全年就診人數未達 3%。

五、申請轉診加成之專科牙醫師，其專科申報點數達全部申報處置點數百分之七十者，不受第四點第(五)項第 2.3.4.5.6.7.款之限制。

六、本方案預算之分配支用

(一) 本方案品質保證保留款之分配支用，須於「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」各項品質指標達成預期執行率後，每年結算一次，並以申請點數（不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之。

[註]：依據「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」，該方案之案件不列入本項申請點數計算。

(二) 年度結束辦理結算前，由牙醫門診總額受託單位提供本方案第四點第(五)項第 1.(1)款及第 2.3.4.5.6.7.款不符合本方案分配資格之特約院所名單及第五點專科牙醫師名單，函請中央健康保險局依前項辦理結算。

七、其它事項：辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約牙醫院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。

八、本方案由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。

全民健康保險牙醫門診總額支付制度 專科轉診加成作業要點

90 年 7 月 6 日健保醫字第 0900015478 號函公告

○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○○號函公告修正

- 目的： 1. 提升牙醫門診醫療品質。
2. 提高轉診病例之報酬，使接受高困難度的醫療機構報酬趨向合理。
3. 增加雙向轉診之可能性。

現行要點	作業說明
一、本要點所指之醫療院所（包括轉診者及接受轉診者），係指與中央健康保險局特約提供牙醫門診服務之醫事機構。	
二、醫療院所接受牙醫門診之轉診，如符合本要點規定之範圍，於申報醫療費用時得加計「轉診加成」之點數。	
三、牙醫門診轉診之範圍，限於下列之專科與項目 1. 牙髓病科： A、重新治療 B、根管鈣化 C、器械折斷 D、症狀不消 E、彎曲根管 F、穿孔 G、根尖成形術 H、手術	1. 支付標準編號 90001C、90002C、90003C、 <u>90019C</u> 及 <u>90020C</u> 有 A-H 症狀時申報。 2. 根管治療之難症處理，申報轉診加成時必須嚴審。
2. 牙周病科：除了洗牙以外之牙周病科。	※支付標準編號 91001C-91012C(不包括 91003C 及 91004C)。
3. 口腔顎面外科：除了簡單拔牙以外之所有口腔顎面外科項目。	※支付標準編號 92001C-92055C (不包括 92013C) ※簡單拔牙不含有全身性疾病患者，其全身性疾病之項目如下： 1. 唐式症、自閉症、腦性麻痺、智障、身心精神障礙和癲癇症。 2. 心臟病必須術前抗生素預防

現行要點	作業說明
	或服用抗凝血劑。 3. 肝硬化及肝癌。 4. 洗腎病人。 5. 張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。 6. 曾經接受器官移植病人。 7. 凝血障礙或白血球障礙病人。 8. 糖尿病患者飯前血糖高於 200mg/dl。 9. 曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10. 愛滋病。 11. 免疫性疾病，長期服用類固醇病人。
4. 兒童牙科：行為管理困難，全身性疾病，根管治療科的轉診加成項目，口腔外科的轉診加成項目。	※支付標準編號 90016C 且有牙髓病科 A-H 症狀時申報。
5. 牙體復形科：後牙樹脂填補。	※支付標準編號 89008C-89010C。
四、醫療院所接受轉診之資格及作業限制 1. 具備完整牙醫專科之各級特約醫療院所，可申報本作業要點所列全部專科別之轉診加成，但須事先報備。 2. 未具備完整牙醫專科之各級醫療院所，其經報准之牙醫專科得申報轉診加成。	1. 報備之受理單位為中華民國牙醫師公會全國聯合會（牙醫師全聯會）。 2. 醫療院所之專科別（分為牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、兒童牙科及牙體復形科）以向牙醫師全聯會報備為準。
3. 未區分專科別之醫療院所： 必須事先報准。一位牙醫師只能以一項專科醫師身分執業。醫療院所僅有一位牙醫師執業者，單項專科以外之案件，不得超過 30%。醫療院所有二位以上牙醫師執業者，專科以外之案件不得超過 15%。 未區分專科別之醫療院所，其專科項目以二項	3. 每一位牙醫師僅能以一項專科別向牙醫師全聯會報備，且申報該項專科以外之案件不得超過全部 30%。

