



全民健康保險醫療服務給付項目
及支付標準共同擬訂會議

104 年第 4 次會議
補充資料

104 年 12 月 31 日（星期四）
本署 18 樓會議室

壹、報告事項補充資料

三、增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、修訂 105 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。	第 1 頁
四、增修訂 105 年度「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」及「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等三項中醫總額醫療照護試辦計畫暨「支付標準第四部中醫」報告案。	第 75 頁

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、修訂 105 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。

說明：

- 一、依 104 年 11 月 17 日及 104 年 12 月 17 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議決議辦理。
- 二、修訂第三部牙醫支付標準(增修後詳如后附件 3-1，P4～P15)
 - (一)中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙全會)依 105 年度牙醫醫療給付費用於一般預算之非協商因素匡列 888.2 百萬、醫療服務利用及密集度改變匡列 111 百萬，合計 999.2 百萬，進行牙醫支付標準調整如下：
 - 1.同意修訂「牙齦切除術」等 13 項支付標準文字。
 - (1)其中附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則不列入計算項目新增牙周顧本計畫支付編號 91015C、91016C、91018C。
 - (2)刪除「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」並將支付編號 P4501C、P4502C 定期性及非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療，納入「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫項下。
 - 2.同意調整「前牙複合樹脂充填-單面」等 16 項支付點數，推估費用為 836.87 百萬元。其中調整門診診察費部分，依 104 年 12 月 17 日牙醫門診總額研商議事會議決議，符合加強感染管制之牙科門診診察費之調升由牙全會提案調升 30 點，本署建議修訂為調升 25 點，才能控制在預算內尚餘約 7 千萬元。惟牙全會建議調整支付項目至醫療服務利用及密集度改變匡列 111 百萬項下，再調升前述診察費至 28 點，爰再調升差額點數 3 點，影響點值約 0.00195。

3.同意新增診療項目 6 項:「前牙雙鄰接面複合樹脂充填」、「後牙雙鄰接面複合樹脂充填」、「乳牙複雜性拔牙」、「身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用」、「牙醫急症處置」、「週日及國定假日牙醫門診急症處置」,推估費用為 157.09 百萬元。

4.前揭增修訂項目之費用推估為 993.96 百萬元。

(二)另同意調升「89104C、89105C 單(雙)面特殊狀況之前牙複合樹脂充填」2 項,預估費用約 7 百萬,由「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」專款項下支應。

三、修訂「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(105 年草案詳附件 3-2, P16~P62):

(一)105 年度牙醫醫療給付費用於專款匡列 473 百萬元較 104 年增加 3 千萬元。

(二)本計畫修訂重點:

1.增加服務人次由 87,850 增加為 96,650,增加 10%。

2.服務對象:

(1)增列服務障別新增重度以上重要器官失去功能者。

(2)失能老人,新增經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構 6 家。

3.醫療團牙醫醫療服務:機構內保險對象名冊,依特管辦法辦理須報經保險人備查。

4.在宅醫療服務

(1)放寬初級院所執行到宅牙醫醫療服務並新增醫師須修習相關學分規定。

(2)刪除居家照護患者須由之醫師轉介之規定。

(3)簡化醫師報備支援作業。

(4)支付規定:到宅由論量+論次,修訂為論次每乙案 5,700 點,

並新增居家訪視費 1,553 點。

四、修訂 105 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」(105 年草案詳附件 3-3，P63～P74)：

(一)預算：牙周統合照護計畫 1-2 階 884 百萬元(較 104 年增加 34 百萬元)，第 3 階 260.6 百萬元(較 104 年增加 16 百萬元)。

(二)本計畫修訂重點：

- 1.照護人次目標第二階段 130,000 人次及第三階段 95,000 人次(相較 104 年分別增加 5000 人次)。
- 2.醫師退場機制：修訂統計邏輯為第 2、3 階段牙周病治療，限同院所不限同醫師完成。
- 3.「牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)」之經費全年結算作業，修訂為若全年預算尚有結餘，才進行結算；另第 3 階段「年度若有結餘，則回歸一般服務總額」部分，修訂文字為「全年度預算若有結餘，則依 103 年第 4 季人口風險因子(R 值)分配回歸一般服務費用總額。
- 4.明訂醫師違規期間之認定以減少爭議，建議修訂為：以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

五、提報本共同擬訂會議報告並陳報衛生福利部公告實施。

決定：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

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
	一 牙科門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部分(≤ 20)					
00121C	1)處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	230
00122C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	230
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(> 20)					
00123C	1)處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	120
00124C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	120
	3.山地離島地區					
00125C	1)處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	250 260
00126C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	250 260
	註：1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費29-39點。					
00304C	身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用	√	√	√	√	200
	註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含X光片)。					
	一符合加強感染管制之牙科門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (≤ 20)					
00129C	一處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	285 313
00130C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	285 313
	2.山地離島地區					
00133C	一處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	305 343
00134C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	305 343
	註：1.牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染管制SOP作業細則」執行，並依附表3.1.1「牙醫院所感染管制SOP作業					

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
	考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。 2.初次申報此項時，附上「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」以為核備。 3.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 5.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。 6.本項支付點數含護理費29-39點。					

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89013⁵，89088，89101-89113)

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
89004C	前牙複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration —單面 single surface	V	V	V	V	450
89005C	—雙面 two surfaces	V	V	V	V	500 600 <u>650</u>
	註：1.同顆牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。					
<u>89014C</u>	<u>前牙雙鄰接面複合樹脂充填</u> <u>Composite resin restoration for Mesio and disto proximal caries</u> <u>註：</u> <u>1.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C～89005C，89008C～89012C）費用。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1200</u>

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
89015C	後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for Mesio and disto proximal caries 註： 1.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C～89005C，89008C～89012C）費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1450</u>
89088C	牙體復形轉出醫療院所之轉診費用 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含X光片)。	V	V	V	V	50 <u>200</u>
89104C	特殊狀況之前牙複合樹脂充填 Anterior teeth compositesin restoration —單面 single surface	V	V	V	V	450 <u>500</u>
89105C	—雙面 two surfaces	V	V	V	V	600 <u>650</u>
	註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。					

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020，90088，90091-90098，90112)

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
90088C	根管治療轉出醫療院所之轉診費用 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含X光片)。	V	V	V	V	50 <u>200</u>

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91014，91088，91104，91114)

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
91013C	牙齦切除術 Gingivectomy 施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術 註：1.不得同時申報 91011C及 91012C。 2.應與根管治療或牙體復形合併申報。 <u>3.局部麻醉費用已內含。</u> <u>4.以合併之主處置齒位申報。</u>	v	v	v	v	300 330
91088C	牙周病轉出醫療院所之轉診費用 註： <u>1.交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。</u> <u>2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含X光片)。</u>	v	v	v	v	50 200

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92099**94**)

第一項 處置及門診手術

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
92020B	口內軟組織腫瘤切除 Intraoral excision of softtissue tumor 註：1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 3.應附病理報告。		v	v	v	1210 1800
92034B	口竇瘻管 <u>／相通</u> 修補術 Repair oro-antral fistula <u>or communication</u> 註： <u>1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。</u> <u>2.需檢附X光片或相片佐證。</u>		v	v	v	5710
92041C	齒槽骨成形術(1/2顎以內) Alveoloplasty(under 1/2 arch) 註：需檢附術前X光片 <u>或照片</u> 以為審核 (X光片 <u>、照片</u> 及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	570

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
92042C	齒槽骨成形術(1/2顎以上) Alveoloplasty(more than 1/2 arch) 註：需檢附術前X光片 <u>或照片</u> 以為審核（X光片 <u>、照片</u> 及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	1070
92047B	顎關節內注射 Intraarticular injection		v	v	v	400 600
92053B	硬式 咬合板治療 Occlusal bite splint 註：1.為同一療程，含診斷、所有處置、日後調整費及材料費。 2.病歷應詳實記載處置過程並附術後照片（照片費用內含）。 3.一年內不得重覆申報本項。		v	v	v	4000
92054B	軟性咬合器治療 Soft splint 註：含材料費。		v	v	v	500 800
92056C	骨瘤切除術 Tumor excision Bone tumor < 1 cm 註：1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附 術前 照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	5010
92057C	骨瘤切除術 Tumor excision 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm 註：1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附 術前 照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	10010
92058C	骨瘤切除術 Tumor excision Bone tumor > 2 cm 註：1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附 術前 照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	15010

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
92088C	口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用 註： <u>1.交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。</u> <u>2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含X光片)。</u>	V	V	V	V	50 200
92069B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註： 一、本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中 2 項(含)以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。 二、適應症： 1.下顎運動最大張口距：小於35mm。 2.終極試驗：大於 5mm 或小於 1mm。 3.顱顎關節雜音之聽診：單或雙側具彈響(clicking sound)或軋髮音(crepitus sound)。 4.顱顎關節區觸診：單或雙側有壓痛。 5.外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。 6.咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。 三、一年內不得申報 92053 B 及本項。 <u>四、病歷應詳實記載處置過程並附口內配戴照片(照片費用內含)。</u>		V	V	V	7000
92073C	口腔黏膜難症特別處置 Management of difficult oral mucosal disease 註：1.限經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者申報。 2.限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核備醫師申報。 3. <u>2.</u> 每七天申報乙次，診斷確立起三百六十天內不得申報超過二十四次。 4. <u>3.</u> 病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)詳細臨床病歷以為審核。 5. <u>4.</u> 不得同時申報92001C、92066C處置。	V	V	V	V	600

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
92090C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Regular oral potentially malignant disorder follow-up treatment 註： 1.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變（PMD）患者<u>(臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1))</u>。 2.第一次限申報定期性口腔癌前病變追蹤治療，不得與非定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4502C92091C)併同申報。 3.限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核定醫師申報。 4.填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。 5.第一次及每365天應填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單(吃檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣)，詳如附件三。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 6.4.口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等) 7.5.嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣（致癌因子）之戒除輔導。 8.6.限90~120天申報乙次，超過120天者則以非定期性口腔癌前病變追蹤治療申報。	Y	Y	Y	Y	600
92091C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Irregular oral potentially malignant disorder follow-up treatment 註： 1.限已申報定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C)後執行，且間隔時間超過120天者，不得與定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C92090C)併同申報。 2.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變（PMD）患者<u>(臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1))</u>。 3.限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核定醫師申報。 4.填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。 5.第一次及每365天應填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單(吃檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣)，詳如附件三。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 6.4.口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 7.5.嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣（致癌因子）之戒除輔導。 6.超過120天者則以非定期性口腔癌前病變追蹤治療申報。	Y	Y	Y	Y	400

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
<u>92092C</u>	<u>乳牙複雜性拔牙</u> <u>Complicated extraction of deciduous teeth</u> <u>註：</u> <u>1.限乳牙申報。</u> <u>2.適應症包含：</u> <u>(1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。</u> <u>(2)乳牙牙根 > 1/2。</u> <u>(3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。</u> <u>(4)牙根骨黏合或 submerged tooth。</u> <u>(5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。</u> <u>(6)併生牙(fusion)。</u> <u>(7)乳牙牙根彎曲。</u> <u>(8)因外傷或齲齒造成之牙根斷裂。</u> <u>(9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。</u> <u>3.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，全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫經安撫無法配合之特定身心障礙者不在此限)</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>560</u>
<u>92093B</u>	<u>牙醫急症處置</u> <u>(Oral & Maxillofacial Emergent Treatment)</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, K05.2)。</u> <u>(2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5)。</u> <u>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。</u> <u>(4)下顎關節脫臼(S03.0)。</u> <u>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。</u> <u>(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。</u> <u>2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。</u> <u>3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。</u> <u>4.不得同時申報 34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C。。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>1000</u>

