



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 113 年第 3 次研商議事會議

113 年 11 月 19 日（星期二）
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

113 年第 3 次會議議程

壹、 主席致詞

貳、 前次會議紀錄確認

參、 報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1
三、113 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1
四、114 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目。	報 4-1
五、114 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。	報 5-1

肆、 討論事項

一、114 年度牙醫門診總額地區預算分配案。	討 1-1
二、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。	討 2-1
三、修訂「114 年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」案。	討 3-1
四、修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」案。	討 4-1
五、修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。	討 5-1
六、修訂「114 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」案。	討 6-1
七、修訂「114 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」案。	討 7-1
八、修訂 114 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。	討 8-1

伍、 臨時動議

陸、 散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

113 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 5 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：莊玉芬

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	成庭甄	陳代表淑華	陳淑華
江代表錫仁	江錫仁	陳代表義聰	(請假)
何代表世章	何世章	黃代表立賢	黃立賢
余代表政明	余政明	黃代表茂栓	邱昱瑋(代)
吳代表志浩	吳志浩	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表享穆	吳享穆	楊代表文甫	楊文甫
吳代表廸	吳廸	楊代表玉琦	(請假)
吳代表明彥	吳明彥	葉代表育敏	葉育敏
李代表口榮	林致平(代)	董代表正宗	蔡培松(代)
周代表彥儒	周彥儒	詹代表明興	詹明興
林代表鎰麟	林鎰麟	劉代表林義	劉林義
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表欣原	蔡欣原
洪代表怡育	洪怡育	蔡代表建宗	蔡建宗
范代表景章	蕭彰銘(代)	蔡代表爾輝	蔡爾輝
徐代表邦賢	徐邦賢	蔡代表蕙如	蔡蕙如

翁代表德育	翁德育	簡代表志成	彭啓清(代)
張代表育超	張文炳(代)	羅代表界山	羅界山
連代表新傑	連新傑	蘇代表主榮	蘇主榮

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	陳燕鈴、張嘉云
(以下稱健保會)	
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙全會)	侯乃文、劉振聲、曾士哲
中華民國藥師公會全國聯合會	廖秋英、邵格蘊、潘佩筠
台灣醫院協會	鄭宇焱
本署臺北業務組	顏正婷、申哲
本署北區業務組	邱玲玉*、徐慕容*
	楊淑娟*、謝明珠*、黃毓棠*
	林孟萱*
本署中區業務組	陳淑英*、柯依鳳*、簡育琳*
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*
	吳孜威*、張瑛娟*
本署東區業務組	劉翠麗*、陳珮毓*、鄭婷婷*
本署醫審及藥材組	連恆榮、陳亞其、蔡宜軒
本署醫務管理組	林右鈞、洪于淇、朱文珮
	阮柏叡、李羿萱
本署資訊組	吳孟宴

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：序號 1-10 均解除列管。

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：

一、洽悉。

二、各層級醫院申報件數及點數均成長，僅區域醫院下降，請本署醫務管理組檢視個別醫院近 2 年申報情形是否有異常變化。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：依 111、112 年度總額協定事項，「高風險疾病口腔照護」及「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，須依當年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度及重複部分費用，本季預算依前開協定事項進行扣減，共扣減 188,336,780 元，各項目扣減方式如下表：

項目	協定文字	說明
高風險疾病 口腔照護	依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。	依 112 年 1 月至 12 月申報資料，經統計需扣減未執行額度為 378,256,570 點，其中 190 百萬元分攤於 112 年第 3 季扣減，其餘 188,256,570 元於 112 年第 4 季結算時扣減費用。

項目	協定文字	說明
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。	依 112 年 1 月至 12 月申報資料，經統計與一般服務重複之額度約 80,210 元，於 112 第 4 季結算時扣減費用。

決定：

一、112 年第 4 季各分區一般點值確認如下：

點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.93193009	1.01624485	1.00494756	1.04684306	1.01944671	1.15171874	0.98583323
平均點值	0.92982861	1.01173927	1.00436196	1.04792149	1.02136610	1.15000000	0.98595792

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」之保留款之運用，提請討論。

決議：

一、本案通過如附件1，修正重點如下：

(一) 保留款之運用第(三)款同意由「鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務」修正為「鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診之醫療服務」。

(二) 保留款運用之計算方式第(二)款第2目，由「前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週日及國定假日開診，每件醫療點數加計20%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配」修正為「前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診，每件醫療點數週六加計50%、週日及國定假日加計100%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓

勵金額比例分配」。

二、本案將依程序報部核定，並溯自113年1月1日生效。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)之預算支應方式，提請討論。

決議：

- 一、同意「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」之「高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)」之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。
- 二、修訂計畫內容如附件 2，將依程序提報健保會。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關 113 年度牙醫門診總額協定預算扣減方式，提請討論。

決議：

- 一、通過 12~18 青少年口腔提升照護試辦計畫之預算扣減方式、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)與一般服務重複部分之計算方式，均與 112 年相同，計算方式如下：

項目	計算方式
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	113 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 112 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之醫令點數。
高風險疾病口腔照護計畫	113 年申報 91090C 者，曾於 112 年一般服務申報 91004C、91014C 之醫令點數。

二、請本署提供前開資料時，同步提供就醫率等相關資料供 114 年總額協商參考。

三、有關高風險疾病口腔照護計畫專款中，複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)，係採 400 點納入結算，爰與一般服務費用無重複或替代情形。

第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂支付標準「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」，提請討論。

決議：本案通過如附件 3，修正重點如下：

同意特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C-89215C)差額 400 點納入支付標準「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」排除項目。

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「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之支付項目及預期效益之評估指標，提請討論。

決議：

一、支付標準 P3601C 備註(四)，同意由「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)或最近一次糖化血紅素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。」修訂為「病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-六個月內之糖化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。」，將依程序提案至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(下稱共擬會議)報告。

二、有關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」之操作型

定義通過如附件 4，重點如下：

(一)公式 1：服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理比率。

公式 2：服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所牙醫急症處置比率。

(二)「有服用抗凝血劑病人」係指近 6 個月內有申報抗凝血劑藥物。

三、請牙全會提供抗凝血劑之醫令代碼或 ATC 碼。

四、考量本計畫為實施第一年，因無基礎值爰同意暫不設定目標值，請牙全會儘速研議提出目標值。

第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：評估特殊服務計畫專款項目，於一般服務費用重複或替代情形，提請討論。

決議：

一、本計畫與一般服務費用重複部分之計算方式如下：113 年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號 LT)，曾於 112 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)點數。

二、請本署提供上開醫療費用之分列項目數據，供 114 年總額協商參考。

第七案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之「執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率」專業醫療服務品質指標案，提請討論。

決議：本案通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業，修訂重點如下：

一、指標參考值修訂為「以最近 3 年全國平均值 $\times(1-10\%)$ 」。

二、指標計算公式之分子定義修訂為「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經訪查合格(初評+複審)的院所數」。

第八案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「(92094C)週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」備註 6.不得同時合併申報除外項目，提請討論。

決議：

- 一、同意修訂支付標準「(92094C)週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」備註 6「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)」，前開除外診療項目增列 P3601C，並依程序提至共擬會議報告。
- 二、有關本項支付標準備註 6 規定同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報一節，實務上是否有放寬之空間，請牙全會通盤檢討後再議。

第九案

提案單位：本署醫務管理組

案由：藥品處方箋改採學名申報，以牙醫先行試辦，提請討論。

決議：同意採分階段實施，第一階段於「全民健康保險門診交付處方箋」加註可否替代，第二階段另組工作小組討論執行方式。

肆、臨時動議：

第一案

案由：CIS 指標「申報手術拔除深部阻生齒之案件」被抽審，建議指標定義排除申報件數少之院所。

決議：請醫院牙科協會來函提供具體修訂建議，由本署醫審及藥材組納入修訂參考。

伍、散會：11 時 10 分。

全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案(草案)

一、依據:全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 112 年度第 3 次紀錄。

二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。

三、保留款機制：

(一) 依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。

(二) 以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。

四、保留款之運用：

(一) 該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。

(二) 鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。

(三) 鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診之醫療服務。

(四) 鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。

(五) 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。

五、保留款運用之計算方式：

(一) 以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。如保留款不足時，則依該分區院所結算點數，按比例分配。

(二) 於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區：

1. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以 3 年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者)，其核定點數(含部分負擔)以每點 1.3 元支付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

2. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診，每件醫療點數~~加計 20%~~週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含勞雇雙方排定之補假日)。

3. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.5 元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

(三) 前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第 1 季一般預算。

六、本方案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，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

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(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、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，爰整併全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)中「高風險疾病口腔照護」相關診療項目，與 112 年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」二專款項目之評估指標。

三、實施期間：

113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。本計畫給付項目及支付標準，自 113 年 3 月 1 日起適用。

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)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。

五、執行目標：

- (一)113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。
- (二)P7302C 預估服務人次 202 萬人次。

六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。

七、醫療費用申報、審查及點值結算：

- (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、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)本計畫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；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

八、 預期效益之評估指標

(一) 國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。

(二) 自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

評估指標之定義：

1. 年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。

分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。

分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。

公式：分子/分母。

2. 年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。

分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。

分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。

公式：分子/分母*100%。

九、 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(以下稱保險人)公告實施日期辦理。

十、 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。

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)、牙周病支持性治療(91018C)。
 - (18)糖尿病病人牙結石清除-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)青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。
 - ~~(21)齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。~~
 - (22)(21)特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)。
 - (23)(22)高風險疾病口腔照護計畫：
 - A. 高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。
 - B. 齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。
 - C. 高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C-89215C)差額為100點。

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

預期效益之評估指標：「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」操作型定義

一、公式 1：服用抗凝血病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理比率

(一) 分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。

(二) 分子 1：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位拔牙後特別處理(92012C)之案件數。

(三) 公式 1：分子 1/分母*100%。

二、公式 2：服用抗凝血病人經牙科處置，至院所牙醫急症處置比率

(一) 分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。

(二) 分子 2：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位牙醫急症處置-每次門診限申報一次(92093B)之案件數。

(三) 公式 2：分子 2/分母*100%。

備註：

1. 「有服用抗凝血劑病人」係指近 6 個月有申報抗凝血劑藥物。
2. 抗凝血劑為：(1)aspirin、(2)保栓通 Clopidogrel (Plavix)、(3)肝素 heparin、(4)wafarin、(5)鏈激酶 streptokinase、(6)recombinant tissue plasminogen activator (r-tPA)。
3. 拔牙醫令：92013C(簡單性拔牙)、92014C(複雜性拔牙)、92015C(單純齒切除術)、92016C(複雜齒切除術)、92063C(手術拔除深部阻生齒)、92055C(乳牙拔除)、92092C(乳牙複雜性拔牙)。
4. 因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92012C(拔牙後特別處理)代替，但該醫令適應症包含乾性齒槽炎或縫合止血及局部麻醉。
5. 因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92093B(牙醫急症處置-每次門診限申報一次)代替，但該醫令適應症包含(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者、(2)外傷導致之牙齒斷裂、(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血、(4)下顎關節脫臼、(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎、(6)口腔及顏面撕裂傷。

參、報告事項

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

說明：共 10 項，擬解除列管計 10 項，繼續列管計 0 項

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
1	113_2_討 (2)： 牙醫門診總額執行概況報告案。	一、洽悉。 二、各層級醫院申報件數及點數均成長，僅區域醫院下降，請本署醫務管理組檢視個別醫院近 2 年申報情形是否有異常變化。	說明如附件(頁次報 1-5)。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
2	113_2_討 (1)： 修訂「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」之保留款之運用。	一、本案修訂通過，修訂重點如下： (一) 保留款之運用第(三)款同意由「鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務」修正為「鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診之醫療服務」。 (二) 保留款運用之計算方式第(二)款第 2 目，由「前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週日及國定假日開診，每件醫療點數加計 20%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配」修正為「前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診，每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配」。 二、本案將依程序報部核定，並溯自 113 年 1 月 1 日生效。	本署業於 113 年 6 月 25 日健保醫字第 1130111765 號公告在案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
3	113_2_討 (2)： 高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)之預算支應方式。	一、同意「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」之「高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)」之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。 二、本案將依程序提至健保會報告。	本署業於 113 年 7 月 16 日健保醫字第 1130114202 號公告在案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議						
4	113_2_討(3): 有關 113 年度牙醫門診總額協定預算扣減方式。	一、通過 12~18 青少年口腔提升照護試辦計畫之預算扣減方式、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)與一般服務重複部分之計算方式，均與 112 年相同，計算方式如下： <table><tr><th>項目</th><th>計算方式</th></tr><tr><td>12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫</td><td>113 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 112 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之醫令點數。</td></tr><tr><td>高風險疾病口腔照護計畫</td><td>113 年申報 91090C 者，曾於 112 年一般服務申報 91004C、91014C 之醫令點數。</td></tr></table> 二、請本署提供前開資料時，同步提供就醫率等相關資料供 114 年總額協商參考。 三、有關高風險疾病口腔照護計畫專款中，複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)，係採 400 點納入結算，爰與一般服務費用無重複或替代情形。	項目	計算方式	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	113 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 112 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之醫令點數。	高風險疾病口腔照護計畫	113 年申報 91090C 者，曾於 112 年一般服務申報 91004C、91014C 之醫令點數。	一、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫和高風險疾病口腔照護計畫扣減方式業於 113 年 7 月 30 日健保會 113 年第 6 次委員會報告。 二、另相關資料已列入 113 年 9 月 25 日 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料供協商參考。	☒解除列管 ☐繼續列管
項目	計算方式									
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	113 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 112 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之醫令點數。									
高風險疾病口腔照護計畫	113 年申報 91090C 者，曾於 112 年一般服務申報 91004C、91014C 之醫令點數。									
5	113_2_討(4): 修訂支付標準「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」。	本案通過，修正重點如下： 同意特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C-89215C)差額 400 點納入支付標準「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」排除項目。	衛生福利部業於 113 年 8 月 27 日衛部保字第 1131260482 號公告在案。	☒解除列管 ☐繼續列管						
6	113_2_討(5): 修訂「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之支	一、支付標準 P3601C 備註(四)，同意由「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)或最近一次醣化血紅素(HbA1c)、高血壓病人-三	一、本署業於 113 年 8 月 19 日健保醫字第 1130116541 號公告在案。	☒解除列管 ☐繼續列管						

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
	付項目及預期效益之評估指標。	個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。」修訂為「病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-六個月內之糖化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。」，將依程序提案至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（下稱共擬會議）報告。 二、有關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」之操作型定義通過，重點如下： (一) 公式1：服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理比率。 (二) 公式2：服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所牙醫急症處置比率。 (三) 「有服用抗凝血劑病人」係指近6個月內有申報抗凝血劑藥物。 三、請牙全會提供抗凝血劑之醫令代碼或ATC碼。 四、考量本計畫為實施第一年，因無基礎值爰同意暫不設定目標值，請牙全會儘速研議提出目標值。	二、已依據牙全會提供之抗凝血劑 ATC 碼，完成「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」之操作型定義，並於 113 年 7 月 30 日健保會 113 年第 6 次委員會報告。		
7	113_2_討(6)：評估特殊服務計畫專款項目，於一般服務費用重複或替代情形。	一、本計畫與一般服務費用重複部分之計算方式如下：113年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號LT)，曾於112年一般服務申報之醫療費用(案件分類19)點數。 二、請本署提供上開醫療費用之分列項目數據，供114年總額協商參考。	業於 113 年 9 月 25、27 日 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議前提供特殊服務計畫於一般服務費用重複或替代情形之資料供協商參考。	■ 解除列管	□ 繼續列管
8	113_2_討(7)：修訂「全民健康保險牙醫門診總額	本案通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業，修訂重點如下： 一、指標參考值修訂為「以最近3年全	衛生福利部業於 113 年 8 月 2 日 衛 部 保 字 第 1131260434 號公告在案。	■ 解除列管	□ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
	支付制度品質確保方案(下稱品保方案)之「執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率」專業醫療服務品質指標。	國平均值 $\times(1-10\%)$ 」。 二、指標計算公式之分子定義修訂為「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經訪查合格(初評+複審)的院所數」。			
9	113_2_討(8)：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「(92094C)週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」備註6.不得同時合併申報除外項目。	一、同意修訂支付標準「(92094C)週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」備註6「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)」，前開除外診療項目增列P3601C，並依程序提至共擬會議報告。 二、有關本項支付標準備註6規定同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報一節，實務上是否有放寬之空間，請牙全會通盤檢討後再議。	一、衛生福利部業於 113 年 8 月 27 日衛部保字第 1131260482 號公告在案。 二、有關備註 6 規定同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報一節，俟牙全會提案後再議。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
10	113_2_臨時(1)：CIS 指標「申報手術拔除深部阻生齒之案件」被抽審，建議指標定義排除申報件數少之院所。	請醫院牙科協會來函提供具體修訂建議，由本署醫審及藥材組納入修訂參考。	依 113 年第 2 次研商議事會議決議，醫院牙科協會業於 113 年 11 月 4 日來函提供修訂建議，本署醫審組刻正研議中。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

決 定：

一、各層級之醫療費用，受 113 年醫院評鑑結果影響，113 年區域醫院變更為醫學中心 3 家、區域醫院淨增加 1 家(新增 5 家、減少 4 家)，各層級別統計如下表：

層級別		113Q1		113Q2		113Q3	
		值(百萬點)	成長率	值(百萬點)	成長率	值(百萬點)	成長率
當時層級	1 醫學中心	470.4	7.2%	524.4	14.5%	550.8	15.8%
	2 區域醫院	426.1	-5.0%	427.9	-6.9%	442.7	-5.9%
	3 地區醫院	186.9	5.9%	197.3	5.1%	204.4	5.0%
最新層級	1 醫學中心	499.3	3.1%	524.5	3.3%	550.8	4.9%
	2 區域醫院	401.0	-1.3%	427.9	3.4%	442.7	3.9%
	3 地區醫院	183.2	5.7%	197.3	7.4%	204.4	7.9%

註：

1. 本表最新層級以各醫院 113 年 9 月當下之層級歸類。

2. 113 年 3 月起評鑑等級變動如下：

醫學中心(+3)：增加 3 家：台北慈濟、雙和醫院、臺大新竹(原特約類別為區域醫院，113 年 3 月起變更為醫學中心)。

區域醫院(+1)：增加 5 家：台大癌醫、土城醫院、新竹馬偕兒童醫、亞洲大學附、義大癌醫(原特約類別為地區醫院，113 年 3 月起變更為區域醫院)。

減少 4 家：台北慈濟、雙和醫院、臺大新竹(原特約類別為區域醫院，113 年 3 月起變更為醫學中心)；麻豆新樓醫院(原特約類別為區域醫院，113 年 3 月起變更為地區醫院)。

地區醫院(-4)：增加 1 家：麻豆新樓醫院(原特約類別為區域醫院，113 年 3 月起變更為地區醫院)

減少 5 家：台大癌醫、土城醫院、新竹馬偕兒童醫、亞洲大學附、義大癌醫(原特約類別為地區醫院，113 年 3 月起變更為區域醫院)。

二、另統計區域醫院 113 年第 1-3 季成長率負成長大於 10%之醫院如下表：

分區別	服務機構簡稱	112 年 Q1-Q3 申請點數	113 年 Q1-Q3 申請點數	成長率	負成長原因
臺北	三總北投	943,570	699,497	-25.9%	113 年 Q1-Q3 較去年同期病人數負成長 20%及件數負成長 22%，為主要申請點數下降原因。另該院醫師數未變化，惟每醫師平均申報件數負成長 22%(376 件下降至 295 件)，亦為申請點數下降原因之一。
臺北	羅東博愛	27,245,229	24,345,164	-10.6%	113 年 Q1-Q3 較去年同期病人數負成長 10%、件數負成長

分區別	服務機構 簡稱	112 年 Q1-Q3 申請點數	113 年 Q1-Q3 申請點數	成長率	負成長原因
					17%，且該院申報醫師數由 23 位下降至 20 位及每醫師平均申報件數負成長 5%(823 件下降至 785 件)。該院病人數、件數及醫師數均下降，為主要申請點數下降原因。
北區	為恭醫院	22,932,401	19,560,310	-14.7%	醫師數減少，申報數下降，致費用減少較明顯。
北區	敏盛綜合	727,119	-	-100.0%	牙科給付迄日至 112/05/01
中區	林新醫院	4,598,264	3,095,102	-32.7%	113Q1-Q3 各季病人數皆-20.4 至-26.8%，且每件費用點數亦負成長 2.8~8.7%，推測費用衰退主要因病人數及每件單價減少所致。
中區	光田綜合	5,875,051	4,902,685	-16.6%	113Q1 及 113Q2 費用為正成長，惟 113Q3 病人數負成長 26.8%，推測進而影響件數及整體費用點數減少。
中區	童綜合醫院	31,521,564	27,542,747	-12.6%	113Q1-Q3 各季病人數皆減少 2.4~-10.8%，且每件費用點數負成長 5.7 及 6.6%，推測主要因病人數及每件單價減少影響整體費用負成長。
中區	亞洲大學附	2,533,450	1,790,657	-29.3%	113Q1-Q3 各季病人數皆負成長 30.6~-38.8%，推測費用衰退主要因病人數減少所致。
南區	部臺南醫院	1,551,200	1,245,084	-19.7%	經檔案分析及詢問醫院結果： 1. 看診醫師數下降為主要因素，113Q1~Q3:4~6 位(去年同期 7~8 位)。 2. 專任醫師僅 1 位，餘為支援醫師看診，因 113Q1~Q3 因支援醫師減半，因此看診診次及申報大幅下降。 3. 該院自 113 年 9 月已新增 1 名專任醫師，期能改善診次減少問題。
南區	中榮嘉義	4,491,407	4,021,845	-10.5%	經檔案分析及詢問醫院結果： 1. 該院支援醫師診日及件數降低為造成長率降低的原因。 2. 該院所計有 4 位醫師(1 位專任(34 年次)3 位支援醫師)醫療服務量以支援醫師為主。

分區別	服務機構 簡稱	112 年 Q1-Q3 申請點數	113 年 Q1-Q3 申請點數	成長率	負成長原因
					3. 支援醫師 113Q1-3 服務量均較去年同期降低。
南區	大林慈濟醫	9,997,615	8,622,934	-13.8%	經檔案分析及詢問醫院結果： 1. 分析該院件數降低為成長率降低主因，113Q1-3:每月平均約 600 件，去年同期則約為 700 件。 2. 因該院申報量最高的 2 位口外醫師於 112 年底離職，雖陸續有新進醫師，但服務量仍無法與前期相比。
南區	中國北港醫	7,273,917	4,084,653	-43.8%	經檔案分析及詢問醫院結果： 1. 分析該院醫師數降低為成長率降低主因 113Q1-3:2 位，去年同期為 3 位。 2. 因醫師離職至他院，且人力未填補故申報下降。
高屏	大同醫院	12,753,036	10,465,112	-17.9%	醫師由 20 人減至 19 人，另醫療業務即將由高醫大轉承至高雄長庚。
高屏	部屏東醫院	9,565,668	3,527,975	-63.1%	醫師由 6 人減至 4 人。
高屏	寶建醫院	360,562	308,638	-14.4%	醫師由 4 人減至 3 人。
東區	門諾醫院	22,897,413	17,917,777	-21.7%	牙醫師離職。

報告事項第二案

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（詳附件）。

決定：

附件

牙醫門診總額 【執行概況報告】

行政院衛生福利部
中央健康保險署



1

大綱

- 01 113年第3季點值預估
- 02 113年第3季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 113年第1-3季牙周病統合照護執行情形
- 04 113年第2季牙醫總額各專款執行情形

2

113年第3季點值預估

01 點值預估假設

02 113年第3季點值預估

03 113Q3預估點值vs113Q2結算點值

3

點值預估假設



1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子採前1年同期結算報表值。
3. 跨區就醫調整後總額係將各分區總額預算以112年下半年就醫情形調整，再以送核補報占率(99.35970779%)校正得之(該占率以最近1季結算金額計算之)。
4. 預算攤月以112年同期之申報資料分別計算週日、週六、國定假日及工作日回攤113年得出每季各月之費用占率。
5. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採112下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

4

113年第3季點值預估



113年【牙醫門診總額】就醫分區點值推估

月份	就醫分區	跨區就醫 調整後總額 (百萬)	新增醫藥 分業地區 (百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第3季	臺北	4,171	0	38	4,337	0.9530	0.9534
	北區	2,044	0	17	2,010	1.0084	1.0084
	中區	2,479	0	21	2,450	1.0031	1.0031
	南區	1,620	0	14	1,550	1.0358	1.0355
	高屏	1,846	0	15	1,811	1.0112	1.0111
	東區	233	0	2	196	1.1744	1.1723
	合計	12,393	0	108	12,355	0.9944	0.9944

註：112Q3結算全國浮動點值為0.9789、平均點值為0.9790

5

113年第3季牙醫總額醫療供給及利用概況

6

牙醫診所數【分區別】



◆ 109年9月-113年9月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109年9月	2,620	870	1,317	815	1,012	115	6,749	0.16%
110年9月	2,626	900	1,320	814	1,010	112	6,782	0.49%
111年9月	2,646	917	1,321	813	1,004	112	6,813	0.46%
112年9月	2,686	936	1,342	814	1,003	111	6,892	1.16%
113年9月	2,688	964	1,350	826	1,004	109	6,941	0.71%
增減家數	2	28	8	12	1	-2	49	
成長率	0.1%	3.0%	0.6%	1.5%	0.1%	-1.8%	0.7%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

7

牙醫師執業數【分區別】



◆ 109年9月-113年9月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109年9月	6,333	2,099	2,707	1,659	2,111	213	15,122	2.6%
110年9月	6,416	2,205	2,763	1,668	2,165	216	15,433	2.1%
111年9月	6,517	2,280	2,802	1,681	2,216	216	15,712	1.8%
112年9月	6,622	2,321	2,874	1,718	2,237	217	15,989	1.8%
113年9月	6,732	2,411	2,965	1,766	2,233	221	16,328	2.1%
增減人數	110	90	91	48	-4	4	339	
成長率	1.7%	3.9%	3.2%	2.8%	-0.2%	1.8%	2.1%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

8

牙醫師執業數【層級別】



◆ 109年9月-113年9月

年月	牙醫師數					成長率			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫
109年9月	1,164	738	241	12,979	15,122	0.5%	2.2%	6.2%	2.7%
110年9月	1,145	765	257	13,266	15,433	-1.6%	3.7%	6.6%	2.2%
111年9月	1,154	756	273	13,529	15,712	0.8%	-1.2%	6.2%	2.0%
112年9月	1,151	728	248	13,862	15,989	-0.3%	-3.7%	-9.2%	2.5%
113年9月	1,233	655	251	14,189	16,328	7.1%	-10.0%	1.2%	2.4%
增減人數	82	-73	3	327	339				

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

9

就診牙醫人數【分區別】



◆ 113年第3季

單位：千人

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111Q3	1,787	802	1,020	653	777	81	5,080	8.7%
112Q3	1,917	867	1,083	676	800	83	5,383	6.0%
113Q3	1,962	891	1,114	697	828	84	5,536	2.8%
增減人數	45	24	31	21	28	1	153	
成長率	2.3%	2.8%	2.9%	3.1%	3.5%	1.8%	2.8%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

10

醫療服務價量比較【層級別-校正前】



◆ 113年第3季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	327	9.6%	3.6%	550,775	15.8%	4.1%	1,686	5.7%
2區域醫院	256	-10.4%	2.8%	442,671	-5.9%	3.3%	1,728	5.0%
3地區醫院	123	0.9%	1.4%	204,379	5.0%	1.5%	1,662	4.0%
4基層診所	8,338	1.2%	92.2%	12,155,350	6.3%	89.9%	1,458	5.0%
5交付機構	-	-	-	167,390	-2.7%	1.2%	-	-
合計	9,044	1.1%		13,520,565	6.0%		1,495	4.9%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：113年3月起評鑑等級變動如下：

醫學中心(+3)：增加3家：台北慈濟、雙和醫院、臺大新竹(原特約類別為區域醫院，113年3月起變更為醫學中心)。

區域醫院(+1)：增加5家：台大癌醫、土城醫院、新竹馬偕兒童醫、亞洲大學附、義大癌醫(原特約類別為地區醫院，113年3月起變更為區域醫院)。

減少4家：台北慈濟、雙和醫院、臺大新竹(原特約類別為區域醫院，113年3月起變更為醫學中心)；麻豆新樓醫院(原特約類別為區域醫院，113年3月起變更為地區醫院)。

地區醫院(-4)：增加1家：麻豆新樓醫院(原特約類別為區域醫院，113年3月起變更為地區醫院)。

減少5家：台大癌醫、土城醫院、新竹馬偕兒童醫、亞洲大學附、義大癌醫(原特約類別為地區醫院，113年3月起變更為區域醫院)。

11

醫療服務價量比較【層級別-校正後】



◆ 113年第3季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	327	0.0%	3.6%	550,775	4.9%	4.1%	1,686	4.9%
2區域醫院	256	-1.6%	2.8%	442,671	3.9%	3.3%	1,728	5.5%
3地區醫院	123	3.5%	1.4%	204,379	7.9%	1.5%	1,662	4.2%
4基層診所	8,338	1.2%	92.2%	12,155,350	6.3%	89.9%	1,458	5.0%
5交付機構	-	-	-	167,390	-2.7%	1.2%	-	-
合計	9,044	1.1%		13,520,565	6.0%		1,495	4.9%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：本表以各醫院113年9月當下之層級歸類。

12

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 113年第3季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	3,181	0.3%	1,962	2.3%	1.62	-2.0%	4,763,427	5.1%	1,497	4.8%
北區	1,435	1.2%	891	2.8%	1.61	-1.5%	2,164,685	4.5%	1,509	3.2%
中區	1,773	1.4%	1,114	2.9%	1.59	-1.4%	2,683,764	6.1%	1,514	4.6%
南區	1,147	1.9%	697	3.1%	1.65	-1.2%	1,696,979	7.6%	1,479	5.7%
高屏	1,368	1.8%	828	3.5%	1.65	-1.6%	1,983,306	8.2%	1,449	6.3%
東區	139	0.9%	84	1.8%	1.63	-0.9%	228,404	9.4%	1,638	8.4%
合計	9,044	1.1%	5,536	2.8%	1.63	-1.7%	13,520,565	6.0%	1,495	4.9%

註：成長率係與前一年同期比較。

13

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 113年第3季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	29	10.2%	5,848	13.4%	200	2.9%
2.牙醫急診	4	-1.4%	9,558	2.5%	2,477	4.0%
3.牙醫門診手術	14	-1.3%	49,703	5.2%	3,432	6.6%
4.無牙醫鄉服務	31	-2.5%	50,475	5.7%	1,618	8.4%
5.牙醫特殊醫療	49	5.7%	184,332	30.3%	3,776	23.3%
6.其他專案	8,916	1.1%	13,053,259	5.9%	1,464	4.8%
7.交付機構	-	-	167,390	-2.7%	-	0.0%
合計	9,043	1.1%	13,520,565	6.0%	1,495	4.9%

