

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 21 日 9 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：李副署長丞華

紀錄：阮柏叡

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
成代表庭甄	(請假)	陳代表淑華	陳淑華
江代表錫仁	江錫仁	陳代表清家	陳清家
何代表世章	(請假)	陳代表義聰	(請假)
吳代表志浩	吳志浩	黃代表茂栓	黃茂栓
吳代表享穆	吳享穆	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表廸	吳廸	楊代表文甫	楊文甫
吳代表明彥	吳明彥	楊代表玉琦	楊玉琦
李代表春生	李春生	董代表正宗	(請假)
周代表公亮	周公亮	劉代表林義	(請假)
林代表順華	林順華	劉代表振聲	劉振聲
林代表鎰麟	林鎰麟	蔡代表建宗	蔡建宗
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表爾輝	蔡爾輝
洪代表純正	(請假)	蔡代表蕙如	蔡蕙如
范代表景章	范景章	簡代表志成	簡志成
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	翁德育	蘇代表主榮	蘇主榮
陳代表亮光	陳亮光		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會 (以下稱健保會)	陳燕鈴、張靈
衛生福利部疾病管制署 (以下稱疾管署)	(請假)
社團法人中華民國牙醫師公會全國 聯合會(以下稱牙全會)	葉育敏、曾士哲、連新傑 蔡欣原、廖秋英、邵格蘊 潘佩筠、許家禎
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
台灣醫院協會	許雅淇、顏正婷、周貝珊
本署臺北業務組	邱玲玉*、吳逸芸*
本署北區業務組	謝明珠*、黃毓棠*、黃文雯*
本署中區業務組	蘇彥秀*、王奕晴*、戴秀容*
	陳淑英*、柯依鳳*
本署南區業務組	李建漳*、賴文琳*
本署高屏業務組	謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*
	李昀融*、吳孜威*
本署東區業務組	劉翠麗*、陳珮毓*
本署醫審及藥材組	高幸蓓、賴昱廷、陳亞其
本署醫務管理組	黃珮珊、洪于淇、賴彥壯 黃奕瑄、李佩純
本署企劃組	陳泰諭

主席致詞(略)

壹、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、下列 3 項繼續列管，其餘解除列管。

(一)序號 9「112 年度牙醫門診總額部分協定項目之預算扣減方式及節流效益評估方式」：

請牙全會儘速提報「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「超音波根管沖洗計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」三項計畫節流效益之計算方式及推估 112 年量化金額，俾利本署提報健保會。

(二)序號 10 「修訂『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』案」，將提至 112 年 12 月 14 日召開之支付標準共同擬訂會議報告。

(三)序號 12「有關 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護計畫的申報項目，開放以案件分類 14 申報案」：

本署已配合趕辦門診醫療費用暫付子系統(RAP)及醫令自動化審查(REA)檢核邏輯修正作業，將於完成後通知牙全會。

二、另序號 3「支付標準第三部牙醫第一章第一節『一般牙科門診診察費』停止適用案」解除列管；仍請牙全會朝向擴大「一般牙科門診診察費」、「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」支付點數之差距進行規劃。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。

決定：

- 一、因 112 年第 1 季中區、高屏移撥款誤植，重新結算 112 年第 1 季牙醫門診總額一般服務點值點值如下：

112Q1 點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.92321781	0.99110400	0.98714613	1.02818693	1.00201822	1.13457560	0.98005721
平均點值	0.93253097	1.00323932	0.99080831	1.03625317	1.00692590	1.15000000	0.98022701

- 二、112 年第 2 季各分區一般服務點值確認如下：

112Q2 點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.90858092	0.98995741	0.98500313	1.02359896	0.99960627	1.15549197	0.96620222
平均點值	0.91204908	0.99030373	0.98533724	1.02418130	0.99985502	1.15000000	0.96645813

- 三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

- 四、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、一般服務預算比照 112 年之分配方式，以 107-109 年各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率：第 1 季 23.869908%、第 2 季 24.384747%、第 3 季 25.928519%、第 4 季 25.816826%。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。

決定：

- 一、洽悉。

二、113 年會議時間如下，請各代表預留時間：

會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	2 月 27 日 星期二 (上午)	5 月 21 日 星期二 (上午)	8 月 20 日 星期二 (下午)	11 月 19 日 星期二 (下午)	12 月 3 日 星期二 (下午)

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關牙醫門診總額醫療給付費用總額協定事項「高風險疾病口腔照護」，112 年度未執行額度扣減方式報告案。

說明：

一、112 年度「高風險疾病口腔照護」未執行額度扣減調整如下：

(一)實際增加費用(A)=【112 年申報 91090C 之費用+112 年申報 91090C 者於同年執行 91004C、91014C 的費用】-【112 年申報 91090C 者曾於 111 年一般服務執行 91004C、91014C 之基期費用】。

(二)扣減未執行額度=預算 405 百萬元-實際增加費用(A)。

二、本案將依程序提至健保會報告後執行。

決定：洽悉。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫院牙科協會

案由：有關 113 年度牙醫門診總額地區預算分配，請討論案。

決議：本案通過，113 年度牙醫門診總額地區預算分配，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元(中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元)、「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」移撥 0.2 億元，共 3.3 億元。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，
增加牙醫門診相關醫療服務提供者代表名額案。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

一、增修條文 4-1 條：

(一) 總額研商議事會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

1. 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
2. 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。
4. 受前三款處分之執行。

(二) 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

(三) 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。

(四) 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

(五) 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

二、同意牙醫門診相關醫療服務提供者代表由 15 名增加為 18 名。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

- 一、依 113 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(3.427%)，調整下列服務項目支付點數，並視情況於次年度檢討調整之合理性：

(一)修訂通則五「高齡患者根管治療難症處理」得加計百分之三十：
由原先 70 歲以上放寬至 65 歲(含)以上。

(二)91009B「牙周骨膜翻開術-局部」由 3,010 點調升為 4,500 點、
91010B「牙周骨膜翻開術-三分之一顎」由 5,010 點調升為 7,500 點。

(三)91015C「特定牙周保存治療 9~15 顆」、91016C「特定牙周保存治療 4~8 顆」、91018C「牙周病支持性治療」統一調升 120 點；91091C「特定牙周保存治療 1~3 顆」由 500 點調升為 600 點。

(四)牙結石清除：

1. 91004C、91104C「牙結石清除-全口」、91003C、91103C「牙結石清除-局部」調升 10%，40 歲以上另得加成 0.91 成。
2. 91005C「口乾症牙結石清除-全口」、91017C「懷孕婦女牙結石清除-全口」、91089C「糖尿病患者牙結石清除-全口」、91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」統一調升 120 點。

(五)89013C「複合體充填」、89113C「特殊狀況之複合體充填」，由 1,000 點調升為 1,200 點。

二、修正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫之診療項目說明及規定事項，修訂對照如附件 1。

三、依 113 年健保會牙醫總額協定項目，新增「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫(草案)」，計畫內容如附件 2，重點如下：

(一)修訂高風險疾病患者定義。

(二)刪除 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」項目，原 P7301C 醫令項目併入 P7302C「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」中。

(三)新增支付標準 89204C~89215C「複雜性複合體充填」。

(四)其中新增支付標準 89204C~89215C「複雜性複合體充填」一節，因涉及新增用途，將依程序提報健保會同意後執行。

第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：113 年牙醫總額新增專款項目「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。

決議：

一、同意新增「113年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫(草案)」，計畫內容如附件3，重點如下：

(一)新增支付標準 PXXXXC「特定疾病病人牙科就醫安全」。

(二)適用對象：糖尿病病人、高血壓病人、骨質疏鬆病人、心血管疾病病人、癌症病人、透析病人、器官移植病人、精神疾病病人及其他未明示之疾病病人。

(三)執行方式：

1.醫師當年度第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表。

2.申報本項前需查詢病人雲端藥歷。

3.病歷上需載明適用對象之相關資料。

(四)預期效益之評估指標(請牙全會補充操作型定義)：

1.使用抗凝血劑患者，牙科處置後 24 小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低。

2.使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。

二、本案將依程序提至健保會報告。

第五案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。

決議：

一、本案修訂通過如附件4，修訂重點如下：

(一)特定身心障礙者牙醫醫療服務加成統一調升 2 成：「極重度身心障礙病人、自閉症及失智症加成」由 9 成調升為 11 成、「重

度病人加成」由 7 成調升為 9 成、「中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人加成」由 3 成調升為 5 成、「輕度病人(含失能老人) 加成」由 1 成調升為 3 成。

(二)新增不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應；其他具身心障礙證明者得加 2 成。

(三)調升符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費，並將重度以上診察費分為重度與極重度兩項。