現行要點	作業說明
<p>為限。</p>	
<p>五、醫療院所申報轉診加成之要件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 需有填具完整之轉診單。 2. 處方明細表上必須有原轉診醫療院所之代碼。 3. 轉診單於乙年內須留存備查。 4. 轉診單內未指明項目不予加成。 5. 轉診單開立後三十日內應至受轉診加成之醫療院所就診，否則無效。 6. 院內轉診無加成給付（包括本院、分院、委託外包之醫療機構彼此間的轉診）。 7. 依支付標準表區分四個等級及三個處置等級（ABC）： 不屬於該層級之健保給付項目，將該處置項目轉診至該項目所屬之醫療院所層級，則接受轉診之醫療院所不得申報轉診加成。 同級之醫療院所，接受C級項目之轉診醫療院所得申報轉診加成。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 轉診單格式如附件。
<p>六、轉診加成之成數暫定 30%，並逐年檢討。</p>	<p>※申報時於「支付成數」欄加成辦理。</p>
<p>七、轉診加成之考核稽核及懲罰：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 接受轉診者必須存有完整之轉診單備查。處方明細表上應有完整之填具。 違反前項之規定者費用刪除並依相關規定辦理。 2. 原轉診之單位門診總數在三百人次以下者，申報轉診加成之人次每月以十人次為上限，超過部分之所有加成金額應由原轉診者負擔。 3. 原轉診之單位門診總數超過三百人次者，申報 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中央健康保險局定期提供醫療院所申報資料予牙醫師全聯會，由其進行考核稽核及扣款事宜。 2. 本要點七之 2.3 兩點，係規範轉出之醫療院所其每月申報總人次於三百人次以下者，轉出之人次不得超過十人。

現行要點	作業說明
<p>符合轉診加成條例之轉出人次每月不得超過該門診總數三十分之一，超過三十分之一且低於二十分之一者，列管並在評鑑上予以記載；超過二十分之一者，超過部分之所有加成金額應由原轉診者負擔。</p> <p>4. 轉診加成之施行，應同時履行雙向轉診之義務。未履行雙向轉診者，牙醫師全聯會得予以公佈。</p> <p>5. 轉診者與接受轉診者之間不得有契約行為或其它不法之利益輸送關係。於查明屬實時，取消接受轉診者之資格。原轉診者追扣已轉診加成之所有點數，並依相關規定處理。</p> <p>6. 資訊電腦系統應作檢測、統計、監控之任務，對異常項目允以重新評估以調整支付標準表、轉診加成之案件、加成之成數以為因應。</p>	

**牙醫門診總額支付制度轉診加成
接受轉診之醫療院所報備、核備申報單**

申請日期： 年 月 日

1. 醫療院所名稱： _____

2. 醫療院所代號： _____

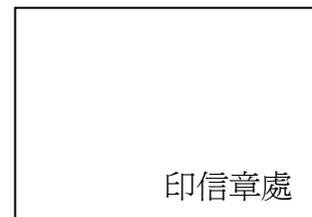
3. 醫療院所所屬等級（依支付標準表處置等級ABC區分）

A級醫院 B級醫院 C級診所

4. 負責醫師（醫院請填牙科主任）： _____

5. 電話：() _____ 傳真：() _____

6. 地址：□□□ _____



7. 接受轉診之科別	牙醫師姓名	證號	牙醫師姓名	證號
<input type="checkbox"/> 牙髓病科	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 牙周病科	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 口腔顎面外科	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 兒童牙科	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 牙體復形科	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

8. 特殊設備（診所填寫，醫院免填）

A. _____ B. _____ C. _____

D. _____ E. _____ F. _____

註：1. 如不敷使用請自行影印填寫 2. 醫院如有分院請分別分開填寫 3. 本會將於核備、核報後另行行文通知，並將可接受轉診之醫療院所刊登於牙醫界

全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診單

日期：_____

一、原轉診單位之資料

1. 原轉診醫療院所、代碼 及就醫日期 _____
ADD: _____
2. 原轉診醫師簽章
TEL: _____
FAX: _____

二、病患之基本資料

1. 姓名 _____ 2. 性別 _____ 3. 籍貫 _____ 4. 出生年月日 _____
5. 身份證號碼 _____ 6. 卡號 _____ 7. 病歷號碼 _____