註：成長率係與前一年同期比較。

14

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 113年第3季

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	1		17	13.0%	40	0.1%	5,790	13.5%	-	-	5,848	13.4%
2.牙醫急診	7,342	5.7%	2,149	-7.4%	62	5.3%	4	347.7%	-	-	9,558	2.5%
3.牙醫門診手術	31,529	14.4%	15,378	-5.8%	2,426	-17.7%	370	-14.1%	-	-	49,703	5.2%
4.無牙醫鄉服務	233	77.4%	430	23.5%	1,800	607.5%	48,012	2.1%	-	-	50,475	5.7%
5.牙醫特殊醫療	44,193	65.1%	22,031	-11.5%	12,478	16.7%	105,631	33.5%	-	-	184,332	30.3%
6.其他專案	467,476	12.9%	402,667	-5.6%	187,574	3.9%	11,995,542	6.1%	-	-	13,053,259	5.9%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	167,390	-2.7%	167,389	-2.7%
合計	550,775	15.8%	442,671	-5.9%	204,379	5.0%	12,155,350	6.3%	167,390	-2.7%	13,520,565	6.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

15

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 113年第3季(表_1/2)

案件分類	1.一般案件(簡表)		2.牙醫急診		3.牙醫門診手術		4.無牙醫鄉服務		5.牙醫特殊醫療	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	2,228	17.9%	4,367	7.2%	11,479	16.0%	3,445	4.9%	58,752	32.9%
北區	1,036	9.4%	252	-18.2%	4,093	-16.1%	2,598	-0.6%	30,636	23.3%
中區	694	3.4%	1,550	5.7%	12,656	-2.4%	17,406	21.3%	37,973	31.3%
南區	1,112	21.0%	1,623	-4.0%	7,089	6.0%	6,259	-14.7%	19,537	36.3%
高屏	746	7.6%	1,477	-7.5%	11,120	5.5%	14,666	1.8%	30,083	28.6%
東區	33	-14.9%	289	52.1%	3,266	42.6%	6,100	6.0%	7,351	27.1%
合計	5,848	13.4%	9,558	2.5%	49,703	5.2%	50,475	5.7%	184,332	30.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

16

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 113年第3季(表_2/2)

案件分類	6.其他專案		7.交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	4,626,647	4.9%	56,509	-4.7%	4,763,427	5.1%
北區	2,097,493	4.4%	28,578	-1.4%	2,164,685	4.5%
中區	2,579,528	5.9%	33,957	-1.9%	2,683,764	6.1%
南區	1,640,338	7.6%	21,020	-1.9%	1,696,979	7.6%
高屏	1,901,179	8.1%	24,035	-1.1%	1,983,306	8.2%
東區	208,074	8.8%	3,291	-5.4%	228,404	9.4%
合計	13,053,259	5.9%	167,389	-2.7%	13,520,565	6.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

17

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 113年第3季

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	37,707	-3.6%	28,408	-4.8%	1,198,343	0.2%	3,498,724	7.1%	245	2.3%	4,763,427	5.1%
北區	17,212	-1.0%	13,832	-2.3%	546,183	1.2%	1,587,433	5.8%	25	-27.5%	2,164,685	4.5%
中區	21,160	-1.7%	17,214	-2.7%	674,245	1.7%	1,970,922	7.9%	223	22.9%	2,683,764	6.1%
南區	14,381	1.6%	11,013	-2.8%	423,866	2.0%	1,247,572	9.9%	147	-2.1%	1,696,979	7.6%
高屏	14,458	-0.7%	12,213	-1.6%	499,671	2.2%	1,456,898	10.6%	67	7.5%	1,983,306	8.2%
東區	2,345	-4.6%	1,767	-3.2%	53,729	2.1%	170,545	12.3%	18	-9.6%	228,404	9.4%
總計	107,262	-1.8%	84,446	-3.2%	3,396,037	1.2%	9,932,094	8.0%	725	5.3%	13,520,565	6.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

18

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】



◆ 113年第3季

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療費小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	8,670	14.8%	3,660	9.9%	128,742	13.0%	409,282	16.9%	421	1.7%	550,775	15.8%
區域醫院	5,359	-16.2%	3,107	-13.5%	101,617	-9.7%	332,315	-4.5%	273	14.5%	442,671	-5.9%
地區醫院	1,624	7.4%	1,297	0.9%	45,735	0.0%	155,694	6.5%	30	-16.6%	204,379	5.0%
基層診所	334	-12.5%	268	-7.3%	3,119,944	1.2%	9,034,803	8.1%	-	-	12,155,350	6.3%
交付機構	91,275	-2.2%	76,114	-3.3%	-	-	-	-	1.3	421.2%	167,390	-2.7%
總計	107,262	-1.8%	84,446	-3.2%	3,396,037	1.2%	9,932,094	8.0%	725	5.3%	13,520,565	6.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

19

113年第3季醫療服務供給 & 利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (113年9月)	2,688	964	1,350	826	1,004	109	6,941
成長率	0.1%	3.0%	0.6%	1.5%	0.1%	-1.8%	0.7%
醫師數 (113年9月)	6,732	2,411	2,965	1,766	2,233	221	16,328
成長率	1.7%	3.9%	3.2%	2.8%	-0.2%	1.8%	2.1%
人口數 (千)	7,513	3,917	4,557	3,261	3,631	526	23,404
人口數 (成長率)	-0.01%	0.67%	-0.07%	-0.27%	-0.28%	-0.64%	0.00%
每位醫師照護人口數	1,116	1,625	1,537	1,846	1,626	2,381	1,433
每萬人口醫師數	8.96	6.16	6.51	5.42	6.15	4.20	6.98
申報件數 (千)	3,181	1,435	1,773	1,147	1,368	139	9,044
成長率	0.3%	1.2%	1.4%	1.9%	1.8%	0.9%	1.1%
申報醫療費用 (百萬)	4,763	2,165	2,684	1,697	1,983	228	13,521
成長率	5.1%	4.5%	6.1%	7.6%	8.2%	9.4%	6.0%
平均每件申報醫療費用點數	1,497	1,509	1,514	1,479	1,449	1,638	1,495
成長率	4.8%	3.2%	4.6%	5.7%	6.3%	8.4%	4.9%

註1：人口數來源為113年9月戶政統計，成長率為較112年同期相較。

註2：診所家數及醫師數成長率係與前一年同期比較。

註3：不含代辦案件，資料期間為113年7-9月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較

20

113年第3季費用成長因素



- ❖ 整體醫療點數正成長(6.0%)。
- ❖ 就醫件數：全區正成長(1.1%)，南區正成長(21.9%)最高。
- ❖ 就醫人數：全區正成長(2.8%)，高屏區正成長(3.5%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-1.7%)，臺北區負成長(-2.0%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區正成長(4.9%)，東區正成長(8.4%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區正成長(3.1%)，東區正成長(7.5%)最高。

分區別	醫療點數	就醫件數	就醫人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	5.1%	0.3%	2.3%	-2.0%	4.8%	2.7%
北區	4.5%	1.2%	2.8%	-1.5%	3.2%	1.7%
中區	6.1%	1.4%	2.9%	-1.4%	4.6%	3.2%
南區	7.6%	1.9%	3.1%	-1.2%	5.7%	4.3%
高屏	8.2%	1.8%	3.5%	-1.6%	6.3%	4.5%
東區	9.4%	0.9%	1.8%	-0.9%	8.4%	7.5%
全區	6.0%	1.1%	2.8%	-1.7%	4.9%	3.1%

註

1：資料來源：本署多模型健保資料平台；門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算(113.11.8擷取)

2：件數：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。

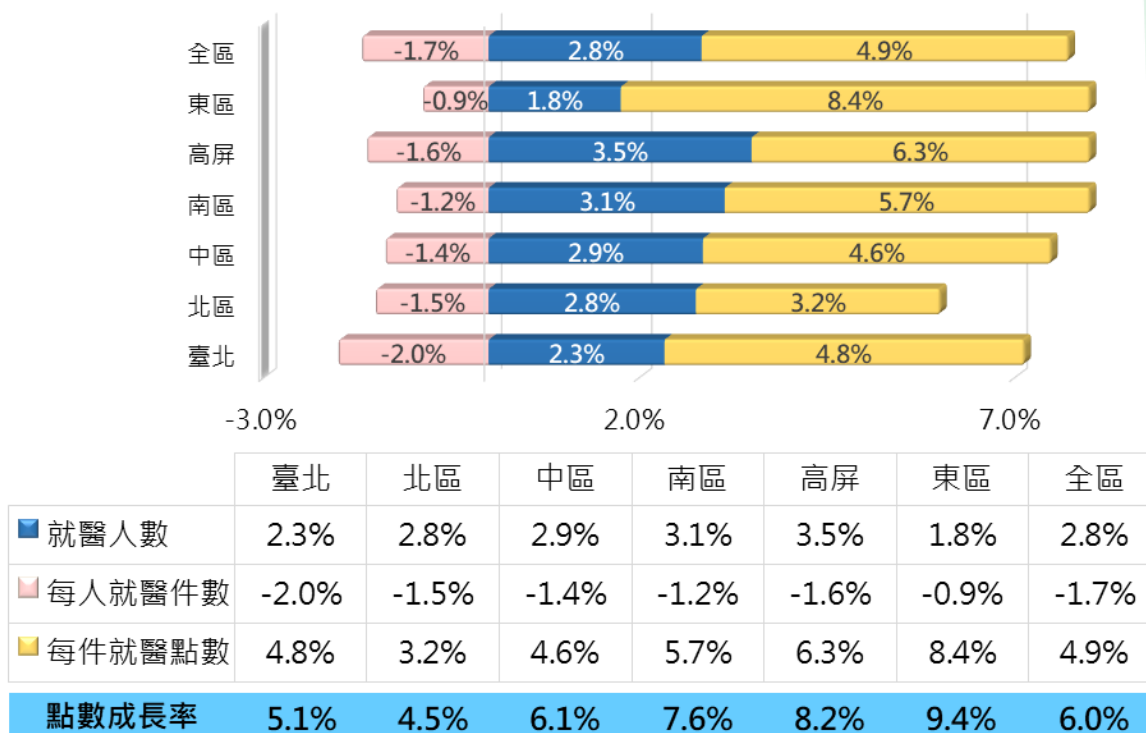
3：人數：依身分證號與生日歸戶計數。

4：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。

5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

21

113年第3季整體費用分析解構圖



22

113年第1-3季牙周病統合照護執行情形

23

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 113年第1-3季

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C-91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	209,259	-3.15%	2,022.6	-2.44%

- 預算執行率(註2)：64.48%
- 預算執行率(註3)：70.97%
- 服務人次執行率：69.75%
【209,259 / 300,000】

層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
申報點數 (百萬點)	82.9	-3.21%	71.7	-16.86%	43.7	-10.65%	1,824.2	-1.52%	2,022.6	-2.44%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	777.4	335.4	358.6	215.7	302.5	33.0	2,022.6
成長率	-2.62%	1.92%	-11.69%	3.48%	0.43%	9.54%	-2.44%

備註：

1.資料源自113/11/11本署四代倉儲門診檔。

2.一般計算方式：全年預算=108年預算×歷年一般服務成長率=3136.6百萬點

3.牙全會建議計算方式：全年預算=108年預算×歷年人口因素成長率=2850.0百萬點

24

113年第2季牙醫總額各專款執行情形

25

一般服務移撥專用相關預算執行情形



113年第2季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算	結餘款
移撥中區0.2億元、高屏0.1億元	7,500	7,500	-	-	15,000	30,000	15,000
執行率	25.0%	3.8%	-	-	50.0%	-	-
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	39,389	55,487	-	-	94,876	200,000	105,124
執行率	19.7%	27.7%	-	-	47.4%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	11,975	14,121	-	-	26,095	80,000	53,905
執行率	15.0%	17.7%	-	-	32.6%	-	-
移撥支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫專款	5,000	5,000	-	-	10,000	20,000	10,000
執行率	25.0%	25.0%	-	-	50.0%	-	-
合計	63,863	82,108	-	-	145,971	330,000	184,029

註：各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

26

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



113年第2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					310,000	
1.執業服務之定額給付(論量)	16,318	16,029	-	-	32,347	24%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,134	4,063	-	-	7,197	5%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	-		
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.5	0.4	-	-	0.9	0%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,576	7,607	-	-	12,183	9%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	-		
7.巡迴服務_論次給付(論次)	32,188	42,207	-	-	74,395	56%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	2	-	-	3.9	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,064	3,331	-	-	6,395	5%
暫結金額	59,283	73,238			132,521	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	77,500	95,717	99,979	177,479		
本季未支用金額	18,217	22,479	99,979	177,479		
各季執行占總預算比率(%)	19.1%	24%			42.7%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

27

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)



113年第2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					781,700	
1 先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務	4,109	3,389	-	-	7,498	2.16%
2 自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	33,810	40,536	-	-	74,346	21.44%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	24,577	29,369	-	-	53,946	15.55%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	25,398	32,612	-	-	58,010	16.73%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,143	12,391	-	-	22,533	6.50%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,283	1,777	-	-	3,060	0.88%
7 醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	12,404	15,820	-	-	28,224	8.14%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,763	13,010	-	-	22,773	6.57%
9 醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	14,184	18,165	-	-	32,349	9.33%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	461	817	-	-	1,278	0.37%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	51	71	-	-	123	0.04%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	679	984	-	-	1,663	0.48%
13 醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務	0	254	-	-	254	0.07%
14 醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)	12,199	15,926	-	-	28,126	8.11%
15 醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務	456	652	-	-	1,108	0.32%
16 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	13	14	-	-	27	0.01%

28

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



113年第2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
17 醫療團特定需求者(論次)	338	355	-	-	694	0.20%
18 醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	4	21	-	-	25	0.01%
19 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	40	23	-	-	63	0.02%
20 醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	52	48	-	-	99	0.03%
21 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	4	19	-	-	23	0.01%
22 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	-	-	0	0.00%
23 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,669	1,685	-	-	3,355	0.97%
24 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,934	2,159	-	-	4,093	1.18%
25 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	386	446	-	-	831	0.24%
26 居家失能老人牙醫醫療服務	865	1,034	-	-	1,900	0.55%
27 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	-	-	0	0.00%
28 居家居整病人牙醫醫療服務	191	240	-	-	431	0.12%
29 居家出院準備牙醫醫療服務	0	0	-	-	0	0.00%
30 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	0	0	-	-	0	0.00%
暫結金額	155,015	191,818	-	-	346,833	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	195,425	235,835	239,442	434,867		
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	40,410	44,017	239,442	434,867		
執行占總預算比率	19.8%	24.5%	0.0%	0.0%	44.4%	

12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 預算執行情形



113年第2季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	20,639	21,997	-	-	42,635	171,500
執行率	12.03%	12.83%	-	-	24.86%	-

註：

依據「113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」，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。

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



113年第2季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
超音波根管沖洗計畫	21,394	24,320	-	-	45,714	144,800
執行率	14.77%	16.80%	-	-	31.57%	-

註：

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。

31

高風險疾病口腔照護計畫預算執行情形



113年第2季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
高風險疾病口腔照護計畫 (113年合併項目)	236,844	610,806	-	-	847,650	1,599,000
執行率	14.81%	38.20%	-	-	53.01%	-

註：

1. 合併一般服務之「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目、112年新增之「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。
2. 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。

32

網路頻寬補助費用預算執行情形



113年第2季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
網路頻寬補助費用	35,364	35,519	-	-	70,883	143,000
執行率	24.7%	24.84%	-	-	49.6%	-

註：

依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

33

特定疾病病人牙科就醫安全預算執行情形



113年第2季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
特定疾病病人 牙科就醫安全 (113年4月生效)	-	40,645	-	-	40,645	327,100
執行率	-	12.43%	-	-	12.43%	-

註：

本計畫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；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

34

癌症治療品質改善計畫預算執行情形



113年第2季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目)	0	97	-	-	97	10,000
執行率	0.0%	0.97%	-	-	1.0%	-

註：

1. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，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。
2. 全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

35

促進醫療服務診療項目支付衡平性預算執行情形



113年第2季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
促進醫療服務診療 項目支付衡平性 (113年新增項目)	1,185	1,214	-	-	2,399	5,500
執行率	21.6%	22.07%	-	-	43.6%	-

36

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

報告事項第三案**報告單位：本署醫務管理組****案 由：113 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。****說 明：**

- 一、113年第2季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、113年第2季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算報表詳附件，頁次報3-2)：

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
113Q2	浮動點值	0.91072343	0.99531051	0.98963165	1.03431948	0.99676837	1.15185634	0.96742205
	平均點值	0.91119766	0.99444011	0.98848350	1.03211789	0.99553789	1.15000000	0.96769490
	平均點值 (含專款)	0.91691077	0.99639805	0.99049806	1.03208398	0.99721878	1.13700915	0.97131361

- 三、檢附112年第2季點值結算資料供參。

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
112Q2	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	1.0241813	0.99985502	1.15000000	0.96645813
	平均點值 (含專款)	0.92194860	1.00000071	0.99631201	1.03381861	1.00945301	1.15579114	0.97694961

- 四、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決 定：

牙醫門診總額各分區 113年第2季點值計算說明

各區一般服務浮動點值、平均點值

投保 分區別	調整後分區 一般預算總額 (BD)	投保該分區當地就 醫浮動核定點數 (BF)	加總浮動核定點 數(GF)	跨區浮動點數×投 保分區前季點值 (AF)	投保該分區核 定非浮動點數 (BG)	當地就醫分 區自墊核退 點數(BJ)	浮動點值	平均點值
							$[BD - (跨區浮動點數 \times 前季點值(AF)) - BG - BJ] / (BF)$	$(BD) / (GF + BG + BJ)$
臺北分區	4,340,485,521	3,778,309,491	4,724,547,345	860,542,863	38,725,471	222,211	0.91072343	0.91119766
北區分區	1,930,755,101	1,465,448,199	1,924,507,141	455,136,348	16,949,323	93,436	0.99531051	0.99444011
中區分區	2,127,529,381	1,936,268,379	2,134,585,064	193,605,444	17,672,577	58,891	0.98963165	0.98848350
南區分區	1,479,475,397	1,193,250,679	1,421,097,898	232,934,437	12,300,046	38,494	1.03431948	1.03211789
高屏分區	1,624,271,395	1,453,360,922	1,618,487,608	162,543,246	13,014,752	49,200	0.99676837	0.99553789
東區分區	218,764,916	155,072,075	187,909,227	37,823,029	2,310,117	11,018	1.15185634	1.15000000
全 區	11,721,281,711		12,011,134,283		100,972,286	473,250	0.96742205	0.96769490

註1：全區浮動點值 = $[BD - BG - BJ] / (GF)$ ；全區平均點值 = $(BD) / (GF + BG + BJ)$

註2：因東區季結算平均點值大於1.15元，啟動「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」

製表日期：113年11月5日

=====

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)113年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

=113年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×107-109年各季核定點數平均占率(Ra)

×該區111年各季人口風險因子(R_111)

= 11,721,844,984

註：依據112年11月21日「牙醫門診總額研商議事會議」112年度第4次會議決定，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(Ra)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%。113年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區111年度各季人口風險因子(R_111)進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。

113全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為48,070,398,198元：

1. 113第1季調整後預算11,474,359,825元=113年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R_111)。

2. 113第2季調整後預算11,721,844,984元=113年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R_111)。

3. 113第3季調整後預算12,463,942,329元=[113年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R_111)。

4. 113第4季調整後預算= 113年全年預算數－ 113年第1季調整後預算－ 113年第2季調整後預算－ 113年第3季調整後預算
 = 48,070,398,198－ 11,474,359,825－ 11,721,844,984－ 12,463,942,329
 = 12,410,251,060元。

5. 計算過程詳本表頁次27：「三、一般服務費用總額」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 2

(二)113年調整前各季牙醫一般服務醫療給付費用分配至各分區預算

	111年各季	110年各季校	111年 違反特管	112年 調整前各季	111年各季校	112年 違反特管	113年 調整前各季	106年編列	113年5項 一般服務	113年調整前各 季一般服務醫	支
應牙醫特	一般服務醫療	正投保人口預	辦法之扣	一般服務醫療	正投保人口預	辦法之扣	一般服務醫療	之品質保證	移撥專用	療給付費用分	殊
醫療服務	給付費用總額	估成長率差值	款(註1)	給付費用總額	估成長率差值	款(註2)	給付費用總額	保留款預算	費用	配至各分區預算	
計畫預算	(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(G1)	(C1)	(F)	(D2)	
不足款											
(I)				$=(A1+B1+B2) \times (1+0.702\%)$			$=(G0+B3+B4) \times (1+2.055\%)$			$=G1-C1-F$	
第1季	11,032,990,702	-35,422,301	2,649,921	11,077,439,855	-95,524,163	13,413,960	11,221,283,676	26,806,674	82,500,000	11,111,977,002	
0											
第2季	11,797,769,983	-52,345,562	2,649,921	11,830,545,824	-128,370,499	13,413,960	11,956,344,645	28,723,750	82,500,000	11,845,120,895	
0											
第3季	12,652,690,843	-59,761,198	2,649,921	12,684,000,535	-118,775,136	13,413,960	12,837,130,398	30,832,102	82,500,000	12,723,798,296	
0											
第4季	12,296,026,939	-70,864,837	2,649,919	12,313,651,261	-76,786,368	13,413,961	12,502,022,084	30,020,079	82,500,000	12,389,502,005	
0											
合 計	47,779,478,467	-218,393,898	10,599,682	47,905,637,475	-419,456,166	53,655,841	48,516,780,803	116,382,605	330,000,000	48,070,398,198	
0											

註：

1.112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+前1年度(111年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (1+0.702%)。

※111年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 10,599,682元，按季均分。

2.113年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+前1年度(112年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)) × (1+2.055%)。

※一般服務成長率為2.055%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.909%，協商因素成長率-0.854%。

※112年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 53,655,841元，按季均分。

3. 106年編列之品質保證保留款預算(C1)＝(105年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額＋104年各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款成長率(0.3%)。

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後112年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「111年未導入預算扣減」部分(111年度未有本項扣減金額)。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與113年度品質保證保留款(47.8百萬元)合併運用(計164.2百萬元)。

4. 113年5項一般服務移撥專用費用(F)：依據112年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第4次會議決定辦理。113年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計3.3億元，按季均分：

(1)移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁次：3

(2)移撥0.8億元支應「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」。

(3)移撥2億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

(4)「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」(0.2 億元)。

(5)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

5. 為避免調整後各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計與調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計產生數元誤差，故調整後第4季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算＝調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計－調整後第1季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算－調整後第2季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算－調整後第3季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算。

(三)113年5項一般服務移撥專用費用

全年預算＝330,000,000元

1. 移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。每季移撥7,500,000元(Z)，其中中區移撥5,000,000元，高屏移撥2,500,000元。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2. 移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算＝200,000,000元

第1季：

第1季預算＝200,000,000/4＝ 50,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	2,245(J6)	暫結金額	2,245(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	22,820,558(J7)	暫結金額	23,650,091(J27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	10,380(J11)	暫結金額	10,380(J21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	15,304,682(J12)	暫結金額	15,725,930(J22)
(3)小計	加成前點數	38,137,865(J19)	暫結金額	39,388,646(J29)

暫結金額 = 39,388,646

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 10,611,354

第2季：

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 200,000,000/4 + 10,611,354＝ 60,611,354

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	2,051(K6)	暫結金額	2,051(K26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	37,762,534(K7)	暫結金額	38,810,823(K27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	9,033(K11)	暫結金額	9,033(K21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	16,405,334(K12)	暫結金額	16,665,112(K22)
(3)小計	加成前點數	54,178,952(K19)	暫結金額	55,487,019(K29)

暫結金額 = 55,487,019

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 5,124,335

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 4

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 5,124,335= 55,124,335

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L6)	暫結金額	0(L26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L7)	暫結金額	0(L27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L11)	暫結金額	0(L21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L12)	暫結金額	0(L22)
(3)小計	加成前點數	0(L19)	暫結金額	0(L29)

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 55,124,335

第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 55,124,335=105,124,335

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M6)	暫結金額	0(M26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M7)	暫結金額	0(M27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M11)	暫結金額	0(M21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M12)	暫結金額	0(M22)
(3)小計	加成前點數	0(M19)	暫結金額	0(M29)

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 105,124,335

全年合計:

全年預算=200,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	4,296(N6)	暫結金額	4,296(N26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	60,583,092(N7)	暫結金額	62,460,914(N27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	19,413(N11)	暫結金額	19,413(N21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	31,710,016(N12)	暫結金額	32,391,042(N22)
(3)小計	加成前點數	92,316,817(N19)	暫結金額	94,875,665(N29)

已暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)

= 39,388,646 + 55,487,019 + 0 + 0

= 94,875,665

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 94,875,665

= 105,124,335 (E4)

註:1. 依據「113年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」,有關巡迴計畫之「核實申報」費用,加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。該預算按季均分及結算,以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘,則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算;全年預算若有結餘,依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。

2. 移撥經費全年預算若有結餘,優先用於全民健保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用,其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫,若再有剩餘則回歸一般服務費用總額,並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

3. 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

全年預算：80,000,000元

第1季: 預算=80,000,000/4= 20,000,000

已支用點數: 11,974,651

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 11,974,651

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 20,000,000－ 11,974,651 = 8,025,349

第2季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+ 8,025,349 = 28,025,349

已支用點數: 14,120,648

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 14,120,648

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 28,025,349－ 14,120,648 = 13,904,701

第3季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+13,904,701 = 33,904,701

已支用點數: 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 33,904,701－ 0 = 33,904,701

第4季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+33,904,701 = 53,904,701

已支用點數: 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額= 53,904,701－ 0 = 53,904,701

全年合計: 預算=80,000,000

全年已支用點數: 26,095,299

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 26,095,299

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 80,000,000－ 26,095,299

= 53,904,701 (E5)

註：1. 依據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，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。

2. 移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款0.2億元。每季移撥5,000,000元(R)。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

5. 全年合計：

全年預算330,000,000元

第1季: 預算 = $330,000,000 / 4 = 82,500,000$

已暫結金額: $7,500,000(Z) + 39,388,646(J29) + 11,974,651 + 5,000,000(R) = 63,863,297$

未支用金額: 第1季預算—第1季已暫結金額 = $82,500,000 - 63,863,297 = 18,636,703$

第2季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $330,000,000 / 4 + 18,636,703 = 101,136,703$

已暫結金額: $7,500,000(Z) + 55,487,019(K29) + 14,120,648 + 5,000,000(R) = 82,107,667$

未支用金額: 第2季預算—第2季已暫結金額 = $101,136,703 - 82,107,667 = 19,029,036$

第3季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $330,000,000 / 4 + 19,029,036 = 101,529,036$

已暫結金額: $0(Z) + 0(L29) + 0 + 0(R) = 0$

未支用金額: 第3季預算—第3季已暫結金額 = $101,529,036 - 0 = 101,529,036$

第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $330,000,000 / 4 + 101,529,036 = 184,029,036$

已暫結金額: $0(Z) + 0(M29) + 0 + 0(R) = 0$

未支用金額: 第4季預算—第4季已暫結金額 = $184,029,036 - 0 = 184,029,036$

全年合計: 預算 = 330,000,000

全年已暫結金額: 145,970,964

全年未支用金額 = 全年預算—全年已暫結金額—支應112年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒

兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用—特定疾病病人牙科就醫安全計畫

= $330,000,000 - 145,970,964 - 0$

= 184,029,036 (E10)

6. 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 7

二、專款項目費用

(一)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 310,000,000

第1季:

預算=310,000,000/4= 77,500,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:

點數 10,288,453(J0)

收入

16,318,129(J1)

執業服務之「論次給付」(論次)J2:

已支用點數

3,134,100(J2)

執業計畫診所之品質獎勵費用J13:

已支用點數

0(J13)

(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):

加成前點數

2,245(J6)

加成已支用點數

451(J3)

巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):

加成前點數

22,820,558(J7)

加成已支用點數

4,576,270(J4)

巡迴計畫之品質獎勵費用J14:

已支用點數

0(J14)

(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)J5:

已支用點數

32,187,850(J5)

(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):

加成前點數

10,380(J11)

加成已支用點數

2,078(J8)

社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):

加成前點數

15,304,682(J12)

加成已支用點數

3,064,376(J9)

(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):

53,253,578(J10)

暫結金額

= 執業服務之定額給付收入 (J1)+1元/點× (J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14已支用點數)

= 59,283,254

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 18,216,746

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(J6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(J7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(J11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(J12)由一般服務預算項下移撥支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 8

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 310,000,000/4 + 18,216,746＝ 95,716,746

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1：	點數	10,176,853(K0)	收入	16,028,695(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2：			已支用點數	4,062,800(K2)
執業計畫診所之品質獎勵費用K13：			已支用點數	0(K13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	2,051(K6)	加成已支用點數	407(K3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	37,762,534(K7)	加成已支用點數	7,606,576(K4)
巡迴計畫之品質獎勵費用K14：			已支用點數	0(K14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)K5：			已支用點數	42,206,850(K5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	9,033(K11)	加成已支用點數	1,809(K8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	16,405,334(K12)	加成已支用點數	3,330,828(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14)：				67,386,123(K10)

暫結金額

＝ 執業服務之定額給付收入 (K1)＋1元/點× (K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14已支用點數)

＝ 73,237,965

未支用金額

＝ 第2季預算 － 暫結金額

＝ 22,478,781

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(K6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(K7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(K11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(K12)由一般服務預算項下移撥支應。

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 310,000,000/4 + 22,478,781＝ 99,978,781

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1:	點數	0(L0)	收入	0(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:			已支用點數	0(L2)
執業計畫診所之品質獎勵費用L13:			已支用點數	0(L13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L6)	加成已支用點數	0(L3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L7)	加成已支用點數	0(L4)
巡迴計畫之品質獎勵費用L14:			已支用點數	0(L14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)L5:			已支用點數	0(L5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L11)	加成已支用點數	0(L8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L12)	加成已支用點數	0(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):				0(L10)

暫結金額

＝ 執業服務之定額給付收入 (L1)+1元/點× (L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14已支用點數)

＝ 0

未支用金額

＝ 第3季預算 － 暫結金額

＝ 99,978,781

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(L6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(L7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(L11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(L12)由一般服務預算項下移撥支應。

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 310,000,000/4 + 99,978,781＝177,478,781

(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1：	點數	0(M0)	收入	0(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2：			已支用點數	0(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13：			已支用點數	0(M13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	0(M6)	加成已支用點數	0(M3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	0(M7)	加成已支用點數	0(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14：			已支用點數	0(M14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5：			已支用點數	0(M5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	0(M11)	加成已支用點數	0(M8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	0(M12)	加成已支用點數	0(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14)：				0(M10)

暫結金額

＝ 執業服務之定額給付收入 (M1)＋1元/點× (M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14已支用點數)

＝ 0

未支用金額

＝ 第4季預算 － 暫結金額

＝ 177,478,781

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(M6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(M7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(M11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(M12)由一般服務預算項下移撥支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 11

全年合計：

全年預算＝310,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	20,465,306(N0)	收入	32,346,824(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	7,196,900(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	4,296(N6)	加成已支用點數	858(N3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	60,583,092(N7)	加成已支用點數	12,182,846(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	0(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	74,394,700(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	19,413(N11)	加成已支用點數	3,887(N8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	31,710,016(N12)	加成已支用點數	6,395,204(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				120,639,701(N10)

全年已暫結金額＝第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
＝ 59,283,254＋ 73,237,965＋ 0＋ 0＝ 132,521,219