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
<u>92094C</u>	<u>週日及國定假日牙醫門診急症處置</u> <u>註：</u> <u>1.限週日及國定假日申報，其日期認定同附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則。</u> <u>2.當月看診天數需≤25 日，超過 25 日則本項不予支付。</u> <u>3.院所需於前一個月於 VPN 完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。)</u> <u>4.適應症：</u> <u>(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, K05.2)。</u> <u>(2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5)。</u> <u>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。</u> <u>(4)下顎關節脫臼(S03.0)。</u> <u>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。</u> <u>(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。</u> <u>5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。</u> <u>6.不得同時申報 34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C。</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>800</u>

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - ~~(13)~~ **(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。**
 - ~~(5)~~ **(2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。**
 - ~~(4)~~ **(3)案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。**
 - ~~(12)~~ **(4)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)。**
 - ~~(9)~~ **(5)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。**
 - ~~(14)~~ **(6)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。**
 - ~~(3)~~ **(7)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。**
 - ~~(8)~~ **(8)案件分類為 B6—職災代辦案件(案件分類為 B6)。**
 - ~~(15)~~ **(9)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫(P4501C、P4502C)。**
 - ~~(16)~~ **(10)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。**
 - ~~(4)~~ **(11)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸(B7)部份。**
 - ~~(2)~~ **(12)加成之點數。**
 - ~~(6)~~ **(13)初診診察費差額。**
 - ~~(7)~~ **(14)感染管制診察費差額。**
 - ~~(10)~~ **(15)山地離島診察費差額。**
 - ~~(11)~~ **(16)牙醫急診診察費差額。**
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。**

(二)下列牙醫師不適用本原則之折付方式：

1. 該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過1.05元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
 2. 專科醫師。
 3. 該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在4500人以上之專任牙醫師。
 4. 該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。
 5. 除1、2、3、4點所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。
- 註：以上第2項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成專科醫師名單之醫師；第3項鄉鎮市區人口數以內政部統計為準，牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第1、3、4項每半年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

- (一)先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在 50(含)萬點以下時維持原費用點數，超過 50 萬點時，則按下列分級予以折付：在 50-60(含)萬點部分乘以 0.78，在 60-70(含)萬點部分乘以 0.39，在 70 萬點以上部分乘以 0.10 之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過 1 次。

- (二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院

所之折付上限點數。

(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

新增附表 3.3.4

附表 3.3.4 牙醫醫療院所轉診單

原 診 療 醫 療 院 所	<u>院所名稱：</u>		<u>電話：</u>		<u>醫師 簽章</u>	
	<u>醫事機構代碼：</u>		<u>傳真：</u>			
	<u>院所地址：</u>					
保 險 對 象 基 本 資 料	<u>姓名：</u>		<u>性別：</u> ☐ 男 ☐ 女			
	<u>身分證字號：</u>		<u>出生日期：</u> 民國(前) <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日			
	<u>聯絡電話：</u>		<u>聯絡人：</u> <u> </u> <u>關係：</u> <u> </u>			
	<u>聯絡地址：</u>					
轉 診 科 別 項 目	☐ 1.牙髓病科： ☐ 2.口腔顎面外科/口腔診斷/口腔病理/顎顎關節障礙：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(行為管理困難、全身性疾病)： a.牙髓病科轉診項目 b.口腔外科轉診項目 c.牙體復形轉診項目 ☐ 5.牙體復形科：後牙樹脂填補 ☐ 6.身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所					
病 歷 摘 要	<u>病情摘要：(主訴及簡短病史)</u>					
	<u>診斷：</u>					
	<u>轉診目的：</u>					
建 議 轉 診 院 所	<u>院所名稱：</u>		<u>電話：</u>			
	<u>科別：</u>	<u>醫師：</u>	<u>傳真：</u>			
	<u>地址：</u>					
接 受 轉 診 醫 療 院 所	<u>治療摘要與建議：</u>					
	<u>治療日期：</u> <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日 至 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日					
	<u>處理結果：</u>					
	☐ 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					
	<u>院所名稱：</u>		<u>科別：</u>		<u>醫師 簽章</u>	
	<u>醫師：</u>		<u>電話：</u>			
	<u>回覆日期：</u>		<u>傳真：</u>			

第一聯：原診療醫療院所留存

第二聯：接受轉診(轉入)醫療院所留存

第三聯：接受轉診(轉入)醫療院所回覆原診療醫療院所

備註：1.轉診單開立三十日內至受轉診加成醫療院所就診方能申報轉診加成。
 2.本轉診單限使用乙次。
 3.以上欄位均屬必填，如無則填無。

104 105 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

旨在提升牙醫醫療服務品質，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特定身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

104 105 年 1 月 1 日至 104 105 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 ~~87,850~~ 96,650 服務人次為執行目標。

五、預算來源

104 105 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應，其經費為 ~~4.43~~ 4.73 億元。

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

(一)適用範圍及支付標準詳如【附件 1】。

(二)申請條件：

- 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。
- 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）。

(三)每點支付金額 1 元。

(四)申報及審查規定：

- 1.申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報 F4。
- 2.服務量不列入門診合理量計算。
- 3.服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(五)申請程序：

- 1.保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向全民健康保險保險人（以下稱保險人）提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。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.前項事前審查應檢附下列文件或電子檔案：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：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一)適用對象符合下列條件之一：

屬肢體障礙（限腦性麻痺及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、**重**

度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、類及第7類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：

1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身障類別認定(詳附件2)，符合資格者會於全民健康保險憑證(以下稱健保卡)中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記1，重度者2，中度者3，輕度者4，醫師可據以獲知身障別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。
2. 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且具為各縣市長期照顧管理中心個案之核定函證明文件影本者。

(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

**院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1.初級照護院所

(1)院所資格：

- A.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。
- B.院所3年內不得有違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6年內不得有停止特約以上之處分。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。
- B.每位醫師首次加入計畫須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練，加入計畫後每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重覆，惟執行到宅醫療之醫師須修習與到宅醫療之相關學分)；加入本計畫之醫師須累積七年以上且超過30(含)學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)認證通過。
- C.醫師3年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

2.進階照護院所

(1)院所資格：

- A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B.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)、無障礙空間及設施。
- C.需2位以上具有從事相關工作經驗之醫師。

D.院所 3 年內不得有違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.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滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。
- B.每位醫師首次加入計畫須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練，加入計畫後每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重覆，惟執行到宅醫療之醫師須修習與到宅醫療之相關學分）；加入本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C.醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

****醫療團牙醫醫療服務**

- 1.由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校或政府立案收容發展遲緩兒童之機構以及衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另服務機構內保險對象名冊，依特管辦法執行。
- 2.醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。
- 3.醫師資格：
 - (1)醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。
 - (2)自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗，並接受 6 學分以上身心障礙等相關之教育訓練且 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。
- 4.提供「特定需求者」牙醫醫療服務：
 - (1)服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。
 - (2)院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心、參與

衛生福利部「~~身心障礙~~**特殊需求**者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所，且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、衛生福利部所屬老人福利機構**（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）**，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之患者，在患者床邊提供牙醫醫療服務。

****到宅牙醫醫療服務**

1.服務對象須符合下列條件之一：

(1) 符合居家照護條件之特定障礙類別（需同時符合下列條件）**：**

A.病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。

B.有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。

~~障礙等級重度以上有口腔醫療需要之患者，但因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時50%以上活動限制在床上，行動困難無法自行至醫療院所治療，且居家照護患者須由之醫師轉介。~~

(2) 屬「失能老人長照補助辦法」之補助對象，並出具列為**各縣市長期照顧管理中心之**個案**核定函證明文件影本者，確有牙醫醫療服務需要者，得向牙醫診所或醫師提出口腔醫療之需求**且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時50%以上活動限制在床上，行動困難無法自行至醫療院所治療之患者。****

2.符合本計畫到宅牙醫醫療服務之適用對象，由醫師提出口腔醫療需求評估及治療計畫（含個案訪視）**，經牙醫全聯會初核，並彙送保險人分區業務組核定者。**

3.院所及醫師資格：由各縣市牙醫公會、醫學中心、參與衛生福利部「~~身心障礙~~特殊需求**者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所，且**須接受到宅醫療相關課程**符合進階照護院所資格之醫師，至服務對象所在之居所**（家中）**提供牙醫醫療服務。**

4.醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備之申請，並檢具當地衛生主管機關報備支援證明**函向牙醫全聯會申請初核，並經保險人分區業務組核定後，始得至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務，醫療費用須帶回執業登記院所申報。**

5.牙醫服務內容及設備：

(1) 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周病控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。

(2) 提供到宅牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品**】。**

(三)費用支付及申報規定：

1.給付項目及支付標準：

(1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身障患者得加7成、重度患者得加5成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精

神疾病患者得加 3 成、輕度患者（含失能老人）得加 1 成。

(2) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002):執行特定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。每次支付 500 點,每 90 天限申報 1 次。

(3) 醫療團牙醫服務:

A.得採論次加論量支付方式,由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。

B.論次項目(支付標準編號為 P30001):每小時 2400 點(內含護理費),每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間),平均每小時至少服務 1 人次,服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者不得申報該小時費用。

(4)到宅及特定需求者牙醫服務:

A.到宅牙醫服務:得採論次加論量支付方式,每乙案 5700 點,支付標準代碼為 P30005(內含護理費、口腔預防保健,且不得收取其它自費項目),並不得再依身障等級別計算加成費用,由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。

B.特定需求者牙醫服務:得採論次加論量支付方式項目(支付標準編號為 P30003),每小時 1900 點(內含護理費,且不得收取交通費及其它自費項目),每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間),平均每小時至少服務 1 人次,服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

C.醫師執行牙醫醫療服務每日達 5 人以上,第 5 人起按 6 折支付,每日最多 8 人為限,且每月不超過 80 人;每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為限原則,並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。

D.訪視費項目(支付標準編號為 P30006):須經牙全會初核,並彙送保險人分區業務組核定者,方可執行;每年每乙個案訪視費用 1553 點以乙次為限,並不得再依身障等級別計算加成費用,申報費用時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」,並詳述理由,訪視醫師以與保險人特約保險醫事服務機構之醫師為限。

(5)每點支付金額:本預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘,則流用至下季;當季預算若有不足,則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數,以每點 1 元計算,其餘項目採浮動點值,但每點支付金額不低於 0.95 元,若預算仍有不足,則由一般服務預算支應。

2.費用申報之規定:

(1)申報醫療費用時,案件分類請填 16,牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下:

A.院所內服務:

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者:重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童:FV

B.醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

C.到宅醫療服務：

極重度 FS、重度 FY

失能老人：L2

D.特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

失能老人：L3

(2)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所，請影印下列證明文件，並黏貼於病歷首頁，以備查驗：

A.有效之身心障礙手冊（證明）正反面，若為發展遲緩兒童應檢附由健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本。

B.到宅牙醫醫療服務對象符合失能老人長照補助辦法補助者，應檢附各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本。

C.屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(3)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄全民健康保險憑證（以下稱健保卡），就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若患者醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。

(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：（不適用於特定需求者牙醫醫療服務）

A.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，每月不超過 16 診次。

B.每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過的部分不予支付。

C.至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校或政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5)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。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四)申請程序：

參與本計畫提供特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所、醫療團、到宅牙醫醫療服務等各項申請應檢附相關資料紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查，異動時亦同。

1.申請為初級照護院所時，應檢附下列資料：

- (1)申請書格式如【附件 3】。
- (2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (3)牙醫師證書正反面影本一份~~【含開(執)業登記動態章】~~。

2.申請為進階照護院所時，應檢附下列資料：

- (1)申請書格式如【附件 3】。
- (2)2 位以上(含負責醫師)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。
- (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會(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 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫)。
- (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (5)牙醫師證書正反面影本一份~~【含開(執)業登記動態章】~~。

3.以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：

- (1)申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：

A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】

B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構等單位之立案證明、同意函、簡介、身障者名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份~~【含開(執)業登記動態章】~~等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

- (2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。

4.申請提供到宅牙醫醫療服務時，應檢附下列資料，一併提供牙醫全聯會：

- (1)申請書格式如【附件 13】、日報表【附件 16】。
- (2)醫療服務之預定執行區域居所資料。
- (3)個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】~~到宅醫療個案需求轉介單【附件 18】~~或各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件影本、~~當地衛生主管機關報備支援~~証明~~同意函~~、牙醫師證書正反面影本~~(含開(執)業登記動態章)~~等書面紙本各一份。
- ~~(4)醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本。~~