三、轉診科別項目（請在簽選後之科別、項目上，加蓋私章）

1. 牙髓病科：符合全民健保牙醫門診總額支付制度轉診加成作業要點第三點第一項牙髓病科之規定者，其 a~h 之項目，請參照本要點。
 a. b. c. d. e. f. g. h.
2. 口腔顎面外科：簡單拔牙以外之所有項目
3. 牙周病科：洗牙以外之所有項目
4. 兒童牙科
a. 行為管理困難 b. 全身性疾病 c. 牙髓病科轉診項目 d. 口腔外科轉診項目
5. 牙體復形科：後牙樹脂填補

四、轉診原因：（自由填寫）

五、備註：

1. 原轉診單位資料、轉診科別、項目須填具齊全，否則不予轉診加成。
2. 不合乎轉診加成要件項目，請原轉診醫師不必簽章。
3. 轉診單開立後三十日內應至受轉診加成之醫療院所就診。

六、雙向轉診之回覆表

1. 病患之姓名：_____ 身份證號碼：_____
2. a. 接受轉診之醫療單位：_____ b. 診治之醫師簽章：_____
3. 治療過程：
a. 治療日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日
b. 治療經過與建議 _____

4. 最終處理：

- a. 轉回原轉診單位繼續雙向追蹤診察、治療
 b. 繼續門診追蹤治療待完成治療後再轉回原轉診單位
 c. 其他

支付標準修訂新增

第三部 牙醫

第一章 門診診察費

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	備註
00128C	<p>— 重度以上身心障礙(非精神疾病)者診察費</p> <p>註：限經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中度以上身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報。</p>	v	v	v	v	500	修訂項目名稱
00301C	<p>— 中度身心障礙(非精神疾病)者診察費</p> <p>註：限經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中度以上身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報。</p>	v	v	v	v	400	修訂項目名稱
00302C	<p>— 中度以上精神疾病患者診察費</p> <p>註：</p> <p>2. <u>限經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中度以上身心障礙者牙醫醫療服務核備醫師申報。</u></p> <p>3. <u>限精神病及精神分裂之患者。</u></p>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>230</u>	新增本項

支付標準修訂備註項目

修訂後條文	原條文
<p>00127C—初診診察費<u>一年一次</u></p> <p>註：1. 申報時應檢附下列任一項資料：</p> <p>(1)至少 4 張根尖周 X 光片(不同部位，後牙優先)。</p> <p>(2)Panoramic radiography 齒顎全景 X 光片攝影。</p> <p>(3)雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙)+至少 2 張根尖周 X 光攝影(前牙優先)。</p> <p>2. 係指病患每年至該院所第一次就診或主訴處理完畢後擇適當時機執行。</p> <p>3. 同次診察內 34001C、34002C、34004C 之 X 光費用不再另外給付。</p> <p>4. 於病歷中載明診斷或發現。<u>應記載 X 光片呈現之診斷與發現。至少應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生牙。</u></p>	<p>00127C—初診診察費每年一次</p> <p>註：1. 申報時應檢附下列任一項資料：</p> <p>(1)至少 4 張根尖周 X 光片(不同部位，後牙優先)。</p> <p>(2)Panoramic radiography 齒顎全景 X 光片攝影。</p> <p>(3)雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙)+至少 2 張根尖周 X 光攝影(前牙優先)。</p> <p>2. 係指病患每年至該院所第一次就診或主訴處理完畢後擇適當時機執行。</p> <p>3. 同次診察內 34001C、34002C、34004C 之 X 光費用不再另外給付。</p> <p>4. 於病歷中載明診斷或發現。</p>
<p>90016C 乳牙根管治療</p> <p>Milk tooth pulpectomy</p> <p>註：1. 本項費用包括 X 光費用、局部麻醉、<u>斷拔</u>髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2. 本項目於全部治療過程完畢併加 90015C 專案申報(如已申報 90005C，60 日內不得再併加 90015C 申報); 如未完成，改以 90015C 申報。(期間限申報一次診療費)</p> <p>3. 申報費用時，需附治療前與治療</p>	<p>90016C 乳牙根管治療</p> <p>Milk tooth pulpectomy</p> <p>註：1. 本項費用包括 X 光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2. 本項目於全部治療過程完畢併加 90015C 專案申報(如已申報 90005C，60 日內不得再併加 90015C 申報); 如未完成，改以 90015C 申報。(期間限申報一次診療費)</p> <p>3. 申報費用時，需附治療前與治療後 X 光片以為審核。</p>