全年未支用金額＝全年預算－全年已暫結金額＝ 177,478,781

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(N6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(N7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(N11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(N12)由一般服務預算項下移撥支應。

註：

- 依據「113年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，各季預算先扣除執業計畫「定額支付」費用後，執業計畫—巡迴服務之「論次支付」、巡迴計畫之「論次支付」及「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- 社區醫療站牙醫醫療服務：依據「113年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。
- 有關社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

(二)牙醫特殊醫療服務

全年預算 = 781,700,000

第1季：預算 = 781,700,000/4 = 195,425,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	4,109,000(V01)	4,108,283(VF01)	717(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,810,388(V02)	32,527,157(VF02)	1,283,231(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,577,180(V03)	23,814,452(VF03)	762,728(VN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	25,397,769(V04)	24,818,162(VF04)	579,607(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,142,517(V05)	9,762,412(VF05)	380,105(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,282,904(V06)	1,173,941(VF06)	108,963(VN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,404,356(V07)	12,403,917(VF07)	439(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,763,184(V08)	9,762,889(VF08)	295(VN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	14,184,061(V09)	14,182,435(VF09)	1,626(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	461,009(V10)	461,009(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	51,434(V11)	51,434(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	678,682(V12)	678,682(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(V13)	0(VF13)	0(VN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	12,199,200(V14)	12,199,200(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	455,553(V15)	455,508(VF15)	45(VN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	13,331(V16)	13,331(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	338,400(V17)	338,400(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,904(V18)	3,904(VF18)	0(VN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	40,265(V19)	40,236(VF19)	29(VN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	51,582(V20)	51,582(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,054(V21)	4,054(VF21)	0(VN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V22)	0(VF22)	0(VN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,669,391(V23)	1,669,391(VF23)	0(VN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,934,362(V24)	1,934,362(VF24)	0(VN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	385,719(V25)	385,719(VF25)	0(VN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	865,396(V26)	865,396(VF26)	0(VN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V27)	0(VF27)	0(VN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	191,246(V28)	191,246(VF28)	0(VN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V30)	0(VF30)	0(VN30)
(99)合計	155,014,887(V99)	151,897,102(VF99)	3,117,785(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數 = 155,014,887	= 第1季預算 - 暫結金額 = 40,410,113		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 13

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 781,700,000/4＋ 40,410,113＝ 235,835,113

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,389,398(W01)	3,376,406(WF01)	12,992(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	40,535,829(W02)	39,172,927(WF02)	1,362,902(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	29,368,996(W03)	28,600,417(WF03)	768,579(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	32,612,083(W04)	32,095,256(WF04)	516,827(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,390,719(W05)	12,038,270(WF05)	352,449(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,776,603(W06)	1,631,729(WF06)	144,874(WN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,819,578(W07)	15,819,017(WF07)	561(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,010,092(W08)	13,009,650(WF08)	442(WN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	18,164,874(W09)	18,163,072(WF09)	1,802(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	817,452(W10)	817,412(WF10)	40(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	71,433(W11)	71,433(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	984,456(W12)	984,367(WF12)	89(WN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	254,490(W13)	254,490(WF13)	0(WN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	15,926,400(W14)	15,926,400(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	652,031(W15)	651,953(WF15)	78(WN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	14,052(W16)	14,052(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	355,200(W17)	355,200(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	21,177(W18)	21,177(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,871(W19)	22,871(WF19)	0(WN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	47,708(W20)	47,708(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,226(W21)	19,226(WF21)	0(WN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W22)	0(WF22)	0(WN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,685,232(W23)	1,685,232(WF23)	0(WN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,158,542(W24)	2,158,542(WF24)	0(WN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	445,540(W25)	445,540(WF25)	0(WN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,034,259(W26)	1,034,259(WF26)	0(WN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	239,771(W28)	239,771(WF28)	0(WN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W30)	0(WF30)	0(WN30)
(99)合計	191,818,012(W99)	188,656,377(WF99)	3,161,635(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 191,818,012	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 44,017,101		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 14

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 781,700,000/4＋ 44,017,101＝ 239,442,101

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X07)	0(XF07)	0(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X08)	0(XF08)	0(XN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X09)	0(XF09)	0(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X10)	0(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X11)	0(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(X12)	0(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(X13)	0(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(X14)	0(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X15)	0(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X16)	0(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X18)	0(XF18)	0(XN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X19)	0(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X20)	0(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X22)	0(XF22)	0(XN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X23)	0(XF23)	0(XN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X24)	0(XF24)	0(XN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X25)	0(XF25)	0(XN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(X26)	0(XF26)	0(XN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X27)	0(XF27)	0(XN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(X28)	0(XF28)	0(XN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(X29)	0(XF29)	0(XN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(X30)	0(XF30)	0(XN30)
(99)合計	0(X99)	0(XF99)	0(XN99)

暫結金額

＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額

＝ 第3季預算－暫結金額＝ 239,442,101

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 781,700,000/4＋ 239,442,101＝ 434,867,101

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y30)	0(YF30)	0(YN30)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)

暫結金額

＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額

＝ 第4季預算－暫結金額＝ 434,867,101

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 16

全年合計：全年預算＝ 781,700,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	7,498,398(Z01)	7,484,689(ZF01)	13,709(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	74,346,217(Z02)	71,700,084(ZF02)	2,646,133(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	53,946,176(Z03)	52,414,869(ZF03)	1,531,307(ZN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	58,009,852(Z04)	56,913,418(ZF04)	1,096,434(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,533,236(Z05)	21,800,682(ZF05)	732,554(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,059,507(Z06)	2,805,670(ZF06)	253,837(ZN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	28,223,934(Z07)	28,222,934(ZF07)	1,000(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,773,276(Z08)	22,772,539(ZF08)	737(ZN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	32,348,935(Z09)	32,345,507(ZF09)	3,428(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,278,461(Z10)	1,278,421(ZF10)	40(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	122,867(Z11)	122,867(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,663,138(Z12)	1,663,049(ZF12)	89(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	254,490(Z13)	254,490(ZF13)	0(ZN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	28,125,600(Z14)	28,125,600(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	1,107,584(Z15)	1,107,461(ZF15)	123(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	27,383(Z16)	27,383(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	693,600(Z17)	693,600(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,081(Z18)	25,081(ZF18)	0(ZN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	63,136(Z19)	63,107(ZF19)	29(ZN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	99,290(Z20)	99,290(ZF20)	0(ZN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	23,280(Z21)	23,280(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z22)	0(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,354,623(Z23)	3,354,623(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,092,904(Z24)	4,092,904(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	831,259(Z25)	831,259(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,899,655(Z26)	1,899,655(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z27)	0(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	431,017(Z28)	431,017(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z30)	0(ZF30)	0(ZN30)
(99)合計	346,832,899(Z99)	340,553,479(ZF99)	6,279,420(ZN99)

全年預算＝ 781,700,000

全年已支用點數＝ 第1-4季已支用點數

＝ 155,014,887 + 191,818,012 + 0 + 0 = 346,832,899

全年已結算金額＝ 155,014,887 + 191,818,012 + 0 + 0 = 346,832,899

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 17

=====

全年由一般服務部門支應之預算＝ 0

全年未支用金額＝ 全年預算 －（全年已結算金額－全年由一般服務醫療給付費用支應之預算）

＝ 781,700,000 －（ 346,832,899 － 0）

＝ 781,700,000 － 346,832,899

＝ 434,867,101

註：

依據「113年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」點值結算方式如下：

1. 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。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. 全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 18

(三)12-18歲青少年口腔提升試辦計畫

全年預算＝ 171,500,000元

第1季:預算＝171,500,000/4＝ 42,875,000

已支用點數： 20,638,686

暫結金額： 1元/點×已支用點數 ＝ 20,638,686

未支用金額： 第1季預算－第1季暫結金額＝ 42,875,000－ 20,638,686＝ 22,236,314

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝171,500,000/4＋ 22,236,314＝ 65,111,314

已支用點數： 21,996,726

暫結金額： 1元/點×已支用點數 ＝ 21,996,726

未支用金額： 第2季預算－第2季暫結金額＝ 65,111,314－ 21,996,726＝ 43,114,588

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝171,500,000/4＋ 43,114,588＝ 85,989,588

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數 ＝ 0

未支用金額： 第3季預算－第3季暫結金額＝ 85,989,588－ 0＝ 85,989,588

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝171,500,000/4＋ 85,989,588＝ 128,864,588

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數 ＝ 0

未支用金額： 第4季預算－第4季暫結金額＝ 128,864,588－ 0＝ 128,864,588

全年合計:預算＝171,500,000

已支用點數： 42,635,412

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數＝ 42,635,412

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額
 ＝ 171,500,000－ 42,635,412
 ＝ 128,864,588

註:依據「113年度全民健康保險12-18歲青少年口腔提升試辦計畫」,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;若當季預算不足時,則採浮動點值結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 19

(四)超音波根管沖洗計畫

全年預算：144,800,000元

第1季:預算= $144,800,000/4=$ 36,200,000

已支用點數： 21,394,174

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 21,394,174

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 36,200,000－ 21,394,174= 14,805,826

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= $144,800,000/4+$ 14,805,826= 51,005,826

已支用點數： 24,319,844

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 24,319,844

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 51,005,826－ 24,319,844= 26,685,982

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= $144,800,000/4+$ 26,685,982= 62,885,982

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 62,885,982－ 0= 62,885,982

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= $144,800,000/4+$ 62,885,982= 99,085,982

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額= 99,085,982－ 0= 99,085,982

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數： 45,714,018

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 45,714,018

全年未支用金額 = 全年預算－ 全年已結算金額

= 144,800,000－ 45,714,018

= 99,085,982

註：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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 20

(五)高風險疾病口腔照護計畫

全年預算=1,599,000,000元

第1季:預算= 1,599,000,000/4= 399,750,000

已支用點數： 236,843,913

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 236,843,913

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 399,750,000－ 236,843,913= 162,906,087

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,599,000,000/4+ 162,906,087= 562,656,087

已支用點數： 610,806,389

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 610,806,389

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 562,656,087－ 610,806,389= 0

浮動點值=(第2季預算－ 非浮動點數)／ 浮動點數= (562,656,087－0)／ 610,806,389= 0.92116929

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,599,000,000/4+ 0= 399,750,000

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 399,750,000－ 0= 399,750,000

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,599,000,000/4+ 399,750,000= 799,500,000

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額= 799,500,000－ 0= 799,500,000

全年合計:預算= 1,599,000,000元

已支用點數： 847,650,302

暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

= 236,843,913+ 562,656,087+ 0+ 0= 799,500,000

全年未支用金額 = 全年預算－ 暫結金額

= 1,599,000,000－ 799,500,000

= 799,500,000

註：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。

全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 21

=====

(六)網路頻寬補助費用

全年預算＝ 143,000,000元

第1季已支用點數： 35,364,445

第2季已支用點數： 35,518,784

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 70,883,229

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 70,883,229

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 143,000,000－70,883,229＝ 72,116,771

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(七)品質保證保留款(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋113年編列之品質保證保留款預算

＝(105年1-4季牙醫一般服務醫療給付費用總額＋各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款成長率(0.30%)＋47,800,000

＝(8,887,743,719＋ 47,814,126)×0.30%＋(9,536,674,173＋ 37,909,079)×0.30%＋(10,232,725,814＋ 44,641,542)×0.30%

＋(9,977,436,416＋ 29,256,671)×0.30%＋47,800,000

＝26,806,674＋28,723,750＋30,832,102＋30,020,079＋47,800,000

＝164,182,605

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 22

(八)特定疾病病人牙科就醫安全計畫

全年預算＝327,100,000元

(307.1百萬元由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，共計327.1百萬元。)

第1季:預算＝ 327,100,000/4＝ 81,775,000

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝ 81,775,000－ 0＝ 81,775,000

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 327,100,000/4＋ 81,775,000＝ 163,550,000

已支用點數： 40,645,333

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 40,645,333

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝ 163,550,000－ 40,645,333＝ 122,904,667

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 327,100,000/4＋ 122,904,667＝ 204,679,667

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 204,679,667－ 0＝ 204,679,667

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 327,100,000/4＋ 204,679,667＝ 286,454,667

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝ 286,454,667－ 0＝ 286,454,667

全年合計:預算＝ 327,100,000元

已支用點數： 40,645,333

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數＝ 40,645,333

全年未支用金額＝ 全年預算－ (全年已結算金額－全年一般服務預算之移撥經費結餘款支應)

＝ 327,100,000－ (40,645,333－ 0)

＝ 286,454,667(E6) (若第4季一般服務移撥款有結餘，優先112年度全民健康保險牙醫門診總額0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護

試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於本項計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.2億元為限)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 23

註：

1. 本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則留用至下季，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，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。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。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(九)癌症治療品質改善計畫

全年預算=10,000,000元

第1季:預算= 10,000,000/4= 2,500,000

已支用點數: 0

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額: 第1季預算-第1季暫結金額= 2,500,000- 0= 2,500,000

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 2,500,000= 5,000,000

已支用點數: 97,100

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 97,100

未支用金額: 第2季預算-第2季暫結金額= 5,000,000- 97,100= 4,902,900

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 4,902,900= 7,402,900

已支用點數: 0

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額: 第3季預算-第3季暫結金額= 7,402,900- 0= 7,402,900

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 7,402,900= 9,902,900

已支用點數: 0

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額: 第4季預算-第4季暫結金額= 9,902,900- 0= 9,902,900

全年合計:預算= 10,000,000元

已支用點數: 97,100

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 97,100

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 10,000,000 - 97,100

= 9,902,900

註:本計畫依總額部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，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元全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，

惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 24

三、一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2) ×100% × 111年各季人口風險因子(R_111)(四捨五入至整數位)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 113年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算(D2)		11,111,977,002	11,845,120,895	12,723,798,296	12,389,502,005	48,070,398,198
2. 111年人口風險因子(R_111)	臺北分區	0.37076	0.37025	0.36970	0.36983	
	北區分區	0.16387	0.16470	0.16621	0.16638	
	中區分區	0.18108	0.18106	0.18143	0.18119	
	南區分區	0.12627	0.12620	0.12564	0.12541	
	高屏分區	0.13854	0.13834	0.13762	0.13784	
	東區分區	0.01948	0.01945	0.01940	0.01935	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
3. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100%×(R_111)(註1、2)	臺北分區	4,119,876,593	4,385,656,011	4,703,988,230	4,582,009,527	17,791,530,361
	北區分區	1,820,919,671	1,950,891,411	2,114,822,515	2,061,365,344	7,947,998,941
	中區分區	2,012,156,796	2,144,677,589	2,308,478,725	2,244,853,868	8,710,166,978
	南區分區	1,403,109,336	1,494,854,257	1,598,618,018	1,553,767,446	6,050,349,057
	高屏分區	1,539,453,294	1,638,654,025	1,751,049,121	1,707,768,956	6,636,925,396
	東區分區	216,461,312	230,387,602	246,841,687	239,736,864	933,427,465
	小計	11,111,977,002	11,845,120,895	12,723,798,296	12,389,502,005	48,070,398,198

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 25

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額:

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=[(D2合計)×Ra×R₁₁₁—扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)](四捨五入至整數位)
 —各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+前一年分區保留款分配後結餘款(T)+促進醫療服務診療項目支付平衡性(Y)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(BE5)+移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫結餘款(BE6)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.869908%	24.384747%	25.928519%	25.816826%	100%
2. 111年人口風險因子(R ₁₁₁)	臺北分區	0.37076	0.37025	0.36970	0.36983	
	北區分區	0.16387	0.16470	0.16621	0.16638	
	中區分區	0.18108	0.18106	0.18143	0.18119	
	南區分區	0.12627	0.12620	0.12564	0.12541	
	高屏分區	0.13854	0.13834	0.13762	0.13784	
	東區分區	0.01948	0.01945	0.01940	0.01935	
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)
3. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=(D2合計)×Ra×(R ₁₁₁)	臺北分區	4,254,233,649	4,340,013,105	4,607,919,479	4,589,364,128	17,791,530,361
	北區分區	1,880,303,345	1,930,587,869	2,071,631,855	2,065,475,872	7,947,998,941
	中區分區	2,077,777,077	2,122,357,253	2,261,333,057	2,248,699,591	8,710,166,978
	南區分區	1,448,867,415	1,479,296,837	1,565,969,714	1,556,215,091	6,050,349,057
	高屏分區	1,589,657,810	1,621,600,035	1,715,287,743	1,710,379,808	6,636,925,396
	東區分區	223,520,529	227,989,885	241,800,481	240,116,570	933,427,465
	小計	11,474,359,825	11,721,844,984	12,463,942,329	12,410,251,060	48,070,398,198
4. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)(註3)		0	0	0	0	0
5. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款 BI= I×R ₁₁₁	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 26

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
6. 112年分區保留款分配後結餘款(T)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	19,259,985	0	0	0	19,259,985
	小計	19,259,985	0	0	0	19,259,985
7. 促進醫療服務診療項目 支付衡平性(Y)(註4)	臺北分區	492,864	472,416	0	0	965,280
	北區分區	192,864	167,232	0	0	360,096
	中區分區	159,264	172,128	0	0	331,392
	南區分區	168,096	178,560	0	0	346,656
	高屏分區	129,216	171,360	0	0	300,576
	東區分區	43,008	52,032	0	0	95,040
	小計	1,185,312	1,213,728	0	0	2,399,040
8. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註5)	中區分區	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000
	高屏分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	小計	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000
9. 移撥醫療資源不足核實申報費用結 餘款(E4)(註6)					0	0
10. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款(BE4=E4×R_111)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
11. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫結餘款(E5)(註7)					0	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 27

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
12. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫各分區結餘款 (BE5=E5×R_111)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
13. 移撥特定疾病病人牙醫就醫 安全計畫(E6)(註8)					0	0
14. 移撥特定疾病病人牙醫就醫安全 計畫(BE6=E6×R_111)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
15. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)−(BI)+(T)+(Y) +(Z)+(BE4)+(BE5) +(BE6)	臺北分區	4,254,726,513	4,340,485,521	4,607,919,479	4,589,364,128	17,792,495,641
	北區分區	1,880,496,209	1,930,755,101	2,071,631,855	2,065,475,872	7,948,359,037
	中區分區	2,082,936,341	2,127,529,381	2,266,333,057	2,253,699,591	8,730,498,370
	南區分區	1,449,035,511	1,479,475,397	1,565,969,714	1,556,215,091	6,050,695,713
	高屏分區	1,592,287,026	1,624,271,395	1,717,787,743	1,712,879,808	6,647,225,972
	東區分區	242,823,522	228,041,917	241,800,481	240,116,570	952,782,490
	小計	11,502,305,122	11,730,558,712	12,471,442,329	12,417,751,060	48,122,057,223

=====

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額各別加總後與分區一般服務預算總額(D2)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額＝ 分區一般服務預算總額(D2)減去前五分區一般服務預算總額。
2. 為避免調整後各季各分區一般服務預算總額個別加總後(加總BD1)與調整前各季各分區一般服務預算總額加總(加總BD)產生之數元誤差，故調整後第4季各分區一般服務預算總額(BD1_q4)＝調整前全年各分區一般服務預算總額(加總BD)減去第1-3季調整後各分區一般服務預算總額(BD1_q1、BD1_q2、BD1_q3)＝加總BD－BD1_q1－BD1_q2－BD1_q3。
3. 「113年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，說明如下：本計畫全年經費為7.817億元，本預算按季均分及結算，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。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。
4. 依據112年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第4次會議決定略以，「移撥促進醫療服務診療項目支付衡平性」113年經費5.5百萬元，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。
5. 依據112年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第4次會議決定略以，113年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。
6. 依據「113年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，有關巡迴計畫之「核實申報」費用，加成前點數由牙醫總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
7. 依據「113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」，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，則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。
8. 依據112年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第4次會議決定略以，113年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計3.3億元，按季均分。其中0.2億元移撥補助「特定疾病病人牙醫就醫安全計畫」：為鼓勵該計畫執行，112年由一般預算提撥0.2億元，每點支付金額1元，該經費按季均分及結算。當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算。
(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。
9. 依據112年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第4次會議決定略以，各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各人口風險因子(R值)分配至各區。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 29

四、一般服務各分區浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	3,778,309,491(BF)	0.90943610	-----	30,852,404	222,211
	2-北區分區	384,436,686	0.90943610	349,620,600	3,203,721	
	3-中區分區	227,000,373	0.90943610	206,442,334	1,916,623	
	4-南區分區	134,373,898	0.90943610	122,204,474	1,158,571	
	5-高屏分區	178,226,665	0.90943610	162,085,763	1,345,617	
	6-東區分區	22,200,232	0.90943610	20,189,692	248,535	
	7-合計	4,724,547,345(GF)		860,542,863(AF)	38,725,471(BG)	222,211(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	250,512,165	0.99145514	248,371,574	2,354,896	
	2-北區分區	1,465,448,199(BF)	0.99145514	-----	12,887,366	93,436
	3-中區分區	99,984,710	0.99145514	99,130,355	850,807	
	4-南區分區	66,045,081	0.99145514	65,480,735	516,970	
	5-高屏分區	38,302,787	0.99145514	37,975,495	286,377	
	6-東區分區	4,214,199	0.99145514	4,178,189	52,907	
	7-合計	1,924,507,141(GF)		455,136,348(AF)	16,949,323(BG)	93,436(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	76,291,617	0.97624385	74,479,222	742,548	
	2-北區分區	44,007,481	0.97624385	42,962,033	396,643	
	3-中區分區	1,936,268,379(BF)	0.97624385	-----	15,781,609	58,891
	4-南區分區	43,293,106	0.97624385	42,264,628	449,090	
	5-高屏分區	31,588,217	0.97624385	30,837,803	264,721	
	6-東區分區	3,136,264	0.97624385	3,061,758	37,966	
	7-合計	2,134,585,064(GF)		193,605,444(AF)	17,672,577(BG)	58,891(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 30

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	61,817,397	1.02232732	63,197,614	674,272	
	2-北區分區	27,871,433	1.02232732	28,493,727	260,138	
	3-中區分區	67,527,951	1.02232732	69,035,669	609,078	
	4-南區分區	1,193,250,679(BF)	1.02232732	-----	10,155,507	38,494
	5-高屏分區	68,144,836	1.02232732	69,666,328	570,536	
	6-東區分區	2,485,602	1.02232732	2,541,099	30,515	
	7-合計	1,421,097,898(GF)		232,934,437(AF)	12,300,046(BG)	38,494(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	44,280,770	0.98435480	43,587,988	420,443	
	2-北區分區	18,392,299	0.98435480	18,104,548	173,428	
	3-中區分區	31,644,329	0.98435480	31,149,247	297,264	
	4-南區分區	67,020,248	0.98435480	65,971,703	576,011	
	5-高屏分區	1,453,360,922(BF)	0.98435480	-----	11,502,167	49,200
	6-東區分區	3,789,040	0.98435480	3,729,760	45,439	
	7-合計	1,618,487,608(GF)		162,543,246(AF)	13,014,752(BG)	49,200(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,151,397	1.15183649	16,300,095	193,910	
	2-北區分區	4,479,211	1.15183649	5,159,319	64,167	
	3-中區分區	4,567,897	1.15183649	5,261,470	43,994	
	4-南區分區	3,296,062	1.15183649	3,796,524	40,578	
	5-高屏分區	6,342,585	1.15183649	7,305,621	77,779	
	6-東區分區	155,072,075(BF)	1.15183649	-----	1,889,689	11,018
	7-合計	187,909,227(GF)		37,823,029(AF)	2,310,117(BG)	11,018(BJ)

註：本表浮動點數不含高風險疾病病人牙結石清除(診療項目代碼91090C)核定浮動點數。

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)
- 投保該分區核定非浮動點數(BG)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
- ／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [4,340,485,521 - 860,542,863 - 38,725,471 - 222,211]	／ 3,778,309,491 = 0.91072343
北區分區	= [1,930,755,101 - 455,136,348 - 16,949,323 - 93,436]	／ 1,465,448,199 = 0.99531051
中區分區	= [2,127,529,381 - 193,605,444 - 17,672,577 - 58,891]	／ 1,936,268,379 = 0.98963165
南區分區	= [1,479,475,397 - 232,934,437 - 12,300,046 - 38,494]	／ 1,193,250,679 = 1.03431948
高屏分區	= [1,624,271,395 - 162,543,246 - 13,014,752 - 49,200]	／ 1,453,360,922 = 0.99676837
東區分區	= [228,041,917 - 37,823,029 - 2,310,117 - 11,018]	／ 155,072,075 = 1.21168014

3. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- 核定非浮動點數(BG)
- 自墊核退點數(BJ)]
- ／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$= [11,730,558,712 - 100,972,286 - 473,250] / 12,011,134,283 = 0.96819442$$

4. 一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

／ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [4,340,485,521]	／ [4,724,547,345 + 38,725,471 + 222,211] = 0.91119766
北區分區	= [1,930,755,101]	／ [1,924,507,141 + 16,949,323 + 93,436] = 0.99444011
中區分區	= [2,127,529,381]	／ [2,134,585,064 + 17,672,577 + 58,891] = 0.98848350
南區分區	= [1,479,475,397]	／ [1,421,097,898 + 12,300,046 + 38,494] = 1.03211789
高屏分區	= [1,624,271,395]	／ [1,618,487,608 + 13,014,752 + 49,200] = 0.99553789
東區分區	= [228,041,917]	／ [187,909,227 + 2,310,117 + 11,018] = 1.19876719

5. 一般服務全區平均點值

$$= [11,730,558,712] / [12,011,134,283 + 100,972,286 + 473,250] = 0.96846080$$

6. 牙醫門診總額平均點值=加總[依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

+ 專款專用暫結金額

+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額

／加總[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)

+ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款)+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

臺北分區	=	[4,340,485,521 + 338,666,022 + 7,788,625 + 1,709,553]	
	／	[4,724,547,345 + 38,725,471 + 222,211 + 342,245,223 + 7,788,625]	=0.91691077
北區分區	=	[1,930,755,101 + 127,063,302 + 4,306,896 + 1,280,659]	
	／	[1,924,507,141 + 16,949,323 + 93,436 + 125,008,309 + 4,306,896]	=0.99639805
中區分區	=	[2,127,529,381 + 203,393,739 + 11,594,505 + 2,257,544]	
	／	[2,134,585,064 + 17,672,577 + 58,891 + 203,357,778 + 11,594,505]	=0.99049806
南區分區	=	[1,479,475,397 + 125,586,199 + 9,654,997 + 5,108,629]	
	／	[1,421,097,898 + 12,300,046 + 38,494 + 126,589,796 + 9,444,135]	=1.03208398
高屏分區	=	[1,624,271,395 + 158,536,390 + 13,810,696 + 3,000,018]	
	／	[1,618,487,608 + 13,014,752 + 49,200 + 159,275,344 + 13,810,696]	=0.99721878
東區分區	=	[228,041,917 + 37,717,949 + 8,331,300 + 764,245]	
	／	[187,909,227 + 2,310,117 + 11,018 + 36,111,861 + 7,234,095]	=1.17672636
全 區	=	[11,730,558,712 + 990,963,601 + 55,487,019 + 14,120,648]	
	／	[12,011,134,283 + 100,972,286 + 473,250 + 992,588,311 + 54,178,952]	=0.97201859

註：1. 專款專用暫結金額=牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)+醫療資源不足地區改善方案支付金額

+12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫+超音波根管沖洗計畫+高風險疾病口腔照護計畫

+網路頻寬補助費用暫結金額+品質保證保留款預算+特定疾病病人牙科就醫安全計畫+癌症治療品質改善計畫

= 191,818,012 + 73,237,965 + 21,996,726 + 24,319,844 + 562,656,087 + 35,518,784 + 40,673,750

+ 40,645,333 + 97,100

= 990,963,601

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+113年品質保證保留款預算/4。

*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

=(106年各季預算+113年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/11/14

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 33

五、修正後一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額 11,721,844,984(BD1)

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=〔(D2合計)× Rax R_111—扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)〕(四捨五入至整數位)

—各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+前一年分區保留款分配後結餘款(T)+促進醫療服務診療項目支付衡平性(Y)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥

醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(BE5)+移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫結餘款(BE6)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,340,485,521
調整後北區分區一般服務預算總額	=	1,930,755,101
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,127,529,381
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,479,475,397
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,624,271,395
調整後東區分區一般服務預算總額	=	228,041,917

總計 11,730,558,712

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

$$- [(一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)) \times 1.15]$$

$$\text{臺北分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款}(T1) = 228,041,917 - [(187,909,227 + 2,310,117 + 11,018) \times 1.15] = 9,277,001$$

2. 分區累計保留款(T2)=分區前季累計保留款(P)+分區當季保留款(T1)

$$\text{臺北分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{北區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{中區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{南區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{東區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 26,953,098(P) + \text{當季保留款 } 9,277,001(T1) = 36,230,099$$

(三)修正後分區一般服務預算總額(BD3)=調整後分區一般服務預算總額(BD2) (四捨五入至整數位)-分區當季保留款(T1)

$$\text{修正後臺北分區一般服務預算總額} = 4,340,485,521(BD2) - 0 = 4,340,485,521$$

$$\text{修正後北區分區一般服務預算總額} = 1,930,755,101(BD2) - 0 = 1,930,755,101$$

$$\text{修正後中區分區一般服務預算總額} = 2,127,529,381(BD2) - 0 = 2,127,529,381$$

$$\text{修正後南區分區一般服務預算總額} = 1,479,475,397(BD2) - 0 = 1,479,475,397$$

$$\text{修正後高屏分區一般服務預算總額} = 1,624,271,395(BD2) - 0 = 1,624,271,395$$

$$\text{修正後東區分區一般服務預算總額} = 228,041,917(BD2) - 9,277,001 = 218,764,916$$

總計

11,721,281,711

註：保留款之運用係依據「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」辦理。

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季點值(AF)
- 投保該分區核定非浮動點數(BG)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
- ／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	=	[4,340,485,521	-	860,542,863	-	38,725,471	-	222,211]	／	3,778,309,491	=	0.91072343
北區分區	=	[1,930,755,101	-	455,136,348	-	16,949,323	-	93,436]	／	1,465,448,199	=	0.99531051
中區分區	=	[2,127,529,381	-	193,605,444	-	17,672,577	-	58,891]	／	1,936,268,379	=	0.98963165
南區分區	=	[1,479,475,397	-	232,934,437	-	12,300,046	-	38,494]	／	1,193,250,679	=	1.03431948
高屏分區	=	[1,624,271,395	-	162,543,246	-	13,014,752	-	49,200]	／	1,453,360,922	=	0.99676837
東區分區	=	[218,764,916	-	37,823,029	-	2,310,117	-	11,018]	／	155,072,075	=	1.15185634

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 核定非浮動點數(BG)
- 自墊核退點數(BJ)]
- ／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$= [11,721,281,711 - 100,972,286 - 473,250] / 12,011,134,283 = 0.96742205$$