- 5.申請提供特定需求者牙醫醫療服務時，應檢附下列資料，一併提供牙醫全聯會：
- (1)申請書格式如【附件 13】、日報表【附件 16】，預定前往提供牙醫醫療服務之機構簡介、立案證明、同意函等，另須檢附完成當地衛生主管機關報備支援證明同意函等書面。
 - (2)衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診療服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。
 - (3)每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 ~~24~~ 20】等書面紙本。
 - (4)牙醫師證書正反面影本、~~【合開（執）業登記動態章】、醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本等書面文件各一份。~~

(五)相關規範

- 1.每月 5 日前將申請書及相關學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】、【附件 14】。到宅及特定需求者醫療服務個案申請以掛號郵寄至牙醫全聯會，經牙醫全聯會審查後，通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，函復院所及牙醫全聯會。
- 2.醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】、【附件 5】及【附件 16】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
- 3.院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
- 4.醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：（不適用於到宅與特定需求者牙醫醫療服務）
 - (1)醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查，異動時亦同，並確實完成報備支援程序。
 - (2)醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
 - (3)醫療團醫師每月 20 日前須檢附論次論量申請表【附件 10】、日報表【附件 11】併同門診費用申報正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳 3 個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
 - (4)醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診療服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。

- (5)每一醫療團必須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。
- (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員。
- (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構或衛生福利部所屬老人福利機構等單位時，必須有老師或熟悉該患者狀況的人陪同就診。
- (10)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。
- (11)若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
- (12)耗材應由看診醫師自備。
- (13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
- (14)患者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患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
- (15)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。
- (16)執行全身麻醉時，醫師及場次設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，應於進階照護院所內方得執行。
- (17)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。
- (18)配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 ~~20~~ 19】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
- (19)未遵守本計畫相關規定，被經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第 1 一次通知 2 二個月內未改善或第 2 二次通知 1 個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
- (20)牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
- 5.到宅醫療及特定需求者牙醫醫療服務應注意事項：
- (1)牙醫醫療服務之醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 15】。
- (2)醫師每月 20 日前須檢附論次論量申請表【附件 10】、日報表【附件 11】併同門診費用申報正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳 3 三個月內仍未改善者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得暫停計畫執行。
- (3)每月申請下列服務時，須檢送相關資料至牙醫全聯會先行初審，再彙整後送本保險人之分區業務組核定：
- A.到宅服務：應提供申請書【附件 13】、日報表【附件 16】、口腔醫療需求評

估及治療計畫【附件 17】、~~轉介單【附件 18】~~及**完成**當地衛生主管機關報備支援**證明**~~同意書~~、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等。

B.特定需求者服務：應提供申請書【附件 13】、日報表【附件 16】、口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】、個案**健康**狀況評估表【附件 ~~21~~ **20**】及**完成**當地衛生主管機關報備支援**證明**~~同意書~~、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等。

C.前述服務，若有醫師異動，應具函敘明原因及備妥衛生主管機關核備**函檢附報備支援證明**，通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。

- (4)應詳實填寫就診紀錄【附件 ~~19~~ **18**】留存於病患，並於院所製作實體病歷留存，且須依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (5)一位醫師需搭配至少一位護理人員。
- (6)醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。
- (7)所有侵入性治療應取得病患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。
- (8)本項服務若無法順利完成治療，應將患者轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
- (9)醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。
- (10)耗材應由醫療團隊自備。
- (11)設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療團隊依相關法規妥善處理。
- (12)提供本項服務時，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。
- (13)依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
- (14)未遵守本計畫相關規定，經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由本保險之分區業務組核定暫停計畫執行。

6.牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。

7.申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師首次申請加入須接受 6 學分以上身心障礙**口腔**醫療業務**基礎**課程，**加入計畫後**~~且~~每年**仍**須再接受 4 學分以上之身心障礙**口腔**醫療業務相關**再**進修教育課程（每年再進修課程不得重覆，**惟執行到宅醫療之醫師須修習與到宅醫療之相關學分**），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師**須**累積**七年以上且**超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

8.參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站 (<http://www.nhi.gov.tw>) 及牙醫全聯會網站 (<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

八、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收；若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

- 九、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。
- 十、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

-先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症醫療服務(齒顎矯正) 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本計畫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、先天性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)、小臉症、顏面不對稱者。
 - (二)呼吸終止症候群，須領有身心障礙手冊者。(限導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致之個案)
 - (三)骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。
 - (四)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、因病情需要施行本計畫之齒顎矯正裝置，須個案事先報經保險人同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者及唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正者，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，得個案事先報經保險人同意後，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。

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
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：施行本項檢查不須要事前審查，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
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：施行本項檢查不須事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每一年六個月限施行一次。		✓	✓	✓	3000
92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance (one jaw)		✓	✓	✓	4806
92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance (two jaws)		✓	✓	✓	7209
92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer, unilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer, bilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	2500
92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
92108B	環鈎，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
92111B	矯正調整及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.以每三個月實施一次為限。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
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 (Distraction Osteogenesis)之裝置。		✓	✓	✓	12476
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
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259

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
92115B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92116B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次支付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經保險人同意後，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
92117B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92118B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第一次支付後160天。 (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，並標示第一次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第二次支付後160天。 (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，並標示第2次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236

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
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第三次支付後 160 天。 (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，並標示第 3 次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含 92111B 矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	9946
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付 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： 第五次 支付後至完成治療。 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
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顱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

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
90112C	特殊狀況橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註：1.治療需要時，需使用橡皮障防濕裝置費(限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務申報)。 2.使用橡皮障防濕裝置時，須檢附X光片或相片(規格須為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證(X光片或相片費用已內含)。 3.含張口器費用。	✓	✓	✓	✓	250
92126B	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 Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	12000
92127B	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 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	15000
92128B	鼻型齒槽骨矯正定期調整 Nasoalveolar 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.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 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。		✓	✓	✓	1000

【附件 2】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明
與舊制身障類別之區分與辨識

101 年 7 月 11 日起施行 ICF 新制身心障礙鑑定與需求評估制度，ICF 新制 8 類與舊制 16 類身心障礙類別及代碼對應表如下：

新制身心障礙類別	舊制身心障礙類別代碼	
	代碼	類別
第 1 類 神經系統構造及精神、心智功能	06	智能障礙者
	09	植物人
	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑性（難治型）癲癇症者
第 2 類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者
	02	聽覺機能障礙者
	03	平衡機能障礙者
第 3 類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者
第 4 類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟
	07	重要器官失去功能者-造血機能
	07	重要器官失去功能者-呼吸器官
第 5 類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能
	07	重要器官失去功能-胃
	07	重要器官失去功能-腸道
	07	重要器官失去功能-肝臟
第 6 類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟
	07	重要器官失去功能-膀胱
第 7 類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者
第 8 類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者
備註： 依身心障礙者狀況對應第 1 至 8 類	13	多重障礙者
	15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者
	16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)

計畫適用代碼：01、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15、16

備註說明：

一、101 年 7 月 11 日起至 108 年 7 月 10 日全面換證前，原「身心障礙手冊」及新制「身心障礙證明」將同時並行，惟身心障礙者僅會持有兩者之一。

二、新制身心障礙證明樣張如下

中華民國身心障礙證明			照片黏貼處
身分證統一編號		【有效期限】 年 月 日	
姓名			
出生日期	年 月 日		
戶籍地址			
聯絡人		關係	
鑑定日期	年 月 日	重新鑑定日期	年 月 日
障礙等級	輕度、中度、重度、極重度		

戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章
障礙類別	第 2 類【B230】 → ICF 對應碼					
ICD 診斷	3899【02】 → 舊制身障類別代碼					
必要陪伴者優惠措施						

(一)障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。

(二)障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧註記其對應之ICF編碼。

(三)ICD診斷：除帶入該位民眾經鑑定後之「疾病分類代碼」，並於括弧【】中註記民眾舊制身心障礙類別代碼，以利證明使用人及各相關專業人員對應辨識。

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務加入申請書（院所內服務）

醫師姓名		身份證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請院所基本資料】					
一、「執業登記」院所名稱（全銜）： (1) 醫事機構代號： (2) 院所所屬層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院 ☐基層診所 (3) 院所申請類別：☐初級 ☐進階 (4) 院所基本資料： 1. 負責醫師姓名： 身分證字號： 2. 聯絡方式： 3. 聯絡地址：□□□-□□ (5) 目前院所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. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）：_____ (6) 是否曾申請過加入計畫：☐有 ☐無					
二、「支援服務」院所名稱（全銜）： (1) 醫事機構代號： (2) 院所所屬層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院 ☐基層診所（或☐同上） (3) 院所申請類別：☐初級 ☐進階（或☐同上） (4) 院所基本資料： 1. 負責醫師姓名： 身分證字號： 2. 聯絡方式： 3. 聯絡地址：□□□-□□ (5) 目前院所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. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）：_____ (6) 是否曾申請過加入計畫：☐有（年度：_____） ☐無					

**備註：寄送地址:104-76 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收

- (1) 「初級院所」應檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。
- (2) 「進階院所」須事前檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份、2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷相關資料紙本、設備需求照片或圖片、身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份等資料後，待牙全會初審後再請申請院所親自面試。

【附件 4】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務變更申請書（院所內服務）

申請 醫師姓名		身分證字號		出生年月	
變更後 聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請變更院所基本資料】					
一、原申請加入院所名稱（全銜）： (1) 原醫事機構代號： (2) 原申請院所類別： ☐ 執業登記院所 ☐ 支援服務院所 (3) 原申請變更原因，如下：（請勾選） ☐ 執業登記異動（日期： ） ☐ 院所名稱變更、醫師姓名變更 ☐ 醫事機構代號變更 ☐ 醫師已離職不在診所服務（醫師姓名：_____或身分證字號_____） ☐ 醫師不再繼續執行計畫，要取消資格					
二、申請變更後內容： (1) 變更後院所名稱： (2) 變更後院所類別： ☐ 執業登記院所 ☐ 支援服務院所 (3) 變更後院所醫事機構代號： (4) 變更後院所負責人： 身分證字號：					

【附件5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務申請書（醫療團）

一、公會別：

二、申請服務單位（全銜）：

三、醫療團負責或代表醫師：_____

四、申請檢附資料：

☐ 縣市公會評估表

☐ 服務單位同意函，如：身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構或衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）等

☐ 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、身障人員名冊及身心障礙類別輕重程度別等☐ 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、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☐ 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的診療椅和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等☐ 醫師服務排班表、☐ 後送醫療院所

五、醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險分 區別	姓名	身分證 字號	醫事機構 代號	醫事機構 名稱	郵遞 區號	院所地址	電話	相關教育訓練 (檢附學分證明)	備註
									☐ 取消 ☐ 新增

六、變更醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險 分區別	原申請資料					變更後申請資料				
	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電 話	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電 話

*備註：申請變更醫療團醫師名單時，請各縣市公會或申請單位函文向本會提出變更，待保險人分區業務組核定變更作業程序完成後得執行之。

【附件6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表
(醫療團)