(四)本計畫新增【附件 19】「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」支付項目，新增 89304C-89315C「特殊狀況之各複合體充填」支付項目。

二、下列兩項目涉及新增用途，須提報健保會同意後執行：

(一)調升符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費，並將重度以上診察費分為重度與極重度兩項。

(二)增加支付項目 89304C-89315C「特殊狀況之複雜性複合體填充」。

第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」內容。

決議：本案修訂通過如附件5，修訂重點如下：

一、P7102C「青少年齲齒氟化物治療」增加「X 光片(費用另計)」為診斷依據。

二、新增全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案得提供本計畫服務，並補充申報格式。

第七案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

- 一、修訂五施行地區、(一)備註文字(略以)為「申請升級為三級或四級地區之巡迴醫療點時，須提具體理由……」。
- 二、配合113年牙醫門診總額專款項目刪減醫令代碼P7301C及增列91090C相關文字。
- 三、申請條件增列參與方案前二年內不得有涉及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第四十四條及第四十五條處分情形之條文，並修訂違約期間認定，明訂兩年內違規之日期計算方式。
- 四、敘明論次支付點數之申報，得以半小時為間隔計算。
- 五、修改執業計畫-巡迴服務及巡迴計畫併同提供「全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之申報規定。
- 六、執業計畫：
 - (一)健保署依本方案113年專款協定事項「重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略」所提鼓勵牙醫師參與執業計畫之規劃暫緩，俟牙全會完整研議後於明年度提出，執行目標維持不調整。
 - (二)施行地區：新增屏東縣車城鄉(1級地區)、刪除台南市七股區。
- 七、巡迴計畫：
 - (一)健保署所提巡迴點擴大外展服務之規劃暫緩，俟牙醫全聯會評估後再行研議修訂計畫。
 - (二)同意無牙醫鄉不受限成立滿二年之社區醫療站及巡迴點服

務人次之管控規定，並加註「無牙醫鄉」定義。

(三) 「巡迴點」得提供支付標準「牙周病統合治療方案」服務。

(四) 施行地區：

1. 新增：屏東縣恆春鎮(大光里)(1級地區)。

2. 刪除：金門縣金寧鄉及烈嶼鄉。

3. 飛地(將正面表列於施行地區備註)：

(1) 泰武國小(吾拉魯滋社區)地址為泰武鄉(2級)，實際座落萬巒鄉(1級)，論次費用以2級計算。

(2) 霧台國小勵古百合分校地址為霧台鄉(3級)，實際座落長治鄉(百合園區)，新增長治鄉(百合園區)為2級地區。

4. 嘉義縣番路鄉(公田村、大湖村)由1級升為2級。

八、調整地區級數：牙全會所提級數升級地區/巡迴點，為免升級所增加之論次費用仍超過113年專款預算，致巡迴計畫院所提供巡迴服務之「加兩成醫療費用」及「論次費用」以浮動點值結算，請牙全會於會後就所提升級地區及巡迴點提供升級優先順序(每一序位限填一地區)，以利保險人分區業務組依預算執行經費，評估調整地區或巡迴點級數。

第八案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」。

決議：本案修訂通過如附件 6，修訂重點如下：

一、方案第七點「獎勵方式」修改為「核發原則」，改採加計各核發原則項目之核發比率進行結算。

二、核發原則中「當季該院所執行口腔癌篩檢」一節，調整為以院所當季申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)之件數認定。

三、本計畫適用名單新增新北市瑞芳區、屏東縣恆春鎮，刪除彰化縣埔心鄉。

第九案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂 113 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」。

決議：本案修訂通過如附件 7，修訂重點如下：

一、核發條件新增「醫院層級院所當年度執行『全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫』之項目者」。

二、配合口腔防治業務移轉至口腔司，調整口腔癌篩檢資料提供單位，請口腔司每年提供牙醫院所口腔癌篩檢執行情形予本署，俾利辦理牙醫門診總額品質保證保留款結算作業。

三、增修指標及調整核算基礎：

(一) 專業獎勵指標(一)「65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率」，核算基礎由 20%調降為 15%。

(二) 專業獎勵指標(二)「4 歲以上自家乳牙 545 天再補率」，核算基礎由 20%調降為 15%。

(三) 專業獎勵指標(四)「全口牙結石清除」之次指標，增列「該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 12 件(含)以上」，並將核算基礎由 10%調升為 20%。

(四) 政策獎勵指標(七)由「高風險疾病患者照護」指標修訂為「氟化物治療」指標，操作型定義為：該院所當年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 30 件(含)以上。

肆、散會：14 時 00 分

第三部 牙醫

通則：

- 五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療~~七十歲~~六十五歲(含)以上病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。

第一章 門診診察費

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

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
003xxC	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	V	V	V	V	762
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 自閉症、失智症及 極重度 以上 特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	V	V	V	V	562 662
00312C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	V	V	V	V	462 562
00313C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病病人診察費 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.限精神病及精神分裂之病人。	V	V	V	V	362 462
00314C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	V	V	V	V	362 462

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

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015, 89088, 89101-89215)

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
89013C	複合體充填 Compomer restoration 註： 1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報，以同醫院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	V	V	V	V	1000 <u>1200</u>
89113C	特殊狀況之複合體充填 Compomer restoration for patients with special needs 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.限恆牙牙根齲齒申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	V	V	V	V	1000 <u>1200</u>
89204C	<u>複雜性前牙複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration in anterior teeth</u> <u>—單面 single surface</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>900</u>
89205C	<u>—雙面 two surfaces</u> 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者須符合下列狀況之一： <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3)心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> 2.同顆牙申報前牙複合體充填，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, 89014C~89015C, 89204C~89205C, 89208C~89210C, 89212C, 89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以二面為限。	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1,050</u>
	<u>複雜性後牙複合體充填</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
89208C	<u>Complex compomer restoration in posterior teeth</u> —單面 single surface	Y	Y	Y	Y	1,000
89209C	—雙面 two surfaces	Y	Y	Y	Y	1,200
89210C	—三面 three surfaces	Y	Y	Y	Y	1,400
	<u>註：</u> 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者須符合下列狀況之一： (1)糖尿病病人。 (2)六十五歲以上者。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。 2.同類牙申報複合體充填，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，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。					
89212C	<u>複雜性前牙三面複合體充填</u> <u>Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth</u> <u>註：</u> 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者包含： (1)糖尿病病人。 (2)六十五歲以上者。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。 2.同類牙申報複合體充填，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，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，	Y	Y	Y	Y	1,450

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>89212C，89214C~89215C）費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.申報面數最高以三面為限。</u>					
89214C	<u>複雜性前牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth</u> <u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者包含須符合下列狀況之一：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同類牙申報前牙雙鄰接面複合體充填，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，89014C ~ 89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	Y	Y	Y	Y	1,600
89215C	<u>複雜性後牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth</u> <u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者須符合下列狀況之一：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u>	Y	Y	Y	Y	1,850

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>2.同類牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，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，89014C ~ 89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>					

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020，90088，90091-90098，90112，P7303)

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
90007C	去除鑄造全鑲面牙冠 Removal of casting <u>full veneer</u> crown 註： 1.需附治療前X光片及治療後X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)以為審核（X光片或相片費用已內含），合併拔牙的切除牙橋處置，可免附術後X光片或相片。 2.申報 90007C 後不得另行申報OD。(覆髓除外)。 3.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	800

第三節 牙周病學 Periodontics (91001-91020，91088-91091，91103-91104，91114)