3. 修正後一般服務分區平均點值=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

$$/[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]$$

臺北分區	=	[4,340,485,521	]	／	[4,724,547,345	+	38,725,471	+	222,211	]=	0.91119766
北區分區	=	[1,930,755,101	]	／	[1,924,507,141	+	16,949,323	+	93,436	]=	0.99444011
中區分區	=	[2,127,529,381	]	／	[2,134,585,064	+	17,672,577	+	58,891	]=	0.98848350
南區分區	=	[1,479,475,397	]	／	[1,421,097,898	+	12,300,046	+	38,494	]=	1.03211789
高屏分區	=	[1,624,271,395	]	／	[1,618,487,608	+	13,014,752	+	49,200	]=	0.99553789
東區分區	=	[218,764,916	]	／	[187,909,227	+	2,310,117	+	11,018	]=	1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

$$= [11,721,281,711] / [12,011,134,283 + 100,972,286 + 473,250] = 0.96769490$$

$$\begin{aligned}
& 5. \text{修正後牙醫門診總額平均點值} = \text{加總}[\text{依調整後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額}] \\
& \quad + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額}] \\
& \quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
& \quad + \text{專款專用已支用點數(不含品質保證保留款)} + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}] \\
& \text{臺北分區} = [4,340,485,521 + 338,666,022 + 7,788,625 + 1,709,553] \\
& \quad \div [4,724,547,345 + 38,725,471 + 222,211 + 342,245,223 + 7,788,625] = 0.91691077 \\
& \text{北區分區} = [1,930,755,101 + 127,063,302 + 4,306,896 + 1,280,659] \\
& \quad \div [1,924,507,141 + 16,949,323 + 93,436 + 125,008,309 + 4,306,896] = 0.99639805 \\
& \text{中區分區} = [2,127,529,381 + 203,393,739 + 11,594,505 + 2,257,544] \\
& \quad \div [2,134,585,064 + 17,672,577 + 58,891 + 203,357,778 + 11,594,505] = 0.99049806 \\
& \text{南區分區} = [1,479,475,397 + 125,586,199 + 9,654,997 + 5,108,629] \\
& \quad \div [1,421,097,898 + 12,300,046 + 38,494 + 126,589,796 + 9,444,135] = 1.03208398 \\
& \text{高屏分區} = [1,624,271,395 + 158,536,390 + 13,810,696 + 3,000,018] \\
& \quad \div [1,618,487,608 + 13,014,752 + 49,200 + 159,275,344 + 13,810,696] = 0.99721878 \\
& \text{東區分區} = [218,764,916 + 37,717,949 + 8,331,300 + 764,245] \\
& \quad \div [187,909,227 + 2,310,117 + 11,018 + 36,111,861 + 7,234,095] = 1.13700915 \\
& \text{全 區} = [11,721,281,711 + 990,963,601 + 55,487,019 + 14,120,648] \\
& \quad \div [12,011,134,283 + 100,972,286 + 473,250 + 992,588,311 + 54,178,952] = 0.97131361
\end{aligned}$$

註：1. 專款專用暫結金額＝牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)＋醫療資源不足地區改善方案支付金額
 ＋12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫＋超音波根管沖洗計畫＋高風險疾病口腔照護計畫
 ＋網路頻寬補助費用暫結金額＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋癌症治療品質改善計畫
 ＝191,818,012＋73,237,965＋21,996,726＋24,319,844＋562,656,087＋35,518,784＋40,673,750
 ＋40,645,333＋97,100
 ＝990,963,601

2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋113年品質保證保留款預算/4。

*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
 ＝(106年各季預算＋113年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月113/03(含)以前：於113/07/01～113/09/30期間核付者。

費用年月113/04～113/06：於113/04/01～113/09/30期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

說明：

一、依據 105 年第 1 次會議決議，以「近 3 年各季核定點數平均占率」進行一般服務預算四季重分配。

二、107-112 年各季核定點數占率如下表：

季別	107 年占率	108 年占率	109 年占率	109 年第 1~2 季點數處理後占率
Q1	24.06%	23.82%	47.49%	23.74%
Q2	24.70%	24.74%		23.74%
Q3	25.44%	25.58%	26.73%	26.73%
Q4	25.80%	25.86%	25.79%	25.79%
合計	100.00%	100.00%	100%	100%

備註：

1.核定點數=浮動核定點數+非浮動核定點數+自墊核退點數。

2.109 年第 1~2 季合併結算，爰 109 年第 1、2 季各季核定點數=109 年第 1~2 季核定點數÷2

季別	110 年占率	111 年占率	112 年占率
Q1	25.41%	24.49%	23.96%
Q2	20.99%	23.15%	24.81%
Q3	25.90%	26.20%	25.60%
Q4	27.71%	26.16%	25.62%
合計	100.00%	100.00%	100.00%

三、查 113 年預算四季重分配之計算方式，因考量 110 年受疫情影響，110 年第 2 季之核定點數平均占率僅 20.99%，而採 107-109 年各季核定點數平均占率。

四、考量 113 年第 1 季全區平均點值(0.96623699)略低於第 2 季平均點值(0.96769490)，114 年預算四季重分配之占率建議改以 107-108、112 年之各季核定點數平均占率計算：第 1 季 23.946284%、第 2 季 24.753232%、第 3 季 25.542684%、第 4 季 25.757799%。

季別	110-112 年 平均占率	107-109 年 平均占率	107-108、112 年 平均占率
Q1	24.597800%	23.869908%	23.946284%
Q2	23.042383%	24.384747%	24.753232%
Q3	25.895169%	25.928519%	25.542684%
Q4	26.464647%	25.816826%	25.757799%
合計	100.00%	100%	100%

五、114年牙醫門診一般服務之點值保障項目比照113年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，其他不保障。

決 定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 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。

說明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，以每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。

二、114 年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4	5
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 25 日 星期二 (下午)	5 月 27 日 星期二 (下午)	8 月 26 日 星期二 (下午)	11 月 25 日 星期二 (下午)	12 月 9 日 星期二 (下午)

決定：

肆、討論事項

討論事項第一案 **提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會**

案 由：有關 114 年度牙醫門診總額地區預算分配，請討論案。

說 明：

一、依據 15-8 牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議辦理並提送 113-9 健保會會議。

二、本次地區預算分配方式調整，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2.2 億元，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥 0.5 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，共 3.8 億元。

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2.2 億元由一般服務支應，經費使用如下：

1. 「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2.2 億元，為避免因預算不足排擠偏鄉民眾就醫之權利，由一般預算提撥 2.2 億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

2. 計算方式：

113 年 1-6 月一般費用執行數 1.01 億元，推估全年費用執行約 2.02 億元，預估 113 年全年執行數較 112 年一般費用成長率約 7.82%，推估 114 年執行數為 $2.02 \text{ 億} \times (1 + 7.82\%) = 2.18 \text{ 億}$ ，由一般支出經費 2.2 億元。

(二)「牙醫特殊醫療服務計畫」，經費 0.5 億元由一般服務支應，為避免因預算不足排擠身障民眾就醫之權利，由一般預算提撥 0.5 億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(三)「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，以舒緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題。

(四)「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，

移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.2 億元及 0.1 億元。

(五)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

三、114 年牙醫門診總額醫療給付費用各項定義及計算方式說明

(一) 114 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額。

(二)醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用專用移撥款。

(三)牙醫特殊醫療服務計畫移撥款。

(四)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款。

(五)中區及高屏投保人口就醫率全國最高二區之保障款。

(六) 114 年各季一般服務部門分配至各分區預算。

(七) 114 年一般服務部門六分區預算分配方式如下：

= [114 年各季一般服務部門分配至各分區預算] × 100% × 112 年各分區人口風險因子。

(八) 114 年一般服務部門六分區預算各季預算重分配方式如下：

= 一般服務部門分區預算 × 110~112 年各季結算核定點數(浮動+非浮動核定點數+核退自墊金額)占率之年平均值。

(九) 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

本署意見：

本案業經 113 年 10 月 23 日「衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 9 次委員會議」決議通過(附件、討 1-6)，總計移撥 3.8 億元。將依會議決議報健保會備查。

決 議：

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第9次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年10月23日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明(中華民國醫師公會全國聯合會林副秘書長恆立代理)、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁(中華民國全國商業總會王處長麗萍代理)、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、韓委員幸紋

請假委員：謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9頁)

貳、議程確認：(詳附錄第9頁)

決定：確認。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第9頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第10~20頁)

決定：

- 一、上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：
擬解除追蹤共2項，項次2同意解除追蹤，項次1改列繼續追蹤，俟衛生福利部(社會保險司)召開總額基期檢討相關諮詢會議後，再解除追蹤。
- 二、肯定中央健康保險署訂定「全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點」，為利委員瞭解醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)，請於本(113)年底前提出專案報告。
- 三、113年度西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」之品質監測指標，依中央健康保險署建議之指標及目標值(如附件一)辦理。
- 四、本會本年第11次委員會議(113.12.25)後，邀請國立台灣大學林先和教授進行專題演講，題目為「數字會說話嗎？從十大死因到疾病負擔研究」，敬請委員預留時間踴躍參加。
- 五、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第21~43頁)

報告單位：本會第三組

案由：114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案，請鑒察。

決定：

一、確認114年度總額協商結果之整體成長率，如下表：

114 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算 (註 2)	醫院		西醫基層		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 方案		
金額 (億元)	547.93	341.92	182.28	6,409.97	6,434.76	1,725.38	1750.43	約 9,207.48	約 9,257.32
成長率/ 增加金額	4.679%	5.274%	減少 10.92 億元	5.055%	5.461%	3.990%	5.500%	4.605%	5.171%

註：1.門診遠析服務總成長率 3%、總金額 473.8 億元，其中醫院總額為 246.9 億元，西醫基層總額為 226.9 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

2.中央健康保險署對於其他預算第(十二)項之預算金額有不同意見，將一併陳報主管機關決定。

3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以中央健康保險署結算資料為準。

二、確認牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件二)，將併入114年度總額協商結果，報請衛生福利部核定。

三、未達共識之醫院及西醫基層總額部門，將兩案併陳報請衛生福利部決定，其中新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將請衛生福利部就政策目標要求，逕予核定，必要時得諮詢本會。

陸、討論事項(詳附錄第44~73頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案請醫院總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配住院及門診之 R 值(各地區保險對象人數校正風險因子後之數值)占率均至少前進1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第10次委員會議(113.11.20)續議。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：114年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案請西醫基層總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配 R 值(各地區保險對象人數校正風險

因子後之數值)占率至少前進1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第10次委員會議(113.11.20)續議。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：114年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案請中醫門診總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配以各分區戶籍人口數占率(參數二)至少前進1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第10次委員會議(113.11.20)續議。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：114年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、114年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥3.8億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等4項特定用途，移撥經費若有剩

餘，優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於113年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

柒、報告事項(詳附錄第74~83頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(全年資料)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署研參，並持續監測執行成效，定期向本會提報。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年9月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午1時30分。

討論事項第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，請討論案。

說明：

一、依據 15-5 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、修訂支付表文字：詳附件 1。

- (一)(96017C-96022C、96029C-96030C)半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法、半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法：適用對象新增發展遲緩兒。
- (二)自閉症及失智症病人執行「特殊狀況牙結石清除(91103C、91104C)」、「特殊狀況-保護性肢體制約(90021C)」比照極重度病人申報。
- (三)因應「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」新增 89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C，同步於支付標準(89001C~89005C、89008C~89012C、89014C~89015C)新增不得再申報項目。
- (四)114 年擬提升(92054B)軟性咬合器治療支付點數，提升點數後，新增申報頻率，增加備註文字：半年內不得重複申報本項。
- (五)(92063C)手術拔除深部阻生齒：新增未滿 17 歲病人執行前須事前審查，及排除免事前審查狀況。
- (六)(92089B)氟托(單顎)，考量病人實際臨床使用狀況，於正常使用下未滿一年氟托已損毀，故建議修訂申報頻率，修訂備註文字：半年內不得重複申報本項。
- (七)(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：新增院所需於前一個月完成當月門診時間及外展點時間登錄，且排除當天僅執行院所外醫療服務之天數。
- (八)(92130B)顎顏面外傷術後照護費，以現行實際面考量，修訂術後之定義為出院或出急診。
- (九)第五章牙周病統合治療方案通則，新增不得申報其他牙結石清除醫令 91005C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C；新增通則第三項支付規範(九)，當月 91022C 申報件數大於 21 件，

發函日次月起 3 個月內執行個案抽審時，須附全口根尖片。

(十)為提升牙周統合照護計畫高執行案件數之品質。牙周病統合治療第一階段支付(91021C)備註項目第 4、5 點，檢附之 X 光片刪除咬翼片(34002C)。

(十一)(91015C、91016C、91091C)特定牙周保存治療，新增申報 91022C 半年內不得申報本項目，另新增申報本項九十天內不得再申報 91018C。

(十二)(91018C)牙周病支持性治療，新增申報此項九十天內不得再申報 91091C。

三、依據 114 年全民健康保險醫療給付費用牙醫總額協商結果新增「非齒源性口腔疼痛處置」，新增支付標準：

(一)新增「非齒源性口腔疼痛處置-初診」1,800 點及「非齒源性口腔疼痛處置-複診」1,000 點，支付表詳附件 2。

(二)修訂「全民健康保險醫療費用審查注意事項」新增「非齒源性口腔疼痛處置」之適應症，詳附件 3。

(三)醫師申報資格限制認定：

1. 口腔病理科專科醫師：中華民國口腔病理學會「事先」提供醫師名單，以利報經保險人分區業務組核定。

2. 接受由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育：請中華民國口腔病理學會於「課程後」，函送本會醫師名單，以利報經保險人分區業務組核定。

(四)預期效益之評估指標：疼痛分數下降超過 3 成。

申報本計畫須檢附「非齒源性口腔疼痛處置檢查表」，本項檢查表由中華民國口腔病理學會設計。

四、114 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(2.048%)，999.9 百萬。調升項目費用點數及建議順序：詳附件 4；各項成本分析及作業流程表，詳附件 5。

(一)嬰幼兒處置費加成百分之三十，年齡擴增為「五歲以下」。

(二)調升(90003C)恆牙根管治療(三根)自 3610 點調升為 4530 點、(90019C)恆牙根管治療四根自 4810 點調升為 6000 點、(90020C)恆牙根管治療五根(含以上)自 6010 點調升為 7500 點。

(三)調升(96001C)牙科局部麻醉，自 90 點調升至 120 點；同步檢視支付標準第三部牙醫項下內含「麻醉」之項目另有 59 項，同步調升 30 點。

(四)調升(92054B)軟性咬合器治療，自 800 點調升至 1500 點。

(五)調升符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(00305C-00310C)，各項提升 4 點。

本署意見：

一、有關修訂全民健康保險醫療服務及支付標準文字(附件 1，頁次討 2-5)：

(一) 部分支付標準項目修訂申報頻率(如 90021C、91103C、91104C、91114C、92089B)，預估將增加預算支出 1,091 萬點，惟現行政策規劃以點值管理為優先，建議爭取預算支應再議。

(二) 軟性咬合器治療(92054B)新增註 2.半年內不得重複申報本項，建議修訂為「同一院所半年內不得重複申報本項」。

(三) 第五章牙周病統合治療方案通則三新增支付規範：(九)醫師申報經歸戶合併計算，當月申報 91022C 件數二十一件(含)以上，由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，於發函日次月 1 日起三個月內該醫師新申報 91021C 之個案，皆須以全口根尖 X 光片舉證，以佐證治療適切性，確保醫療品質。請牙全會說明下列事項：

1、針對醫師申報件數 ≥ 21 件以上要求 3 個月內須以全口根尖 X 光片舉證之必要性？

2、為齊一管理模式，建議是否全數附上全口根尖 X 光片舉證，而非僅針對申報件數 ≥ 21 件之醫師。

二、有關 114 年新增專款項目「非齒源性口腔疼痛處置」(附件 2，頁次討 2-22)

(一) 本項專款項目預期效益之評估指標「病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成」，本署無法取得疼痛分數數值，建議請牙全會追蹤相關數值並彙整效益，或請牙全會研議院所申報或上傳之可行性。

(二) 支付標準非齒源性口腔疼痛處置-初診(92XXXB)註 5，建議註明教

育訓練之時數或學分數。

(三) 適應症(三)2.口乾症 K11.7，查 ICD-10-CM_2023，口乾診斷碼為 R68.2、唾液分泌障礙診斷碼為 K11.7，請牙全會釐清。

(四) 請檢附本新增項目之成本分析表。

三、有關牙全會依 114 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率所增加之預算 999.9 百萬元調升支付標準點數一節，經本署試算約須 963.5 百萬點，為免影響一般服務點值，請牙全會優先調整急重難症相關支付項目(附件 6、頁次討 2-41，校正之成本分析為附件 7，頁次討 2-43 至討 2-48)。

擬 辦：會議決議通過修訂之支付標準，擬依程序提至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報告。

決 議：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

一、文字修訂

(一) 修訂第三部牙醫

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
96017C 96018C 96019C	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法 —未滿二小時 —二小時至四小時，每增加三十分鐘 —四小時以上，每增加三十分鐘 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、 <u>發展遲緩兒童</u> 、重度以上身心障礙病患。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法 —未滿二小時 —二小時至四小時，每增加三十分鐘 —四小時以上，每增加三十分鐘 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。	1.發展遲緩兒童之對象條件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）、辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書。 2.特需兒童需要全身麻醉治療口腔疾病最常見的族群就是智障、自閉症及發展遲緩。前兩項目前不用事前審查，只剩發展遲緩需要。援往例，發展遲緩兒童送事前審	新增發展遲緩兒童為不用事前審查對象，尊重牙全會規劃。	無
96020C 96029C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 —未滿二小時 under 2 hours —未滿二小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 —未滿二小時 under 2 hours —未滿二小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病		同上	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
96030C	—未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	—未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	查均會獲得通過，故將發展遲緩兒童納入免事前審查應不致增加相關之健保經費支出。		
96021C	—二小時至四小時，每增加三十分鐘	—二小時至四小時，每增加三十分鐘			
96022C	—超過四小時，每增加三十分鐘	—超過四小時，每增加三十分鐘			
	註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、 <u>發展遲緩兒童</u> 、重度以上身心障礙病人。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。 3.96020C不得同時申報96029C、96030C。 4.96029C適應症： (1)疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。 (2)兒童（未滿十九歲）符合下列任一情形： A.困難氣道：頭頸部癌症、	註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病人。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。 3.96020C不得同時申報96029C、96030C。 4.96029C適應症： (1)疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。 (2)兒童（未滿十九歲）符合下列任一情形： A.困難氣道：頭頸部癌症、			

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。 B.緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。 (3)不得同時申報96020C、96030C。 5.96029C內含一般材料費、「甦醒球」及「單次拋棄式影像喉頭鏡葉片」。 6.96030C適應症： (1)成人（十九歲以上）符合下列任一情形： A.困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。 B.緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。 (2)不得同時申報96020C、96029C。	的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。 B.緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。 (3)不得同時申報96020C、96030C。 5.96029C內含一般材料費、「甦醒球」及「單次拋棄式影像喉頭鏡葉片」。 6.96030C適應症： (1)成人（十九歲以上）符合下列任一情形： A.困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。 B.緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。 (2)不得同時申報96020C、96029C。			
第三章 牙科處置及手術					
90021C	特殊狀況—保護性肢體制約 Protective physical restraint for patients with special needs 註： 1.治療需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。	特殊狀況—保護性肢體制約 Protective physical restraint for patients with special needs 註： 1.治療需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。		1. 查 113 年 1-9 月失智症、自閉症本項申報件數 2,552。	請牙全會說明本項預算來源。

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」<u>自閉症、失智症及</u>中度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。 3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。	2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」中度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。 3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。	依診察費及加成規定，增列自閉症及失智症病人不限障別比照極重度病人執行。	如增加前開適用對象，推估 114 年預算增加約 214 萬點【300 點*(2552/3*4)*2.1=2,143,680 點】。 2. 本項將增加預算支出，現行政策規劃以點值管理為優先，建議爭取預算支應。	
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized -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.<u>自閉症、失智症及</u>重度以上病人	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized -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。	依診察費及加成規定，增列自閉症及失智症病人不限障別比照極	1.放寬失智症、自閉症申報 91103C 頻率，推估 114 年預算增加約 7.8 萬點【165 點*[(337/3*4)*0.5]*2.1=77,847 點】。 2.放寬失智症、自閉症申報 91104C 頻	請牙全會說明本項預算來源。

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	每六十天得申報一次。 4.九十天內(<u>自閉症、失智症及</u>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(同象限不得重複申報)。 5.申報本項後九十天內(<u>自閉症、失智症及</u>重度以上六十天內)不得再申報91003C、91004C、91005C、91017C、91089C及91090C。 6.四十歲以上病人，本項另得加計百分之九點一。	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(同象限不得重複申報)。 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。 6.四十歲以上病人，本項另得加計百分之九點一。	重度病人執行。	率，保守推估114年預算增加約630萬點【660點*[(9094/3*4)件*0.5]*2.1=6,302,142點】。 3.上述合計114年約增加638萬點。 4.本項將增加預算支出，現行政策規劃以點值管理為優先，建議爭取預算支應。	
91114C	特殊牙周暨齲齒控制基本處置 Plaque control 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.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。 4.<u>自閉症、失智症及</u>重度以上病人每六十天得申報一次。	特殊牙周暨齲齒控制基本處置 Plaque control 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.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。 4.重度以上病人每六十天得申報一次。	依診察費及加成規定，增列自閉症及失智症病人不限障別比照極重度病人執行。	1.放寬失智症、自閉症申報91114C頻率，推估114年預算增加約239萬點【250點*[(8185/3*4)件*0.5]*2.1=2,387,175點】。 2.本項將增加預	請牙全會說明本項預算來源。

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
				算支出，現行政策規劃以點值管理為優先，建議爭取預算支應。	
89001C 89002C 89003C	銀粉充填 Amalgam restoration — 單面 single surface — 雙面 two surfaces — 三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報銀粉充填，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。 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。	銀粉充填 Amalgam restoration — 單面 single surface — 雙面 two surfaces — 三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報銀粉充填，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）費用，以同一院所為限。 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。	因應「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」，同步修訂為不得再申報項目	增加申報限制診療項目，尊重牙全會意見。	無
89004C 89005C	前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth — 單面 single surface — 雙面 two surfaces 註： 1.同類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	前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth — 單面 single surface — 雙面 two surfaces 註： 1.同類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	因應「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」，同步修訂為不得再申報項目	增加申報限制診療項目，尊重牙全會意見。	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	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。 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。	及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用，以同一院所為限。 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。			
89008C 89009C 89010C	後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth —單面 single surface —雙面 two surfaces —三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，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，89014C~89015C， 89204C~89205C ， 89208C~89210C ， 89212C ， 89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 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。	後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth —單面 single surface —雙面 two surfaces —三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，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，89014C~89015C)費用，以同一院所為限。 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。	因應「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」，同步修訂為不得再申報項目	增加申報限制診療項目，尊重牙全會意見。	無
89011C	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註：	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註：	因應「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風	增加申報限制診療項目，尊重牙全會意	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	1.同顆牙申報玻璃離子體充填，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。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	1.同顆牙申報玻璃離子體充填，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)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	險疾病口腔照護計畫」，同步修訂為不得再申報項目	見。	
89012C	前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報複合樹脂充填，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，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 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。	前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報複合樹脂充填，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，89014C~89015C)費用，以同一院所為限。 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。	因應「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」，同步修訂為不得再申報項目	增加申報限制診療項目，尊重牙全會意見。	無
89014C	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註：	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註：	因應「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」，同步修訂	增加申報限制診療項目，尊重牙全會意見。	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	1.同類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，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	1.同類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，89014C～89015C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	為不得再申報項目		
89015C	後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.同類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，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面 (Mesial, M; Distal, D)及咬合面 (Occlusal, O)。	後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.同類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，89014C～89015C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面 (Mesial, M; Distal, D)及咬合面 (Occlusal, O)。	因應「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」，同步修訂為不得再申報項目	增加申報限制診療項目，尊重牙全會意見。	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
92054B	軟性咬合器治療 Soft splint therapy 註： <u>1.含材料費。</u> <u>2.半年內不得重複申報本項。</u>	軟性咬合器治療 Soft splint therapy 註：含材料費。	114 年擬提升支付點數， <u>提升點數後同步新增申報頻率</u> ，增加備註文字：半年內不得重複申報本項。	1.增加申報頻率限制，尊重牙全會意見。 2.註 2.建議修訂為「同一院所半年內不得重複申報本項」	無
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	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	文獻指出,平均年齡 17 歲後,其牙冠發育成型。依其牙冠的長軸,可較清楚判讀牙根日後發育是否為阻生。	本項屬文字修正，非放寬適應症，故不增加費用。	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	space(臨近下顎臼齒，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。 <u>4.未滿十七歲個案之第三大白齒需經事前審查同意後方可實施本項目，以下狀況除外：</u> <u>(1)影像學上（panoramic x-ray），該患齒周圍有清楚可見骨頭破壞、顎骨病灶之情形。</u> <u>(2)齒濾泡（Dental Follicle）與牙冠表面距離大於5mm。</u> <u>(3)外傷骨折處附近之患齒。</u> <u>(4)顎骨感染病灶附近之患齒。</u>	space(臨近下顎臼齒，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。			
92089B	氟托(單顎) Fluoride tray/per jaw 註： 1.限頭頸部癌症病患放射性治療後施行申報。 2.需經印模後以乙烯-乙烯聚合醇共聚物(Ethylene-vinyl Copolymer)材質客製化氟托。 3.~~半~~一年內不得重複申報本項。	氟托(單顎) Fluoride tray/per jaw 註： 1.限頭頸部癌症病患放射性治療後施行申報。 2.需經印模後以乙烯-乙烯聚合醇共聚物(Ethylene-vinyl Copolymer)材質客製化氟托。 3.一年內不得重複申報本項。	考量病人實際臨床使用狀況，於正常使用下未滿一年氟托已損毀之狀況，故建議修訂申報頻率，修訂備註文字：半年內不得重複申報本項。	1.111年申報件數1,518件，112年申報1,542件，放寬申報頻率，推估約增加225萬點。 【1500點*1500件=2,250,000】	請牙全會說明本項預算來源。

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
				2.本項將增加預算支出，現行政策規劃以點值管理為優先，建議爭取預算支應。	
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 註：(1、4~6 略) 1.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 <u>僅</u> 執行院所外醫療服務之天數)。 2.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 <u>及外展點時間</u> 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。)	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 註：(1、4~6 略) 1.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 <u>僅</u> 執行院所外醫療服務之天數)。 2.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。)	排除當天僅有執行院所外醫療服務之天數 外展點欲申報此項目，亦比照院所，於一個月前登錄外展點時間表	1. 請說明排除當天執行院所外醫療服務之天數理由。 2. 本項將增加預算支出，現行政策規劃以點值管理為優先，建議爭取預算支應。	請牙全會說明本項預算來源。
92130B	顎顏面外傷術後照護費 備註： 1.須申報92129B後一百八十天內申報。 2.口腔顎顏面外傷術後照護，至少須執行下列任一項： (1)口腔黏膜或皮膚傷口清創、黏膜或皮膚瘻管換藥。 (2)顎間固定鋼絲與相關固定物調整、咬合調整。	顎顏面外傷術後照護費 備註： 1.須申報92129B後一百八十天內申報。 2.口腔顎顏面外傷術後照護，至少須執行下列任一項： (1)口腔黏膜或皮膚傷口清創、黏膜或皮膚瘻管換藥。 (2)顎間固定鋼絲與相關固定物調整、咬合調整。	因外傷導致之牙齒脫落或脫位或軟組織外傷止血及縫合在急診中處理相當耗時及複雜，且常因病床數而無法住院，之後轉門診治療而常做 (1)口腔黏膜或皮	1. 備註3建議酌修文字為「限出院 <u>或急診</u> 後180天內申報，同次住院 <u>或急診</u> 後門診最多能申報10次。3天內屬同一療	請牙全會說明本項預算來源。

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	(3)牙周腫脹治療與衛生指導。 (4)牙齒斷裂相關覆髓或臨時填補治療、牙髓活性測試。 (5)張口訓練。 3.限出院或出急診後180天內申報，同次住院或出急診後門診最多能申報10次。3天內屬同一療程。 4.不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92129B合併申報。	(3)牙周腫脹治療與衛生指導。 (4)牙齒斷裂相關覆髓或臨時填補治療、牙髓活性測試。 (5)張口訓練。 3.限出院後一百八十天內申報，同次住院後門診最多能申報十次。三天內屬同一療程。 4.不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92129B合併申報。	膚傷口清創、黏膜或皮膚瘻管換藥 (2)相關固定物調整、咬合調整。 (3)牙周腫脹治療與衛生指導。 (4)牙齒斷裂相關覆髓或臨時填補治療、牙髓活性測試。 故修訂支付標準備註文字，使其更臻完整。	程」。 2. 本項將增加預算支出，現行政策規劃以點值管理為優先，建議爭取預算支應。	
第五章 牙周病統合治療方案					
通則	三、支付規範： (七) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C至 91023C各項目僅能申報一次，另申報 91022C治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C、 <u>91005C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C</u> 。	三、支付規範： (七) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C至 91023C各項目僅能申報一次，另申報 91022C治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。	建議新增相關牙結石清除項目	增加申報限制診療項目，尊重牙全會意見。	無
通則	三、支付規範： <u>(九)醫師申報經歸戶合併計算，當月申報91022C件數二十一件(含)以上，由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，於發函日次月1日起三個月內該</u>		確保醫療品質， 新增支付規範： 當月91022C申報件數大於21件，發函次月起3個月內執行個案抽	1.發函日次月起三個月內是否一定要針對牙醫師申報件數≥21件以上要求3個月內須	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	<u>醫師新申報91021C之個案，皆須以全口根尖X光片舉證，以佐證治療適切性，確保醫療品質。</u>		審時，須附全口根尖片。	以全口根尖X光片舉證之必要性？ 2.分區意見： (1)醫師歸戶因有跨院跨區計算問題，在資料分析、發文、分工、抽審追蹤上有實務作業之困難。 (2)與牙統方案治療方案(四)之相關規範-各類申請類別專科醫師提出申請核定得不限件數，有所扞格。 (3)為齊一管理模式，建議牙全會評估是否將相關建議事項修改於91021C項下，申報91021C皆須以全口根尖X光片舉	

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
				證，以佐證治療適切性，確保醫療品質。	
91021C	牙周病統合治療第一階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.未滿三十一歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。	牙周病統合治療第一階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.未滿三十一歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。	備註第 4、5 項須檢附之 X 光片，設定原意以根尖片為主，咬翼片為輔(治療時可做為判斷 furcation 和 angular bony defect)，避免現行文字造成抽審時僅檢附咬翼片做為 X 光片的審查依據之誤解，故刪除咬翼片等文字。 針對未滿三十一歲患者及同院所於二年內再行本方案之病人須附全口根尖片供審查。	修訂文字，尊重牙全會意見。	無
91015C 91016C 91091C	特定牙周保存治療 -全口總齒數九至十五顆 -全口總齒數四至八顆 -全口總齒數一至三顆 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	特定牙周保存治療 -全口總齒數九至十五顆 -全口總齒數四至八顆 -全口總齒數一至三顆 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	1.91022C為訂正對齊齒齦下刮除術 91006C~91008C。 2.91018C為新增代碼	增加申報限制診療項目，尊重牙全會意見。	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	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、91022C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、91018C、91089C、91090C、91103C、91104C。	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。			
91018C	牙周病支持性治療 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	牙周病支持性治療 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		增加申報限制診療項目，尊重牙全會意見。	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	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、<u>91091C</u>、91103C、91104C。	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。	91091C為新增代碼		