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

_____ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

☐同意

☐不同意，原因：_____

☐其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

地址：

*簽章需簽署用印(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	1 欲申請於院所中執行特殊病患照護服務者 2 無學分：參加身心障礙教育訓練之課程 有學分：直接執行 3-1 之步驟。 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 寄至牙醫全聯會審核	1-1 院所所有醫師希望能申請本計畫之經費時。 1-2 請至牙醫全聯會網站（www.cda.org.tw）的下載專區，下載本計畫全文且詳讀。 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。 2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。 3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後須附上： 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） b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。
申請中段	4 檢查資料是否有備齊 有齊：進入 5 不齊：返回 4 5 審核院所資格 通過：進入 6 不通過：返回 4 6 名單提送保險人及分區業務組	4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主（每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會）。其未齊之資料僅保存半年。 5-1 將由醫師審核初級院所資格，進階院所負責人或醫師須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。 5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所待有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。 6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。
申請後	7 執行計畫	7-1 申請院所收到保險人回復函文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	1 欲申請至醫療服務單位中提供服務者 2 參加身心障礙教育訓練之課程 3 由各縣市牙醫師公會向牙醫全聯會提出醫療團之申請	1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。 1-2 至保險人網站（www.nhi.gov.tw）的檔案下載專區其他項，下載本計畫全文且詳讀。 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。 2-2 向所屬牙醫師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。 3-1 向所屬公會洽詢，加入現有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牙醫全聯會申請。（申請書及檢附資料詳本計畫內容）
申請中段	4 檢查資料是否有備齊 5 至牙醫全聯會口頭報告審核其資格 6 名單提送保險人及分區業務組	4-1 各縣市公會於每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請縣市公會將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 醫療團負責人或各縣市公會代表須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。 5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人。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，通知該公會告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人，經審核通過之名單，保險人分區業務組須主動提供副本給牙醫全聯會存查。
申請完成	7 執行計畫	7-1 申請醫療團之院所收到保險人回復函後其醫療團（醫師）可執行此計畫。（此計畫為年度計畫） 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。

☆ 報備支援：各縣市牙醫師公會務必提醒執行醫療團之醫師，應事前完成向當地衛生主管機關報備支援至服務單位執行醫療之事宜。

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

____年____月____日至____年____月____（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

身心障礙福利機構/未設牙科之精神科醫院/特殊教育學校/發展遲緩兒童之機構/衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構），報備支援代號：

*執行醫療服務單位身心障礙機構/特教學校/精神科醫院，人數：_____人

（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

月份	排班 醫師數	總診次	總時數	總服務人 次	論次費用	論量費用	論次論量費 用小計
1 月							
2 月							
3 月							
4 月							
5 月							
6 月							
7 月							
8 月							
9 月							
10 月							
11 月							
12 月							
總計							

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，須由申請單位另外向牙醫全聯會函文提出申請。)

(二)下年度預定執行方式

- 1.全年執行人次目標
- 2.全年申報金額估算
- 3.治療計畫（如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形）
- 4.維護計畫
- 5.口腔衛生計畫
- 6.經費評估
- 7.成效預估
- 8.機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次
- 9.後送醫院（須為本計畫之進階照護院所）

（* 每年度結束後 20 日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。）

【附件 8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

____年____月 ~ ____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

月份	總服務 診次	總服務 時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量費 用小計
範例	2	6	10	14400	10550	24950
1 月						
2 月						
3 月						
4 月						
5 月						
6 月						
7 月						
8 月						
9 月						
10 月						
11 月						
12 月						
總計						

備註：資料統計來源-醫療團月報表；**請確實填寫，經查不實者，牙醫全聯會將移請
保險人暫停院所或醫師執行該計畫。

（填寫方式：以醫師為單位，1 個支援服務單位填寫 1 張，2 個支援服務單位
填寫 2 張，以此類推。）

【附件9】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團執行牙科服務流程圖

階段	流程	A、醫療團負責部份	B、醫療服務單位負責部份
執行醫療服務前	組織一醫療團至執行醫療服務單位 每次出團前置作業 醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作 機構、醫院或學校等，於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 中之各項事前工作	A-1 每次至執行醫療服務單位前，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，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。 A-2 至提供醫療服務單位時，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。	B-1 事前須匯集前往提供醫療服務單位中有醫療需求或必須回診之身障人員名單。 B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。 B-3 製作名冊、IC 卡、身心障礙手冊（證明）影本或若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書（診斷頁）或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書、屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本或其他事前文書準備工作。
執行醫療服務中	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。 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（B-4 至 B-6）。	A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單（檢查部分）。 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。 A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。 A-6 完成醫療紀錄單之記載。 A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。	B-4 機構、醫院、學校等單位責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪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。 B-5 協助醫師完成治療。 B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。
執行醫療服務後	醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。 依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。 結束此次醫療團之服務務。	A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。	B-7 護送身障者返回教室或看護場所。 B-8 場地整理及器械消毒。 B-9 醫療廢棄物之處理。

牙醫醫療服務報酬論次論量申請表

受理日期				受理編號						
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號						
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	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.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每 次 時申請金額	申請金額總數	核減 次 時數	核減金額	核定 次 時數	核定金額
	支付別									
	P30001									
	P30003									
總計										
負責醫師姓名：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別：特定身心障礙者（含失能老人）P30001 → ，每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 2400 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用）。 三、 到宅 及特定需者 P30003 → ：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 1900 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用）；每日達 5 人以上第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人，每位醫師支援每週不超過 2 日，另每一個案以 2 個月執行 1 次為限 原則 。 四、診療人次：填寫當次診療之人次。 五、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期 年 月 日						
醫事服務機構地址：										
電話：										
印信：										

一式三聯 第一聯保險人之分區、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 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

序號	障別代號	病患姓名	身分證字號	卡號	診察費	處置費	診治醫師
合計							

備註：障礙類別代號如下：

A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、
K.因罕見疾病而致身心功能障礙者、L.重度以上肢體障礙、M.重度以上視覺障礙者、N.發展遲緩兒、O.失能老人、P.重度以上重要器官失去功能失去功能者、I.其他(非特殊計畫 16 案件適用對象之身心障礙患者)。

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																	
姓名：				出生年月日：								監護人：					
地址：																	
醫病史 (MedialHistory)																	
父母：				相關證明影本黏貼處													
親屬：				備註：若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。													
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
口腔發現 (oralfinding)																	
上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

填表說明:D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

診療紀錄

[illegible]

身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

（一）基本資料：

姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女	出生日期	年 月 日
障礙程度	☐ 輕 度	☐ 中 度	☐ 重 度	☐ 極 重 度	

（二）洗牙記錄：第一次： 月 日，第二次： 月 日，第三次： 月 日

註：口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙2次以上。

（三）檢查方式說明：

1. 牙菌斑平均值計算方式：全口分為6區，目視各區牙菌斑堆積狀況以「0」，代表無或微量；「1」表示目視可見牙菌斑。

牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

2. 牙齦炎平均值計算方式：全口分為6區，目視各區牙齦炎狀況以「0」，代表無牙齦炎；「1」表示有牙齦發炎。

牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

註：口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average)及牙齦炎平均值(Gingival Index Average)皆在0.5(含)以下。

（四）檢查結果：（全口分為6區）

1. 牙菌斑平均值=牙菌斑總統計總數()/總區數()=()

18 - 14	13 - 23	24 - 28
48 - 44	43 - 33	34 - 38

2. 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數()/總區數:無牙區須扣除()=()

18 - 14	13 - 23	24 - 28
48 - 44	43 - 33	34 - 38

檢查醫師:

檢查日期: 年 月 日

【附件 13】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
—牙醫醫療服務申請書（到宅或特定需求者醫療服務）

提供服務方式：☐到宅 ☐特定需求者醫療

一、醫療院所名稱（全銜）：醫事機構代號：

二、所屬層級別：

☐各縣市牙醫師公會組成醫療團

☐醫學中心

☐參與衛生福利部「~~身心障礙者~~特殊需求牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院

☐參與本計畫之「~~進階~~照護院所」（且醫師須接受到宅之醫療相關課程）

三、院所負責醫師姓名：

身分證字號：

四、參與醫師（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	醫師姓名	身分證字號	申請項目	備註
			☐ 新增 ☐ 異動	
			☐ 新增 ☐ 異動	

五、執行區域或服務機構：

六、院所電話：（）

傳真：（）

七、聯絡人姓名：電話：

八、e-mail address：

九、地址：□□□-□□

十、執行到宅或特定需求者醫療服務時可提供身心障礙使用之設備名稱、數量、規格：（詳述）

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、是否曾申請加入計畫過：☐有（年度：_____），執行日期：☐無

到宅醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<pre> graph TD 1([1 申請到宅醫療服務]) -- 無學分 --> 2_2[2-2 參加身心障礙教育訓練之課程] 1 -- 有學分 --> 3_1[3-1 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療團隊之申請] 2_2 --> 3_1 </pre>	1-1 由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心、參與衛生福利部「身心障礙特殊需求者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本試辦計畫之進階照護院所組成團隊經提出至特定身心障礙或失能老人行動不便患者住家提供牙醫醫療服務。 1-2 請於保險人網站（www.nhi.gov.tw）的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程學分者請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬縣市牙醫師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。 3-1 填寫好申請書（以到宅醫療團隊為單位），並於申請書【附件 13】後附上： a. 日報表【附件 16】 b. 到宅醫療之預定執行區域服務地點 c. 個案口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】、到宅醫療個案需求轉介單【附件 18】、當地衛生主管機關報備支援同意函、牙醫師證書正反面影本（合開（執）業登記動態章）、到宅牙醫醫療服務對象符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助者，應檢附各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件影本等書面紙本各一份。 d. 身心障礙教育訓練之學分證明影本
申請中段	<pre> graph TD 4[4 查資料是否有備齊] -- 齊全 --> 5[5 若有需要應至牙醫全聯會口頭報告] 4 -- 缺件 --> 3_1[3-1 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療團隊之申請] 5 -- 齊全 --> 6[6 名單提送保險人及分區業務組] 5 -- 未通過 --> 3_1 </pre>	4-1 每月將申請資料寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 若有需要醫療團隊須至牙醫全聯會進行口頭報告。 5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人分區業務組。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申請。若因遭違規處分或者執行地點未符合本計畫者，會依保險人相關通知或核定文，行文給申請院所告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。
申請完成	<pre> graph TD 6[6 名單提送保險人及分區業務組] --> 7([7 符合執行計畫資格]) </pre>	7-1 收到保險人回复函後其醫療團隊（醫師）符合執行計畫資格。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