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
91003C	牙結石清除 Scaling — 局部 Localized	v	v	v	v	150 <u>165</u>
91004C	— 全口 Full mouth	v	v	v	v	600 <u>660</u>
	註： 1.限有治療需要之病人每半年最多申報一次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.未滿十二歲兒童（「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外）非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6.本項不得申請轉診加成。 7.申報本項後九十天內不得再申報91005C、91017C、91089C、91090C、91103C及91104C。 <u>8.40歲以上病人，本項另得加成0.91成。</u>					
91006C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (including Root planing) — 全口 Full mouth	v	v	v	v	3200
91007C	— 二分之一顎 1/2 arch	v	v	v	v	800
91008C	— 局部 Localized (三齒以內)	v	v	v	v	400
	註： 1.每顆<u>需接受治療牙齒</u>應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm以上。 2.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 3.以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報一次91008C；當其需接受治療為四齒以上時，申報一次91007C；<u>全口四象限中各象限需接受治療皆為四齒(含)以上時，申報一次91006C。</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
	4.半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。					
91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 Localized (牙周囊袋 5mm以上 三齒以內)		v	v	v	3010 <u>4500</u>
91010B	— 三分之一顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm以上 四至六齒)		v	v	v	5010 <u>7500</u>
91103C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized	v	v	v	v	150 <u>165</u>
91104C	-全口 Full mouth 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、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.重度以上病人每六十天得申報一次。 4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。 5.申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報91003C、91004C、91005C、91017C、91089C及91090C。 <u>6.40歲以上病人，本項另得加成0.91成。</u>	v	v	v	v	600 <u>660</u>
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1.適用口乾症病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.申報本項後九十天內不得再申報91003C、91004C、91017C、91089C、91090C、91103C及91104C。	v	v	v	v	600 <u>720</u>
91015C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數九至十五顆 $9 \leq \text{no. of teeth} \leq 15$	v	v	v	v	2000 <u>2120</u>
91016C	-全口總齒數四至八顆 $4 \leq \text{no. of teeth} \leq 8$	v	v	v	v	1000 <u>1120</u>
91091C	-全口總齒數一至三顆 $1 \leq \text{no. of teeth} \leq 3$	v	v	v	v	500 <u>600</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
	註： 1.限總齒數至少一顆且未達十六顆之患者申報。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數九至十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上；全口總齒數四至八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上；全口總齒數一至三顆者，至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上）及治療前全口X光片（須符合患者口腔現況，X光片費用另計，環口全景X光片費用不另計）以為審核。 3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C。					
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口 Full mouth scaling for pregnant women 註： 1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。 2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91089C、91090C、91103C、91104C。	V	V	V	V	800 <u>920</u>
91018C	牙周病支持性治療Supportive periodontal treatment 註： 1.限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上）。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C。	V	V	V	V	1000 <u>1120</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
91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients with diabetes mellitus 註： 1.適用糖尿病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91090C、91103C及91104C。	v	v	v	v	700 820
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 2.高風險疾病患者 <u>包含須符合下列狀況之一</u> ： (1) 六十五歲以上者。 (2) <u>心腦</u> 血管疾病病人。 (3) 血液透析及腹膜透析病人。 (4) 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (5) 惡性腫瘤病人。 (6) <u>障別及障度</u> 不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之 肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能 <u>院所牙醫醫療服務者</u> 。 3.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	v	v	v	v	700 820

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001-92073，92088-92100，92129-92130，92161，P7301-P7302)

第一項 處置

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
92017C	囊腫摘除術 Cystic enucleation — 小 Small <u>>0.5cm 且</u> < 2cm	v	v	v	v	3000
92018B	— 中 Medium 2-4cm		v	v	v	3500
92019B	— 大 Large > 4cm		v	v	v	5000
	註： 1.申報費用應檢附 X 光片及病理檢查報告。 2.92017C、92018B 及 92019B 等三項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 <u>3.囊腫應為放射影像學中大於 0.5cm 的 radiolucent lesion。</u>					
92051B	塗氟 <u>Full mouth</u> F <u>l</u> uoride application 註： 1.限頭頸部病患電療開始進行後施行申報。 2.含材料費。		v	v	v	500
92072C	口乾症塗氟 <u>Full mouth</u> T <u>l</u> opical fluoride application in xerostomia patients 註： 1.限口乾症患者施行申報。 2.含材料費。 3.九十天可申報乙次。	v	v	v	v	500

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
92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays 註： 1.限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(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。) 4.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報 34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、90088C、91088C、92088C除外)。	v	v	v	v	800

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
P7301C	高齲齒率患者氟化物治療 Topical fluoride application for high caries risk patients 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對曾接受恆牙牙根齲齒複合體充填者，提供本項診療服務，並給予衛教資訊，由病人簽名確認，且留存病歷以供審查。 2.限同院所曾申報 89013C 或 89113C 者方可申報本項(含當次)。 3.每九十天限申報一次。 4.本項支付點數含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及 P7302C。	√	√	√	√	500
P7302C	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療 <u>Full mouth</u> topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease 為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險患者，提供本項診療服務。 齲齒經驗之高風險患者包含<u>須符合下列狀況之一</u>： (1)糖尿病病人。 (2)六十五歲以上者。 (3)<u>心腦</u>血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)<u>障別及障度</u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能院所牙醫醫療服務者。 (8)<u>曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人(含當次)。</u> 每九十天限申報一次。 本項支付點數含材料費。 申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及 P7301C。	v	v	v	v	500

第二項 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
92063C	手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註： 1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。 (1)上、下顎完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者，或下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。 (3)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於第二大白齒近遠心寬度三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙距離參考線者。 (4)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於阻生齒牙冠寬度三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。 2.須檢附 Panoramic radiography 環口全景 X 光片攝影及手術紀錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含） 3.本項支付點數內含單次使用鑽頭費，占百分之十一。	v	v	v	v	8970

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：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為19－牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (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。
 - (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。
 - (7)案件分類為A3－牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6－職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19－定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19－口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7－行政協助門診戒菸部份。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)加強感染管制實施方案診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)、牙周病支持性治療(91018C)。
 - (18)糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。
 - (19)唾液腺摘取術(每部位)(92161B)、超音波根管沖洗(P7303C)。
 - (20)嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費(P6701C)、嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療(P6702C)、嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次(P6703C)、嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次(P6704C)、嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次(P6705C)。
 - (21)青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。
 - (22) ~~高齲齒率患者氟化物治療(P7301C)~~→齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)。

113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫 (草案)

一、依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、~~牙周支持性治療~~、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。

三、實施時程：

113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。

四、預算來源

(一)113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 1,599.0 百萬元。

(二)本預算按季均分及結算，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，預算不足採浮動點值計算；全年預算若有結餘，則進行全年結算，預算不足採浮動點值計算，且預算每點支付金額不高於 1 元。

四、醫療費用申報及審查：

(一)依全民健康保險醫療費用支付標準 91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)及 89204C~89215C(複雜性複合體充填)項目申報(詳如附件)。

(二)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

五、執行目標

(一) 113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。

(二) P7302C 預估服務人次 202 萬人次。

六、預期效益之評估指標

(一) 113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C)達 64,000 人次。

(二) 國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。

(三) 一年後高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

- 七、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
- 八、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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。

「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」支付項目

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 4.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 5.高風險疾病患者包含<u>須符合下列狀況之一</u>： (7)六十五歲以上者。 (8)心腦血管疾病病人。 (9)血液透析及腹膜透析病人。 (10) 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (11) 惡性腫瘤病人。 (12) <u>障別及障度</u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能院所牙醫醫療服務者。 6.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	v	v	v	v	700 <u>820</u>
P7302C	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療 <u>Full mouth</u> topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險患者，提供本項診療服務。 2.齲齒經驗之高風險患者包含<u>須符合下列狀況之一</u>： (1)糖尿病病人。 (2)六十五歲以上者。 (3)心腦血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)<u>障別及障度</u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能院所牙醫醫療服務者。 <u>(8)曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人 (含當次)。</u> 3.每九十天限申報一次。 4.本項支付點數含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及 P7301C。	v	v	v	v	500

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
89204C	<u>複雜性前牙複合體充填</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>900</u>
89205C	<u>Complex compomer restoration in anterior teeth</u> —單面 single surface —雙面 two surfaces 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者須符合下列狀況之一： <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> 2.同類牙申報前牙複合體充填，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，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以二面為限。	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,050</u>
89208C	<u>複雜性後牙複合體充填</u>					
89209C	<u>Complex compomer restoration in posterior teeth</u> —單面 single surface	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,000</u>
89210C	—雙面 two surfaces	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,200</u>
	—三面 three surfaces 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者須符合下列狀況之一： <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> 2.同類牙申報複合體充填，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	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,400</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>得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.申報面數最高以三面為限。</u>					
89212C	<u>複雜性前牙三面複合體充填</u> <u>Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth</u> <u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者包含：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同類牙申報複合體充填，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，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.申報面數最高以三面為限。</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>1,450</u>
89214C	<u>複雜性前牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth</u> <u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者包含須符合下列狀況之一：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同類牙申報前牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>1,600</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>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，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>					
89215C	<u>複雜性後牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth</u> <u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者須符合下列狀況之一：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3)心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，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，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1,850</u>

113 年度全民健康保險牙醫門診總額 特定疾病病人牙科就醫安全計畫(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：

藉由本計畫之實施，對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。

三、實施期間：

自公告日起至113年12月31日止。

四、年度執行目標：

執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達3成。

五、預算來源：

(一) 113年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目下支應；另依牙醫門診總額地區預算調整方式自一般服務預算移撥20.0百萬元，全年經費為327.1百萬元。

(二) 本預算按季均分及結算，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，預算不足採浮動點值計算，全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應；全年預算若有結餘，則進行全年結算，預算不足採浮動點值計算，且預算每點支付金額不高於1元，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。