編號	診療項目	支付點數	健保署意見
92XXXB	非齒源性口腔疼痛處置-初診 Evaluation of oral intractable disorders 註： 1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及(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)神經學檢查結果或(4)憂鬱與焦慮評估表。 2.每一年限申報一次。 3.不得同時申報非特定局部治療（92001C）、特定局部治療（92066C）、口腔黏膜難症特別處置（92073C）。 4.本項限牙醫門診申報。 5.除口腔病理科專科醫師外，申報本項須接受由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育，申報本項之醫師名單限經中華民國牙醫師公會全國聯合會報經保險人分區業務組核定。	1,800	1. 註 5 建議修訂為「除口腔病理科專科醫師外，申報本項須接受由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育教訓__學分或__時數，申報本項之醫師名單限經中華民國牙醫師公會全國聯合會報經保險人分區業務組核定。」 2. 本項專款項目預期效益之評估指標「病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成」，本署無法取得疼痛分數數值，建議請牙全會追蹤相關數值並彙整效益，或請牙全會研議院所申報或上傳之可行性。 3. 請檢附本新增項目之成本分析表。
92XXXB	非齒源性口腔疼痛處置-複診 Control of oral intractable disorders 註： 1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及(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)神經學檢查結果或(4)憂鬱與焦慮評估表。 2.三百六十天內不得申報超過二十四次。 3.不得同時申報非特定局部治療（92001C）、特定局部治療（92066C）、口腔黏膜難症特別處置（92073C）。 4.本項限牙醫門診申報。 5.除口腔病理科專科醫師外，申報本項須接受由中華民國口腔	1,000	同上

編號	診療項目	支付點數	健保署意見
	病理學會辦理之相關教育，申報本項之醫師名單限經中華民國牙醫師公會全國聯合會報經保險人分區業務組核定。		

一、適應症：

(一) 口腔疼痛與感覺異常：疼痛或感覺異常區域僅限口腔、或口腔為疼痛區域一部分之疾病，包括：

1. 灼口症(burningmouthsyndrome)K14.6
2. 非典型牙痛(atypicalodontalgia)與持續性原因不明的顏面痛(persistentidiopathicfacialpain)G50.9
3. 疼痛區域含口腔之三叉神經病變：三叉神經痛(trigeminalneuralgia)G50.0 及其他已知（如創傷、病毒感染等疾患）或未知原因造成之三叉神經病變，如皰疹後三叉神經痛 B02.22
4. 疼痛範圍含口腔之舌咽神經病變：舌咽神經痛(glossopharyngealneuralgia)G52.1 及其他已知或未知原因之造成之舌咽神經病變
5. 其他造成口腔疼痛之病因，如偏頭痛 G43、緊縮性頭痛 G44.01x-G44.02x、鼻竇炎 J01,J32 等

(二) 免疫性、感染性或醫源性口腔黏膜疾病：疾病之癥候僅在口腔、口腔癥候出現在全身性癥候之前、或口腔癥候為全身性癥候一部分之疾病，包括：

1. 口腔扁平苔蘚(orallichenplanus)、類扁平苔癬病灶(lichenoidlesion)L43
2. 念珠菌口炎(oralcandidiasis)B37.0
3. 舌炎(glossitis)與其他舌疾病 K14
4. 紅斑性狼瘡(lupuserythematosus)L93
5. 口腔黏膜天庖瘡(oralpemphigus)L10、口腔黏膜類天庖瘡(oralpemphigoid)L12
6. 口炎與相關病灶 K12，包括抗腫瘤治療、放射線治療或其他藥物造成之口炎
7. 多形性紅斑 L51
8. 移植物對抗宿主疾病 D89.81
9. 非牙菌斑導致之齒齦炎 K05.01,K05.10

(三) 其他具(1)(2)之口腔症灶、或非專一性口腔徵候之系統性疾病或醫源性結果：常見的有：

1. 糖尿病(diabetesmellitus)E10,E11,E13 與糖尿病前期(prediabetes)R73.03
2. 口乾症 K11.7
3. 血液疾病：貧血 D50,D51、白血病 C91,C92
4. 自體免疫疾病：類風溼性關節炎 M05、硬皮症 M34、乾燥症 M35.0、貝歇氏症 M35.2、反應性關節病 M02
5. 消化道疾病或營養元素缺乏，如胃食道逆流性疾病 K21、胃炎 K29.7、缺鐵 E61.1、維生素 B 群缺乏 E53.9、飲食缺鋅 E60、維生素 C 缺乏 E54
6. 病毒型肝炎 B15,B16,B17
7. 藥物或藥劑未特定之不良作用 T88.7
8. 其他重大疾病，如癌症或轉移癌 C00-C06,C14、腫瘤相關痛 G89.3

本署意見：適應症(三)2.口乾症 K11.7，查 ICD-10-CM_2023，口乾診斷碼為 R68.2、唾液分泌障礙診斷碼為 K11.7，請牙全會釐清。

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

依據中央健康保險署 7/22 召開預擬「114 年牙醫門診總額協商因素與專款項目計畫」，114 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(2.048%)，999.9 百萬。預估各項調升費用如下：

► 簡表：

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	預估 114 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
1	通則	嬰幼兒齲齒防治服務(擴增至五歲以下)			78,070,719	78 百萬
2	90003C	恆牙根管治療(三根)	3610	4,530	319,394,560	497.8 百萬
	90019C	恆牙根管治療(四根)	4810	6,000	78,838,690	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)	6010	7,500	1,519,620	
	90003C	恆牙根管治療(三根)－65 歲以上+30%	3610	4,530	82,927,978	
	90019C	恆牙根管治療(四根)－65 歲以上+30%	4810	6,000	14,648,959	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)－65 歲以上+30%	6010	7,500	454,196	
3	96001C	牙科局部麻醉	90	120	26,537,430	276.9 百萬
	內含麻醉項目同步調升 30 點			+30	250,329,600	
4	92054B	軟性咬合器治療	800	1500	6,259,098	6.3 百萬
5	00305C- 00310C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 牙科門診診察費		+4	141,014,907	141 百萬
合計					999,995,757	999.99 百萬

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表三、成本分析表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：根管治療(五根(含)以上)

支付標準編號：90020C

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

直 接 成 本	一、 用人 成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)	每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)	
		1.主治醫師以上		1	39.10	210	8211		9450	
		2.住院醫師								
		3.護士人員								
		4.醫事人員								
		5.行政人員(牙科助理)			5.90	210	1239			
	6.工役、技工									
	二、 設備 成本	品 名		單 位	單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)	
		1.張口器		1	467.00	1	467		3467	
		2.鑄紋旋轉器械		1PCS(6支X500)	3000.00	1	3000			
	三、 材料 成本	品 名		單 位	單位成本 (F) (整位數)	634.8				
		本 次 免 填								
四、 醫 療 設 備 折 舊 費 用		按 時 間 計 算	名 稱	購入年月	取得成 本 (整位 數)	使用年 限 (整位 數)	每分鐘折 舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)
			牙醫治療椅		600000	7	0.19	70	13.3	318.3
			X-smart motor		20000	10	5.50	30	165	
			牙醫X光機		140000	10	14.00	10	140	
其 他		名 稱	計算方式說明							
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用 ×Ⅹ% =										
六、 房 屋 折 舊		按時間計算	平方公尺 或坪數	取得成本 (整位數)	使用年 限 (整位 數)	每分鐘折 舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)	
	其 他	平方公尺 或坪數	計算方式說明							
七、 維 修 費 用	名 稱		計算方式說明					成本小計	合計成本	
八、 轉 代 檢 費 用	名 稱		計算方式說明					成本小計 (整位數)	合計成本	
直接成本合計										
九、作業及管理費用(直接成本 ×Ⅹ%)										
成本總計									13235.3	

註：本表Ⅹ，為表一的Ⅹ

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱 根管治療(五根(含)以上)

支付標準編號 90020C

作業 流程	一.前期	二.中期	三.後期:
	1 病患主訴與檢察 2 檢查確定診斷 3 牙齒髓腔開拓	1 牙齒髓腔開拓 2 牙齦切除術 3 齶齒移除樹脂隔離 4 根管清創與擴大	1 根管清創 2 根管封填 3 馬來膠溫熱垂直擠壓封填器
設備	牙科治療椅 牙醫X光機 張口器	牙科C02雷射 COMPOSITE RESIN X-smart motor	馬來膠溫熱垂直擠壓封填器
人力	主治醫師以上	主治醫師以上	主治醫師以上
檢 體 數			

填表說明：

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

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

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

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

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

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表
表三、成本分析表

醫療院所名稱：
醫事機構代號：
診療項目名稱： 根管治療(三根)
支付標準編號： 90003C
院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元									
一、用人成本	人員別		人數 (A) (整位數)	每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)	成本合計 (E=ΣD) (整位數)		
		1.主治醫師以上		1	80.10	120	4692	5459	
	2.住院醫師								
	3.護士人員								
	4.醫事人員								
	5.行政人員(牙科助理)		5.00	130	767				
	6.工友、技工								
二、計價材料或藥品成本	品名		單位	單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)	成本合計 (I=ΣH) (整位數)		
	1.張口器		1	467.00	1	467	2467		
	2.鑲嵌旋轉器械		1PCS(4支X500)	2000.00	1	2000			
三、計價材料或藥品成本	品名		單位	單位成本 (F) (整位數)	634.8				
	本次免填								
四、醫療設備折舊費用	按時間計算	名稱	購置年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)
		牙醫治療椅		600000	7	0.19	70	13.3	
		X-smart motor		20000	10	5.50	30	165	
		牙醫X光機		140000	10	14.00	10	140	
	其他	名稱	計算方式說明						3183
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用 ×1% =									
六、房屋折舊	按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)	
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明						
七、維修費用	名稱		計算方式說明				成本小計	合計成本	
八、轉代檢費用	名稱		計算方式說明				成本小計 (整位數)	合計成本	
直接成本合計									
九、作業及管理費用(直接成本 × Ⅹ%)									
成本總計							8244.3		

註：本表Ⅹ，為表一的Ⅹ

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱 根管治療(三根)

支付標準編號 90003C

作業流程	一.前期 1 病患主訴與檢察 2 檢查確定診斷 3 牙齒髓腔開拓	二.中期 1 牙齒髓腔開拓 2 牙齦切除術 3 齶齒移除樹脂隔離 4 根管清創與擴大	三.後期: 1 根管清創 2 根管封填 3 馬來膠溫熱垂直擠壓封填器
設備	牙科治療椅 牙醫X光機 張口器	牙科C02雷射 COMPOSITE RESIN X-smart motor	馬來膠溫熱垂直擠壓封填器
人力	主治醫師以上	主治醫師以上	主治醫師以上
檢體數			

填表說明：

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

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

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

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

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

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表三、成本分析表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱： 根管治療(4根)

支付標準編號： 90019C

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

一、用人成本	人員別		人數 (A) (整位數)	每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)	成本合計 (E=ΣD) (整位數)		
	1.主治醫師以上		1	89.10	180	7038	8100		
2.住院醫師									
3.護理人員									
4.醫事人員									
5.行政人員(牙科助理)		1	5.00	130	1062				
6.工友、技工									
二、材料費	品名		單位	單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)	成本合計 (I=ΣH) (整位數)		
	1.張口器		1	467.00	1	467	3467		
2.鑲嵌旋轉器械		1PCS(6支X500)	3000.00	1	3000				
三、計價材料或藥品成本	品名		單位	單位成本 (F) (整位數)	634.8				
	本次免填								
四、醫療設備折舊費用	按時間計算	名稱	購置年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	佔用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)
		牙醫治療椅		600000	7	0.19	70	13.3	318.3
X-smart motor		20000	10	5.50	30	165			
牙醫X光機		140000	10	14.00	10	140			
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用×1%=	其他	名稱	計算方式說明						
六、房屋折舊	按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	佔用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)	
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明						
七、維修費用	名稱		計算方式說明					成本小計	合計成本
八、轉代檢費用	名稱		計算方式說明					成本小計 (整位數)	合計成本
直接成本合計									
九、作業及管理費用(直接成本×1%)									
成本總計									11885.3

註：本表X，為表一的X

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱 根管治療(4根)

支付標準編號：90019C

作業流程	一.前期 1 病患主訴與檢察 2 檢查確定診斷 3 牙齒髓腔開拓	二.中期 1 牙齒髓腔開拓 2 牙齦切除術 3 齦齒移除樹脂隔離 4 根管清創與擴大	三.後期: 1 根管清創 2 根管封填 3 馬來膠溫熱垂直擠壓封填器
設備	牙科治療椅 牙醫X光機 張口器	牙科C02雷射 COMPOSITE RESIN X-smart motor	馬來膠溫熱垂直擠壓封填器
人力	主治醫師以上	主治醫師以上	主治醫師以上
檢體數			

填表說明：

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

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

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

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

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

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表三、成本分析表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：牙科局部麻醉

支付標準編號：96001C

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

直 接 成 本	一、 用 人 成 本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)		每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)		耗用時間(分) (C) (整位數)		成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)																												
		1.主治醫師以上		1		80.10		5		195.5		225																												
		2.住院醫師				18.50				0																														
		3.護理人員				7.00				0																														
		4.醫事人員				8.00				0																														
		5.行政人員(牙科助理)		1		5.00		5		29.5																														
		6.工友、技工				4.00				0																														
	二、不計價材 料或藥品成本	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)																												
		1.麻藥管		支		21.00		(平均)1.2		25.2		25.2																												
		2.								0																														
		3.								0																														
		4.								0																														
	5.								0																															
	三、計價材料或 藥品成本	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		不計算																														
		本 次 免 填																																						
	四、 醫 療 設 備 折 舊 費 用	按 時 間 計 算	名 稱	購 入 年 月	取 得 成 本 (整位 數)	使 用 年 限 (整位數)	每分鐘折 舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)																														
										1.牙科器械				150000				7				0.22				5				1.1										
										2.牙科治療椅				600000				7				0.19				5				0.95										
										3.麻醉注射器				1000				7				0.05				5				0.25										
										4.																0														
其 他		名 稱	計算方式說明																																					
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用×3%=																																								
六、 房 屋 折 舊	按時間計算	平方公尺 或坪數	取得成本 (整位數)	使用年 限 (整位 數)	每分鐘折 舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)																																
								20坪								7000000/7								10.42								10								104.2
	其 他	平方公尺 或坪數	計算方式說明																																					
七、維修費用	名稱		計算方式說明								成本小計								合計成本																					
八、替代檢費 用	名稱		計算方式說明								成本小計 (整位數)								合計成本																					
直接成本合計														356.70																										
九、作業及管理費用(直接成本×3%)																																								
成本總計																																								

註：本表X，為表一的X

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表
表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：牙科局部麻醉

支付標準編號：96001C

作業流程	一.前期 診斷病情及評估病患	二.中期 確認麻醉方式及範圍	三.後期: 麻醉完畢等待麻藥作用，觀察病人情況，視需要補打麻藥
	1	1	1
	2 術前說明及告知注意事項	2 進行牙科進入或阻斷麻醉	2 確認麻醉生效，準備進行主處置
	3 等待助理裝置麻藥設備及口內基本清潔	3	3
設備	1 牙科治療椅	1 牙科治療椅	1 牙科治療椅
	2 牙科X光機(選用)	2 麻藥注射器	
	3 超音波洗牙機(選用)		
人力	1 主治醫師(5分)	1 主治醫師(2.5分)	1 主治醫師(2.5分)
	2 行政人員(牙助)(5分) (前期作業成本計算於主處置)	2 行政人員(牙助)(2.5分)	2 行政人員(牙助)(2.5分)
檢體數			

填表說明：

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

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

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

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

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

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表三、成本分析表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：軟性咬合器治療

支付標準編號：92054B

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

直 接 成 本	一、用人成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)	每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)	成本合計 (E=ΣD) (整位數)		
		1.主治醫師以上		1	39.10	35	1368.5	2541		
		2.住院醫師			18.80					
		3.護產人員			7.00					
		4.醫事人員			8.00					
		5.行政人員(牙科助理)		1	6.90	35	206.5			
		6.工友、技工		1	4.00	210	966			
	二、計價材料或藥品成本	品 名		單 位	單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)	成本合計 (I=ΣH) (整位數)		
		1.軟性咬合板4mm		2000V15片	133.00	2	266	1911		
		2.Dental low speed burs(shaping+poli		1組(3支)	1500.00	1	1500			
3.Alginate印模材		1包	250.00	0.5	125					
4.石膏		1包	200.00	0.5	100					
5.咬合紙		1張	20.00	1	20					
三、計價材料或藥品成本	品 名		單 位	單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	不計算				
	本 次 免 填									
四、醫療設備折舊費用	按時間計算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)	
				1.鋼拌機(印模材、石膏)	15000	1	0.05	15	0.75	19.15
				2.牙科器械(口鏡、鑷子、治療	150000	7	0.20	35	7	
				3.牙科治療椅	600000	7	0.19	60	11.4	
				4.						
	其 他	名 稱	計算方式說明						19.15	
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用×Ⅹ% =										
六、房屋折舊	按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)		
		20坪	7000000/7		10.42	10	104.2	104.2		
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明							
七、維修費用	名稱		計算方式說明					成本小計	合計成本	
八、轉代檢費用	名稱		計算方式說明					成本小計 (整位數)	合計成本	
直接成本合計								4575.35		
九、作業及管理費用(直接成本×Ⅹ%)										
成本總計										

註：本表Ⅹ，為表一的Ⅹ

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查
表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱 軟性咬合器治療

支付標準編號 92054B

作業流程	一.前期	二.中期	三.後期:
	1 印模並灌製牙齒模型	1 軟性咬合器試戴調整	1 指導病人使用軟性咬
	2 牙齒模型上咬合器製	2	2 衛教指導
	3 作軟性咬合器	3	3 安排追蹤治療
設備			
人力	一位醫師(15分鐘) 一位助理(15分鐘) 一位技師(210分鐘)	一位醫師(10分鐘) 一位助理(10分	一位醫師(10分鐘) 一位助理(10分鐘)
檢體數			

填表說明：

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

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

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

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

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

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：符合加強感染管制之牙科門診診療費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

		人員別		人 數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
直接成本	用人成本	1. 主治醫師以上		1	39.1	10	391	515
		2. 住院醫師					0	
		3. 護理人員					0	
		4. 醫事人員					0	
		5. 行政人員(牙助)		1	5.9	21	124	
		6. 工友、技工					0	
	不計價材料或藥品成本	品 名		單 位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		膠膜		片	0.5	6	3.0	55.3
		吸唾管		支	2	1	2.0	
		紙圓巾		張	3	1	3.0	
		漱口杯		個	2	1	2.0	
		漱口水		ml	0.238	10	2.4	
		表面消毒劑		人次	1.1	1	1.1	
		四合一器械+盤		組	2	1	2.0	
		消毒水(消毒水、酵素清潔劑、次氯酸鈉)		批	34.1	1	34.1	
		封口袋		個	0.5	2	1.0	
		手套		雙	1.5	2	3.0	
		醫用口罩/4D口罩		個	1.44	1	1.4	
		高壓蒸氣滅菌指示帶(包外)		人次	0.25	1	0.3	
		3M N95口罩(疾管署建議)		個	19.2	1	19.2	34.2
		拋棄式隔離衣(疾管署建議)		件	14.4	1	14.4	
		頭套(疾管署建議)		個	0.228	1	0.2	
面罩(疾管署建議)		個	0.356727414	1	0.4			
設備費用	名 稱		取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	診療椅		600,000	7	0.19	10	1.9	12.7
	名 稱		取得成本	使用年限	每人次攤提金額	使用人次	成本小計	
	消毒鍋		85,000	5	2.20	1	2.2	
	封口機		15,000	3	0.6	1	0.6	
	紫外線殺菌箱		14,000	5	0.36	1	0.4	
	超音波清洗機		35,000	5	0.9	1	0.9	
	冰箱		8,000	5	0.21	1	0.2	
	高速手機		132,000	2	5.65	1	5.7	
	小計						11.8	
	非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						0.89	
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×Z %								
直接成本合計								582.9
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)								37.3
成本總計								620.2
直接成本合計(含疾管署建議)								617.1
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %) (含疾管署建議)								39.5
成本總計(含疾管署建議)								656.6

003-2作業流程

診療項目名稱：符合加強感染管制之牙科門診診療費

擬定單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	進行治療後清潔擦拭及其管路消毒。 管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘。 抽吸管以新鮮泡製0.005-0.02%漂白水 (NaOCl) 或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors)沖洗管路三分鐘。 覆蓋無法清洗且易污染之設備 準備充足器械及各式感染管制材料;從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用 依照洗手圖遵守手部衛生五時機及六步驟洗手 空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨，並定期維護	診療椅之診盤(tray)上儘量保持清潔與淨空 將患者欲治療所需之器械擺設定位。 醫師、牙助穿戴防護裝置 引導患者就位，圍上圍巾，給予漱口三十秒至一分鐘 對應診患者依「全面性預警防範措施」原則 (universal precaution) 詳細問診 病人IC卡雲端藥歷查詢 主訴記載	治療過程依感染管制之各項原則，「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」執行 治療盤上所有醫療棄物收集，並作感染與非感染性、可燃與非可燃性之區分 器械（包括手機、檢查器械等）收集後，若無馬上清除者，可暫存在「維持溶液」(holding solution)內，常用 2.0-3.2% glutaraldehyde，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗 噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作檯、痰盂、治療椅台面 必要時重新覆蓋，換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。確定感染性患者所有器械另行打包消毒 下一位病人就位前： 1.治療椅水路系統(例如三用噴槍、手機、洗牙機頭)至少沖洗20-30秒。 2.清潔消毒工作檯、痰盂、治療椅檯面，必要時重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。 尖銳物扎傷事件，依「尖銳物扎傷處理流程」進行處理。 更換防護裝置(手套)	整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌鍋滅菌，無法加熱者，用2.0—3.2%戊二醛溶液浸泡之，使用過之手機先去除外表面污物，再運轉20-30秒，讓水徹底清除手機內管路;拆下手機，依照廠商指示步驟及指定之清潔劑與清水刷洗外表面殘屑，並乾燥;依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，可將手機裝回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨;包裝完成後，依廠商指示放入高溫高壓蒸氣滅菌鍋或低溫滅菌鍋內滅菌 洗牙機頭使用過之洗牙機頭，先去除外表面污物及表面消毒，並浸泡於消毒溶液中；完成後進行打包及消毒滅菌。 環境作初級整理與消毒。 垃圾分類及處理，器械經清洗後進鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液內隔天處理 管路消毒，放水放氣與拆下濾網，徹底清洗 徹底洗手，必要時更換拖鞋 保持通風或使用空氣濾淨器
設備	消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機	診療椅(4分鐘)	診療椅(4分鐘)	診療椅(2分鐘) 消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機 冰箱 高速手機
人力	行政人員(牙助)1位(9分鐘)	醫師1位(4分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)	醫師1位(4分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)	醫師1位(2分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)
藥品	0.005-0.02%漂白水 (NaOCl) 或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors)		0.005-0.02%漂白水 (NaOCl) 或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors) 表面消毒劑	0.005-0.02%漂白水 (NaOCl) 或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors)
醫療器材	滅菌袋 化學監測劑			滅菌指示帶 滅菌袋 化學監測劑(未列成本) 生物監測劑(未列成本)
診療項目	診療行政作業、感染管制	病史資料收集、理學檢查 病人IC卡雲端藥歷查詢	牙髓活性測試、牙周檢查、	診療行政作業、感染管制、污水及醫療廢物處理

註：各階段之設備及人力使用之醫師、人員總時數以()註明時間，例如消毒鍋(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	111 年醫 令數(D)	112 年醫 令數 (E)	112 年較 111 年成長率 (F)=(E-D)/D	預估 114 年醫 令數 (G)=(E)*(1+F) ²	小計 (百萬)
1	通則	嬰幼兒齲齒防治服務(擴增至五歲以下)								78.7
2-1	90003C	恆牙根管治療(三根)	3,610	4,530	25.5%	309,155	292,484	0.00%	292,484	269.1
		恆牙根管治療(三根)－65 歲以上+30%				53,318	54,628	2.46%	59,671	71.4
2-2	90019C	恆牙根管治療(四根)	4,810	6,000	24.7%	60,347	59,078	0.00%	59,078	70.3
		恆牙根管治療(四根)－65 歲以上+30%				6,952	7,163	3.04%	7,769	12.0
2-3	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)	6,010	7,500	24.8%	821	842	2.56%	886	1.3
		恆牙根管治療(五根(含)以上)－65 歲以上+30%				41	69	68.29%	195	0.4
項目 2-小計										424.5
3-1	96001C	牙科局部麻醉	90	120	33.3%	579,986	884,852	52.56%	2,059,572	61.8
3-2	90001C	恆牙根管治療(單根)	1,210	1,240	2.5%	749,552	745,519	-0.54%	745,519	22.4
3-3	90002C	恆牙根管治療(雙根)	2,410	2,440	1.2%	288,708	280,780	-2.75%	280,780	8.4
3-4	90003C	恆牙根管治療(三根)	3,610	3,640	0.8%	362,473	347,112	-4.24%	347,112	10.4
3-5	90019C	恆牙根管治療(四根)	4,810	4,840	0.6%	67,299	66,241	-1.57%	66,241	2.0
3-6	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)	6,010	6,040	0.5%	862	911	5.68%	1,018	0.0
3-7	90005C	乳牙斷髓處理	800	830	3.8%	12,595	12,275	-2.54%	12,275	0.4
3-8	90015C	根管開擴及清創	600	630	5.0%	1,764,675	1,737,122	-1.56%	1,737,122	52.1
3-9	90016C	乳牙根管治療	1,010	1,040	3.0%	36,296	33,440	-7.87%	33,440	1.0
3-10	90018C	乳牙多根管治療	1,690	1,720	1.8%	131,689	132,915	0.93%	135,401	4.1

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	111 年醫 令數(D)	112 年醫 令數 (E)	112 年較 111 年成長率 (F)=(E-D)/D	預估 114 年醫 令數 (G)=(E)*(1+F) ²	小計 (百萬)
3-11	91009B	牙周骨膜翻開術－局部	4,500	4,530	0.7%	9,315	10,030	7.68%	11,629	0.3
3-12	91010B	牙周骨膜翻開術－三分之一顎	7,500	7,530	0.4%	6,137	5,961	-2.87%	5,961	0.2
3-13	91011C	牙齦切除術－局部	910	940	3.3%	18,525	16,737	-9.65%	16,737	0.5
3-14	91012C	牙齦切除術－三分之一顎	1,510	1,540	2.0%	2,065	2,179	5.52%	2,426	0.1
3-15	91013C	牙齦切除術	330	360	9.1%	158,609	180,844	14.02%	235,102	7.1
3-16	92003C	口內切開排膿	510	540	5.9%	20,698	19,848	-4.11%	19,848	0.6
3-17	92004C	口外切開排膿	3,000	3,030	1.0%	531	491	-7.53%	491	0.0
3-18	92007B	鋼線固定三齒以內	1,270	1,300	2.4%	217	200	-7.83%	200	0.0
3-19	92008B	鋼線固定(上顎或下顎固定術)四齒以上	2,010	2,040	1.5%	406	430	5.91%	482	0.0
3-20	92010B	顎間固定法	9,780	9,810	0.3%	1,093	1,087	-0.55%	1,087	0.0
3-21	92012C	拔牙後特別處理	160	190	18.8%	78,584	81,990	4.33%	89,251	2.7
3-22	92013C	簡單性拔牙	510	540	5.9%	720,228	701,759	-2.56%	701,759	21.1
3-23	92014C	複雜性拔牙	900	930	3.3%	1,931,431	2,005,783	3.85%	2,163,184	64.9
3-24	92017C	囊腫摘除術-小	3,000	3,030	1.0%	12,519	11,538	-7.84%	11,538	0.3
3-25	92018B	囊腫摘除術-中	3,500	3,530	0.9%	607	663	9.23%	791	0.0
3-26	92019B	囊腫摘除術-大	5,000	5,030	0.6%	105	94	-10.48%	94	0.0
3-27	92021B	軟組織切片	1,000	1,030	3.0%	3,193	3,376	5.73%	3,774	0.1
3-28	92022B	硬組織切片	2,000	2,030	1.5%	896	957	6.81%	1,092	0.0
3-29	92023B	囊腫造袋術	3,020	3,050	1.0%	530	482	-9.06%	482	0.0
3-30	92025B	腐骨清除術－簡單,三分之一顎以下	2,010	2,040	1.5%	1,964	2,132	8.55%	2,512	0.1
3-31	92026B	腐骨清除術－複雜,三分之一顎以上	3,010	3,040	1.0%	185	164	-11.35%	164	0.0
3-32	92027C	齦蓋切除術	510	540	5.9%	4,809	4,318	-10.21%	4,318	0.1

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	111 年醫 令數(D)	112 年醫 令數 (E)	112 年較 111 年成長率 (F)=(E-D)/D	預估 114 年醫 令數 (G)=(E)*(1+F) ²	小計 (百萬)
3-33	92028C	繫帶切除術－簡單法	410	440	7.3%	2,377	2,166	-8.88%	2,166	0.1
3-34	92029C	繫帶切除術－Z字法	570	600	5.3%	873	853	-2.29%	853	0.0
3-35	92030C	前齒根尖切除術	1,800	1,830	1.7%	4,998	4,870	-2.56%	4,870	0.1
3-36	92031C	小白齒根尖切除術	2,800	2,830	1.1%	2,173	2,229	2.58%	2,345	0.1
3-37	92032C	大白齒根尖切除術	4,000	4,030	0.8%	1,469	1,528	4.02%	1,653	0.0
3-38	92033C	牙齒切半術或牙根切斷術	1,500	1,530	2.0%	3,786	3,682	-2.75%	3,682	0.1
3-39	92037B	涎石切除術，在腺管中	2,010	2,040	1.5%	287	345	20.21%	499	0.0
3-40	92041C	齒槽骨成形術(二分之一顎以內)	570	600	5.3%	20,021	20,427	2.03%	21,264	0.6
3-41	92042C	齒槽骨成形術(二分之一顎以上)	1,070	1,100	2.8%	1,100	1,079	-1.91%	1,079	0.0
3-42	92043C	顳顎關節脫臼整復－無固定	310	340	9.7%	2,948	2,874	-2.51%	2,874	0.1
3-43	92044B	顳顎關節脫臼整復－有固定	2,010	2,040	1.5%	155	181	16.77%	247	0.0
3-44	92045B	自體牙齒移植	4,020	4,050	0.7%	328	283	-13.72%	283	0.0
3-45	92050C	埋伏齒露出手術	970	1,000	3.1%	1,271	1,338	5.27%	1,483	0.0
3-46	92055C	乳牙拔除	260	290	11.5%	766,101	731,112	-4.57%	731,112	21.9
3-47	92067B	癌前病變軟組織切片	1,810	1,840	1.7%	9,452	9,125	-3.46%	9,125	0.3
3-48	92068B	癌前病變硬組織切片	2,510	2,540	1.2%	233	224	-3.86%	224	0.0
3-49	92071C	簡單性口內切開排膿	210	240	14.3%	436,106	455,975	4.56%	498,470	15.0
3-50	92092C	乳牙複雜性拔牙	560	590	5.4%	59,615	62,849	5.42%	69,853	2.1
3-51	92015C	單純齒切除術	2,730	2,760	1.1%	149,216	146,139	-2.06%	146,139	4.4
3-52	92016C	複雜齒切除術	4,300	4,330	0.7%	245,299	243,996	-0.53%	243,996	7.3
3-53	92020B	口內軟組織腫瘤切除	1,800	1,830	1.7%	4,700	5,054	7.53%	5,844	0.2
3-54	92034B	口竇瘻管／相通修補術	5,710	5,740	0.5%	809	772	-4.57%	772	0.0
3-55	92056C	骨瘤切除術＜1cm	5,010	5,040	0.6%	1,117	1,243	11.28%	1,539	0.0