特定需求者醫療服務申請流程圖

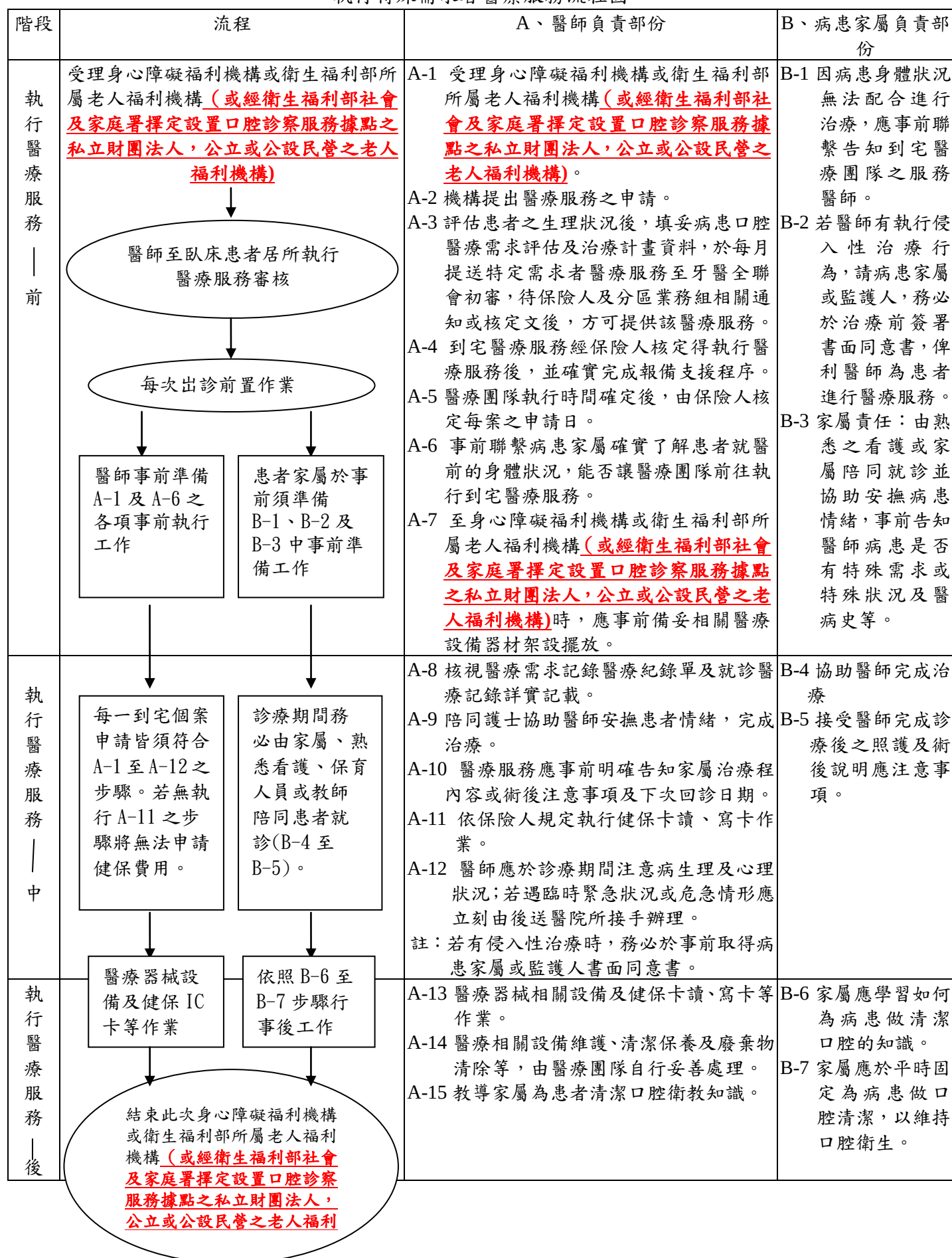
階段	流程	說明
申請前段	<pre> graph TD A([申請特定需求者醫療服務]) -- 無學分 --> B[2-2 參加身心障礙教育訓練之課程] A -- 有學分 --> C[3-1 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療團隊之申請] B --> C </pre>	1-1 由各縣市牙醫師公會醫療團組成、醫學中心、參與衛生福利部「身心障礙特殊需求者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本試辦計畫之進階照護院所組成團隊經提出至特定身心障礙或失能老人行動不便患者住家提供牙醫醫療服務。 1-2 請於保險人網站（www.nhi.gov.tw）的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程學分者請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬縣市牙醫師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。 3-1 填寫好申請書（以特定需求者醫療團隊為單位），並於申請書【附件 13】後附上： - 日報表【附件 16】、每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】。 - 個案健康狀況評估表【附件 21 20】等書面紙本。 - 預定前往提供醫療服務之身心障礙福利機構簡介及立案證明、衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）、機構同意函等，另須檢附當地衛生主管機關報備支援同意函等書面。 - 牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）、醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本，屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本等書面文件各一份。
申請中段	<pre> graph TD 4[4 查資料是否有備齊] -- 齊全 --> 5[5 若有需要應至牙醫全聯會口頭報告] 4 -- 缺件 --> 4 5 -- 齊全 --> 6[6 名單提送保險人及分區業務組] 5 -- 未通過 --> 5 </pre>	4-1 每月將申請資料寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 若有需要醫療團隊須至牙醫全聯會進行口頭報告。 5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人分區業務組。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申請。若因遭違規處分或者執行地點未符合本計畫者，會依保險人相關通知或核定文，行文給申請院所告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。
申請完成	<pre> graph TD 7([7 符合執行計畫資格]) </pre>	7-1 收到保險人回覆函後其醫療團隊（醫師）符合執行計畫資格。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

執行到宅醫療服務流程圖

階段	流程	A、醫師負責部份	B、病患家屬負責部份
執行醫療服務 —— 前	受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫師或牙醫診所轉介療需求 ↓ 醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核 ↓ 每次出診前置作業 ↓ 醫師事前準備 A-1 及 A-6 之各項事前執行工作 患者家屬於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 中事前準備工作	A-1 受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫師或牙醫診所轉介療需求個案。 A-2 提出到宅個案醫療之申請。 A-3 評估患者之生理狀況後，填妥病患口腔醫療需求評估及治療計畫資料，於每月提送到宅個案至牙醫全聯會初審，待保險人及分區業務組相關通知或核定文後，方可執行到宅醫療。 A-4 到宅醫療服務經保險人核定得執行醫療服務後，並確實完成報備支援程序。 A-5 到宅醫療團隊執行時間自保險人核定通過日起。 A-6 事前聯繫病患家屬確實了解患者就醫前的身體狀況，能否讓醫療團隊前往執行到宅醫療服務。 A-7 至個案住宅時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。	B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知到宅醫療團隊之服務醫師。 B-2 若醫師有執行侵入性治療行為，請病患家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，俾利醫師為患者進行醫療服務。 B-3 家屬責任：由熟悉之看護或家屬陪同就診並協助安撫病患情緒，事前告知醫師病患是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。
執行醫療服務 —— 中	每一到宅個案申請皆須符合 A-1 至 A-12 之步驟。若無執行 A-11 之步驟將無法申請健保費用。 診療期間務必由家屬、熟悉看護、保育人員或教師陪同患者就診(B-4 至 B-5)。	A-8 核視醫療需求記錄醫療紀錄單及就診醫療記錄詳實記載。 A-9 陪同護士協助醫師安撫患者情緒，完成治療。 A-10 醫療服務應事前明確告知家屬治療內容或術後注意事項及下次回診日期。 A-11 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 A-12 醫師應於診療期間注意病生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送醫院所接手辦理。 註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病患家屬或監護人書面同意書。	B-4 協助醫師完成治療 B-5 接受醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。
執行醫療服務 —— 後	醫療器械設備及健保 IC 卡等作業 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 ↓ 結束此次到宅醫療服務	A-13 醫療器械相關設備及健保卡讀、寫卡等作業。 A-14 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由醫療團隊自行妥善處理。 A-15 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。	B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。 B-7 家屬應於平時固定為病患做口腔清潔，以維持口腔衛生。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

執行特殊需求者醫療服務流程圖



【附件 16】

_____年_____月份全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫服務日報表

執行單位（全銜）：_____

（☐到宅醫療或☐特定需求者醫療服務專用）

序號	障別代號	診治醫師	日期	病患姓名	身分證字號	聯絡電話	服務地址	護理人員	簡述施行治療內容

備註：1.障礙類別或失能老人代號如下：

A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、

K.因罕見疾病而致身心障礙功能障礙者、L.重度以上肢體障礙、M.重度以上視覺障礙者、N.失能老人、**P.重度以上重要器官失去功能失去功能者**

2.施行治療項目，請敘述提供之處置內容。如下：

- (1) 牙周病緊急處理、(2) 牙周敷料、(3) 牙結石清除（全口或局部）、(4) 牙周病控制基本處置、(5) 塗氟、(6) 非特定局部治療、
(7) 特定局部治療、(8) 簡單性拔牙、(9) 單面蛀牙填補。

【附件 17】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

口腔醫療需求評估及治療計畫-__年__月__日、序號：__

基本資料																	
姓名：				出生年月日：						監護人：							
提供服務方式： ☐ 到宅醫療服務 ☐ 特定需求者醫療服務																	
地址：																	
醫病史 (MedialHistory)																	
父母：				相關證明影本黏貼處													
親屬：				備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面影本、(2) 到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件影本、(3) <u>屬衛生福利部所屬老人福利機構 (或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)</u> 內之個案：應檢附診斷證明書或評估量表相關證明文件影本													
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
以往治療內容簡述																	
上次施行治療項目：(1) ☐ 牙周病緊急處理、(2) ☐ 牙周敷料、(3) 牙結石清除 (☐ 全口或 ☐ 局部)、(4) ☐ 牙周病控制基本處置、(5) ☐ 塗氟、(6) ☐ 非特定局部治療、(7) ☐ 特定局部治療、(8) ☐ 簡單性拔牙、(9) ☐ 單面蛀牙填補																	
治療時間： 年 月 日																	
口腔現況																	
上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																	

治療計畫

一、患者口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

- （一）☐ 牙周病緊急處理
- （二）☐ 牙周敷料
- （三）☐ 牙結石清除（☐ 全口或☐ 局部）
- （四）☐ 牙周病控制基本處置
- （五）☐ 塗氟
- （六）☐ 非特定局部治療
- （七）☐ 特定局部治療
- （八）☐ 簡單性拔牙
- （九）☐ 單面蛀牙填補

三、到宅服務之醫師及護士聯絡資料：

醫師姓名：聯絡電話：

護士或助理姓名：聯絡電話：

四、此次到宅醫療個案，提供的醫療設備內容：

【**建議**請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】

五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所？

（檢附到宅醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間）

八、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

中華民國牙醫師公會全國聯合會初審意見

☐ 同意 ☐ 不同意原因：

~~【附件 18】 刪除本表~~

~~全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫~~

~~牙醫醫療服務到宅醫療個案需求轉介單~~

提出轉介需求單位：_____ 提出轉介日期：____年__月__日

或提出轉介需求醫師：_____（親簽）電話：_____、傳真：_____

患者基本資料	姓名		出生	民國____年__月__日，____歲		性別	☐ 男 ☐ 女
	緊急聯絡人		電話		關係		健保 ☐ 有 ☐ 無
	身份別	☐ 1 一般 ☐ 2 低收入戶 ☐ 3 中低收入戶 ☐ 4 身障手冊 ☐ 5 其他_____					
	戶籍地址						
	現住址		身分證字號				
個案口腔需求摘要 (個案情況)		☐ 疑似牙齦出血紅腫等異常情況 ☐ 疑有口腔衛生狀況不佳情況 ☐ 其他需轉介牙科處理_____					
患者目前身心健康狀況 (個案情況)							

受理轉介需求單位：_____ 受理轉介需求日期：____年__月__日

受理轉介需求醫師：_____ 電話：_____ 傳真：_____

接案結果：☐申請提供服務：_____

☐無法提供服務原因：_____

☐再轉介之建議：_____

~~註：無法提供或再轉介建議時，本單請送還轉介需求單位醫師轉知病人或另請其他牙醫師評估重填本欄。~~

接案者（簽章）：_____

~~*如收案申請提供到宅服務，請院所儘早安排診次，併個案醫療需求評估及治療計畫資料及醫師報備支援衛生主管機關核備函，送牙醫全聯會初審，再彙送保險人及分區業務組核定，醫師異動應具函敘明原因及備妥衛生主管機關核備函通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。~~

【附件 18】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
身心障礙到宅服務或特定需求者服務醫療團就診紀錄(首頁)

基本資料		
姓名：	出生年月日：	監護人：
地址：		
醫病史 (MedialHistory)		
父母：	相關證明影本黏貼處	
親屬：	備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面影本、(2) 到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件影本、(3) 衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案：應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本	
本人：		
特別注意事項：		
牙醫病史		
☐ 到宅服務或 ☐ 特定需求者服務 服務日期： 年 月 日 到達時間： 時 分 離開時間： 時 分		

1. 口腔狀況 (oral finding)

上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	
恆牙牙冠																	
醫療需求																	
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	
恆牙牙冠																	
醫療需求																	

填表說明: D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled

2. 施行治療內容項目 (請敘述處置內容):

- (一) ☐ 牙周病緊急處理
- (二) ☐ 牙周敷料
- (三) ☐ 牙結石清除 (☐ 全口 或 ☐ 局部)
- (四) ☐ 牙周病控制基本處置
- (五) ☐ 塗氟
- (六) ☐ 非特定局部治療
- (七) ☐ 特定局部治療
- (八) ☐ 簡單性拔牙
- (九) ☐ 單面蛀牙填補

3. 本次治療後注意事項:

醫師簽名 (簽章):

聯絡電話:

護士 或助理 簽名 (簽章):

(本記錄一式兩聯，正本由醫療院所留存於病歷備查，複本送病人家屬保存)

【附件 ~~20~~ 19】

全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

看診醫師姓名：_____（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：

日期： 年 月 日

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地 址	聯絡電話	原因別	備註
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	