六、牙醫師申報資格：

(一) 醫師須接受相關之教育訓練，開課單位限牙醫全聯會、各醫院、各縣市牙醫師公會及向牙醫全聯會申請開課之學會，教材由牙醫全聯會統一編定，並由牙醫全聯會將完訓醫師之姓名及身分證字號造冊函送保險人分區業務組核定。

(二) 口腔顎面外科專科醫師、口腔病理專科醫師、特殊需求者口腔醫學

科專科醫師及執業登記於牙醫教學醫院之牙醫師不須接受教育訓練，須請專科學會及中華民國醫院牙科協會檢送醫師名單及身分證字號予牙醫全聯會，由牙醫全聯會造冊函送保險人各分區業務組核定。

七、給付項目及支付標準：

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
PXXXXC	特定疾病病人牙科就醫安全 註： (一)特定疾病病人就診可依本項申報，特定疾病病人包含： 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆病人。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 透析病人。 7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 9. 其他未明示之疾病病人。 (二)該院所該醫師當年度第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表。 (三)申報本項前需查詢病人雲端藥歷。 (四) 病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血色素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨鬆病人-相關針劑或用藥。	v	v	v	v	100

八、醫療費用申報及審查：

- (一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- (二) 該院所該醫師當年度第一次申報本項須填寫醫師自我考評表(如附件)，留存於牙醫病歷備查，該計畫所屬案件抽審時一併附上。

九、預期效益之評估指標：

(一) 使用抗凝血劑患者，牙科處置後24小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低。

(二) 使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。

十、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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。

特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表

填表日期：

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
醫師姓名：(醫師親簽)	醫師身分證字號：

【前言】

因應特定疾病病人在牙科求診時，牙醫師得保障其就醫安全，查詢相關用藥，並因應病人用藥內容及全身性狀況妥善擬定治療計畫。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	一、糖尿病 (降血糖藥物)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 掌握病人血糖監控狀況，病人三個月內空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血色素(HbA1c)的血糖值病歷評估及追蹤(HbA1c數值，<7%代表血糖值控制良好)。 4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含糖尿病用藥、心血管用藥、腎臟性疾病、眼科疾病用藥。 5. 病人牙科治療當天，服藥及用餐狀況了解及詢問。 6. 打胰島素之病人，因降血糖速度較快，要準備糖果或含糖飲料以預防低血糖。 7. 術前預防性投藥(視病情狀況需要)。

【背景說明(參考事項)】

1. 確認病人三個月內血糖控制的狀況，AC sugar(空腹血糖)較高但仍在70-200 mg/dL，經由牙醫師評估仍可接受手術。
2. 若AC sugar(空腹血糖)>300mg/dL且HbA1c(糖化血色素)>9%則不建議執行侵入性治療。
3. 病人年紀偏大、病史較長，若病情需要必須執行侵入性治療，則必須告知病人風險並由牙醫師審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	二、高血壓 (降血壓藥物)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 病人三個月之內的血壓病歷評估及追蹤。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含心血管用藥、抗凝血劑用藥及全身狀況追蹤及評估。 5. 病人牙科治療當天高血壓藥物服藥狀況了解及詢問。 6. 術後流血狀況監控。

【背景說明(參考事項)】

1. 若病人服用3種以上降血壓藥物，建議應謹慎評估及術前先量血壓。
2. 治療前血壓應於150mmHg以內，若高於此數值會有風險產生。(參考資訊： $\geq 140/90$ 但 $< 160/100$)
3. 病人血壓若不容易控制，可考慮使用抗焦慮藥物或以鎮靜配合治療，但醫師須受過相關訓練才可以使用。
4. 血壓高於180/110mmHg不建議做治療。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	三、骨質疏鬆	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用抗骨質吸收藥物可能帶來的影響及相關風險。 3. 遵循開藥醫師對於病人牙科就診的注意事項與醫囑，必要時得使用諮詢單，如單株抗體類用藥針劑3個月內不建議做牙科侵入性治療。 4. 雙磷酸鹽類用藥3個月內要做牙科侵入性處置，應多方謹慎評估。 5. 術後流血狀況監測。

【背景說明(參考事項)】

1. 病人使用的抗骨質疏鬆藥劑，早期為雙磷酸鹽藥物(bisphosphonate)，近期則是使用單株抗體類之denosumab(如保骼麗，prolia)等。目前實務上使用denosumab的病人，大約是滿五個月的時候，告知病人可能之風險及獲得病人同意後，可以進行手術，同時傷口必須縫合。手術完成一個月左右，若傷口癒合良好，沒有新的骨頭暴露出來或骨壞死的情形，可以接著施打下一次的劑量。
2. 另最近研究，半年之後超過三個月才施打denosumab，藥物原來的效果就會急速下降。
3. 若是病人剛使用藥物，有緊急狀況需進行手術處置時，需告知病人相關風險，並獲得病人之同意。
4. 進行手術後，建議需完全縫合傷口的原因是基於了解病人骨壞死的原理。避免骨暴露，使骨骼能獲得良好的血液供應，是預防新顎骨壞死的重要因素。
5. 由於雙磷酸鹽藥物是直接存在於顎骨內，甚至從壞死骨脫落後，會再結合到鄰近的骨骼內，繼續抑制破骨細胞，與單株抗體類藥物留存在血液中，且有一定之半衰期不同，因此，使用雙磷酸鹽藥物者接受牙科手術時，相對風險可能比單株抗體類藥

物高。但無論如何，如果仍需要進行牙科手術時，最重要的是告知病人接受牙科手術時，仍可能有產生顎骨壞死的風險。

6. 病人使用雙磷酸鹽藥物如果有合併其他多重藥物，應更審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	四、心血管 疾病(藥物)	1. 雲端藥歷查詢，詢問病人用藥(病史詢問)、保健品並記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 服用抗凝血劑之一般病人：做監控。 4. 服用抗凝血劑之特殊病人：有栓塞、做支架者，徵詢內科醫師建議，必要時得使用諮詢單。

【背景說明(參考事項)】

- 抗凝血劑目前有三個大的類型：
 - (1)與血小板有關：如阿斯匹靈、保栓通(Plavix)或其他藥物等。
 - (2)預防心房顫動可能造成血栓的coumadin(wafarin)等。
 - (3)針對第十凝血因子及thrombin的新型抗凝血藥物。
- 如果是不複雜且時間小於45分鐘的手術這類藥物建議可不停藥，但沒有把握，可詢問原開藥醫師。
- 醫院通常會做血液凝固狀態監控，若真的太高，會將治療延後。
- 若病人有進行心臟外科手術，建議至原醫院進行相關牙科治療。
- 另抗凝血藥物服用2種以上，是否能減藥或停藥應詢問原開藥醫師。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	五、癌症(抗 癌藥物)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。

【背景說明(參考事項)】

- 若癌症仍在治療中，若僅為簡單、緊急的處置，院所應自行評估是否有能力執行。如需進行牙科手術或侵入性、大範圍的治療或牽涉到用藥，建議回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療。
- 癌症療程若已結束，半年後病情沒有太大的變化，可考慮於診所進行牙科治療。
- 若病人長期服用抗癌藥物，需進行牙科治療時，建議轉診回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療，或不要進行太侵入性或太久的牙科治療。
- 病人曾接受放射線治療，如口腔癌等，即便是治療完成後數年的追蹤，侵犯性手術如拔牙等的問題，仍可能造成放射線性骨壞死。
- 另外如乳癌、多發性骨髓瘤、攝護腺癌、肺癌等，使用抗骨吸收的藥物預防遠端骨轉移時，這與使用預防骨質疏鬆的病人一樣，即便他的癌症相關治療已經結束，進行牙科手術仍可能會造成顎骨壞死。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	六、透析病人	(一)血液透析： 1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷，並注意洗腎日期。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 原則上非洗腎日做牙科處置，洗腎日不建議執行侵入性牙科處置。 5. 容易感染，注意術後。 (二)腹膜透析： 1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 容易感染，盡量減少傷口範圍，注意術後。

【背景說明(參考事項)】

血液透析病人若要進行大範圍、侵入性治療或手術，建議可詢問原腎臟科醫師是否能調整抗凝血劑使用的劑量，可以改善其術後凝血的問題。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	七、器官移植	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 病人一年之內施打或服用抗排斥藥物、免疫抑制劑、抗凝血用藥狀況評估及追蹤。 4. 病人半年內的內科及系統性用藥及身體狀況追蹤及評估。 5. 術前預防性投藥。 6. 術後流血狀況監控。