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	111 年醫 令數(D)	112 年醫 令數 (E)	112 年較 111 年成長率 (F)=(E-D)/D	預估 114 年醫 令數 (G)=(E)*(1+F) ²	小計 (百萬)
3-56	92057C	骨瘤切除術 1cm≤Bonetumor≤2cm	10,010	10,040	0.3%	1,132	1,037	-8.39%	1,037	0.0
3-57	92058C	骨瘤切除術>2cm	15,010	15,040	0.2%	1,399	1,264	-9.65%	1,264	0.0
3-58	92059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物	6,010	6,040	0.5%	177	185	4.52%	202	0.0
3-59	92063C	手術拔除深部阻生齒	8,970	9,000	0.3%	9,515	9,093	-4.44%	9,093	0.3
3-60	92064C	手術去除解剖間隙內異物或牙齒	10,510	10,540	0.3%	162	120	-25.93%	120	0.0
項目 3-小計										313.6
4	92054B	軟性咬合器治療	800	1,500	87.5%	5,988	6,855	14.48%	8,984	6.3
5-1	00305C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之牙科門診診察費-20 人次以下處方 交付	362	366	1.1%	5,069,229	5,205,935	2.70%	5,490,506	22.0
5-2	00306C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之牙科門診診察費-20 人次以下自行 調劑	362	366	1.1%	23,520,063	24,678,176	4.92%	27,168,284	108.7
5-3	00307C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之牙科門診診察費-超過 20 人次處方 交付	162	166	2.5%	166,276	229,122	37.80%	435,052	1.7
5-4	00308C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之牙科門診診察費-超過 20 人次自行 調劑	162	166	2.5%	704,639	949,069	34.69%	1,721,710	6.9
5-5	00309C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之牙科門診診察費-山地離島處方交 付	392	396	1.0%	31,039	30,536	-1.62%	30,536	0.1
5-6	00310C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之牙科門診診察費-山地離島自行調 劑	392	396	1.0%	206,648	218,841	5.90%	245,428	1.0
項目 5-小計										140.4

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	111 年醫 令數(D)	112 年醫 令數 (E)	112 年較 111 年成長率 (F)=(E-D)/D	預估 114 年醫 令數 (G)=(E)*(1+F) ²	小計 (百萬)
合計										963.5

註：

1.成長率為負值時，以零成長估算。

2.推估 65 歲以上根管治療增加點數：

(1)90003C：111 年、112 年 65 歲以上申報 90003C 就診率為 1.2%，每人約做 1.07 次，依國發會推估 114 年 65 歲以上人數 4,680,419 人，114 年預估申報 90003C 人數為 55775 人，申報件數為 59671 件($55775 \times 1.07 = 59671$)，增加點數約 71.4 百萬點($4530 - 3610 \times 1.3 \times 59671 = 71,366,516$ 點)。

(2)90019C：111 年、112 年 65 歲以上申報 90003C 就診率為 0.2%，每人約做 1.02 次，依國發會推估 114 年 65 歲以上人數 4,680,419 人，114 年預估申報 90019C 人數為 7543 人，申報件數為 7769 件($7543 \times 1.03 = 7769$)，增加點數約 12.1 百萬點($6000 - 4810 \times 1.3 \times 7769 = 12,018,643$ 點)。

(3)90020C：111 年申報 41 件、112 年申報 69 件，依據成長率推估 114 年申報 195 件，增加點數約 0.4 百萬點。

003-1 診療項目成本分析表(108 年新參數校正)

☒ 現有項目
 ☐ 新增項目

項目名稱：90020C 恆牙根管治療(五根(含)以上)

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)		每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)		耗用時間(分) (C) (整位數)		成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)					
		1.主治醫師以上		1		39.10		210		8,211		9,450					
		2.住院醫師															
		3.護產人員															
		4.醫事人員															
		5.行政人員(牙科助理)		1		5.90		210		1,239							
	6.工友、技工																
	不計價材料或藥品	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)					
		1.張口器		1		467		1		467		3,467					
		2.鍊鉗旋轉器械		1PCS(6支X500)		3000		1		3,000							
	醫療設備折舊費用	按時間計算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	佔用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)							
											牙醫治療椅		600,000	7	0.88	70	62
											X-smart motor		20,000	7	0.03	30	1
											牙醫X光機		140,000	7	0.21	10	2
小計								65									
其他		名 稱	計算方式說明														
非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用×28.3%=										18							
房屋折舊		按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	佔用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)		107							
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明														
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)*28.7%										24							
直接成本合計										13,024							
作業及管理費用(直接成本×13.1%)										1,706							
成本總計										14,730							

003-1 診療項目成本分析表(108 年新參數校正)

☒現有項目 ☐新增項目

項目名稱：90003C 恆牙根管治療（三根）

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)		每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)		耗用時間(分) (C) (整位數)		成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)					
		1.主治醫師以上		1		39.10		120		4,692		5,459					
		2.住院醫師															
		3.護產人員															
		4.醫事人員															
		5.行政人員(牙科助理)		1		5.90		130		767							
	6.工友、技工																
	不計價材料或藥品	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)					
		1.張口器		1		467		1		467		2,467					
		2.鍊鉗旋轉器械		1PCS(4支X500)		2,000		1		2,000							
醫療設備折舊費用	按時間計算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)								
												牙醫治療椅	600,000	7	0.88	70	62
												X-smart motor	20,000	7	0.03	30	1
												牙醫X光機	140,000	7	0.21	10	2
		小計								65							
	其他	名 稱	計算方式說明														
非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用 ×28.3% =										18							
房屋折舊	按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	107									
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明														
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)*28.7%								24									
直接成本合計										8,033							
作業及管理費用(直接成本 ×13.1 %)										1,052							
成本總計										9,085							

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☒ 現有項目 ☐ 新增項目

項目名稱：90019C 恆牙根管治療（四根）

提案單位：

錄案編號：

單位：元

用人成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)		每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)						
	1.主治醫師以上		1		39.10	180	7,038		7,805						
	2.住院醫師														
	3.護產人員														
	4.醫事人員														
	5.行政人員(牙科助理)		1		5.90	130	767								
	6.工友、技工														
不計價材料 或藥品	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)						
	1.張口器		1		467	1	467		3,467						
	2.鑲鉗旋轉器械		1PCS(6支X500)		3,000	1	3,000								
醫療設備折舊費用	按時間計算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	佔用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)						
										牙醫治療椅	600,000	7	0.88	70	62
										X-smart motor	20,000	7	0.03	30	1
										牙醫X光機	140,000	7	0.21	10	2
		小計						65							
	其他	名 稱	計算方式說明												
非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用 ×28.3% =									18						
房屋折舊	按時間計算	平方公尺 或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	佔用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	107							
	其他	平方公尺 或坪數	計算方式說明												
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療備折舊費用)*28.7%								24							
直接成本合計									11,379						
作業及管理費用(直接成本 ×13.1 %)									1,491						
成本總計									12,869						

003-1 診療項目成本分析表(108 年新參數校正)

☒ 現有項目 ☐ 新增項目

項目名稱：96001C 牙科局部麻醉

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)		每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)		耗用時間(分) (C) (整位數)		成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)						
		1.主治醫師以上		1		39.10		5		196		226						
		2.住院醫師																
		3.護產人員																
		4.醫事人員																
		5.行政人員(牙科助理)		1		5.90		5		30								
	6.工友、技工																	
	不計價材料或藥品	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)						
		1.麻藥管		1		21		1.2		25		25						
	醫療設備折舊費用	按時間計算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	佔用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)								
											1.牙科器械		150,000	7	0.22	5	1	
											2.牙科治療椅		600,000	7	0.88	5	4	
											3.麻醉注射器		1,000	7	0.00	5	0	
小計						6												
其他		名 稱	計算方式說明															
非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用 ×28.3% =										2								
房屋折舊	按時間計算	平方公尺 或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	佔用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)		28									
											7,000,000	50	1.35	10	14			
	其他	平方公尺 或坪數	計算方式說明															
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療備折舊費用)*28.7%										6								
直接成本合計										279								
作業及管理費用(直接成本 ×13.1 %)										37								
成本總計										316								

003-1 診療項目成本分析表(108 年新參數校正)

☒現有項目 ☐新增項目

項目名稱：92054B 軟性咬合器治療

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直 接 成 本	用人成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)		每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)		耗用時間(分) (C) (整位數)		成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)						
		1.主治醫師以上		1		39.10		35		1,369		1,576						
		2.住院醫師																
		3.護產人員																
		4.醫事人員																
		5.行政人員(牙科助理)		1		5.90		35		207								
		6.工友、技工																
	不計價材料或藥品	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)						
		1.軟性咬合板4mm		2000/15片		133.00		2		266		1,766						
		2.Dental low speed burs(shaping+polish)		1組(3支)		1500.00		1		1,500								
		3.Alginate印模材		1包		250.00		0.5		125								
		4.石膏		1包		200.00		0.5		100								
		5.咬合紙		1張		20.00		1		20								
	醫療設備折舊費用	按時間計算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)								
											1.調拌機(印模材、石膏)		15,000	7	0.02	5	0	28
											2.牙科器械(口鏡、鑷子、治療盤等基本設備，依各院所配備)		150,000	7	0.22	5	1	
											3.牙科治療椅		600,000	7	0.88	5	4	
			小計						6									
		其他	名 稱	計算方式說明														
非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用×28.3%=										2								
房屋折舊	按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)											
								20坪	7,000,000	50	1.35	10	14					
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明															
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)*28.7%										6								
直接成本合計												3,370						
作業及管理費用(直接成本×13.1%)												441						
成本總計												3,811						

003-1 診療項目成本分析表(108 年新參數校正)

☒ 現有項目 ☐ 新增項目

項目名稱：符合加強感染管制之牙科門診診察費

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直 接 成 本	用人成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)	每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)	
		1.主治醫師以上		1	39.10	10	391		515	
		2.住院醫師								
		3.護產人員								
		4.醫事人員								
		5.行政人員(牙科助理)		1	5.90	21	124			
		6.工友、技工								
直 接 成 本	不計價材料或藥品	品 名		單 位	單位成本 (F) (小數點1位)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)	
		膠膜		片	0.5	6.0	3		89	
		吸唾管		支	2.0	1.0	2			
		紙圍巾		張	3.0	1.0	3			
		漱口杯		個	2.0	1.0	2			
		漱口水		ml	0.2	10.0	2			
		表面消毒劑		人次	1.1	1.0	1.1			
		四合一器械+盤		組	2.0	1.0	2			
		消毒水(消毒水、酵素清潔劑、次氯酸鈉)		批	34.1	1.0	34.1			
		封口袋		個	0.5	2.0	1			
		手套		雙	1.5	2.0	3			
		醫用口罩/4D口罩		個	1.4	1.0	1.4			
		高壓蒸氣滅菌指示帶(包外)		人次	0.3	1.0	0.3			
		3M N95口罩(疾管署建議)		個	19.2	1.0	19.2			
		拋棄式隔離衣(疾管署建議)		件	14.4	1.0	14.4			
		頭套(疾管署建議)		個	0.2	1.0	0.20			
		面罩(疾管署建議)		個	0.4	1.0	0.4			
直 接 成 本	醫療設備折舊費用	按時間計算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	佔用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)
			診療椅		600,000	7	0.88	10	9	28
			消毒鍋		85,000	7	0.12	1	0	
			封口機		15,000	7	0.02	1	0	
			紫外線殺菌箱		14,000	7	0.02	1	0	
			超音波清洗機		35,000	7	0.05	1	0	
			冰箱		8,000	7	0.01	1	0	
			高速手機		132,000	7	0.19	1	0	
			小計							
		其他	名 稱	計算方式說明						
		非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用 ×28.3% =								
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)*28.7%									3	
直接成本合計									632	
作業及管理費用(直接成本 ×13.1 %)									83	
成本總計									715	

討論事項第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「114 年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」，請討論案。

說明：

一、依據 15-5 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、修訂對照表詳附件。

三、修訂內容重點摘要如下：

(一)適用對象新增帕金森氏症病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。

(二)新增申報規定「病人每次就診當天只可申報一次 P3601C」相關條文。

(三)新增評估指標「有來牙科看診服用抗凝血劑之病人，有申報 P3601C 前後中風(MI)的比率、死亡率。」。

(四)修訂醫師自我考評表。

本署意見：

一、依健保會 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄「114 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配」，114 年本計畫於專款編列 307.1 百萬元，請本署辦理事項如下：

(一)會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報全民健康保險會。

(二)本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

二、考量全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(下稱牙醫不足改善方案)亦得提供本計畫服務，研擬於本計畫第八點醫療費用申報、審查及點值結算增列申報方式如下：

(一)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「LU (特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」。

(二)參與牙醫不足改善方案之牙醫院所得提供本計畫服務，醫療費用點數申報格式及預算來源如下：

1. 執業計畫：

- (1)門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LU (特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」、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)「LU (特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」。
- (3)牙醫院所參與執業計畫申報之 P3601C，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. 巡迴計畫：

- (1)巡迴點：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)「LU(特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」。
- (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)「LU(特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」。
- (3)牙醫院所參與巡迴計畫時，併同申報之 P3601C，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。

三、本計畫之預期效益評估指標，有關服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C「前」「後」中風比率和死亡率，請牙全會說明前後之定義及其與本項指標之關聯性，並建議設定指標目標

值。

四、修訂對照表如附件(頁次討 3-4)。

五、本計畫附件「特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表」所列注意事項及參考事項，建請牙全會會相關醫學會後再納入計畫。

決 議：

11~~34~~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修訂對照表

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
本項未修改	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。	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。	
本項未修改	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。	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： ~~自公告生效日~~ 114年1月1日起至11 ~~34~~ 年12月31日止。	三、實施期間： ~~自公告生效日~~ 114年1月1日起至11 ~~34~~ 年12月31日止。	三、實施期間： 自公告生效日起至113年12月31日止。	修訂年度
四、預算來源： (一)11 ~~34~~ 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(~~307.1~~ 百萬元)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，	四、預算來源： (一)11 ~~34~~ 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(~~307.1~~ 百萬元)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，	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「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目(307.1百萬元)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	修訂年度及預算金額。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
全年經費為 ~~327.1~~<u>307.1</u> 百萬元。 ~~(二)本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則留用至下季，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，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。~~	全年經費為 ~~327.1~~<u>307.1</u> 百萬元。 (二)本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則留用至下季，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，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。	費為 327.1 百萬元。 (二)本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則留用至下季，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，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。	
本項未修改	五、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、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。	
六、牙醫師申報資格： (一)除口腔顎面外科、口腔病理及特殊需求者口腔醫學科之專科醫師，與執業登記於牙醫教學醫院之牙醫師外，牙醫師須接受本計畫相關教育訓練。 (二)前項教育訓練開課單位限中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)、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。	六、牙醫師申報資格： (一)除口腔顎面外科、口腔病理及特殊需求者口腔醫學科之專科醫師，與執業登記於牙醫教學醫院之牙醫師外，牙醫師須接受本計畫相關教育訓練。 (二)前項教育訓練開課單位限中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)、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。	六、牙醫師申報資格： (一)除口腔顎面外科、口腔病理及特殊需求者口腔醫學科之專科醫師，與執業登記於牙醫教學醫院之牙醫師外，牙醫師須接受本計畫相關教育訓練。 (二)前項教育訓練開課單位限中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)、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。	

修訂後條文(健保署版本)						修訂後條文(牙全會版本)						原條文						說明												
(三)完成訓練之牙醫師名單由牙醫全聯會統一造冊函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組備查。另無須接受教育訓練之牙醫師名單，須由相關專科學會(特殊需求者口腔醫學科專科醫師由衛生福利部口腔健康司)及中華民國醫院牙科協會檢送相關資料交由牙醫全聯會，併同辦理。						(三)完成訓練之牙醫師名單由牙醫全聯會統一造冊函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組備查。另無須接受教育訓練之牙醫師名單，須由相關專科學會(特殊需求者口腔醫學科專科醫師由衛生福利部口腔健康司)及中華民國醫院牙科協會檢送相關資料交由牙醫全聯會，併同辦理。						(三)完成訓練之牙醫師名單由牙醫全聯會統一造冊函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組備查。另無須接受教育訓練之牙醫師名單，須由相關專科學會及中華民國醫院牙科協會檢送相關資料交由牙醫全聯會，併同辦理。						修訂文字，特需專科醫師名單由口腔司檢送。												
七、給付項目及支付標準：						七、給付項目及支付標準：						七、給付項目及支付標準：						依 114 年 協商 決議，適用												
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	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	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
P3601C	特定疾病病人牙科就醫安全註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 血液透析及腹膜透析病人。				√	√	√	√	100	P3601C	特定疾病病人牙科就醫安全註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 血液透析及腹膜透析病人。				√	√	√		√	100	P3601C	特定疾病病人牙科就醫安全註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 血液透析及腹膜透析病人。				√	√	√	√	100

修訂後條文(健保署版本)					修訂後條文(牙全會版本)					原條文					說明
		7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 <u>9. 帕金森氏症病人。</u> <u>10. 失智症病人。</u> <u>11. 甲狀腺相關疾病病人。</u> <u>12. 與牙科治療相關之自體免疫性疾病病人。</u> <u>13. 其他未明示之疾病病人。</u>					7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 <u>9. 帕金森氏症病人。</u> <u>10. 失智症病人。</u> <u>11. 甲狀腺相關疾病病人。</u> <u>12. 與牙科治療相關之自體免疫性疾病病人。</u> <u>13. 其他未明示之疾病病人。</u>					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。			對象新增 帕金森氏症病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫性疾病病人。
八、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除本計畫另有規定外，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					八、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除本計畫另有規定外，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					八、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除本計畫另有規定外，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					

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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)該院所該牙醫師當年度第一次申報「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C)時，須填寫本計畫醫師自我考評表(如附件)，並留存於牙醫病歷備查。本計畫案件抽審時，一併附上。 <u>(三)病人每次就診當天只可申報一次 P3601C：</u> 1.<u>符合本計畫之病人，就診當次有取卡號並且有至執行雲端藥歷查詢系統查詢即可申報 P3601C。</u> 2.<u>符合本計畫之病人，就診當次已有同一療程卡號並且有至執行雲端藥歷查詢系統查詢即可申報 P3601C，不得另取卡號。</u> <u>(四)本計畫醫療費用點數申報格式：</u>	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)該院所該牙醫師當年度第一次申報「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C)時，須填寫本計畫醫師自我考評表(如附件)，並留存於牙醫病歷備查。本計畫案件抽審時，一併附上。 <u>(三)病人每次就診當天只可申報一次 P3601C：</u> 1.<u>符合本計畫之病人，就診當次有取卡號並且有執行雲端藥歷查詢即可申報 P3601C。</u> 2.<u>符合本計畫之病人，就診當次已有同一療程卡號並且有執行雲端藥歷查詢即可申報 P3601C，不得另取卡號。</u>	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)該院所該牙醫師當年度第一次申報「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C)時，須填寫本計畫醫師自我考評表(如附件)，並留存於牙醫病歷備查。本計畫案件抽審時，一併附上。	1.增訂病人每天只可申報一次 P3601C。 2.新增申報方式

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
1. 案件分類：請填報「19」。 2. 特定治療項目代號(一)：請填報「LU (特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」。 (五)參與牙醫不足改善方案之牙醫院所得提供本計畫服務，醫療費用點數申報格式及預算來源如下： 1.執業計畫： (1) 門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LU (特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」、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)「LU (特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」。			

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
(3) 牙醫院所參與執業計畫申報之 P3601C，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.巡迴計畫： (1) 巡迴點：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)「LU(特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」。 (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)「LU(特定疾病病人牙科就醫安全計畫)」。 (3) 牙醫院所參與巡迴計畫時，併同申報之 P3601C，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。 ~~(三)~~(六)本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當	(四)本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當	(三)本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
季預算若有結餘，則留用至下季；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	季預算若有結餘，則留用至下季；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	季預算若有結餘，則留用至下季；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	
九、預期效益之評估指標： (一) 降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。 (二) 減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險(詳註)。 1. 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。 2. 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人：下列疾病經由本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險： (1) 骨質疏鬆症。	九、預期效益之評估指標： (一) 降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。 (二) 減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險(詳註)。 1. 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。 2. 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人：下列疾病經由本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險： (1) 骨質疏鬆症。	九、預期效益之評估指標： (一) 降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。 (二) 減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險(詳註)。 1. 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。 2. 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人：下列疾病經由本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險： (1) 骨質疏鬆症。	請依健保會意見，訂定評估指標(一)、(二)之監測值。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
(2)癌症、骨轉移者。 [註]:計畫執行初期,尚無背景的母數可以參考,爰先以個案數呈現,俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。 <u>(三)服用抗凝血劑至有來牙科看就診病人,有申報 P3601C 前後中風(MI)的比率、死亡率。</u> <u>1.服用抗凝血劑的病人,有申報中風或心肌梗塞代碼或死亡的比率。</u> <u>2.服用抗凝血劑的病人,且於牙科看診有申報 P3601C,有申報中風或心肌梗塞代碼或死亡的比率。</u> <u>[註]:(1)中風 ICD-10代碼為 I60-I69。</u> <u>(2)心肌梗塞 ICD-10 代碼為 I20-I25。</u>	(2)癌症、骨轉移者。 [註]:計畫執行初期,尚無背景的母數可以參考,爰先以個案數呈現,俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。 <u>(三)有來牙科看診服用抗凝血劑之病人,有申報 P3601C 前後中風(MI)的比率、死亡率。</u> <u>1.服用抗凝血劑的病人,有申報中風或心肌梗塞代碼或死亡的比率。</u> <u>2.服用抗凝血劑的病人,且於牙科看診有申報 P3601C,有申報中風或心肌梗塞代碼或死亡的比率。</u> <u>[註]:(1)中風 ICD-10代碼為 I60-I69。</u> <u>(2)心肌梗塞 ICD-10代碼為 I20-I25。</u>	(2) 癌症、骨轉移者。 [註]:計畫執行初期,尚無背景的母數可以參考,爰先以個案數呈現,俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。	1.有關服用抗凝血劑至牙科就診病人,申報 P3601C 「前」「後」中風比率和死亡率,請牙全會說明前後之定義,並請說

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
			明其與本項指標之關聯性。 2.本項指標建議設定目標值。
本項未修改	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、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。	未修訂
本項未修改	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。	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。	未修訂

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：____年____月____日

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. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(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，病人六個月內之醣化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)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)。 8. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【背景說明(參考事項)】

1. 確認病人六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(醣化血紅素)>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. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		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。 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。 7. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【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： $\geq 140/90\text{mmHg}$ 但 $< 160/100\text{mmHg}$)
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、骨質疏鬆症(抗骨質疏鬆藥物)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(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三個月內不建議做牙科侵入性治療。 4. 雙磷酸鹽類用藥三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。 6. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【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(如保路麗，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. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(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. 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。 5. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【背景說明(參考事項)】

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(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. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【背景說明(參考事項)】

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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、血液透析及腹膜透析病人	(一)血液透析： 1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(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. 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。 6. <u>牙科使用的局部麻醉藥多為肝臟代謝，可以安全使用。止痛藥Acetaminophen仍是最安全的選擇，其他NSAID類的藥物(如：ketoprofen, ibuprofen, naproxen)可能會導致高血壓及提高出血風險，Aspirin則會影響血小板凝集的功能、提高腸胃道出血的風險。</u> 7. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u> (二)腹膜透析： 1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(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。 5. <u>牙科使用的局部麻醉藥多為肝臟代謝，可以安全使</u>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		<u>用。止痛藥Acetaminophen仍是最安全的選擇，其他NSAID類的藥物(如：ketoprofen, ibuprofen, naproxen)可能會導致高血壓及提高出血風險，Aspirin則會影響血小板凝集的功能、提高腸胃道出血的風險。</u> 6. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【背景說明(參考事項)】

1. 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或非類固醇抗發炎藥NSAID使用的劑量，可以改善其術後凝血的問題。
2. 解熱鎮痛劑為牙科常見藥物，慢性腎臟病(CKD)病人應避免使用NSAID藥物。
3. 對於還在接受腎臟保守性藥物療法或是腹膜透析的病人，牙科治療方面須考量的問題與一般病人沒有太大的差異，只要避免使用腎毒性的藥物(如：Tetracyclines or aminoglycosides)，及因為此類型病人常見有高血壓的情況，治療時要特別注意血壓的部分。
4. 假使有急性齒源性感染(如：periapical periodontitis, periapical periodontal abscess)，病人需要接受一個完整的抗生素療程。要避免使用腎毒性的抗生素，並且給藥時一定要先確認病人的GFR，根據GFR的數值來調整給藥劑量及間隔。Penicillin類及其衍生藥物、Clindamycin、Cephalosporins都算是相對安全的藥物，Aminoglycosides、Tetracyclines、Polypeptide antibiotics這三類藥物具有腎毒性，應該避免使用。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	七、器官移植病人	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(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。 7. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【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. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(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. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【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(Extrapyramidal symptoms, 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噎咳，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%至 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、帕金森氏症 (備註：114 年新增)	1. <u>查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。</u> 2. <u>告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。</u> 3. <u>在接受牙科治療時牙醫需要注意以下幾點：</u> (1) <u>牙科診療時間盡量短，約診時間安排在早上。</u> (2) <u>姿勢性低血壓或體位性低血壓：可能由單胺氧化酶抑制劑與卡比多巴-左旋多巴(DHIVY)的併用所致，當患者突然從牙科就診椅上站起時，可能會導致低血壓和增加跌倒風險，進行牙科治療時，應謹慎地讓帕金森氏症患者</u>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		<u>從就診椅上起身。</u> <u>(3)若患者有步行或姿勢反射方面的障礙，當他在室內移動或是要坐上診療椅時，必須注意他的腳部安全性。</u> <u>(4)若遇到有吞嚥障礙的患者時，一開始就盡量讓患者以坐姿方式來接受治療，減少患者有噎到或誤嚥等情況。</u> <u>(5)有服用左旋多巴的患者在接受含有腎上腺素的牙科麻藥注射時，可能會出現精神運動性躁動或症狀暫時加重，必要時宜以不含有腎上腺素的牙科麻藥注射。</u> <u>(6)味覺改變或口腔灼熱感：這是像卡比多巴/左旋多巴這類藥物的常見副作用，在無牙患者身上尤為明顯，可以跟患者說明，讓患者放心，這與他們的假牙或牙科治療無關。</u> 4. <u>帕金森氏症患者因為臉部缺乏表情變化(面具般容貌)，因此必須透過出聲詢問，或是監控生命跡象等方式來觀察患者狀況。</u> 5. <u>帕金森患者可能會因為運動障礙、顫抖與同時進行兩種動作等的協同動作出現障礙現象，導致其無法自行清潔口腔甚至無法配合臨床上的診療。</u> 6. <u>醫療決策制定宜與病患、監護人或家屬共同商討決定。</u> 7. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【背景說明(參考事項)】

1. 帕金森氏症(Parkinson's disease)是一種影響中樞神經系統的慢性及進行性神經退化疾病，其主要症狀和致病機轉如下：
2. 主要症狀
 - (1) 靜止性震顫：手指、手腕或下巴在靜止時不自主地顫動，是帕金森氏症的典型症狀之一。
 - (2) 動作遲緩(運動遲緩)：病人的動作變得緩慢，並且開始動作時需要更多的時間，這一症狀被稱為「運動遲緩」或「動作緩慢」(Bradykinesia)。
 - (3) 肌肉僵硬：肌肉的僵硬和不靈活感，特別是在四肢和頸部，這種症狀會導致活動受限和疼痛。
 - (4) 姿勢不穩和步態異常：平衡和協調能力受損，可能導致姿勢不穩和行走困難。病人可能有「小步走」(shuffling gait)或「凍結步態」(freezing of gait)。
 - (5) 面部表情減少：面部表情減少或變得呆板，被稱為「面具樣表情」(masked face)。
 - (6) 自主神經功能異常：如便秘、尿失禁、低血壓和多汗等。
 - (7) 睡眠障礙：包括失眠、快速眼動睡眠行為障礙(REM sleep behavior disorder)等。

- (8) 精神症狀：如抑鬱、焦慮和認知功能障礙，包括記憶力下降和注意力集中困難。
3. 補充說明-帕金森症候群(Parkinsonism)是指一組具有帕金森氏症類似症狀的疾病或狀況。它包含了帕金森氏症和其他具類似症狀的神經系統疾病。
4. 帕金森氏症的常見症狀包括震顫、肌肉僵硬、動作緩慢(bradykinesia)、(dyskinesia)、平衡力和協調性受損、說話聲音微弱(hypophonia)、面無表情(hypomimia)、抑鬱、焦慮和睡眠障礙。
5. 帕金森氏症患者常有口乾(xerostomia)、多涎(sialorrhea)、吞嚥困難(dysphagia)、面部震顫和說話障礙。
6. 帕金森氏症治療藥物與牙科藥物的交互作用及注意事項：
Lidocaine：可能影響心血管系統，需注意監測血壓和心率。
7. 局部麻醉藥物與單胺氧化酶-B(MAO-B)抑制劑之間可能會產生藥物交互作用。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	十、失智症 (備註：114 年新增)	1. <u>查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。</u> 2. <u>告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。</u> 3. <u>牙科治療安排注意事項：</u> (1) <u>看牙最好選在早上的時段，不要在傍晚時刻，避免日落症候群。</u> (2) <u>看診前先去廁所，治療時間不宜超過45分鐘。</u> (3) <u>診間環境盡量能安靜舒適，且有主要照顧者或家屬陪同尤佳。</u> (4) <u>初期症狀輕微時可配合治療，漸漸地隨著病程演進，治療較為困難，治療照護策略轉成保守並加強預防與功能維持。</u> 4. <u>用藥注意事項：</u> (1) <u>失智症病人有時會服用抗抑鬱藥、抗精神病藥和鎮靜劑。這些藥物的副作用之一是口乾，而口乾會導致嚴重假牙問題。</u> (2) <u>若藥物是用糖基底的，那齲齒的風險就會增加，可要求內科醫師開出無糖代替品。牙醫也可使用Chlorhexidine和氟化物，以防止在齒頸部的齲齒。</u> (3) <u>一些抗精神病藥會導致舌頭和頷骨不正常運動增加，從而使配戴假牙變得困難，尤其是下頷延遲性震顫，這些頷骨震顫停藥後可能仍然存在。</u> 5. <u>治療時注意噎咳。</u>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		6. <u>病人移位時須注意。</u> 7. <u>醫療決策制定宜與病患、監護人或家屬共同商討決定。</u> 8. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【背景說明(參考事項)】