*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
特定需求者醫療服務—個案健康狀況評估表

第一部分：個案基本資料

1.醫療需求申請單位名稱（全銜）：		
個案所在地址：		
個案申請人姓名：		
主要聯絡人：	與個案關係：	聯絡電話/手機：
主要照顧者：	與個案關係：	聯絡電話/手機：
2.個 案 姓 名：_____、年齡：_____歲		
3.性 別：1. ☐ 男 2. ☐ 女		
4.出生年月日：民國（1.前 2.國） 年 月 日		
5.身份證字號：		
6.照護情形： ☐ 照護期內 ☐ 已超過照護期		
7.是否有身心障礙手冊：（請 ☒勾選下列問題） （1）0.☐沒有 1.☐申請中 2.☐有 （2）a.障礙類別：1.☐視覺障礙 2.☐聽覺機能障礙 3.☐平衡機能障礙 4.☐慢性精神病患 5.☐聲音機能或語言機能障礙 6.☐肢體障礙 7.☐智能障礙 8.☐重要器官失去功能 9.☐顏面損傷 10.☐植物人 11.☐失智症 12.☐自閉症 13.☐頑型（難治型）癲癇症 14.☐多重障礙 15.☐經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 16.☐其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷） b.障礙等級 1.☐輕度 2.☐中度 3.☐重度 4.☐極重度 c.重新鑑定日期： / /		
7-1.是否有失能老人證明文件：（請☒勾選下列問題） （1）0.☐沒有 1.☐申請中 2.☐有 （2）失能程度別： ☐輕度 ☐中度 ☐重度 ☐極重度 備註：屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本		
8.提供牙醫醫療服務前，機構有無告知醫師個案身體狀況與其它特殊情形： ☐1.是，機構已事前告知個案身體狀況 ☐2.未告知，機構未告知個案身體狀況		

第二部分：健康狀況（請☑勾選下列問題）

*個案身體健康狀況調查情形：

(1)意識狀態： 1. ☐清醒 2. ☐嗜睡 3. ☐混亂 4. ☐昏迷 5. ☐其他：

(2)皮膚狀況： 1. ☐正常

2. ☐異常；皮膚異常狀況

①☐過度乾燥有皮屑 ②☐淤青 ③☐有疹子 ④☐傷口（部位：

大小： ；等級： 類別：☐擦傷、割傷 ☐術後傷口 ☐燒燙

傷☐壓瘡☐其他慢性傷口：) ⑤☐其他

(3)目前是否接受其他特殊照護

0. ☐否

1. ☐是（ ①☐鼻胃管 ②☐氣切管 ③☐導尿管 ④☐呼吸器 ⑤☐傷口引流管
⑥☐造瘻部位 ⑦☐氧氣治療 ⑧☐其他)

(4)目前飲食型態：1. ☐一般飲食 2. ☐軟質 3. ☐流質 4. ☐特殊治療飲食： 5. ☐其他

(5)進食方式：1. ☐由口進食 2. ☐管灌 3. ☐其他

(6)營養狀況評估：

1. 身高： 公分 2. 體重： 公斤 3. BMI： 4. ☐無法評估

(7)疾病史

疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療
1. ☐ 中風		0. ☐ 否 1. ☐ 是	10. ☐ 泌尿道疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是
2. ☐ 高血壓		0. ☐ 否 1. ☐ 是	11. ☐ 巴金森氏症		0. ☐ 否 1. ☐ 是
3. ☐ 心臟病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	12. ☐ 免疫疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是
4. ☐ 糖尿病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	13. ☐ 失智症		0. ☐ 否 1. ☐ 是
5. ☐ 消化系統（肝、膽、腸、胃）		0. ☐ 否 1. ☐ 是	14. ☐ 傳染性疾病 （肺結核、愛滋病、梅毒、B型肝炎）		0. ☐ 否 1. ☐ 是 治療階段：
6. ☐ 慢性阻塞性肺疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	15. ☐ 其他呼吸系統疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是
7. ☐ 腎臟疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	16. ☐ 腦性麻痺		0. ☐ 否 1. ☐ 是
8. ☐ 脊髓損傷		0. ☐ 否 1. ☐ 是	17. ☐ 癌症： 癌		0. ☐ 否 1. ☐ 是
			18. ☐ 其他：		0. ☐ 否 1. ☐ 是
9. ☐ 骨骼系統（關節炎、骨折）		0. ☐ 否 1. ☐ 是	19. ☐ 以上皆無		

(8)身體狀況有無特殊情形：（請與照護者或申請單位確認）

1. ☐個案身體狀況可承受治療

2. ☐個案身體狀況無法承受治療（請說明原因：_____）

(9)主要照護者知道個案有口腔醫療需求嗎？

1. ☐知道 2. ☐不知道

(10)醫療提供單位施行治療項目：

1. ☐牙周病緊急處理 2. ☐牙周敷料 3. ☐牙結石清除（全口或局部）

4. ☐牙周病控制基本處置 5. ☐塗氟 6. ☐非特定局部治療 7. ☐特定局部治療。

(11)評估日期： 年 月 日，時間：

協助評估者姓名：_____（親簽）與個案關係：_____

評估者姓名：_____醫師（親簽）

104 105 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

本計畫之實施，係藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔疾病醫療費用之負擔。

三、執行目標：

本計畫照護人次以達成第二階段 ~~125,000~~ **130,000** 人次及第三階段 ~~90,000~~ **95,000** 人次為執行目標。

四、預算來源及支付範圍：

(一)本計畫所列診療項目之預算來源

- 1.「P4001C」及「P4002C」診療項目由 ~~104~~ **105** 年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)」專款項目下支應，全年經費為 ~~8.50~~ **8.84** 億元。其預算按季均分及結算，每點金額以 1 元暫結；當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- 2.「P4003C」診療項目全年經費為 ~~3.051~~ **3.309** 億元，其中 ~~2.446~~ **2.606** 億元由 ~~104~~ **105** 年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第 3 階段)」專款項目下支應，另 ~~0.605~~ **0.703** 億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點金額以 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足，則由一般服務預算支付；全年度預算若有結餘，則依 103 年第 4 季人口風險因子(R 值)分配回歸一般服務費用總額。

(二)適用治療對象(給付對象)

治療對象為全口牙周炎患者，總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。

(三)給付項目及支付標準：

- 1.本計畫支付標準限經 99 至 ~~104~~ **105** 年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫核定之醫師申報。
- 2.若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C、91007C*3 者，不得申報本計畫中所列診療項目。
- 3.特約醫療院所擬執行牙周病檢查與治療前，應先詢問病人是否已持有牙周病照護手冊或接受過治療，並請至全民健康保險資訊網服務系統(Virtual Private Network ,VPN)進行牙周病統合照護計畫登錄及查詢該病患是否曾接受牙周病統合性治療，如未曾接受統合性治療或曾接受統合性治療超過一年以上(以執行 P4001C 起算)，始得收案執行。
- 4.確認病人符合收案資格後，特約醫療院所始得申報本計畫支付項目，並自第一階段支付牙周病檢查日起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用，且不得拒絕提供有病情需要，須補充施行齒齦下刮除之治療。
- 5.每一個案每年僅能執行一次牙周病統合照護治療。
- 6.本計畫分三階段支付，其療程最長為 180 天，療程中 P4001C 至 P4003C 各項目僅能申報一次，另施行第二階段 P4002C 治療日起 90 天內，依病情需要施行之牙結石清除治療(91003C、91004C)，不得申報。

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
P4001C	牙周病統合性治療第一階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行治療前 X 光檢查，並進行牙周病檢查(記錄表如附件 1)。 2.應提供「牙周病統合照護計畫照護手冊」及口腔保健衛教指導。 3.X 光片費用另計（限申報 34001C 及 34002C）。 4.≤30 歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於 2 年內再執行本計畫之患者須附全口根尖片或咬翼片	v	v	v	v	1800
P4002C	牙周病統合性治療第二階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制記錄(記錄表如附件 2)。 2.須檢附牙菌斑控制記錄及病歷供審查。 3.依病情需要施行 X 光檢查，得另外申報費用(限申報 34001C 及 34002C)。	v	v	v	v	5000
P4003C	牙周病統合性治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制記錄及評估治療情形。 2.完成牙周病統合性治療第二階段治療日起4週（≥28天）後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm之牙齒，至少1個部位深度降低2mm者達7成以上，且無非適應症之拔牙時，方得核付。 3.須附治療前與治療後之牙菌斑控制記錄與牙周病檢查記錄表、病歷供審查。	v	v	v	v	3200

五、牙醫師申請資格：

- (一)一般醫師須接受 4 學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(1 學分行政課程；3 學分專業課程)。
- (二)台灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受 1 學分以上牙周病統合計畫相關之行政部分教育訓練。
- (三)醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條第 2 款者不在此限）或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事

服務機構停止特約以上之處分。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

- (四)醫師 ~~104~~ **105** 年合計提供治療個案數，排除個案數 5 件以下者，於 ~~105~~ **106** 年 8 月依病患歸戶統計，若完成第三階段服務個案數比率<33.33%者 (限同院所不限同醫師完成)，~~106~~ **107** 年 3 月起兩年內不得參加計畫，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

六、申請程序及申報規定：

- (一)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，送中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請初核，並由牙醫全聯會報送所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組核定；異動時，亦同。申請書格式如【附件 3】。
- (二)如病患病情需要，由上述參與計畫之特約醫療院所醫師實施並申報本計畫之治療項目。
- (三)個案申報案件分類為 15，如僅施行計畫項目，治療期間，僅申報「牙周病統合性治療第一階段支付(P4001C)」項目時，得申報診察費。另如與其他案件類別治療併行時，應分開申報，由其他類別案件申報一次診察費。另相關治療之 X 光片檢查費、藥費及麻醉費應併同本計畫項目申報。

七、審查方式：

- (一)醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- (二)申報「牙周病統合性治療第一階段支付 (P4001C)」項目，隨一般案件抽審。審查案件須檢送以下審查資料：
- 1.病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書(詳附件 4)。
 - 2.治療前 X 光片(足以辨識骨頭高度 bone level 之 X 光片)。
 - 3.治療前牙周病檢查記錄表。
 - 4.半年內之病歷影本(初診日為半年之內者，自初診日起算；初診日為半年以上者，須附足回推半年以上之最後一筆病歷)。
- (三)申報「牙周病統合性治療第二階段支付 (P4002C)」項目，隨一般案件抽審。查案件除檢附第一階段審查資料外，另須檢送治療前牙菌斑控制記錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽審清單，並得免附 X 光片)
- (四)申報「牙周病統合性治療第三階段支付 (P4003C)」項目，隨一般案件抽審。審查案件除檢附第一及第二階段審查資料外，另須檢送治療後牙周病檢查記錄表、牙菌斑控制記錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽審清單，並得免附 X 光片)
- (五)專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無骨下破壞患者...等)。

八、臨床治療指引

P4001C	牙周病統合性治療第一階段支付項目
P4002C	牙周病統合性治療第二階段支付項目
P4003C	牙周病統合性治療第三階段支付項目
適應症 Indications	全口牙周炎〔總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 〕
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)
處置 Management	進階牙菌斑控制(治療前、牙根整平術施行後 4-8 週後) 牙根整平術 治療前、後完整牙周病檢查記錄
完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除，牙根整平、原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒，至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上、牙齦發炎狀態改善。

九、相關規範：

(一)醫療服務管控實務如下：

1. 案件數分配：由牙醫全聯會依總額分區 ~~102~~ **103** 年度 R 值比例分配，按季管理。

2. 醫管措施

(1) 執行本計畫之醫師每月申報件數以不超過 20 件為原則（以 P4002C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。

(2) 符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。

① 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、PGY 院所），得提出申請，經保險人核定後，每月 P4002C 申報件數不限，隨一般案件抽審。

② 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 P4002C 每月 30 件。（如於 102 年 3 月提出申請，則以 102 年 1、2 月申報 P4003C 之件數核定）申報件數超過核定數時，將採立意審查。