【背景說明(參考事項)】

若為換心手術病人可進行預防性抗生素投藥。另外，應注意病人是否仍使用抗排斥藥物，並了解該藥物對免疫功能的影響程度，也了解對白血球功能的影響等，或是對造血功能的影響。若移植已經很長一段時間，也沒有使用抗排斥的藥物，屬於穩定病人，除了換心的病人外，可與一般人一樣，可接受常規的牙科處置。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	八、精神疾病(鎮靜劑、安眠藥、抗焦慮藥物)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。

【背景說明(參考事項)】

1. 精神病相關用藥與牙科常用藥物容易產生藥物交互作用
2. 有些精神科藥物具抗膽鹼作用，會造成口乾及唾液分泌減少，易產生蛀牙及念珠菌感染。部分精神科藥物所產生的錐體外路徑症候群(EPS)副作用及遲發性運動異常，其行為特徵包括肢體僵直、無力，舌頭靈活控制度不足，食物容易殘留在雙頰或溢出，可能使食物誤入氣管引發嗆咳，嚴重時出現喉部肌肉不自主收縮，乃至無法吞嚥的情形產生。
3. (Clozapine-非典型抗精神病藥物(Atypical antipsychotic drugs)，臨床上應用於治療難治型精神分裂症(refractory schizophrenia)。相較於第一代抗精神病藥物，clozapine 的錐體外症狀(EPS)較少，在臨床上較常見的副作用為口水外流。根據 Praharaj 等人的研究，發現經 clozapine 藥物治療的病人，約有 30%的個案有流口水(clozapine induced sialorrhea, CIS)症狀。
4. 早期癲通 (Tegretol) 與帝拔癲 (Depakine) 主要用於癲症的治療，但後來 (1970 年代) 發現對躁鬱症也有急性治療和預防效果。另外對於陣發性衝動控制不良或具攻擊傾向的病患也有療效。療效與鋰鹽相近，約有 50—70% 的躁鬱症患者會有良好反應，尤其是那些有較特殊發作型式的人。它們產生療效的時間比鋰鹽更快，約在一週左右。長期服用癲通會影響白血球，少數人可能較易感冒或口腔潰瘍；而帝拔癲則因影響血小板凝集功能，要小心是否止血較慢。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	九、其他未明示之疾病	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 遵循原開藥醫師開立之醫囑。

備註：該院所該醫師當年度第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表。

諮詢單

貴醫師鈞鑒：

病患_____，因牙疾至本院就診，經本院詳細診治後，建議病患需進行_____處置，依病患自述，目前正服用貴院所開出之_____藥物，敬請貴醫師協助評估，是否可暫停服用此藥物？每次停藥最多可停幾天？
敬請 貴醫師指示，謝謝！

OOOO牙醫診所 敬上

負責醫師：

院所電話：

地 址：

(請將以下之回覆單撕下，交予病患帶回！感謝！)

回覆單

病患_____，經本院評估後：

☐建議病患可暫停服用_____藥物，請於處置前_____天開始停藥。

☐建議病患不可停用_____藥物。

原因：_____。

☐建議病患至原就診院所執行牙科相關處置。

此致 OOOO牙醫診所

負責醫師：

院所電話：

傳真電話：

1123 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(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

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

112113 年 1 月 1 日至 112113 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 170,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)為執行目標。

五、預算來源

本計畫全年經費為 ~~7.221~~7.817 億元，其中：

(一) ~~6.721~~億元由 112113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；~~另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。~~

(二) 本預算按季均分及結算，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。全年預算若有結餘，~~屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理~~，則進行全年結算，預算不足採浮動點值計算，且預算每點支付金額不高於 1 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】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。

(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. 參與本計畫提供本項牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下稱保險人)，經各分區業務組核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。
2. 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。
3. 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。
4. 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) 適用對象須符合下列條件之一：

屬肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、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、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心障礙類別認定【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，醫師可據以獲知身心障礙類別，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)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，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)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。
3. 另不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。

(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. 院所須二年內未曾因牙科有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)第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、

終約日起算(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.每位醫師首次加入本計畫，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複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；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.醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（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.院所須二年內未曾因牙科有特管辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(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.每位醫師首次加入本計畫，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複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；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.醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（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 位以上符合本項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、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(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)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含 109 年增設 2 家為限)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。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。
2. 於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之社區醫療站，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

3.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。

4.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年以上臨床經驗之醫師。

(3)每位醫師首次加入本計畫，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複）；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。

(4)醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

5.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、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、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病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。

(3) 牙醫服務內容及設備：

- A. 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、牙周暨齦齒控制基本處置、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。
- B. 提供特定需求者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【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：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。

(1) 加成支付：

- A. 特定身心障礙者：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 91成、重度病人得加 79成、中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 35成、輕度病人（含失能老人）得加 13成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號 91021C、91022C、91023C），不得再依病人心身障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。

- B. 醫療團牙醫醫療服務(不含社區醫療站)：其他具身心障礙證明者得加 2 成。

- (2) 本計畫不得併報~~全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齦齒兒童口腔健康照護試辦計畫及全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫~~支付標準。

- (3) 氟化物防齦處理(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，重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報 92051B、92072C、~~P7301C~~、P7302C 及 P7102C。

(4)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(支付代碼為 P30001)：每小時 2,400 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 人次者均不得申報該小時費用。

C.社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。

D.特定需求者牙醫醫療服務：

a. 得採論次加論量支付方式，論次項目(支付代碼為 P30003)，每小時 2,400 點(內含護理費，且不得收取其它自費項目)，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。

b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達 5 人以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 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 次為原則。

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

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

自閉症、失智症：LN

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

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

自閉症、失智症：LP

其他具身心障礙證明者：XX

C. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

自閉症、失智症：LR

D. 社區醫療站服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

(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.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，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人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.每位牙醫師每月平均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、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(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)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)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，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。
2. 申請為進階照護院所，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。
3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)
 - (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(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)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、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。

(五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及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(含特定需求者)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，並副知牙醫全聯會；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】。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】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：
 - (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(包含新增或取消)應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
 - (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)費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系

統(VPN)登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表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，經催繳三個月內仍未改善者，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、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)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)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，並依病人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，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
- (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、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)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位時，必須有老師或熟

悉該病人狀況的人陪同就診。

- (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紀錄備查，並謹慎為之。
 - (11) 若病人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) 病人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病人情緒之責任，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，醫師及場所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，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
 - (17) 執行全身麻醉時，應以病人安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位病人之麻醉，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 13】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，且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。
 - (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。
5. 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。

6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，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，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複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），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。
7. 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。
8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

（一）醫療服務提供者資格：

1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。
2. 特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。

（二）收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。

2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、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）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）或發展遲緩兒童等。
4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

(三) 收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務（含訪視）前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

(四) 照護內容：

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、牙周暨齲齒控制基本處置、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原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。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等相關物品。

(五) 醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】。
3. 醫療費用申報：
 - (1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。
 - (2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。
 - (3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。
4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。
5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(六) 給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。
2. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含評估訪視)合計每日達 5 人次以上，自第 5 人次起按 6 折支付，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限；每位醫師支援每週不超過 2 日。

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。
2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務（含訪視）前，牙醫師須檢送申請

- 表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務（含訪視）後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。
3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。
 4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身分影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
 5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
 6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
 7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
 8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
 9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
 10. 耗材應由醫療院所自備。
 11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
 12. 提供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，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，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，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

九、點值結算方式：本計畫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。

十、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。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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 14】

**全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
醫療團院所之標示製作作業說明**

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

112113 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

三、標示應包含下列內容

- 1.全民健保牙醫特殊醫療服務
- 2.全民健保標誌
- 3.醫療團地點及時間
- 4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- 5.承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保 牙醫特殊 醫療服務	醫療團地 點及時間	主辦單位:衛 生福利部中央 健康保險署	承作醫療 院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色

3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。

2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。

原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。

3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所

之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報☐立牌☐直立旗☐布條☐其他

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

原始支出憑證黏貼處

【附件 19】

「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」支付項目

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
89304C	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	√	√	√	√	900
89305C	—雙面 two surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象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。	√	√	√	√	1,050
89308C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	√	√	√	√	1,000
89309C	—雙面 two surfaces	√	√	√	√	1,200
89310C	—三面 three surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	√	√	√	√	1,400
89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	√	√	√	√	1,450
89314C	特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	√	√	√	√	1,600
89315C	特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs	√	√	√	√	1,850

<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>基層院所</u>	<u>地區醫院</u>	<u>區域醫院</u>	<u>醫學中心</u>	<u>支付點數</u>
	<u>註：</u> <u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>					

H2113 年度全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年 口腔提升照護試辦計畫(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：