1. 失智是一種症狀(syndrome)，本質是慢性亦屬進行中的，它是認知功能的惡化；這類失能症狀會損傷個人能力，通常干擾到每天生活功能，甚至喪失獨立能力，失智是在緩慢進行中，喪失智力，包含記憶力、抽象思考與判斷。基本而言它是疾病，在 60 歲罹患有 1%，在 85 歲罹患卻超過 40%，總言之，失智症是慢性的腦部退行性變化，其中僅 10%有機會恢復。
2. 失智症非正常老化的現象，而是一種進行性退化的疾病，也是一個腦部病變的泛稱，用於描述罹病病人喪失記憶、語言、解決問題能力和其他思維能力，且其嚴重程度足以干擾日常生活。失智症大致分為退化性及血管性兩類。「退化性失智症」包括阿茲海默症(Alzheimer's disease)、額顳葉型失智症、路易氏體失智症。「血管性失智症」成因為腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部缺血，造成腦細胞死亡而智力減退。失智症包含五種類型，分別為：

*阿茲海默症(Alzheimer's Disease)：約佔 60~70%。主要症狀包括記憶力衰退、語言問題和不可預測的行為。阿茲海默症是一種不可逆，進展性的腦部疾病，其特徵為腦部內形成澱粉樣蛋白老化斑(Amyloid plaques)及神經纖維糾結(Neurofibrillary tangles)、腦中神經細胞間連結的喪失，和這些神經細胞的凋亡。阿茲海默症可分為兩種：早發型阿茲海默症與晚發型阿茲海默症。

*血管型失智症(Vascular Dementia)：約佔 10~20%。一定要有腦中風的證據，曾經發生過腦血管的病變。主要症狀為腦部智力功能退化，以記憶力為主，加上語言功能、空間定向的功能、操作功能、抽象思考、計算等任一方面功能的喪失。

*額顳葉型失智症(Frontotemporal Dementia)：約佔 10%。主要症狀為行為或語言能力的改變。可能包括人格改變、缺乏同情心、重複性行為、詞彙量減少和語言理解能力下降。記憶和運動功能通常不受影響。

*路易氏體失智症(Lewy body dementia)：約佔 5%。主要特徵為腦中會出現路易氏體(Lewy bodies)。廣義的路易氏體疾病包括帕金森氏症、路易氏體失智症及多發系統萎縮症等，前兩者有著共通的臨床症狀，除了動作遲緩、面無表情、肢體僵硬、步態不穩之外，也常有幻覺、妄想、起伏不定的認知狀態，記憶力及執行功能等高次大腦機能也逐漸敗壞。

*其他型失智症(Other types of dementia)：約佔 5%。其他型失智症包括與帕金森病(Parkinson's disease)、亨廷頓氏症(Huntington's disease)、愛滋病(HIV)、庫茲菲爾德-雅各氏症(Crutzfeldt-Jakob disease)、柯沙科夫症候群(Korsakoff syndrome)和其他疾病相關的失智症。雖然症狀可能因疾病而異，但與其相關的失智症類似，包括記憶喪失、判斷能力受損、人格改變以及無法執行日常活動等症狀。

3. 失智症治療藥物與牙科治療中可能使用藥物間之交互作用：

◇ 抗精神病藥物：

與某些抗生素(如巨環類抗生素Erythromycin、奎諾酮類(Quinolone)抗生素Ciprofloxacin或Levofloxacin、抗真菌藥物Fluoroquinolones或Ketoconazole)可能增加QT間期延長風險，需謹慎選擇。

鎮靜劑可能增強中樞神經系統抑制作用，需調整劑量。

◇ 抗抑鬱藥物：

與某些抗生素可能增加QT間期延長風險。

止痛藥可能與抗抑鬱藥物產生藥物交互作用，需調整劑量。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	十一、 <u>甲狀腺相關疾病</u> (備註：114年新增)	<u>(一)甲狀腺亢進：</u> <u>1.查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。</u> <u>2.告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。</u> <u>3.注意病人進入診間之步態。</u> <u>4.觀察病人說話是否急躁。</u> <u>5.關心病人是否有頻便。</u> <u>6.若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會相關科的醫師或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u> <u>(二)甲狀腺低下：</u> <u>1.查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。</u> <u>2.告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。</u> <u>3.有冠狀動脈疾病者：在治療甲狀腺功能低下的過程中，往往病情會惡化，因為治療中甲狀腺素劑量調整機制時，會有狹心症(angina)、心衰竭(congestive heart failure)或不整(arrhythmias)之現象，所以這類病人在牙醫就醫時，須有內科醫師之意見。</u> <u>4.若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【背景說明(參考事項)】

1. 甲狀腺機能亢進臨床表現

(1)症狀

A.容易緊張、情緒劇烈起伏、坐立不安

B.不耐熱、易流汗

- C. 疲倦、無力、抽筋
- D. 心悸、胸痛
- E. 食量增多但體重減輕；排便增加但非腹瀉

(2)徵候

- A. 躁動、焦慮
- B. 暖而濕的手掌
- C. 瞪、眼瞼運動遲滯
- D. 微顫抖、反射增加
- E. 波形不規則的不規則心跳(心房顫動的一個徵候)、脈壓增加及較少見的高心輸出心衰竭。

2. 甲狀腺疾病是指影響甲狀腺功能或結構的各種病症。甲狀腺是一個位於頸部的蝴蝶狀腺體，負責分泌甲狀腺激素(包括 free T3 和 T4)，這些激素在調節新陳代謝、能量消耗、體溫和心臟功能等方面起著重要作用。

3. 甲狀腺功能檢驗項目及正常值

疾病類別	檢查項目	正常值範圍	說明
甲狀腺功能亢進症	TSH 甲狀腺刺激激素	0.4-4.0 mIU/L	甲亢時 TSH 通常低於正常範圍
	FT4 游離甲狀腺素	0.8-2.0 ng/dL	甲亢時 FT4 通常高於正常範圍
	FT3 游離三碘甲腺素	2.3-4.2 pg/mL	甲亢時 FT3 通常高於正常範圍
	TRAb 甲狀腺素受體抗體	<1.75 IU/L	格雷夫茲病患者 TRAb 通常高於正常範圍
	RAIU 甲狀腺攝碘率	正常:24 小時 15-35%	甲亢時 RAIU 通常高於正常範圍
甲狀腺功能低下症	TSH 甲狀腺刺激激素	0.4-4.0 mIU/L	甲低時 TSH 通常高於正常範圍
	FT4 游離甲狀腺素	0.8-2.0 ng/dL	甲低時 FT4 通常低於正常範圍
	TPOAb 甲狀腺過氧化物酶抗體	<35 IU/mL	橋本氏甲狀腺炎患者 TPOAb 通常高於正常範圍
	TgAb 甲狀腺球蛋白抗體	<20 IU/mL	橋本氏甲狀腺炎患者 TgAb 通常高於正常範圍
甲狀腺結節和癌症	甲狀腺超音波	正常甲狀腺結構和大小	用於檢查甲狀腺結節和結構異常
	Tg 甲狀腺球蛋白	3-40 ng/mL	甲狀腺癌患者術後隨訪中的腫瘤標誌
	TgAb	<20 IU/mL	干擾甲狀腺球蛋白測定結果
自體免疫性甲狀腺疾病	TPOAb	<35 IU/mL	自體免疫性甲狀腺疾病(如橋本氏甲狀腺炎)的標誌
	TgAb	<20 IU/mL	自體免疫性甲狀腺疾病的另一標誌

5. 甲狀腺風暴(thyroid storm)

甲狀腺風暴是一種極其罕見但危急的情況，屬於急性且危及生命的甲狀腺功能亢進，可能在感染、外科手術或其他壓力情況下發生。牙科治療可能是一種導致甲狀腺風暴的壓力源，特別是對於甲狀腺功能亢進症病人；另外，牙科治療時使用含 epinephrine 的局部麻醉劑，治療過程產生疼痛和焦慮情緒引發交感神經系統強烈反應，牙科手術後可能

會引發感染，均會加重甲狀腺功能亢進，使甲狀腺功能亢進症病人或治療效果不好的病人產生甲狀腺風暴。

甲狀腺風暴的症狀非常嚴重且多樣：

高燒：通常超過 39°C(102.2°F)

心動過速：心率超過 140 次/分鐘

心律不整：如心房顫動

高血壓：血壓顯著升高，隨後可能會出現低血壓和休克

胃腸道症狀：嘔吐、腹瀉、黃疸

中樞神經系統症狀：極度焦慮、譫妄、昏迷、癲癇

其他症狀：脫水、心力衰竭

甲狀腺風暴的致病機轉

主要是由於體內甲狀腺激素(主要是 T3 和 T4)的急劇增加，引發以下反應：

代謝率劇增：導致高熱和心動過速。

交感神經系統反應增強：加劇心臟和中樞神經系統症狀。

循環系統過載：引發高血壓、心律不整和心力衰竭。

緊急處理步驟

穩定病人生命體徵

- (1) 維持呼吸道暢通：確保患者呼吸道暢通，必要時提供氧氣或進行氣管插管。
- (2) 監測心血管狀況：持續監測心率、血壓和心電圖，及時處理心律不整或心臟衰竭。
- (3) 控制體溫：採用降溫措施如冰袋、冷卻毯或物理降溫，防止高熱引起的進一步損害。
- (4) 送醫。

6. 甲狀腺機能低下臨床表現症狀：

- (1) 無力倦怠嗜睡。
- (2) 關節痛或肌肉痛。
- (3) 怕冷。
- (4) 皮膚乾燥或水腫。
- (5) 說話緩慢或聲音沙啞。
- (6) 經期不規律乳溢或兩者都有。
- (7) 體重增加(通常不超過 10 磅)。
- (8) 便秘。
- (9) 味覺聽覺嗅覺變遲鈍。
- (10) 周邊神經病變腕隧道症候群。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	<u>十二、與牙科治療相關之自體</u>	<u>1. 自體免疫性疾病是一組由免疫系統攻擊自身組織引起的疾病，常見與牙科治療相關的自體免疫性疾病如：類風濕性關節炎(Rheumatoid Arthritis)、紅斑性狼瘡(Systemic Lupus Erythematosus, SLE)、乾燥症(Sjögren's Syndrome)、硬皮病</u>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	<u>免疫性疾病</u> (備註：114 年新增)	<u>(Scleroderma)、多發性硬化症(Multiple Sclerosis, MS)，自體免疫性疾病治療藥物與牙科藥物之交互作用：</u> <u>(1)免疫抑制劑(如 Methotrexate, Cyclosporine)：</u> <u>A.這些藥物可能增加感染風險，因此在牙科手術前後需特別注意抗生素的使用。</u> <u>B.需監控腎功能和肝功能，避免使用對腎或肝有毒性的藥物。</u> <u>(2)類固醇(如 Prednisolone)：</u> <u>A.長期使用類固醇可能導致骨質疏鬆，影響齒槽骨健康。</u> <u>B.手術前需考慮類固醇劑量的調整，以防止應激性腎上腺危象。</u> <u>(3)非類固醇消炎藥(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)NSAIDs,如 Ibuprofen)：與免疫抑制劑或類固醇合用時需注意胃腸道出血的風險。可引起口腔潰瘍或加重已有的口腔潰瘍。</u> <u>(4)抗瘧疾藥(如 Hydroxychloroquine)：長期使用可能引起口腔色素沉著或視力問題，需要定期檢查眼睛及口腔健康。</u> 2. 若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。

【背景說明(參考事項)】

1. 常見與牙科治療相關的自體免疫性疾病及其症狀

(1)類風濕性關節炎(Rheumatoid Arthritis)

症狀：關節疼痛、僵硬、腫脹，特別是在手指、手腕、膝蓋等處。可能伴有全身性疲憊和低燒。

(2)紅斑性狼瘡(Systemic Lupus Erythematosus, SLE)

症狀：皮膚紅斑、關節痛、疲勞、發燒、腎功能障礙等。口腔潰瘍和口乾也是常見症狀。

(3)乾燥症(Sjögren's Syndrome)

症狀：口乾、乾眼、口腔潰瘍、牙齦病變、牙齦萎縮和牙齦疼痛等。

(4)硬皮病(Scleroderma)

症狀：皮膚硬化、手指腫脹、關節疼痛、口乾、張口受限等。

(5)多發性硬化症(Multiple Sclerosis, MS)

症狀：肌肉無力、視力模糊、共濟失調(Ataxia)、吞嚥困難等。

2. 紅斑性狼瘡-用藥注意事項

(1)免疫抑制劑：狼瘡治療常用的免疫抑制劑，如甲氨蝶呤(Methotrexate)、環磷酰胺(Cyclophosphamide)、類固醇(如Prednisolone)，可能會增加感染的風險，這在進行牙

科手術或植牙時尤其重要。這類藥物會抑制免疫系統，因此在進行牙科手術前後，需要密切監控患者的健康狀況，以及可能需要調整藥物用量、暫時停藥或術前使用抗生素。

(2)非類固醇抗炎藥(NSAIDs)：如布洛芬(Ibuprofen)或阿斯匹林(Aspirin)，常用於控制狼瘡相關的疼痛和發炎。然而，這些藥物可能會增加出血風險，特別是在牙科手術如拔牙或植牙等情況下。

(3)抗凝血藥物：例如Warfarin，用於預防血栓，對於有抗磷脂症候群的狼瘡患者來說尤其重要。在牙科手術中，使用這類藥物需要格外注意，因為可能會增加出血的風險。

3. 乾燥症(Sjögren's Syndrome)–用藥注意事項

(1)抗生素與局部免疫調節劑：

牙科常用的抗生素(如Amoxicillin)與皮膚用的局部免疫調節劑(如Tacrolimus軟膏)一般不會直接互相排斥，但如果體內免疫反應受到影響，可能會改變感染的治療效果。

(2)非類固醇抗炎藥(NSAIDs)與眼科用抗炎藥：

牙科常用的NSAIDs(如Ibuprofen)用於控制疼痛和炎症，而眼科用的環孢素等抗炎眼藥水也用來減輕炎症。同時使用這兩類藥物時，需要注意潛在的腎臟負擔增加。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	<u>九十三</u> 、其他未明示之疾病	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(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。 4. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

備註：該院所該牙醫師當年度第一次申報「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C)時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表，並留存於牙醫病歷備查。本計畫案件抽審時，一併附上。

諮詢單

貴醫師鈞鑒：

病人_____，因牙疾至本院就診，經本院詳細診治後，建議病人需進行_____處置，依病人自述，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：

(請將以下之回復單撕下，交予病人帶回！感謝！)

回復單

病人_____，經本院評估後：

☐建議病人可暫停服用_____藥物，請於處置前_____天開始停藥。

☐建議病人不可停用_____藥物。

原因：_____。

☐建議病人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：

討論事項第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」，請討論案。

說明：

- 一、依據 15-5 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、修訂對照表詳附件。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
 - (一)預算修訂為 2,800 百萬。
 - (二)執行目標：氟化物治療人次修訂為 189 萬人次，新增牙結石清除照護人數 66 萬人，氟化物治療照護人數 100 萬人。
 - (三)預期效益之評估指標新增「65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。」。

本署意見：

- 一、依健保會 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄「114 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配」，114 年本計畫於專款編列 2,800 百萬元(較 113 年增加 1,201 百萬元)，請本署辦理事項如下：
 - (一)會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。
 - (二)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
 - (三)請於協商 115 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
- 二、有關本計畫 114 年度之執行目標及新增之評估指標，業經 113

年 10 月 23 日健保會 113 年第 9 次委員會議討論通過。

三、考量牙醫不足改善方案亦得提供本計畫服務，研擬於本計畫第七點醫療費用申報、審查及點值結算增列申報方式如下(計畫修訂對照表，附件，頁次討 4-4)：

(一) 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「LV (高風險疾病口腔照護計畫)」。

(二) 參與牙醫不足改善方案之牙醫院所得提供本計畫服務，醫療費用點數申報格式及預算來源如下：

1. 執業計畫：

(1) 門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LV (高風險疾病口腔照護計畫)」、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)「LV (高風險疾病口腔照護計畫)」。

(3) 牙醫院所參與執業計畫時，申報之91090C、P7302C、89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C，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. 巡迴計畫：

(1) 巡迴點：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)「LV (高風險疾病口腔照護計畫)」。

(2) 社區醫療站：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「FV(社區醫療站)」、特定治療項目代號(二)「LV (高風險疾病口腔照護計畫)」。

(3) 牙醫院所參與巡迴計畫時，併同申報之89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C 的400點，以及91090C、P7302C，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。

四、請牙全會依 114 年總額協定事項，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。

決 議：

1134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修訂對照表

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
本項未修訂	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。	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、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。 ~~爰整併全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)中「高風險疾病口腔照護」相關診療項目，與112年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」二專款項目之評估指標。~~	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、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。 ~~爰整併全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)中「高風險疾病口腔照護」相關診療項目，與112年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」二專款項目之評估指標。~~	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、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，爰整併全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)中「高風險疾病口腔照護」相關診療項目，與112年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」二專款項目之評估指標。	修訂文字。
三、實施期間： 1134年1月1日起至1134年12月31日止。 ~~本計畫給付項目及支付標準，自113年3月~~	三、實施期間： 1134年1月1日起至1134年12月31日止。 ~~本計畫給付項目及支付標準，自113年3月~~	三、實施期間： 113年1月1日起至113年12月31日止。本計畫給付項目及支付標準，自113年3月1日	修訂年度

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
~~1~~ 日起適用。	~~1~~ 日起適用。	起適用。	
四、預算來源： (一)11~~34~~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~~<u>2,800</u>百萬元。 (二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數400點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。	四、預算來源： (一)11~~34~~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~~<u>2,800</u>百萬元。 (二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數400點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。	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1,599百萬元。 (二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數400點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。	1.修訂年度。 2.配合114年協商結果修訂預算金額。
五、執行目標： (一)11~~34~~年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達~~80,000~~<u>150</u>萬人次。 (二)11~~34~~年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次~~202~~	五、執行目標： (一)11~~34~~年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達~~80,000~~<u>150</u>萬人次。 (二)11~~34~~年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次202	五、執行目標： (一)113 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達80,000人次。 (二)113 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次202萬人次。	1.修訂年度。 2.依健保會113年10月23日113年第9次委員會議決

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<u>萬不低於 189 萬</u>人次。 (三)「<u>高風險疾病病人牙結石清除-全口</u>」(91090C)照護人數不低於 66 萬人。 (四)「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u>」(P7302C)照護人數不低於 100 萬人。	<u>萬189 萬</u>人次。 (三)「<u>高風險疾病病人牙結石清除-全口</u>」(91090C)照護人數為 66 萬人。 (四)「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u>」(P7302C)照護人數為 100 萬人。		議，修訂執行目標。
本項未修訂	六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。	六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。	
七、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、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)本計畫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；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年	七、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、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)本計畫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；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年	七、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、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)本計畫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；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
結算,惟每點支付金額不高於1元。 (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「LV (高風險疾病口腔照護計畫)」。 (四)參與牙醫不足改善方案之牙醫院所得提供本計畫服務,醫療費用點數申報格式及預算來源如下: 1.執業計畫: (1) 門診服務:案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LV (高風險疾病口腔照護計畫)」、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	結算,惟每點支付金額不高於1元。	結算,惟每點支付金額不高於1元。	新增申報方式

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
定治療項目代號(三) 「LV(高風險疾病口腔 照護計畫)」。 (3) 牙醫院所參與執業計 畫時，申報之91090C、 P7302C，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.巡迴計畫： (1) 巡迴點：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)「LV(高風險疾 病口腔照護計畫)」。 (2) 社區醫療站：案件分類 「14」且特定治療項目 代號(一)「FV(社區醫療 站)」、特定治療項目代 號(二)「LV(高風險疾 病口腔照護計畫)」。 (3) 牙醫院所參與巡迴計 畫時，併同申報之 89205C、89208C、 89209C、89210C、			

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
89212C 、 89214C 、 89215C 的400點，以及 91090C、P7302C，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。			
八、預期效益之評估指標： (一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。 分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。 分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。 公式：分子/分母。	八、預期效益之評估指標： (一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。 分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。 分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。 公式：分子/分母。	八、預期效益之評估指標： (一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。 分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。 分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。 公式：分子/分母。	依健保會 113 年 10 月 23 日 113 年第 9 次委員會議決議，修訂評估指標。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
2.年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母*100%。 <u>(三)65 歲以上接受照護病人(註 1)3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群(註 2)減少。</u> <u>註：</u> <u>1.65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。</u> <u>2.該年度比較族群為</u>	2.年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母*100%。 <u>(三)65 歲以上接受照護病人(註 1)3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群(註 2)減少。</u> <u>註：</u> <u>1.65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。</u> <u>2.該年度比較族群為</u>	2.年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母*100%。	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<u>117年68歲以上至牙科就診之病人。</u> <u>3.牙周病之 ICD-10 碼為：</u> <u>K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)</u> <u>K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)</u> <u>K05.21(侵襲性牙周炎，局部)</u> <u>K05.22(侵襲性牙周炎，一般性)</u> <u>K05.20(侵襲性牙周炎)</u> <u>K05.30(慢性牙周炎)</u> <u>K05.31(慢性牙周炎，局部性)</u> <u>K05.32(慢性牙周炎，一般性)</u> <u>K05.4(牙周病)</u>	<u>117年68歲以上至牙科就診之病人。</u> <u>3.牙周病之 ICD-10 碼為：</u> <u>K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)</u> <u>K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)</u> <u>K05.21(侵襲性牙周炎，局部)</u> <u>K05.22(侵襲性牙周炎，一般性)</u> <u>K05.20(侵襲性牙周炎)</u> <u>K05.30(慢性牙周炎)</u> <u>K05.31(慢性牙周炎，局部性)</u> <u>K05.32(慢性牙周炎，一般性)</u> <u>K05.4(牙周病)</u>		
本項未修訂	九、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告實施日期辦理。	九、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告實施日期辦理。	
本項未修訂	十、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	十、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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
	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。	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」
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
91090C	高風險疾病病人牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)心血管疾病病人。 (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)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.每九十天限申報一次。 3.本項支付點數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	820
P7302C	齲齒經驗之高風險病人氟化物治療 Full mouth topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險病人，提供本項診療服務。 2.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (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)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 (8)曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人 (含當次)。 3.每九十天限申報一次。	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
	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。					
89204C	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth —單面 single surface	v	v	v	v	900
89205C	—雙面 two surfaces 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (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)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 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。	v	v	v	v	1,050
89208C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth —單面 single surface	v	v	v	v	1,000
89209C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,200
89210C	—三面 three surfaces 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (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)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服	v	v	v	v	1,400

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
	務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報複合體充填，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	高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (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)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報複合體充填，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。	v	v	v	v	1,450
89214C	高風險疾病病人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 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。	v	v	v	v	1,600

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
	(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)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆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。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。					
89215C	高風險疾病病人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 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (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)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 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。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	V	V	V	V	1,850

討論事項第五案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，請討論案。

說明：

- 一、依據 15-5 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、修訂對照表詳附件 1。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
 - (一)醫療團服務一般護理之家增為 6 家，並新增長照機構 3 家。
 - (二)增列不得併報高風險疾病口腔照護計畫，以及 P7303C、P3601C 申報規定及費用來源。
 - (三)自閉症、失智症病人執行氟化物防齲處理(P30002)比照極重度病人每六十天得申報一次。
 - (四)論次費用(P30001、P30003)修訂為每小時 3,000 點。
 - (五)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日數修訂。
 - (六)醫療團牙醫醫療服務之限制，每位牙醫師每月平均每診次申報點數由 3 萬點修訂為 4 萬點。
 - (七)居家牙醫醫療服務執行補牙、拔牙之費用另採論量申報。

本署意見：

- 一、依健保會 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄「114 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配」，114 年本計畫於專款編列 805.9 百萬元(較 113 年增加 24.2 百萬元)，請本署辦理依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。
- 二、本案涉有財務影響之修訂內容如下：
 - (一)醫療團看診每位醫師每小時支給費用(P30001)、特定需求者牙醫醫療服務論次費用(P30003)由每小時 2,400 點修訂為 3,000 點。以現有申報診次估算 114 年預算約增加 12.5 百萬

點，另查牙醫不足改善方案論次點數如下表，請考慮支付平衡性。

地區分級	平日		假日	
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數
一級地區	P22002	1,800 點	P22005	2,100 點
二級地區	P22003	2,700 點	P22006	3,000 點
三級地區	P22004	3,700 點	P22007	4,000 點
四級地區	P22008	4,300 點	P22009	4,600 點

- (二) 有關自閉症、失智症病人執行氟化物防齲處理(P30002)修訂申報頻率，由每九十天放寬為每六十天得申報一次，估算將增加財務支出約 7.8 百萬點。
- (三) 醫療團牙醫醫療服務之限制，每位牙醫師每月平均每診次申報點數由 3 萬點修訂為 4 萬點，本案將增加財務支出約 34.5 百萬點，宜有預算支應，建議爭取預算後再議。
- (四) 有關居家牙醫醫療服務費(次)(編號 P30005、P30007)，牙全會建議增列(P30005、P30007)執行內容不含補牙及拔牙，得另採論量申報一節，查本項支付點數(頁次討 5-87)含口腔預防保健、護理、診療、處方、藥品、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等；本保險給付項目不得收取其他自費，爰補牙或拔牙醫療服務應已內含於支付點數，如得另行申報補牙及拔牙費用，應調降前開支付點數。
- (五) 以上修訂項目均可能增加本計畫之財務支出，經以 113 年 1-9 月費用推估全年執行率約 95.45%，前開調整點數，經以現有服務量估算約需增加 54.8 百萬點，惟未來將增加 7 個機構，所需預算應會大幅增加。
- (六) 查 114 年預算雖有增加 24.2 百萬元，惟本次預算之新增係因應人數和件數自然成長及新增醫療團，若再調整前開支付點數，預算恐不足以支應，建議是否待本計畫有足夠預算可支應後再議。

三、本計畫醫療團服務一般護理之家由 2 家增加至 6 家，並新增長照機構 3 家，經洽衛生福利部照護司及長照司提供機構名單如下，請牙全會協助組成醫療團提供服務。

(一)護理之家：宏恩醫院附設護理之家、佶園護理之家、賢德醫院附設護理之家、名揚護理之家。

(二)長照機構：常樂長照社團法人附設彰化縣私立常樂住宿長照機構、佛教慈濟醫療財團法人附設嘉義縣私立大林慈濟住宿長照機構、寶島長照社團法人附設嘉義縣私立寶島嘉中住宿長照機構。

四、前開修訂如獲共識，計畫附件配合修訂如下：

(一)附件 2-2 (頁次討 5-61)：支付項目氟化物防齲處理(P30002)，同步增列自閉症及失智症病人不限障別均為 60 天得執行氟化物防齲處理。

(二)附件 10(頁次討 5-75)：修訂牙醫醫療服務報酬論次點數，由 2,400 點調升至 3,000 點。

五、另附件 14(頁次討 5-81)，有關醫療團服務標示製作作業之預算來源由「113 年總額其他預算項目『提升保險服務成效』項下支應」，修訂為「114 年中央健康保險署單位預算『健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫』項下支應」。

擬 辦：會議決議通過修訂計畫之支付標準，擬依程序提至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報告。

決 議：

1134年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂對照表

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
本項未修訂	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。	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。	未修訂
本項未修訂	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。	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。	未修訂
三、實施期間 自公告生效日起 ~~114~~ 年1月1日至1134年12月31日止。	三、實施期間 自公告生效日起 ~~114~~ 年1月1日至1134年12月31日止。	三、實施期間 自公告生效日起日至113年12月31日止。	修訂年度
四、年度執行目標 本計畫以至少達成 ~~170,000~~ 190,000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。	四、年度執行目標 本計畫以至少達成 ~~170,000~~ 190,000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。	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。	因計畫預算增加，調升執行目標
五、預算來源 本計畫全年經費為 ~~7.81~~ 7.559億元，其中： (一) 8.059億元由1134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。	五、預算來源 本計畫全年經費為 ~~7.81~~ 7.559億元，其中： (一) 8.059億元由1134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。	五、預算來源 本計畫全年經費為7.817億元，由113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。	依114年總額協商結果修訂預算金額，並由一般服務預算移撥0.5億元。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
(二) <u>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，若當季預算不足時，則採浮動點值結算。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。</u>	(二) <u>本預算按季均分及結算，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。</u>		
本項未修訂	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	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	未修訂

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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	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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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. 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。 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。	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. 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。 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： 1. 屬肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢	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： 1. 屬肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢	七、特定身心障礙者牙醫醫療服務： 1. 適用對象須符合下列條件之一： 1. 屬肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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2-1】，~~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~~	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2-1】，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	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2-1】，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	1. 現行健保卡存放內容欄位4A-1(牙醫特殊服務項目醫療服務試辦計畫加註記)，以Y/N呈現，提供醫療院所參考。 2. 考量註記身心障礙類別及等級，涉及個人標籤化疑慮，爰未呈現障礙

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
~~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	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	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	等級，本計畫配合修訂條文。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
(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。 2. 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。	(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。 2. 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。	(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。 2. 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。	
本項未修訂	(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	2. 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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 (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	十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 (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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。	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依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。	
本項未修訂	2. 進階照護院所	2. 進階照護院所	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	(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暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未	(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暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 (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	執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 (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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。	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依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。	
**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	**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	**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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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26家為限~~)<u>或長期照顧服務機構(由衛生福利部長照司擇定，114年增設3家為限)</u>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	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26家為限)<u>或長期照顧服務機構(由衛生福利部長照司擇定，114年增設3家為限)</u>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	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	1. 依114年總額協商內容修訂一般護理之家新增家數及新增長照機構。 2. 一般護理之家由2家增加至6家，並新增長照機構3家，經洽衛生福利部照護司及長照司提供機構名單如下，請牙全會協助組成醫療團提供服務。 (1) 護理之家：宏恩醫院附設護理之家、佶園護理之家、賢德醫院附設護理之家、名揚護理之家。 (2) 長照機構：常樂長照社團法人附設彰化縣私立常樂住宿長照機構、佛教慈濟醫療財團法人附設嘉義縣私立大林慈濟住宿長照機構、寶島長