修訂後條文	原條文
<p>後X光片以為審核。</p> <p>4. 90天內不得重複申報。</p>	
<p>90018C 乳牙多根管治療 Milk tooth pulpectomy</p> <p>註：1. 本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2. 本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報（如已申報90005C，60日內不得再併加90015C 申報）；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費）</p> <p>3. 申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。</p> <p>4. 90天內不得重複申報。</p>	<p>90018C 乳牙多根管治療 Milk tooth pulpectomy</p> <p>註：1. 本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2. 本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報（如已申報90005C，60日內不得再併加90015C 申報）；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費）</p> <p>3. 申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。</p>
<p>91013C牙齦切除術Gingivectomy</p> <p>施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術</p> <p>註1: 不得同時申報 91011C及 91012C。</p> <p>註2：應與根管治療或牙體復形合併申報。</p>	<p>91013C牙齦切除術Gingivectomy</p> <p>施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術</p> <p>註：不得同時申報 91011C及 91012C。</p>
<p>91014C 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. <u>一年</u>限申報一次</p>	<p>91014C 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<u>年</u>限申報一次</p>
<p>92014C 複雜性拔牙</p>	<p>92014C 複雜性拔牙</p>

修訂後條文	原條文
<p>Complicated extraction</p> <p>註：</p> <p>一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。</p> <p>二、全身性疾病患者或65歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。</p> <p>全身性疾病包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 唐氏症、自閉症、腦性麻痺、智障、身心精神障礙、癲癇症、多重障礙及染色體異常。 2. 心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3. 服用抗凝血劑療程中。 4. 洗腎病人。 5. 張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。 6. 曾經接受器官移植病人。 7. 凝血障礙或白血球障礙病人。 8. 經診斷有糖尿病患者(牙科病歷需詳載及病患簽名)。 9. 曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10. 愛滋病。 11. 免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12. 肝硬化及癌症患者。 <p>三、需檢附術前 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含，中度以</p>	<p>Complicated extraction</p> <p>註：</p> <p>一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。</p> <p>二、全身性疾病患者或65歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。</p> <p>全身性疾病包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 唐氏症、自閉症、腦性麻痺、智障、身心精神障礙、癲癇症、多重障礙及染色體異常。 2. 心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3. 服用抗凝血劑療程中。 4. 洗腎病人。 5. 張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。 6. 曾經接受器官移植病人。 7. 凝血障礙或白血球障礙病人。 8. 經診斷有糖尿病患者 (牙科病歷需詳載及病患簽名)。 9. 曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10. 愛滋病。 11. 免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12. 肝硬化及癌症患者。 <p>三、需檢附術前 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含，中度以</p>

修訂後條文	原條文
<p>上身心障礙者不在此限)。</p>	<p>上身心障礙者不在此限)。</p>
<p>92050C 埋伏齒露出手術 Surgial exposure of impacted tooth 註：1. 限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋2/3以上者。 2. <u>僅限永久齒，同類處置以一次為限。</u> 3. 需檢附X光片以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。</p>	<p>92050C 埋伏齒露出手術 Surgial exposure of impacted tooth 註：1. 限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋2/3以上者。 2. 需檢附X光片以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。</p>
<p>第四章 牙科麻醉費 96001C 牙科阻斷麻醉 Dental injection block 註：<u>應就牙齒六區域(UR、UA、UL、LR、LA、LL) 併同主處置申報，惟須於病歷上詳實記載。</u></p>	<p>第四章 牙科麻醉費 96001C 牙科阻斷麻醉 Dental injection block</p>

審查注意事項修訂

修訂後條文	原條文	備註
<p>十、X光片應沖洗清晰可辨，<u>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</u>。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。</p>	<p>十、X光片應沖洗清晰可辨，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。</p>	<p>加強內容之規定與完整性。</p>
<p>十四、<u>病歷應記載就診時之主訴</u>，明確記錄診斷之傷病名稱。治療部位、軟、硬組織均應載明相關部位。</p>	<p>十四、明確記錄診斷之傷病名稱、治療部位（軟、硬組織均應載明相關部位）。</p>	<p>依據醫師法第十二條</p>
<p>二十七、 全口牙結石清除、齒齦下刮除術(91006C-91008C)後，以觀察一個月為原則；視病情需要可做牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)。</p>	<p>二十七、 (一) 全口牙結石清除、齒齦下刮除術(91006C-91008C)後，以觀察一個月為原則；視病情需要可做牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)。 (二) 牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)費用包括手術費、X光檢查、麻醉、牙周敷料、拆線及14天之術後診察、處置費用。X光片如以負片送審，若審查上有需要，經通知後應檢送正片以為審核，否則不予給付。 (三) 同一病人，同一區域之91009B與91010B手術於兩年內不得重複申報，且應檢附兩年內牙科完整病歷並附牙周手術同意書。</p>	<p>刪除之內容已納入支付標準表且部份內容已納入支付表之備註項</p>