藉由本計畫之實施，提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率，透過早期發現、介入治療及衛教，維護自然牙齒品質，減少齲齒，降低未來根管治療及拔牙發生機率，提升青少年口腔健康。

三、實施期間：自 H2113 年1月1日起至 H2113 年12月31日止。

四、年度執行目標：

本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」~~900,000服務人次~~、「青少年齲齒氟化物治療（P7102C）」合計達444,500服務人次為執行目標。

五、預算來源：

(一) H2113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為~~271.5~~171.5百萬元。

(二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」（P7101C 及 P7102C）之費用由本計畫預算支應。

(三) 本計畫預算係按季均分及結算，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；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

六、收案條件：

12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K02、K03.89、K05、K03.6、K06.1)。

七、牙醫師申報資格：

醫師為二年內經全民健康保險保險人(以下稱保險人)停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函

所載停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，
兩年內不得申報本計畫診療項目。

八、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付 點數
P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除， 且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報X光攝影，費用另計。 3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C。	300
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損者申報。 2. 須附一年內診斷 <u>X光片(費用另計)或照片</u> (照片費用內 含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002、 P7301C 及 P7302C。	500

九、醫療費用申報及審查：

- (一) 施行本計畫診療項目得併同申報牙科門診診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。
- (二) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- (三) 本計畫醫療費用點數申報格式：
 1. 案件分類：請填報「19」。
 2. 特定治療項目代號(一)：請填報「LM(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。
- (四) 全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫
不足改善方案）得提供本計畫服務，申報格式：

1.牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫(以下稱執業計畫)：

- (1) 門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LM(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」、特定治療項目代號(二)「F2(執業計畫)」。
- (2) 執業計畫之巡迴醫療服務：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F2(執業計畫)」、特定治療項目代號(二)「F3(巡迴醫療團)」、特定治療項目代號(三)「LM(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。
- (3) 牙醫院所參與執業計畫時，申報之 P7101C、P7102C，納入執業計畫保障額度，由牙醫不足改善方案之專款支應。

2.巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：

- (1) 巡迴醫療團：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F3(巡迴醫療團)」、特定治療項目代號(二)「LM(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。
- (2) 社區醫療站：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「FT(社區醫療站)」、特定治療項目代號(二)「LM(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。
- (3) 牙醫院所參與巡迴計畫時，併同申報之 P7101C、P7102C，由本計畫之專款支應，不得再額外加計牙醫不足改善方案之加成。

十、計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該等指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)：

(一) 自評指標：

- 1.申報案件數(就醫人次)。
- 2.申報點數。
- 3.就醫人數(以 ID 歸戶)。

(二) 評估指標：提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率>40%。

十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十二、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主

管機關核定後公告實施，並副知健保會。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。

112113 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務 提升獎勵計畫

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、實施目的：

為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。

三、預算來源：

112113 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。

四、實施期間：

112113 年 1 月 1 日起至 112113 年 12 月 31 日止。

五、實施對象核發資格：

隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。

六、適用鄉鎮：篩選條件如下：

- (一) 戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1：2,9702,923(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1:5,9405,845(全國平均值*4)。

[註]：110111 年全國牙醫師人口比為 1:1,4851,461。

(二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。

(三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 ~~111~~112 年計畫起名單沿用 2 年(~~112~~113 年計畫名單包含 ~~111~~112 年適用鄉鎮及 ~~112~~113 年適用鄉鎮)。

七、核發原則：支援牙醫師不納入計算。

(一)符合本計畫第五點之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，依下列原則加計核算比率，超過50萬點部分不加計。

1.當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。

[註]：當季六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(111年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。

2.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，加計 2%。

3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，加計 1%。

4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計 2%。

5.當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。

(二)當季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例 (折付比例=季預算/Σ 各診所該季原核發金額)計算。

(三)不納入加計點數計算之案件：

1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。

2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。

3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。

4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。

5. 「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」。

6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。

(四)本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。

~~七、獎勵方式：~~

~~(一)獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。~~

~~1. 六分區中點值最低之分區，屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計6%，超過50萬點部分不加計。~~

~~[註]：六分區中點值最低之分區定義為結算年度109年各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。~~

~~2. 不屬前項分區但屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計5%，超過50萬點部分不加計。~~

~~3. 季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ各診所該季原核發金額)計算。~~

~~(二)不納入加計點數計算之案件：~~

~~1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。~~

~~2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。~~

~~3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。~~

~~4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。~~

~~5. 「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」。~~

~~6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。~~

~~(三)本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。~~

八、基層診所所有下列情形者，不予核發：

(一)執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。

(二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(~~107~~108 年至 ~~111~~112 年)至當年(~~112~~113 年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次處分函所載停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。

(三)本計畫實施前一年(~~111~~112 年)至當年(~~112~~113 年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點(含)以上者。

(四)本計畫實施前一年(~~111~~112 年)基層診所平均月初核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。

(五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。

~~(六)未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務(以下稱牙特)2 件(含)以上者；當季該院所未申報院所內牙特案件 2 件(含)以上者；惟離島地區不受此限。~~

~~(七)未執行口腔癌篩檢者；當季該院所未上傳資料【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。~~

九、其他事項：

- (一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。
- (二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。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。

113 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫 適用名單

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
1	台北	宜蘭縣	三星鄉	21,206	147	2	10,603
2	台北	宜蘭縣	大同鄉	6,088	9	1	6,088
3	台北	宜蘭縣	五結鄉	40,539	1,043	4	10,135
4	台北	宜蘭縣	冬山鄉	52,928	663	3	17,643
5	台北	宜蘭縣	壯圍鄉	24,391	634	2	12,196
6	台北	宜蘭縣	南澳鄉	6,010	8	1	6,010
7	台北	宜蘭縣	員山鄉	32,056	286	2	16,028
8	台北	宜蘭縣	頭城鎮	28,544	283	8	3,568
9	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	35,057	346	9	3,895
10	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	38,272	430	5	7,654
11	台北	金門縣	金沙鎮	20,785	505	1	20,785
12	台北	金門縣	金城鎮	42,845	1,973	9	4,761
13	台北	金門縣	金湖鎮	30,593	734	8	3,824
14	台北	金門縣	金寧鄉	33,901	1,136	1	33,901
15	台北	金門縣	烈嶼鄉	12,743	796	1	12,743
16	台北	金門縣	烏坵鄉	672	560	0	無牙醫鄉
17	台北	連江縣	北竿鄉	2,998	303	1	2,998
18	台北	連江縣	東引鄉	1,494	393	1	1,494
19	台北	連江縣	南竿鄉	7,657	736	6	1,276
20	台北	連江縣	莒光鄉	1,496	318	1	1,496
21	台北	新北市	三芝區	22,357	339	3	7,452
22	台北	新北市	平溪區	4,333	61	0	無牙醫鄉
23	台北	新北市	石門區	11,193	218	0	無牙醫鄉
24	台北	新北市	石碇區	7,487	52	1	7,487
25	台北	新北市	坪林區	6,619	39	0	無牙醫鄉
26	台北	新北市	金山區	20,844	424	4	5,211
27	台北	新北市	烏來區	6,391	20	1	6,391
28	台北	新北市	貢寮區	11,534	115	0	無牙醫鄉
29	台北	新北市	萬里區	21,462	339	1	21,462
30	台北	新北市	雙溪區	8,235	56	1	8,235
31	北區	苗栗縣	三義鄉	15,388	222	2	7,694
32	北區	苗栗縣	三灣鄉	6,201	119	1	6,201
33	北區	苗栗縣	大湖鄉	13,530	149	3	4,510
34	北區	苗栗縣	公館鄉	31,867	446	5	6,373
35	北區	苗栗縣	西湖鄉	6,558	160	2	3,279