(3) 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，申請表格式如【附件 5】，請於每月 5 日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月 20 日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。

3. 服務量的調節：一季約執 ~~31,250~~ **32,500** 件，按月統計完成第二階段（P4002C）項目之案件數。

(二)相關配套：牙周病檢查紀錄完整且有治療前後改善情形對照比較。

1. 對於牙周破壞情形(包括軟、硬組織)須完整記載，提供疾病病因、判斷充分資訊，加重患者自我重視程度，提高接受治療意願。

2. 第三階段中治療改善情形，甚至長期牙周健康追蹤情形可據以提供。

(三)參加本計畫之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

十、醫師資格審查程序：

- (一)請每月 5 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本計畫服務。
- (二)醫師支援不同院所應各別提出申請，醫師名單或執業執照若有異動，應於每月 5 日前函報牙醫全聯會，並送保險人分區業務組核定，並得於次月生效。
- (三)特約醫療院所代碼如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫之起迄日期變更作業。
- 十一、本計畫治療過程中，~~全民健康保險不給付~~下列項目如下，請各醫師依特殊需要，並向病人詳述理由，獲得同意~~付費~~後，方得提供：
- (一)牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠（激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用）
- (二)因美容目的而作的牙周整形手術
- (三)牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)
- (四)牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)
- 十二、成效評估指標：由牙醫全聯會依下列指標評估。
- (一)服務量
- (二)完成率：若醫師申報第一階段，申報第二階段未達一定比例或申報第三階段未達一定比例，則需進行再教育或限制其執行本計畫。
- (三)申報第三階段件數核減率
- (四)計畫治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率
- (五)參與計畫之民眾抽樣調查治療之滿意度
- 十三、施行本計畫之個案，如被醫師不當收取屬健保給付範圍之自費項目，該醫師除依全民健康保險相關法規辦理外，且自保險人分區業務組通知日之次月起，不得申報本計畫相關費用。
- 十四、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。
- 十五、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

牙周病檢查記錄表（版本A）

Periodontal Chart（術前、術後合併填寫）

患者姓名 Name		身分證字號 ID		術前日期		術前 醫師姓名	
性別 Sex		年齡 Age		術後日期		術後 醫師姓名	

Mobility		術前																						
		術後																						
Furcation			D	B	M	D	B	M	D	B	M					M	D		M	B	D	M	B	D
		術前																						
		術後																						
Buccal	Probing Depth	術前																						
		術後																						
Tooth			18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
Palatal	Probing Depth	術前																						
		術後																						
Note																								

Lingual	Probing Depth	術前																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														</
---------	---------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Note：治療前總齒數 _____；治療前囊袋 $\geq 5\text{mm}$ 齒數 _____
治療後至少一部位改善 2mm 齒數 _____；改善率 _____ %

牙周病檢查記錄表 (版本B)

Periodontal Chart（術前、術後分開填寫）

患者姓名 Name		身分證字號 ID		術前日期		術前 醫師姓名	
性別 Sex		年齡 Age		術後日期		術後 醫師姓名	

術前																												
Mobility																												
Furcation	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	M							M	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
Buccal	Probing depth																											
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28												
Palatal	Probing depth																											
Lingual	Probing depth																											
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38												
Buccal	Probing depth																											
Furcation																												
	L	B	L	B	L	B																						
Mobility																												

術後																												
Mobility																												
Furcation	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	M							M	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
Buccal	Probing depth																											
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28												
Palatal	Probing depth																											
Lingual	Probing depth																											
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38												
Buccal	Probing depth																											
Furcation																												
	L	B	L	B	L	B																						
Mobility																												

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

牙菌斑控制記錄表

Plaque Control Record (至少術前、術後各執行一次)

患者姓名 Name		身分證字號 ID		性別 Sex		年齡 Age	
--------------	--	----------	--	--------	--	--------	--

醫師姓名						執行日期				Plaque Score (牙菌斑指數) =								%	
Buccal																			
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
Palatal																			
Lingual																			
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
Buccal																			

醫師姓名						執行日期						Plaque Score (牙菌斑指數) =								%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Buccal																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

醫師姓名						執行日期			Plaque Score (牙菌斑指數) =								%	
Buccal																		
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
Palatal																		
Lingual																		
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
Buccal																		

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

1. 牙周病檢查紀錄表須註明為術前或術後

2. 病人基本資料欄:

Name: 姓名

ID: 身分證號碼

Sex: 性別 M: 男 F: 女

Age: 年齡(足歲)

Date: 檢查日期

3. 檢查資料欄

(依牙齒 #18 為例，此表上、下、左、右對稱):

Mobility (搖動度):

1: 已會搖。

2: 頰舌側水平方向搖動 < 1 mm。

3: 頰舌側水平方向搖動 $\geq$ 1 mm。

D: 垂直方向可下壓。

Furcation (根岔病變): 水平根岔病變，以 mm 計。

Probing depth (探測深度): 以 mm 計。

註記說明：

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

近心(M / mesial)，遠心(D / distal)，

X (缺牙): 以英文大寫“X”取代牙齒編號，代表缺牙。

牙菌斑控制記錄表填寫法：

有牙菌斑位置註記為 1，缺牙部位以英文大寫 “X” 取代牙齒編號。

【附件 3】

104 **105**年度全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫申請書(以院所為單位)

一、醫療院所名稱：

醫事機構代號：

二、所屬層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院 ☐基層診所

三、申請醫師(欄位不夠可自行增加)

序號 (流水號)	身分證字號	醫師姓名	資格 (詳註)	申請類別	備註 (申請加入計畫可免 填，申請異動者請註明 日期及內容)
				☐ 加入計畫 ☐ 異動	
				☐ 加入計畫 ☐ 異動	
				☐ 加入計畫 ☐ 異動	
				☐ 加入計畫 ☐ 異動	
				☐ 加入計畫 ☐ 異動	

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

四、院所電話：()

傳真：()

五、聯絡人姓名：

電話：()

六、院所地址：□□□

七、檢附教育訓練證明

醫事服務

備註：

- 申請程序：每月 5 日前郵寄申請書+教育訓練證明至牙醫全聯會(104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收)，由全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核定，核定後將於隔月 1 日後發核定函予院所。
- 查詢繼續教育積分，請登入衛生福利部公共衛生資訊入口網站 (<https://this-portal.mohw.gov.tw/index.do>) 查詢及列印。
- 保險人之分區業務組係依院所別+醫師別核定資格，故同位醫師支援不同院所須分開提出申請。
- 醫師如有執業執照異動，或院所變更醫事機構代號，將影響本計畫資格，須重新填寫申請書，並註明異動日期及內容，按備註 1 之申請程序提出異動申請。

【附件 4】

病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書

姓名：

病歷號碼：

一、醫學病史：

- ☐糖尿病 ☐心血管疾病 ☐高血壓 ☐呼吸道感染（感冒、肺炎）
☐癌症 ☐懷孕 ☐其他()
☐服用骨質疏鬆藥物 ☐無

二、個人習慣：

- 抽菸：☐無 ☐有 (包/天， 年)
- 喝酒：☐無 ☐有
- 嚼檳榔：☐無 ☐有 (顆/天， 年)
- 過敏：☐無 ☐藥物 () ☐食物 ()

三、家族病史：

- ☐糖尿病 ☐心血管疾病 ☐高血壓 ☐癌症（種類：）
☐其他疾病（） ☐無

醫師之聲明

1. 我已經為病人完成治療前評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：
 - 治療的原因和方式□建議麻醉方式為局部麻醉□牙周病治療之健保支付項目
 - 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
 - 相關說明資料（牙周病照護手冊），我已交付病人。
3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療與涉及之局部麻醉問題，並給予答覆：

病人之聲明

1. 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。
 - (1) 施行治療的原因和方式。
 - (2) 為順利進行治療，我可能同時接受局部麻醉，以解除治療所造成之痛苦及恐懼。
 - (3) 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
 - (4) 牙周病治療之健保支付項目。
 2. 我已獲得並且閱讀相關說明資料（牙周病照護手冊）。
 3. 針對要接受的治療與麻醉之進行，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 4. 本人一年內未曾接受齒齦下刮除術或牙周翻瓣手術。
- 基於上述聲明，我同意接受牙周病統合性治療。

牙醫師簽名：

立同意書人簽名：

與病患之關係：

中華民國 年 月 日

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

【附件 5】 ~~104~~ **105** 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

每月增加申報件數申請表(以醫師為單位)

一、醫師姓名：_____ 身分證字號：_____

二、聯絡人：_____ 電話：_____ 傳真：_____

地址：_____

三、申請分區別：☐台北 ☐北區 ☐中區 ☐南區 ☐高屏 ☐東區

四、申請類別：

- ☐ 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會）。（須檢附專科醫師證書影本）
- ☐ 有教學計畫-教學醫院。
- ☐ 有教學計畫者-PGY 院所。（須檢附 2 年內衛生福利部核定證明影本）
- ☐ 有醫療需求者（須檢附最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上之病患清單或醫令清單）

備註：

- 執行本計畫之醫師每月申請件數以不超過 20 件為原則（以 P4002C 列計），醫師支援不同院所應合併計算，申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
- 若符合以下條件，得提出申請，經保險人核定後可增加每月申報件數。
 - 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、PGY 院所），得提出申請，經保險人核定後，每月申報件數不限。
 - 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為每月 30 件。（如於 102 年 3 月提出申報，則以 102 年 1、2 月申報 P4003C 之件數核定）申報件數超過核定數時，將採立意審查。
- 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月 5 日將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月 20 日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。

核定結果（由初審單位填寫）：☐不符合 ☐符合-每月 30 件 ☐符合-不限件數

初審單位

核 章

報告事項

第 四 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：檢陳增修訂 105 年度「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等三項中醫總額醫療照護試辦計畫暨「支付標準第四部中醫」報告案。

說明：

- 一、依據 104 年 11 月 12 日「中醫門診總額研商議事會議」104 年第 4 次會議暨 104 年 12 月 17 日「中醫門診總額研商議事會議」104 年第 4 次會議臨時會議結論辦理。
- 二、「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」：為 105 年新增之計畫，編列 14.9 百萬，重點摘要如下，條文如附件 4-1，P78～P82：
 - (一)照護對象：西醫確診為乳癌(ICD-10：C50、C79.81、D05、D48.6)、肝癌(ICD-10：C22、C78.7、D01.5、D37.6)併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)治療期間之患者，或住院接受手術或放化療個案，於住院期間，經「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」收案，出院改門診繼續接受放化療(含標靶治療)者。
 - (二)執行方式：依中醫四診及辨證原則，開立中藥、針灸(或傷科)治療、中醫護理衛教、營養飲食指導及生理評估。
 - (三)支付方式：「乳癌、肝癌門診加強照護費」內含診察費、口服藥，依藥費給付天數不同分為 700(7 天以下)、1,050(8-14 天)、1,400(15-21 天)、1,750(22-28 天)點；「疾病管理照護費」內含中醫護理衛教及營養飲食指導，限三個月申報 1 次，每次 300 點；「生理評估費」，限三個月申報 1 次，每次 1,000 點；「癌症針灸或傷科治療處置費」每月申報上限為 12 次，每次 400 點，超