修訂後條文	原條文	備註
	(四) 牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。	
三十、對於全部口腔潰瘍之病例不論採何種方式治療，一律以92001C <u>或 92066C</u> 給付。三日內視為同一療程，每月限報二次，但特殊黏膜病變不在此限。 <u>申報 92066C 嚴重口腔潰瘍病歷應記載病灶之數量與範圍。</u>	三十、對於全部口腔潰瘍之病例不論採何種方式治療，一律以92001C 給付。三日內視為同一療程，每月限報二次，但特殊黏膜病變不在此限。	新增支付表92066C及申報內容
(刪除)	三十八 埋伏齒露出手術(92050C)僅限永久齒，同顆處置以一次為限，並需附 X 光片。	修入支付表備註項
(刪除)	三十九 實行牙科阻斷麻醉術 (block anesthesia) (96001C)應就牙齒六區域 (UR、UA、UL、LR、LA、LL) 併同主處置申報，惟須於病歷上詳實記載。註：支付標準表中已內含者不得另行申報。	修入支付表備註項
<u>三十八</u> 施行「CO2 雷射切除軟組織」以不易傳統手術為之者為限，病歷應詳實記載備查。以超音波治療 TMJ 則不予給付。	四十 施行「CO2 雷射切除軟組織」以不易傳統手術為之者為限，病歷應詳實記載備查。以超音波治療 TMJ 則不予給付。	標題修訂
<u>三十九</u> (一)、Gutta percha points filling 若超過 X 光影像所示牙根之根尖	四十一 (一)、Gutta percha points filling 若超過 X 光影像所示牙根之根尖	標題修訂

修訂後條文	原條文	備註
<p>2 mm以上，屬於缺乏積極療效之判定，不予以給付根管充填費用。</p> <p>(二)、若 Gutta percha points overfilling 有前項(一)之情況時，該牙申報二根根管治療或三根根管治療，應可考慮作部份核減及多根管治療時核減該 Over filling 之根管充填費用。</p> <p>(三)、Over filling 合併手術治療時，同一院所者視為同一療程，則合併申報時不刪減之；若 GP over filling 後有轉診計畫作手術時應詳載於病歷上並檢附轉診單影本，可不予以刪除。</p>	<p>2 mm以上，屬於缺乏積極療效之判定，不予以給付根管充填費用。</p> <p>(二)、若 Gutta percha points overfilling 有前項(一)之情況時，該牙申報二根根管治療或三根根管治療，應可考慮作部份核減及多根管治療時核減該 Over filling 之根管充填費用。</p> <p>(三)、Over filling 合併手術治療時，同一院所者視為同一療程，則合併申報時不刪減之；若 GP over filling 後有轉診計畫作手術時應詳載於病歷上並檢附轉診單影本，可不予以刪除。</p>	
<p>(刪除)</p>	<p>四十二 三日內之術後傷口處置屬同一療程，處置費至多可申報一次；複雜傷口及特殊情況不在此限。</p>	
<p>四十</p> <p>若發現 91003C、91004C 申報異常，得請院所檢附相片（規格需為 3x5 吋以上，且可清晰判讀）或 X 光片以為審核。</p>	<p>四十三</p> <p>若發現 91003C、91004C 申報異常，得請院所檢附相片（規格需為 3x5 吋以上，且可清晰判讀）或 X 光片以為審核。</p>	<p>標題修訂</p>
<p>四十一</p> <p><u>申報 00127C 初診診察費之診斷與發現，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。至少應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生牙。</u></p>		<p>新增項目</p>

修訂後條文	原條文	備註
<p><u>四十二</u></p> <p><u>申報癌前病變軟組織切片 (92067B)</u></p> <p><u>應具體描述病灶的表徵及檢附相片</u></p> <p><u>(規格需為 3x5 吋以上，且可清晰判讀) 以為審核。</u></p>		<p>新增項目並依據口外學會專業意見</p>

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"> 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。 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。 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。
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分局，供分局辦理後續查保作業。</p>