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
36	北區	苗栗縣	卓蘭鎮	15,866	208	4	3,967
37	北區	苗栗縣	南庄鄉	9,328	56	1	9,328
38	北區	苗栗縣	後龍鎮	34,694	458	10	3,469
39	北區	苗栗縣	泰安鄉	5,691	9	0	無牙醫鄉
40	北區	苗栗縣	通霄鎮	32,441	301	6	5,407
41	北區	苗栗縣	造橋鄉	11,956	249	2	5,978
42	北區	苗栗縣	獅潭鄉	4,117	52	0	無牙醫鄉
43	北區	苗栗縣	銅鑼鄉	16,871	215	2	8,436
44	北區	苗栗縣	頭屋鄉	10,026	191	0	無牙醫鄉
45	北區	桃園市	復興區	12,656	36	1	12,656
46	北區	桃園市	新屋區	49,094	577	5	9,819
47	北區	新竹市	香山區	78,641	1,434	9	8,738
48	北區	新竹縣	五峰鄉	4,473	20	0	無牙醫鄉
49	北區	新竹縣	北埔鄉	8,797	174	1	8,797
50	北區	新竹縣	尖石鄉	9,577	18	0	無牙醫鄉
51	北區	新竹縣	芎林鄉	19,936	489	2	9,968
52	北區	新竹縣	峨眉鄉	5,309	113	1	5,309
53	北區	新竹縣	新埔鎮	32,975	457	4	8,244
54	北區	新竹縣	橫山鄉	12,343	186	0	無牙醫鄉
55	北區	新竹縣	關西鎮	27,377	218	5	5,475
56	北區	新竹縣	寶山鄉	14,504	224	1	14,504
57	中區	南投縣	中寮鄉	14,013	96	0	無牙醫鄉
58	中區	南投縣	仁愛鄉	15,810	12	0	無牙醫鄉
59	中區	南投縣	水里鄉	16,665	156	3	5,555
60	中區	南投縣	名間鄉	36,925	444	4	9,231
61	中區	南投縣	信義鄉	15,785	11	2	7,893
62	中區	南投縣	國姓鄉	17,557	100	1	17,557
63	中區	南投縣	魚池鄉	15,162	125	2	7,581
64	中區	南投縣	鹿谷鄉	16,850	119	2	8,425
65	中區	南投縣	集集鎮	10,227	206	1	10,227
66	中區	彰化縣	二水鄉	14,377	488	2	7,189
67	中區	彰化縣	大村鄉	39,835	1,294	5	7,967
68	中區	彰化縣	大城鄉	15,733	247	1	15,733
69	中區	彰化縣	永靖鄉	35,879	1,738	4	8,970
70	中區	彰化縣	田尾鄉	26,407	1,099	1	26,407
71	中區	彰化縣	竹塘鄉	14,584	346	0	無牙醫鄉
72	中區	彰化縣	伸港鄉	37,838	1,695	4	9,460
73	中區	彰化縣	社頭鄉	42,026	1,163	7	6,004

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
74	中區	彰化縣	芬園鄉	22,827	600	4	5,707
75	中區	彰化縣	芳苑鄉	32,110	351	1	32,110
76	中區	彰化縣	埔鹽鄉	31,682	821	2	15,841
77	中區	彰化縣	埤頭鄉	29,706	695	3	9,902
78	中區	彰化縣	溪州鄉	28,949	382	5	5,790
79	中區	彰化縣	線西鄉	16,486	912	1	16,486
80	中區	臺中市	大安區	18,485	675	1	18,485
81	中區	臺中市	外埔區	31,564	744	2	15,782
82	中區	臺中市	石岡區	14,419	792	1	14,419
83	中區	臺中市	和平區	10,870	10	2	5,435
84	中區	臺中市	新社區	23,650	343	2	11,825
85	南區	雲林縣	二崙鄉	25,660	431	0	無牙醫鄉
86	南區	雲林縣	口湖鄉	25,976	323	0	無牙醫鄉
87	南區	雲林縣	土庫鎮	27,938	570	3	9,313
88	南區	雲林縣	大埤鄉	18,451	410	4	4,613
89	南區	雲林縣	元長鄉	24,177	338	1	24,177
90	南區	雲林縣	水林鄉	23,737	325	1	23,737
91	南區	雲林縣	古坑鄉	30,438	183	2	15,219
92	南區	雲林縣	四湖鄉	21,891	284	2	10,946
93	南區	雲林縣	東勢鄉	13,849	286	2	6,925
94	南區	雲林縣	林內鄉	17,131	456	2	8,566
95	南區	雲林縣	崙背鄉	23,584	403	4	5,896
96	南區	雲林縣	麥寮鄉	48,695	607	6	8,116
97	南區	雲林縣	莿桐鄉	27,970	550	4	6,993
98	南區	雲林縣	臺西鄉	22,558	417	1	22,558
99	南區	雲林縣	褒忠鄉	12,279	331	3	4,093
100	南區	嘉義縣	大埔鄉	4,533	26	0	無牙醫鄉
101	南區	嘉義縣	中埔鄉	43,602	337	5	8,720
102	南區	嘉義縣	六腳鄉	21,774	350	0	無牙醫鄉
103	南區	嘉義縣	太保市	38,571	577	8	4,821
104	南區	嘉義縣	水上鄉	48,529	702	6	8,088
105	南區	嘉義縣	布袋鎮	25,521	413	3	8,507
106	南區	嘉義縣	竹崎鄉	34,190	211	6	5,698
107	南區	嘉義縣	東石鄉	23,464	288	0	無牙醫鄉
108	南區	嘉義縣	阿里山鄉	5,420	13	0	無牙醫鄉
109	南區	嘉義縣	梅山鄉	18,324	153	5	3,665
110	南區	嘉義縣	鹿草鄉	14,658	270	1	14,658
111	南區	嘉義縣	番路鄉	11,033	94	0	無牙醫鄉

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
112	南區	嘉義縣	新港鄉	30,705	465	5	6,141
113	南區	嘉義縣	溪口鄉	13,761	416	1	13,761
114	南區	嘉義縣	義竹鄉	17,232	217	5	3,446
115	南區	臺南市	七股區	21,757	198	1	21,757
116	南區	臺南市	下營區	23,062	688	6	3,844
117	南區	臺南市	大內區	9,048	129	1	9,048
118	南區	臺南市	山上區	6,996	251	0	無牙醫鄉
119	南區	臺南市	六甲區	21,488	318	3	7,163
120	南區	臺南市	北門區	10,397	236	1	10,397
121	南區	臺南市	左鎮區	4,428	59	0	無牙醫鄉
122	南區	臺南市	玉井區	13,342	175	2	6,671
123	南區	臺南市	白河區	26,693	211	6	4,449
124	南區	臺南市	安定區	30,105	963	1	30,105
125	南區	臺南市	西港區	24,495	725	4	6,124
126	南區	臺南市	官田區	21,035	297	3	7,012
127	南區	臺南市	東山區	19,788	158	1	19,788
128	南區	臺南市	南化區	8,264	48	0	無牙醫鄉
129	南區	臺南市	後壁區	22,322	309	3	7,441
130	南區	臺南市	將軍區	18,843	449	1	18,843
131	南區	臺南市	楠西區	9,031	82	1	9,031
132	南區	臺南市	學甲區	24,981	463	7	3,569
133	南區	臺南市	龍崎區	3,668	57	0	無牙醫鄉
134	南區	臺南市	關廟區	33,860	631	2	16,930
135	南區	臺南市	鹽水區	24,777	474	8	3,097
136	高屏	屏東縣	九如鄉	21,734	517	2	10,867
137	高屏	屏東縣	三地門鄉	7,711	39	0	無牙醫鄉
138	高屏	屏東縣	竹田鄉	16,318	561	1	16,318
139	高屏	屏東縣	牡丹鄉	4,849	27	0	無牙醫鄉
140	高屏	屏東縣	車城鄉	8,181	164	1	8,181
141	高屏	屏東縣	里港鄉	25,696	373	3	8,565
142	高屏	屏東縣	佳冬鄉	18,321	591	1	18,321
143	高屏	屏東縣	來義鄉	7,397	44	1	7,397
144	高屏	屏東縣	枋山鄉	5,150	298	0	無牙醫鄉
145	高屏	屏東縣	枋寮鄉	23,246	403	6	3,874
146	高屏	屏東縣	長治鄉	29,337	736	3	9,779
147	高屏	屏東縣	南州鄉	10,133	534	2	5,067
148	高屏	屏東縣	春日鄉	4,930	31	0	無牙醫鄉
149	高屏	屏東縣	崁頂鄉	15,272	488	0	無牙醫鄉