出部分支付點數以零計。

- 三、「105 年度全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」：105 年度編列預算 32 百萬，計畫內容多為延續 104 年度，並於目的及適用範圍作重新定義，相關診療紀錄表及申請表，作部分欄位修訂，修訂後條文如**附件 4-2，P83～P89**。
- 四、「105 年度全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：105 年度編列預算 113 百萬，增列「脊髓損傷」乙項適應症、評估量表、支付點數、量表資料須填報於健保資訊網服務系統 (VPN) 及後續執行效益評估等部分條文，修訂後條文如**附件 4-3，P90～P97**。
- 五、修訂支付標準第四部中醫，依特約醫療院所之申報量及醫師人數，推估修訂後總計增加 962 百萬預算，並由中醫總額部門一般服務預算支應，將超出 105 年度編列 660.5 百萬，重點摘要如下，修訂支付標準如**附件 4-4，P98～P100**：
- (一)第一章一般門診診察費中之(二)不符(一)項之中醫醫療院所每位專任中醫師每月看診日平均門診量第一階段人數由 25 人次提高至 30 人次，推估修訂後增加 226 百萬。
- (二)第一章刪除註 2.針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算，推估修訂後增加 483 百萬。
- (三)第二章藥費，每日藥費由 30 點修訂為 31 點，推估修訂後增加 253 百萬。
- (四)第九章特定疾病門診加強照護通則一、個案適用範圍，小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病門診加強照護之年齡由十二歲(含)以下修訂為未滿十三歲患者。
- 六、有關支付標準第九章特定疾病門診加強照護之腦血管疾病及顱腦損傷須於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料乙節，為方便資料登錄於 VPN，收案登錄將採登錄後檢核。
- 擬辦：本案如經確認同意，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫，依程序報請衛生福利部核定公告實施；「105 年

度全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「105 年度全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」及「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」依程序報請衛生福利部核定後本署公告實施。

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫(草案)

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

針對乳癌、肝癌患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，降低治療期間產生之不適感，以改善患者日常生活能力、提昇生活品質，使患者能順利完成整個腫瘤治療療程為目的。

三、施行期間：自公告日起至105年12月31日止。

四、適用範圍

- (一)西醫確診為乳癌(ICD-10：C50、C79.81、D48.6、D05)、肝癌(ICD-10：C22、C78.7、D01.5、D37.6)併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)治療期間之患者。
- (二)住院接受手術或放化療個案，若於住院期間，經「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」收案，出院改門診繼續接受放化療(含標靶治療)者，應另於門診VPN登錄，改以本計畫照護。若病患再次住院，則由住院計畫申請加強照護，被保險人得於兩計畫併行收案，惟申報照護不得重複。

五、預算來源

105年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」專款項目下支應，全年經費14.9百萬元。

六、申請資格

- (一)申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

七、申請程序

中醫保險醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經電話向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

八、申請資格審查

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

九、執行方式

- (一)看診醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (二)開立中藥、針灸(或傷科)治療。
- (三)中醫護理衛教及營養飲食指導，限三個月申報一次。
- (四)填寫生理評估，包含癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer

Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版)、生活品質問卷評估Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)，限三個月申報一次。

(五)承辦本計畫之中醫保險醫事服務機構需於收治病患後，於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，並每三個月於VPN上填報各項量表。

(六)本計畫執行期間，中醫保險醫事服務機構欲變更計畫內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)」或「JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十二、執行報告

執行本計畫之中醫保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十五、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含利用VPN登錄量表之資料分析)。

十六、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
E-mail：					
本 資 料	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
保險醫事服務機構自評項目			請 V 選		備註
院所是否二年內未違反健保相關法規			☐ 是 ☐ 否		
醫師是否二年內未違反健保相關法規			☐ 是 ☐ 否		
機構章戳					

中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)	1 ☐ 審核通過。 2 ☐ 不符合規定。 3 ☐ 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 ☐ 其他，_____。
	審核委員：_____ 審核日期： 年 月 日

附件二

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P56001	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註：1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2.限三個月申報 1 次，並於病歷詳細載明評估結果。	300
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版) 2.生活品質問卷評估 Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案三個月內)量表皆完成方可提出申請給付。 2.限三個月申報 1 次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

擬於 105 年 1 月 X 日公告修訂草案

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、~~兩次以上之流產患者~~有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率。

三、施行期間：自公告日起至1045年12月31日止。

四、適用範圍：

(一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕的男性及女性患者，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。

(二)保胎：~~易流產(2次(含)以上)~~ 先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載最近二次流產之年月詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

五、預算來源：1045年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應，全年經費32百萬元。

六、申請資格：

(一)中醫門診特約醫事服務機構之中醫師，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)辦理之「中醫提升孕產照護」課程4小時(講習會不定期召開)，且領有繼續教育證明者。

(二)申請參與本計畫之醫師及保險醫事服務機構須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，向中醫全聯會提出申請。

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

九、執行方式：

(一)助孕

1.女性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature, BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法、內服藥、針灸治療、營養指導。

2.男性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

(二)保胎：須包含望聞問切四診診療、黃體評估、出血狀況評估、內服藥、針灸治療、營養飲食指導、衛教。

十、支付方式：

- (一) 本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。
- (二) 本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則留用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1). 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2). 特定治療項目(一)：請填報「J9」(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫)。

- (二) 有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十二、執行報告

- (一) 執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

- (二) 實施效益須包含如下：

1. 助孕：

(1) 助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註：夫妻同時就醫者成功數及看診數皆計數為2

(2) 受孕成功者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、基礎體溫表、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

A. 助孕診療紀錄表(每月記載，每季提供予中醫全聯會)-女性

姓名	性別	生日	初診日期	濾泡期平均溫度	排卵期平均溫度(加註排卵日期)	黃體期平均溫度	濾泡期天數	黃體期天數	是否受孕	次診斷	其他

B. 助孕診療紀錄表(每月記載，每季半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	性別	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕	次診斷	其他

2. 保胎

(1) 保胎成功率(=孕期超過20週以上個案數/保胎看診個案數)

(2) 順利生產者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、中醫診療評估及記錄表等資訊)

如下附表)。

懷孕初期症狀及心理評估量表(每月記載，每季提供予中醫全聯會)

姓 名	性 別	生 日	初診 日期	心跳 數	血壓	噁心 嘔吐	出血	憂 鬱	心 悸	頭 痛	眩 暈	微 熱	便 秘	次 診 斷	其 他

- 十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。
- 十四、執行本計畫而成效不佳者、未依本計畫規定事項執行者或未依中醫全聯會規定繳交相關資料、評量報表者，由中醫全聯會重新評估後，報請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。
- 十五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一 全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 申請表

基 料	院所名稱		院所代碼				
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號				
	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件 聯絡電話		件		
	e-mail :		聯絡電話 :				
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號		教職 中醫執 業年資	年資 受訓課 程日期	
			台中字第 號				
			台中字第 號				
			台中字第 號				
			台中字第 號				
			台中字第 號				
每週診療時間							
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果			備 註	
	繼續教育證明		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他				
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳			中醫全聯會審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 審核委員： 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日						

附件二

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、原針灸申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少七天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
註：P39003、P39004 限受孕後 0-20 週之保胎照護患者適用。		

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

擬於 105 年 1 月 X 日公告修訂草案

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

- (一)針對住院中之腦血管疾病及、顱腦損傷及脊髓損傷患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。
- (二)希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

三、施行期間：自公告日起至1045年12月31日止。

四、適用範圍：

- (一)腦血管疾病(ICD-910：430~437G45.0-G46.8 及 I60~I68)、顱腦損傷(ICD-910：801~804 及 850~854S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)自診斷日起三六個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。
 - (二)需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。
- 五、預算來源：1045年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」專款項目下支應，全年經費113百萬元。

六、申請資格：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之醫師須個人執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理講習會(講習會不定期召開)，且領有繼續教育證明之中醫師。繼續教育受訓課程之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之醫師及保險醫事服務機構及醫事人員須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中醫全聯會提出申請。

八、計畫書之規範：

- (一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫。
- (二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

- 1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。
- 2.目的：分點具體列述所要達成之目標。
- 3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：
 - (1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。
 - (2)標準作業程序。
 - (3)適應症。
 - (4)治療及追蹤計畫。
 - (5)療效評估標準：
 - A、腦血管疾病，以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Neurological Disorders and Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
 - B、顱腦損傷，以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標(Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。
 - C、脊髓損傷，以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
 - D、腫瘤住院患者，以癌症患者生命質量測定量表(EORTC QLQ-C30)癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale; FACT-G)(第四版)、Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 生活品質評估、中醫體質量表評估(Body Constitution Questionnaire, BCQ)等做為評估標準。
 - (6)不良反應紀錄及通報。
 - (7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點支付方式預估。
- (四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內遴聘專家學者進行審查，並於將審查完成後結果十五日內送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

- (一)看診醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療；收治病後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，並於VPN上填報各項量表，其須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須各項量表皆完成方可提出申請給付。
- (二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫之變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

- (一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。
- (二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當

季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」，「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」或「J7(腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十三、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十四、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十五、~~執行本計畫而成效不佳者、之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者或未依中醫全聯會規定繳交相關資料、評量報表者~~，由中醫全聯會重新評估後，報函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含利用VPN登錄量表之資料分析)。

十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

□腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

□腫瘤患者手術、化療、放射線療法後

基本資料	院所名稱		院所代碼			
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號			
	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件 聯絡電話		件	
	e-mail：		聯絡電話：			
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職 中醫執 業年資	年資 受訓課 程日期	
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
每週診療時間						
檢送項目	項 目 保險醫事服務機構自評項目		審 查 結 果		備 註	
	繼續教育證明書 份		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	計畫書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	醫師人力		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	其他醫事人力					
保險醫事服務機構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 審核委員： 日期章戳：		
	申請日期： 年 月 日			本欄由審查單位填寫		

	<u>保險醫事服務機構自評項目</u>		<u>請 V 選</u>	<u>備註</u>
	<u>院所是否二年內未違反健保相關法規</u>		☐ 是 ☐ 否	
	<u>醫師是否二年內未違反健保相關法規</u>		☐ 是 ☐ 否	
	<u>機 構 章 戳</u>			

<u>中 醫 全 聯 會 審 核 意 見 欄</u> <u>(本欄位由中醫全聯會填寫)</u>	<u>1☐審核通過。</u> <u>2☐不符合規定。</u> <u>3☐資料不全，請於 月 日內補齊。</u> <u>4☐其他，</u>
	<u>審核委員：</u> <u>審核日期： 年 月 日</u>

附件二

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目 及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001及P34001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫之案件(同一個案)每週限申報三次(加護病房患者除外)。

支付標準表(一)-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500

註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風患者適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷患者適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷患者適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000

註：1.每一個案住院期間限申請一次費用。

2.P33053、P33054、P33055 生理評估須以個案為單位，須前後量表皆完成方可提出申請給付。須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須各項量表皆完成方可提出申請給付。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

支付標準表(二)-腫瘤患者手術、化療、放線射療法

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100

註：出院患者必要時得開給7天藥品

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500

註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P34041	一般治療(含推拿治療或外敷藥處置)	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症患者生命質量測定量表(EORTC QLQ-C30) 癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版) 生活品質評估(ECOG) 中醫體質量表評估(BCQ)	1,000

註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申請一次費用。

2.P34053：~~EORTC QLQ-C30~~FACT-G(第四版)、ECOG→~~BCQ~~以個案為單位(每案限治療前後測各一次)，前後測量表可各申請給付一次，每次須二項均完成方可申請費用須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須各項量表皆完成方可提出申請給付。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第四部 中 醫

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤ 50)	
A82	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在 二十五人次 以下 <u>三十人次</u> 以下部分(≤ 30)	
A01	— 看診時聘有護理人員在場服務者	320
A11	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A02	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A12	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過 二十五人次 <u>三十人次</u> ，但在五十人次以下部分 (26 <u>31</u> -50)	
A03	— 看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A04	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	— 看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
A07	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(70-150)	90
A17	— 開具慢性病連續處方	120

編號	診療項目	支付點數
A08	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150)	50
A18	—開具慢性病連續處方	80
	6.山地離島地區	
A09	—看診時聘有護理人員在場服務者	320
A19	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A10	—看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A20	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員乙名以上。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。 2.針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算。 3.2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。 4.3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 5.4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 6.5.每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月申報日數超過 23 日者以 23 日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月申報日數超過 26 日者以 26 日計；中醫總額支付制度受託單位與保險人認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計。	
A90	—初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件件數以每月申報診察費不為 0 之就醫病人 ID 歸戶人數之 10%為最高申請件數。	50

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	3031

第九章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

(一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡在~~十二歲(含)以下~~未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-9-CM：493；ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。

(二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡在~~十二歲(含)以下~~未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-9-CM：343；ICD-10-CM：G80)患者。