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
150	高屏	屏東縣	泰武鄉	5,360	45	0	無牙醫鄉
151	高屏	屏東縣	琉球鄉	12,104	1,780	2	6,052
152	高屏	屏東縣	高樹鄉	23,439	260	3	7,813
153	高屏	屏東縣	新埤鄉	9,451	160	0	無牙醫鄉
154	高屏	屏東縣	新園鄉	33,447	873	7	4,778
155	高屏	屏東縣	獅子鄉	4,888	16	0	無牙醫鄉
156	高屏	屏東縣	萬巒鄉	19,915	328	1	19,915
157	高屏	屏東縣	滿州鄉	7,353	52	0	無牙醫鄉
158	高屏	屏東縣	瑪家鄉	6,706	85	1	6,706
159	高屏	屏東縣	霧臺鄉	3,259	12	0	無牙醫鄉
160	高屏	屏東縣	鹽埔鄉	24,586	382	3	8,195
161	高屏	高雄市	大樹區	41,257	616	6	6,876
162	高屏	高雄市	內門區	13,770	144	0	無牙醫鄉
163	高屏	高雄市	六龜區	12,135	63	4	3,034
164	高屏	高雄市	永安區	13,618	602	1	13,618
165	高屏	高雄市	田寮區	6,788	73	1	6,788
166	高屏	高雄市	甲仙區	5,788	47	0	無牙醫鄉
167	高屏	高雄市	杉林區	11,288	109	0	無牙醫鄉
168	高屏	高雄市	那瑪夏區	3,143	12	0	無牙醫鄉
169	高屏	高雄市	阿蓮區	28,011	809	7	4,002
170	高屏	高雄市	美濃區	37,949	316	4	9,487
171	高屏	高雄市	茂林區	1,874	10	0	無牙醫鄉
172	高屏	高雄市	茄萣區	29,812	1,891	4	7,453
173	高屏	高雄市	桃源區	4,193	5	1	4,193
174	高屏	高雄市	湖內區	29,648	1,471	4	7,412
175	高屏	高雄市	旗津區	27,204	18,583	5	5,441
176	高屏	高雄市	彌陀區	18,627	1,261	2	9,314
177	高屏	澎湖縣	七美鄉	3,862	553	0	無牙醫鄉
178	高屏	澎湖縣	白沙鄉	9,989	497	1	9,989
179	高屏	澎湖縣	西嶼鄉	8,338	446	2	4,169
180	高屏	澎湖縣	馬公市	63,289	1,862	34	1,861
181	高屏	澎湖縣	望安鄉	5,415	393	0	無牙醫鄉
182	高屏	澎湖縣	湖西鄉	15,447	464	2	7,724
183	東區	花蓮縣	光復鄉	12,185	78	3	4,062
184	東區	花蓮縣	秀林鄉	16,555	10	1	16,555
185	東區	花蓮縣	卓溪鄉	5,967	6	0	無牙醫鄉
186	東區	花蓮縣	富里鄉	9,812	56	1	9,812
187	東區	花蓮縣	新城鄉	20,252	689	6	3,375

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
188	東區	花蓮縣	瑞穗鄉	11,123	82	0	無牙醫鄉
189	東區	花蓮縣	萬榮鄉	6,152	10	0	無牙醫鄉
190	東區	花蓮縣	壽豐鄉	17,351	79	2	8,676
191	東區	花蓮縣	鳳林鎮	10,679	89	2	5,340
192	東區	花蓮縣	豐濱鄉	4,327	27	1	4,327
193	東區	臺東縣	大武鄉	5,635	81	1	5,635
194	東區	臺東縣	太麻里鄉	10,819	112	1	10,819
195	東區	臺東縣	成功鎮	13,330	93	1	13,330
196	東區	臺東縣	池上鄉	7,976	96	2	3,988
197	東區	臺東縣	卑南鄉	16,833	41	0	無牙醫鄉
198	東區	臺東縣	延平鄉	3,591	8	1	3,591
199	東區	臺東縣	東河鄉	8,106	39	0	無牙醫鄉
200	東區	臺東縣	金峰鄉	3,663	10	1	3,663
201	東區	臺東縣	長濱鄉	6,791	44	1	6,791
202	東區	臺東縣	海端鄉	4,151	5	1	4,151
203	東區	臺東縣	鹿野鄉	7,482	83	0	無牙醫鄉
204	東區	臺東縣	達仁鄉	3,437	11	0	無牙醫鄉
205	東區	臺東縣	綠島鄉	4,124	273	1	4,124
206	東區	臺東縣	關山鎮	8,274	141	2	4,137
207	東區	臺東縣	蘭嶼鄉	5,231	108	1	5,231
208	台北	新北市	瑞芳區*	38,449	544	13	2,958
209	高屏	屏東縣	恆春鎮*	30,089	220	10	3,009

註 1：資料來源：戶籍人口數、土地面積(110~~109~~.12 內政部內政統計資料)、牙醫師數(衛生福利部 110~~109~~ 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計)

註 2：牙醫師人口比(戶籍人口數/牙醫師數)、人口密度(戶籍人口數/平方公里)

註 3：*為 113~~112~~ 年新增鄉鎮，資料以 111~~110~~ 年相關資料計算。

112113 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案

中華民國 113 年 0 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告

壹、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。

貳、預算來源

全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

參、方案目的

本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。

肆、核發資格

牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，醫院層級院所當年度執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之項目者，且無下列任一項情形者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：

一、醫療行為異常暨違規院所：

(一)牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。

(二)保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者：

1. 依「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)第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。
2. 三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條處以停止特約者。
3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條處以停止特約、終止特約者。

[註]：上述 2、3 點 之違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次發核定違規函所載處分置日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分執行者)，倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

二、院所全年度未每月申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。

伍、核發原則：

一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。

二、政策獎勵：共六七項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。

三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。

[註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100% 為上限

四、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「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」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。

陸、預算分配與支用

一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數(受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費)乘以平均核付率比例計算之，公式如下：

(一) 該院所核算基礎點數 = 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費) × 平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數) × Σ 核算基礎比率

(二) 該院所核發品質保證保留款金額 = (該院所核算基礎點數/ Σ 各院所核算基礎點數) × 當年度品質保證保留款

二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(一)款之特約醫療院所名單，以及衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)、衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及附表 3 加計獎勵指標(一)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。

柒、其他事項

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醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則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。

捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率$\leq 7\%$。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙牙冠顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。 e.備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)。 f.公式：(分子/分母)$\times 100\%$。 g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 110111 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	20% 15%	V	V
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率$\leq 10\%$者。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之乳牙顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所所有 5 歲 6 個月以上病患，實施牙齒填補之乳牙顆數。 e.公式：(分子/分母)$\times 100\%$。 f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(110111 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。 h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。	20% 15%	V	V
(三) 恆牙根管治療	分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，且根管治療點數占總點數之百分比須大於 5 % 者： 1.恆牙根管治療完成半年後的保存率$\geq 95\%$。 [註]a.資料範圍：醫療院所前一年度下半年與該年度上半年往後追溯半年所有根管治療醫令。	20%	V	V

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
	b.分子：醫療院所就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 c.分母：同時期各醫療院所申報根管治療之恆牙顆數。 d.計算：1-(分子/分母) x100%。 e.該院所該年須有 12 個月的申報資料。 2.恆牙根管治療未完成率 < 30%。 [註]a.定義：恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上除以根管開擴及清創。 b.計算公式：[1-(90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C)/90015C]。 3.院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90098C)且其中 1 例同時同案件下申報應含橡皮障防濕裝置(90012C)。			
(四) 全口牙 結石清除	分為下列 <u>23</u> 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準： 1.全口牙結石清除比率 > 20 %。 [註]a.分子：醫療院所申報 12 歲(含)以上全口牙結石清除術(醫令代碼 91004C + 91005C + 91017C + 91089C + 91090C)的人數。 b.分母：醫療院所牙醫門診病人數(12 歲(含)以上之病人數)。 c.計算：分子/分母 x100 %。 2.施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率 > 20%。 [註] a.分子：當年施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(醫令代碼 併同 91004C 之 91014C+91017C+91089C+91090C+併同 91004C 之 P7101C)的人數。 b.分母：全部全口牙結石清除人數。 c.計算：分子/分母 x100 %。 <u>3.該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 12 件(含)以上。</u>	10% <u>20%</u>	V	V
核算基礎小計		70%		

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 牙周病顧本計畫	該院所當年度特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)及牙周病支持性治療(91018C)合計申報件數在 15 件(含)以上。	3%	V	V
(二) 牙周病統合照護品質	該院所當年度第3階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上,且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%。	5%	V	V
(三) 口腔癌篩檢	醫院當年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 12 筆至 健康署口腔司 口腔癌篩檢資料庫。	10%	V	
(四) 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	該院所須同時符合下列二項條件： 1. 每月於健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]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。 2. 當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數 ≥ 1 件（不含預防保健案件）。 [註]週日及國定假日之定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 所訂。	3%		V
(五) 月平均初核核減率	111 112 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。	5%		V
(六) 特殊醫療服務計畫	1.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上。	2%	V	V
	2.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上。	2%		V
(七) 高風險疾病患者照護 (七)氟化物治療	該院所當年度高風險疾病患者牙結清除全口(91090C)申報件數 12 件(含)以上。 該院所當年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 30 件(含)以上。	10%	V	V
核算基礎小計			30%	30%

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-加計獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
口 腔 癌 篩 檢、戒菸治 療服務	該院所當年度口腔癌篩檢資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 4 筆至健康署口腔司口腔癌篩檢資料庫，或提供戒菸治療服務。	2%		V