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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	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	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	照社團法人附設嘉義縣私立寶島嘉中住宿長照機構。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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	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	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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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	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	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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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】。	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】。	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，除本計畫	(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，除本計畫	(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，除本計畫	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘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：除麻醉項目及由一般服務預算支應之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）項目外，其餘屬論量計酬之項目得依下列類別加成申報： A. 特定身心障礙者： a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。 b. 重度病人得加 9 成。 c. 中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。 e. 輕度病人（含失能老人）得加 3 成。 B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療	特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘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：除麻醉項目及由一般服務預算支應之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）項目外，其餘屬論量計酬之項目得依下列類別加成申報： A. 特定身心障礙者： a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。 b. 重度病人得加 9 成。 c. 中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。 e. 輕度病人（含失能老人）得加 3 成。 B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療	特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘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：除麻醉項目及由一般服務預算支應之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）項目外，其餘屬論量計酬之項目得依下列類別加成申報： A. 特定身心障礙者： a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。 b. 重度病人得加 9 成。 c. 中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。 e. 輕度病人（含失能老人）得加 3 成。 B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
服務(不含社區醫療站)得加 2 成。 (2) 本計畫不得併報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、<u>全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫及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</u>支付標準、<u>「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、非齒源性疼痛處置-初診診療項目(PXXX)及非齒源性疼痛處置-複診診療項目(PXXX)</u>。執行前述醫療服務，依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，<u>並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成</u>。 (3) 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	服務(不含社區醫療站)得加 2 成。 (2) 本計畫不得併報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及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標準；屬「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「特定疾病病人牙科就醫安全」診療項目(P3601C)及「非齒源性口腔疼痛處置」之案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。 (3) 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	服務(不含社區醫療站)得加 2 成。 (2) 本計畫不得併報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	增列專款項目(高風險疾病口腔照護計畫、牙科就醫安全計畫，以及超音波根管沖洗及非齒源性疼痛處置)不得併報本計畫，由各專款費用支應。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明																	
限申報 1 次，<u>自閉症、失智症及</u>重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後 90 天內(重度以上病人為 60 天內)，不得再申報 92051B、92072C、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	次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，<u>自閉症、失智症及</u>重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後 90 天內(重度以上病人為 60 天內)，不得再申報 92051B、92072C、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 <u>2,400,000</u> 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 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 90 天內(重度以上病人為 60 天內)，不得再申報 92051B、92072C 、 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	增列自閉症及失智症病人不限障別均為 60 天得執行氟化物防齲處理，估算將增加財務支出約 7.8 百萬點，宜有預算支應，建議爭取預算後再議。 修訂論次點數，經估算， 114 年預算約需增加 12.5 百萬點。另查牙醫不足改善方案論次點數如下表，請考慮支付衡平性。 <table><tr><th rowspan="2">地區分級</th><th>平日</th><th>假日</th></tr><tr><th>支付點數</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>一級地區</td><td>1,800 點</td><td>2,100 點</td></tr><tr><td>二級地區</td><td>2,700 點</td><td>3,000 點</td></tr><tr><td>三級地區</td><td>3,700 點</td><td>4,000 點</td></tr><tr><td>四級地區</td><td>4,300 點</td><td>4,600 點</td></tr></table>	地區分級	平日	假日	支付點數	支付點數	一級地區	1,800 點	2,100 點	二級地區	2,700 點	3,000 點	三級地區	3,700 點	4,000 點	四級地區	4,300 點	4,600 點
地區分級	平日	假日																		
	支付點數	支付點數																		
一級地區	1,800 點	2,100 點																		
二級地區	2,700 點	3,000 點																		
三級地區	3,700 點	4,000 點																		
四級地區	4,300 點	4,600 點																		

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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~~	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~~<u>3,000</u>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~~	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	同上 修訂申報醫師支援日數限制。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
~~日~~ 。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。	~~每週不超過 2 日~~ 。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。	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	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	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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
度肢體障礙：LG 自閉症、失智症：LP 其他具身心障礙證明者：LT 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	度肢體障礙：LG 自閉症、失智症：LP 其他具身心障礙證明者：LT 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	度肢體障礙：LG 自閉症、失智症：LP 其他具身心障礙證明者：LT 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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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，	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，	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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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)<u>或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)</u>等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過	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 <u>34</u> 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 <u>34</u> 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)<u>或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)</u>等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過	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，	本案估算將增加財務支出約 34.5 百萬點，宜有預算支應，建議爭取預算後再議。 與醫療團條文同步修訂

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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。	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。	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。	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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	(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： (4) 申請書格式如【附件 3】。 (5) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。 (6) 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	(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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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	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	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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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)~~一~~ ~~或、~~一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)<u>或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)</u>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	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)~~一~~ ~~或、~~一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)<u>或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)</u>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	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	與醫療團條文同步修訂

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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。	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。	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	(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	(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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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	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	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	修訂條文，不限定對象，只要未經事前審查之全身麻醉案件，均應於次月 20 日前提供資料送保險人分區業務組審查。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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	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	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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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)~~或~~<u>長期照護服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)</u>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。	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)~~或~~<u>長期照護服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)</u>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。	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。	與醫療團條文同步修訂

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
(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	(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	(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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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)<u>或長期照護服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)</u>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。	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)<u>或長期照護服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)</u>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。	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)，<u>或</u>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。	與醫療團條文同步修訂

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
(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。	(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。	(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。	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
(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	(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	(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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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	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	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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
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	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	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	附件 14(頁次討 5-81)修訂年度、預算來源。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
說明請依【附件 14】規定辦理。	說明請依【附件 14】規定辦理。	說明請依【附件 14】規定辦理。	
本項未修訂	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。	八、居家牙醫醫療服務： (一) 醫療服務提供者資格： 3. 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。 4. 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。	
本項未修訂	(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。	(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。	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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中度肢體障礙、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	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中度肢體障礙、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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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。	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。	
本項未修訂	(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。	(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。	
本項未修訂	(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	(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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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。	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。	
本項未修訂	(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	(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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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。	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。	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
(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。~~	(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】； <u>其中居家牙醫醫療服務費(P30005、P30007)執行內容不含補牙及拔牙，於居家牙醫醫療服務執行補牙、拔牙之費用採論量申報。</u> 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。~~	(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。	1.P30005、P30007 支付點數(頁次討 5-87)含口腔預防保健、護理、診療、處方、藥品、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等；本保險給付項目不得收取其他自費，爰補牙或拔牙醫療服務應已內含於支付點數，如得另行申報補牙及拔牙費用，應調降前開支付點數。 2.配合前開修定特定需求者牙醫醫療服務規定，同步修訂申報醫師支援日數限制。
本項未修訂	(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	(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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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,且須將病人身份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	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,且須將病人身份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	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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。	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。	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
本項未修訂	九、點值結算方式： (一)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；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。 (二)全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	九、點值結算方式： (一)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；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。 (二)全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	
本項未修訂	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、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。	
本項未修訂	十一、本年度計畫在次年度計畫未	十一、本年度計畫在次年度計畫未	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	說明
	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。	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。	
本項未修訂	十二、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。	十二、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牙醫醫療服務(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(Distractive 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

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
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
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：前一次支付至(本療程)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
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日內不得重複申報。 4.同一病例申報次數以8次為上限。		✓	✓	✓	1000

【附件 1-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
-先天性唇顎裂及顱顏畸形患者牙醫醫療服務申請書（以院所為單位）

- 一、醫療院所名稱：_____ 代號：_____
- 二、所屬層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院
- 三、院所負責醫師姓名：_____ 身分證字號：_____
- 四、院所電話：() _____ 傳真：() _____
- 五、聯絡人姓名：_____ 電話：() _____
- 六、地址：☐☐☐_____
- 七、醫院設置科別及相關人員：☐整形外科、☐口腔外科、☐牙科、☐耳鼻喉科、
☐精神科、☐神經外科、☐眼科、☐語言治療、☐社會工作、☐臨床心理、
☐其他相關科別及人員：_____
- 八、院內醫師資格：☐口腔顎面外科專科醫師（專任__位、兼任__位）☐牙科矯正醫師
- 九、牙科門診設備：☐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）、
☐其他設備：
- 十、申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師姓名	身分證字號	分科別
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

*備註：

- 寄送地址：10476 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收
- 參與本計畫提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向牙醫全聯會申請，並由牙醫全聯會報送健保署各分區業務組核定，異動時相同。

【附件 2-1】

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

與舊制身心障礙類別之區分與辨識

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)

本計畫適用代碼：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。

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 2-2】

「特定身心障礙者牙醫醫療服務給付項目及支付標準」修訂對照表

編號	修訂內容	原內容	備註
P30002	氟化物防齲處理 Full mouth topical fluoride application 註： 1. 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。 2. 每九十天限申報一次， <u>自閉症、失智症及</u> 重度以上病人每六十天得申報一次。 3. 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、P7302C及P7102C。	氟化物防齲處理 Full mouth topical fluoride application 註： 1. 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。 2. 每九十天限申報一次，重度以上病人每六十天得申報一次。 3. 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、P7302C及P7102C。	比照診察費及加成規定，增列自閉症及失智症病人不限障別均為 60 天得執行氟化物防齲處理。

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

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
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。	v	v	v	v	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。	v	v	v	v	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 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.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1,850

【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		身分證字號		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： 1.院所名稱（全銜）： 2.醫事機構代號： 3.院所申請類別： ☐ 初級 ☐ 進階 4.負責醫師姓名： 身分證字號： 5.院所電話： 6.院所地址：□□□ 7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量： (1) ☐ 有專用椅子 ☐ 無專用椅子 (2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：_____					
二、「支援服務」院所： 1.院所名稱（全銜）： 2.醫事機構代號： 3.院所申請類別： ☐ 初級 ☐ 進階 4.負責醫師姓名： 身分證字號： 5.院所電話： 6.院所地址：□□□ 7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量： (1) ☐ 有專用椅子 ☐ 無專用椅子 (2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：_____					

**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。每月5日前將資料郵寄至牙全會，由牙醫全聯會彙整名單送保險人分區業務組審理核定後，保險人以公告或行文通知院所。
- (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： (1) 原院所名稱（全銜）： (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) 變更後院所負責人： 身分證字號：					

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：(申請社區醫療站服務僅需檢送縣市公會評估表、牙科診間設備表、後送醫療院所)

☐ 縣市公會評估表

☐ 服務單位同意函

☐ 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、收容對象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）

【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 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。 1-2 至保險人網站（www.nhi.gov.tw）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） 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。 7-3 若院所有意願規劃友善醫療環境，附表「牙科醫療院所友善醫療環境評量表」可供設置參考。

附表

牙科醫療院所友善醫療環境評量表

評量日期			
醫療院所名稱			
醫療院所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

【必要項目】

項目	內容	檢核情形 (請打 V)
院所位置	(一)設置在 1 樓者	
	1 出入口地面平順(高度在 0.5 公分以下)，門口淨寬至少 75 公分以上，可方便輪椅、手持柺杖或助行器進出。	
	2 出入口若有門檻或台階，高度在 0.5 公分以上，有作斜角處理、斜坡或提供斜坡板。	
	(二)設置在地下室或 2 樓以上者	
	1 設置電梯者電梯機廂深度至少需有 110 公分以上，電梯門寬度至少 80 公分以上。	
	2 設有電梯、昇降設施或坡道可通達。	
大門	1 若有設置自動門專用無線觸摸開關，設置高度距離地面介於 80~90 公分，自動門前方保留一處輪椅可靠近操作按鍵的空間。	
	2 大門加裝服務鈴，供行動不便者使用。	
	3 大門無法加裝服務鈴，設有協助聯絡電話，以協助行動不便者。	
室內通路	1 淨寬至少 90 公分以上，方便行動不便之民眾通行。	
	2 淨寬至少 75 公分以上，方便行動不便之民眾通行。	
	3 以自備行動工具協助民眾通行。	
診療室	1 備有移位設施，協助無法自行移位之民眾，移動到診療椅。	
	2 門淨寬至少 75 公分以上，內部空間方便行動不便者進出。	
治療椅	1 至少有一台治療椅可調整座椅高度，離地面至 40-45 公分，且椅背可傾立，治療椅有一側保留至少 74 公分空間，方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。	
	2 至少有一台治療椅可調整座椅高低，另該治療椅有一側保留空間，方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。	
	3 至少有一台治療椅可調整座椅高低椅背可傾立。	

【其他項目】

項目	內容		檢核情形 (請打 V)
掛號/批價櫃檯	1	高度 65-80 公分以下，方便行動不便者靠近使用。	
	2	有協助掛號/批價機制。	
櫃台及進出動線	1	有明顯之引導標示。	
	2	有協助引導之人員。	
廁所	1	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 90 公分以上，可方便通往廁所。	
	2	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 75 公分以上，可方便通往廁所。	
	3	室內有設置廁所，診所有協助如廁機制。	
X 光檢查室	1	門淨寬至少 75 公分以上，迴轉空間至少 120 公分，方便輪椅使用者進出。	
	2	X 光機設備方便輪椅使用者使用。	

備註：

1. 名詞說明

- 「行動不便者」是指輪椅使用者、視覺障礙者、手持拐杖或助行器之民眾。
- 「廁所」的無障礙標準請參考「建築物無障礙設施設計規範 第五章」
- 「室內通路」是指通往各室內空間之路徑。

2. 本評量表主要以醫療院所內部空間設備為主，區分為「必要項目」、「其他項目」如下說明：

- 「必要項目」行動不便者能夠進入醫療院所且可接受診療。
- 「其他項目」符合必要項目之外，再增加其他無障礙空間。

3. 若醫療院所有願意規劃更完善的無障礙環境設施，建議參考「建築物無障礙設施設計規範」、「建築技術規則建築設計施工編 第十章無障礙建築物」、「既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則」。

4. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示院所醫療環境之提供情況。

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		1-1 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) 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		4-1 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		7-1 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：

執行醫療服務地點報備支援代號：

*執行機構/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	<pre> graph TD A([組織一醫療團至執行醫療服務單位]) --> B([每次出團前置作業]) B --> C[醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作] B --> D[機構、醫院或學校等，於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 之各項事前工作] C --> E[執行醫療服務中] D --> E </pre>	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心障礙人員名單。 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	<pre> graph TD C[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。] --> F[醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。] D[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)。] --> G[依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。] F --> H([結束此次醫療團之服務]) G --> H </pre>	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	<pre> graph TD H([結束此次醫療團之服務]) </pre>	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 護送身心障礙者返回教室或看護診療場所。(不含特定需求者) B-8 場地整理及器械消毒。 B-9 醫療廢棄物之處理。

【附件 10】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務報酬論次申請表

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		
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	每時申請金額	申請金額總數				
	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。						
醫事服務機構地址：				二、支付別：						
電話：				1. 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 2,400 點（內含護理費，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，不得申請該小時費用）。						
印信：				2. 特定需求者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 2,400 點（內含護理費，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， <u>每位醫師支援每週不超過 2 日</u> ，另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。						
				三、診療人次：填寫當次診療之人次。						
				四、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醫療服務點數申報總表正本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						

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者、
 Q.腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、I.其他~~(非特殊計畫 16 案件適用對象之身心障礙患者)~~。具身心障礙證明者。

【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：				5	5	5	5	5	6	6	6	6	6				
	1	1	1	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	3	4	5	6	7	8
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：				8	8	8	8	8	7	7	7	7	7				
	4	4	4	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	37	38
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	4	5	6		
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=牙菌斑統計總數()/總區數(無牙區須扣除)()=()																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33.33%; padding: 5px;">18 - 14</td> <td style="width: 33.33%; padding: 5px;">13 - 23</td> <td style="width: 33.33%; padding: 5px;">24 - 28</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">48 - 44</td> <td style="padding: 5px;">43 - 33</td> <td style="padding: 5px;">34 - 38</td> </tr> </table>						18 - 14	13 - 23	24 - 28							48 - 44	43 - 33	34 - 38
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()=()																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33.33%; padding: 5px;">18 - 14</td> <td style="width: 33.33%; padding: 5px;">13 - 23</td> <td style="width: 33.33%; padding: 5px;">24 - 28</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">48 - 44</td> <td style="padding: 5px;">43 - 33</td> <td style="padding: 5px;">34 - 38</td> </tr> </table>						18 - 14	13 - 23	24 - 28							48 - 44	43 - 33	34 - 38
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 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。

【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

1134 年總額其他預算項目「~~提升保險服務成效~~」中央健康保險署單位預算
『~~健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫~~項
下支應。

三、標示應包含下列內容

- (一)全民健保牙醫特殊醫療服務
- (二)全民健保標誌
- (三)醫療團地點及時間
- (四)主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- (五)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

- (一) 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。
- (二) 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)。
- (三) 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。

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

【附件 15】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
首次訪視或首次提供居家牙醫醫療服務申請表
申請日期____年____月____日、序號：_____

病人基本資料		
姓名：	出生日期：____年____月____日	監護人：
申請項目： ☐ 訪視 ☐ 醫療服務（可複選）		
身分證號：		連絡電話：
居住地址：		
障礙類別：		3 個月內是否有自行外出的能力： ☐ 否 ☐ 是
居家病人來源： ☐ 居家西醫主治醫師評估連結 ☐ 自行申請 ☐ 醫院協助申請 ☐ 其他		
病人申請資格：(請打勾)		
☐ 1.居家醫療照護整合計畫之病人。 ☐ 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人。 ☐ 3.特定身心障礙病人，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。 ☐ 4.「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。		
醫病史（Medical History）		
父母：	相關證明影本(請附於後)	
親屬：	備註：(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附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。	
本人：		
病人主訴或其他注意事項：		
申請院所基本資料		
醫事機構名稱(全銜)：		
醫事機構代號：		
一、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：		
醫師姓名：		聯絡電話：
醫護人員姓名：		聯絡電話：
二、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：【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】		
三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所【檢附居家牙醫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】		

【附件 16】

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：				出生日期： 年 月 日				監護人：									
居家病人來源： ☐ 居家西醫主治醫師評估連結 ☐ 自行申請 ☐ 醫院協助申請 ☐ 其他																	
居住地址：																	
醫病史 (Medical History)																	
父母：									相關證明影本(請附於後)								
親屬：									(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附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。								
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) ☐ 牙周暨齦齒控制基本處置、(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、病人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）☐ 牙周暨齲齒控制基本處置(需併同牙結石清除執行)

（五）☐ 塗氟(需併同牙結石清除執行)

（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

（十）☐ 其他： (請填寫)

三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名： 聯絡電話：

醫護人員姓名： 聯絡電話：

四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

【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，居家牙醫醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

【附件 17】

居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P30006	牙醫師訪視費(次) 註： 1. 於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。 2. 出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼 P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。 3. 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。	1553
P30005 P30007	居家牙醫醫療服務費(次) 一病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上 一其他病人 註： 1. 居家牙醫醫療服務費所訂點數含口腔預防保健、護理、診療、處方、藥品、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等；本保險給付項目不得收取其他自費。 (補牙、拔牙費用另計) 2. 每一病人以二個月執行一次為限，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。 3. 同一病人之牙醫師訪視費與居家牙醫醫療服務費，不得同日申報。	5700 3800
P5410C	評估出院病人居家醫療照護需求(次) 註： 1. 限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報 1 次。 3. 除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。	1553

註 1 新增補牙、
拔牙費用另計

【附件 18】執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務——前	受理居家牙醫醫療服務需求 ↓ 牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務 ↓ 每次出診前置作業 ↓ 牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作 病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作	A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。 A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。 A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。 A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。 A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。	B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。 B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。 B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病人是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。
執行醫療服務——中	每一居家病人之牙醫醫療服務皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 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、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。	A-6 視醫療需求詳實記載。 A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。 A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程內容或術後注意事項及下次回診日期。 A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 A-10 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。 註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。	B-4 協助牙醫師完成治療 B-5 接受牙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卡等作業 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 ↓ 結束居家牙醫醫療服務	A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。 A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。	B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。 B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。

討論事項第六案 **提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會**
案由：修訂「114 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」，請討論案。

說明：

一、依據 15-5 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、修訂對照表詳附件。

三、修訂內容重點摘要如下：

(一) 收案條件新增「齒質先天性發育異常(K00.4)」。

(二) 新增規範 X 光片費用另計，限申報 34001C 及 34002C。

(三) 修訂申報青少年齲齒氟化物治療(P7102C)後九十天內不得再申報 92072C、92051B、P30002 及 P7302C。

(四) 修訂評估指標如下：

1. 提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率。

2. 執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(五) 因應國際疾病改版為 2023 年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)修訂收案條件 ICD-10-CM 細分代碼之標示方式。

本署意見：

一、依健保會 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄「114 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配」，114 年本計畫於專款編列 171.5 百萬元，請本署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。

二、有關評估指標提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率(48.26%)一節(附件，頁次 6-11)，查 108 年就醫率為 49%、112 年就醫率為 53.3%，建議調高目標值。

擬 辦：會議決議通過修訂計畫之支付標準，擬依程序提至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報告。

決 議：

~~113~~114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

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
本項未修訂	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。	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。	
本項未修訂	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。	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： ~~113~~ 114年1月1日至 ~~113~~ 114年12月31日止。	三、實施期間： ~~113~~ 114年1月1日至 ~~113~~ 114年12月31日止。	三、實施期間：113年1月1日至113年12月31日止。	修訂實施期間。
本項未修訂	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）」、「青少年齲齒氟化物治療（P7102C）」合計444,500服務人次為執行目標。	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）」、「青少年齲齒氟化物治療（P7102C）」合計444,500服務人次為執行目標。	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
五、預算來源： (一) <u>113</u><u>114</u>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，除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）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。 (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。	五、預算來源： (一) <u>113</u><u>114</u>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，除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）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。 (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。	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「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，除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）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。 (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。	修訂年度。

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
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、<u>齒質先天性發育異常</u>、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K02-、K03.89、<u>K00.4</u>、<u>K05-</u>、K03.6、K06.1)。	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、<u>齒質先天性發育異常</u>、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K02-、K03.89、<u>K00.4</u>、<u>K05-</u>、K03.6、K06.1)。	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)。	<u>牙全會意見：</u> 1. 新增「齒質先天性發育異常」，ICD-10-CM 代碼：K00.4 牙齒形成之障礙。由於有許多先天齒質形成異常的疾病，例如：牙釉質發育不全、牙本質發育不全、白齒門牙礦化不全症，這些疾病的牙齒先天礦化程度就比較不好，因此如果透過高頻率的氟化物治療，可以減少擁有此情況的

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
			青少年的齲齒發生率。 2. 因應國際疾病改版為2023年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)修訂收案條件ICD-10-CM細分代碼之標示方式。 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會規劃。
七、給付項目及支付標準： (一)醫師為二年內經全民健康保險保險人(以下稱保險人)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行	七、給付項目及支付標準： (一)醫師為二年內經全民健康保險保險人(以下稱保險人)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行	七、給付項目及支付標準： (一)醫師為二年內經全民健康保險保險人(以下稱保險人)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行	

修訂內容(健保署版本)			修訂內容(牙全會版本)			原內容			備註
中尚未執行或申請暫緩執行者)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,以保險人第一次核定違規函所載停約結束日之次日、終約得再申請特約之日起算,兩年內不得申報本計畫診療項目。 (二)診療項目及支付標準:			中尚未執行或申請暫緩執行者)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,以保險人第一次核定違規函所載停約結束日之次日、終約得再申請特約之日起算,兩年內不得申報本計畫診療項目。 (二)診療項目及支付標準:			中尚未執行或申請暫緩執行者)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,以保險人第一次核定違規函所載停約結束日之次日、終約得再申請特約之日起算,兩年內不得申報本計畫診療項目。 (二)診療項目及支付標準:			
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數	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。	300	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。	300	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。	300	

修訂內容(健保署版本)			修訂內容(牙全會版本)			原內容			備註
	2.可視需要申報 X 光攝影片(費用另計,限申報34001C及34002C)。		2.可視需要申報 X 光攝影片(費用另計,限申報34001C及34002C)。			2.可視需要申報 X 光攝影,費用另計。			1.酌修文字,並規範 X 光片費用限申報項目34001C及34002C。
	3.每九十天限申報一次。		3.每九十天限申報一次。			3.每九十天限申報一次。			2.P7102C 收案對象新增「齒質先天性發育異常」。
	4.不得併報91014C。		4.不得併報91014C。			4.不得併報91014C。			
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、齒質先天性發育異常者申報。 2.須附一年內診斷 X 光片(費用另計,限申報34001C 及 34002C) 或 照片(照片費用內含)並病歷記載,以為審核。 3.本項主要實施氟	500	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、齒質先天性發育異常者申報。 2.須附一年內診斷 X 光片(費用另計,限申報34001C 及 34002C) 或 照片(照片費用內含)並病歷記載,以為審核。 3.本項主要實施氟	500	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 X 光片(費用另計)或照片(照片費用內含)並病歷記載,以為審核。 3.本項主要實施氟	500	3.規範相同處置內容,90內天不得重複申報,建議修訂為「同一院所申報本項後九十天內不得再申報 92072C、92051B、P30002 及 P7302C」。

修訂內容(健保署版本)			修訂內容(牙全會版本)			原內容			備註
	化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. ~~不得併報同一院所申報本項後九十天內不得再申報~~ 92072C、92051B、P30002及P7302C。			化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. ~~不得併報申報本項後九十天內不得再申報~~ 92072C、92051B、P30002及P7302C。			化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報 92072C、92051B、P30002 及 P7302C。		
本項未修訂			八、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			八、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			

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
	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) 參與牙醫不足改善方案之牙醫院所得提供本計畫服務，醫療費用點數申報格式及預算來源如下： 1.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	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) 參與牙醫不足改善方案之牙醫院所得提供本計畫服務，醫療費用點數申報格式及預算來源如下： 1.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	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
	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.巡迴計畫： (1) 巡迴點：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)	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.巡迴計畫： (1) 巡迴點：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
	「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	「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	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
	之加成。	之加成。	
九、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%。~~ <u>(1)提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 112 年牙醫就醫率(53.3%)。</u> <u>(2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。</u>	九、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%。~~ <u>(1)提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率(48.26%)。</u> <u>(2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。</u>	九、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%。	<u>本署意見：</u> 查108年就醫率為49%、112年就醫率為53.3%，建議調高目標值。

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
<u>評估指標之定義：</u> 分子：(當年執行 P7102C 的患著追蹤 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均牙齒填補顆數)——(當年執行 P7102C 的患著回溯 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均牙齒填補顆數) 分母：當年執行 P7102C 的患著回溯 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均牙齒填補顆數 公式：分子/分母*100% 牙齒填補申報醫令： 89004C、89005C、89011C、89012C、89014C	<u>評估指標之定義：</u> 分子：(當年執行 P7102C 的患著追蹤 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均牙齒填補顆數)——(當年執行 P7102C 的患著回溯 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均牙齒填補顆數) 分母：當年執行 P7102C 的患著回溯 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均牙齒填補顆數 公式：分子/分母*100% 牙齒填補申報醫令： 89004C 、 89005C 、 89011C、89012C、89014C		
本項未修訂	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，	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，	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
	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。	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。	
本項未修訂	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。	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。	

討論事項第七案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「114 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」，請討論案。

說明：

一、依據 15-5 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、修訂對照表詳附件。

三、修訂內容重點摘要如下：

- (一) 依據113年牙醫門診總額談判協商結果修改專款經費為323.8百萬元、一般服務預算為220百萬元。
- (二) 考量各地區偏鄉定義不同，重新建立升級地區(鄉鎮)的標準。
- (三) 修訂執業計畫之執行目標：盤點目前無牙醫鄉鎮數，若無牙醫診所進駐，安排巡迴醫療團的方式提供服務，並檢視巡迴鄉鎮的服務量能。
- (四) 明確訂定巡迴點醫療服務地點：以學校、衛生所(室)為主，社區(里民)活動中心、農漁會、教會、宮廟等視情況設立。社區醫療站醫療服務地點：以衛生所(室)、社區(里民)活動中心，或自行承租民宅設立之醫療站，並設有固定診療椅。
- (五) 執業計畫之巡迴醫療及巡迴計畫一般巡迴點，在符合牙醫特殊醫療服務計畫規定下，醫師可提供特定身心障礙者牙醫醫療服務。
- (六) 依據「高風險疾病口腔照護計畫」及「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」公告，本方案可執行此兩項專案計畫，並由該計畫支付費用。
- (七) 執業計畫保障額度修訂為一級地區：每月為30萬點、二級地區：每月為33萬點、三級地區：每月為41萬點。
- (八) 一級地區平日論次費用提升為2,100點。
- (九) 近年支付標準表診療項目點數調整，同步調整醫師服務量管控。執業計畫醫師每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過2.8萬點為原則。巡迴計畫醫師每位醫師每月平均每診次申請點數(含加成)以不超過3.3萬點為原則。

(十) 巡迴計畫施行地區新增嘉義縣中埔鄉「隆興村」、宜蘭縣礁溪鄉「玉田村」(一級地區)。

(十一)申請升級地區：

1. 1 級→2 級：宜蘭縣蘇澳鎮蓬萊國小、花蓮縣光復鄉、玉里鎮、台東縣大武鄉、關山鎮(電光里、月眉里、德高里)、成功鎮(信義里、忠孝里)。
2. 2 級→3 級：宜蘭縣大同鄉四季國小、南山國小、南澳鄉碧侯國小、澳花國小、南投縣仁愛鄉、信義鄉、嘉義縣竹崎鄉光華國小、中興國小、中和國小、屏東縣春日鄉古華國小士文分校、花蓮縣秀林鄉和平國小、瑞穗鄉奇美國小、台東縣海端鄉利稻分校、霧鹿國小、初來國小新武分校。
3. 3 級→4 級：嘉義縣阿里山鄉香林國小、十字國小、達邦國小、山美國小、來吉國小、阿里山國民中小學、來吉社區發展協會、樂野社區、高雄市那瑪夏區。

本署意見：

一、針對牙全會提案 114 年牙全會建議方案修正涉及經費增加之項目，評估說明如下：

(一)本方案 113 年預算為 310 百萬元，114 年預算除依計畫執行數及成長率，另有就提升執業計畫一級至三級地區每月保障額度及新增加一個一級地區執業計畫點增編 13.8 百萬元，114 年度預算為 323.8 百萬元(修訂意見，頁次討 7-7) 另牙全會建議修正巡迴計畫加成前醫療費用點數由一般服務預算項下移撥 220 百萬元(增加 20 百萬元)支應。

(二)涉本方案專款預算支應部分：

1. 提升一級至三級地區每月保障額度，一級由 22 萬點調升至

30 萬點、二級由 24 萬點調升至 33 萬點、三級由 30 萬點調升至 41 萬點，依據目前執業計畫院所數推算，若調升每月保障額度，全年約需增加 18.5 百萬點(修訂意見，頁次討 7-30)。

2. 調升執業計畫與巡迴醫療服務之巡迴醫療一級地區平日論次支付點數，從每小時 1800 點調升至 2100 點，依據 113 年 1-9 月申報資料推算，全年約需增加 6.15 百萬點(修訂意見，頁次討 7-34、討 7-41)。

3. 附件 2—巡迴計畫施行地區一覽表修訂施行地區：

(1)新增兩個一級地區嘉義縣中埔鄉「隆興村」與宜蘭縣礁溪鄉「玉田村」、部分地區申請升級以調升論次支付點數，推估全年論次費用約需增加 2.03 百萬點(修訂意見，頁次討 7-70、討 7-71)。

(2)本署北區業務組另建議苗栗縣泰安鄉象鼻村象鼻衛生室由 114 年恢復施行巡迴計畫，由二級改為三級地區，以該巡迴點 108 年申報資料推估，全年論次費用約需增加 1.04 百萬點(修訂意見，頁次討 7-73)。

(三)考量上開(二)、1 已於 114 年預算增編費用，以及(二)、3 係為實際反應巡迴點醫療可近性不足之變化(計增加 3.07 百萬點)，於 114 年預算額度內尚足以支應，爰同意參採該建議；惟(二)、2 調升一級地區論次每小時支付點數與假日相同，恐降低假日院所巡迴意願，並影響支付衡平性，且經評估恐超過 114 年預算，建議維持現行規定。

(四)由牙醫門診總額一般服務預算支應部分：

1. 執業計畫之巡迴醫療服務量管控：原規定每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為原則，超過不予支付，將上限調升為 2.8 萬點，以 113 年 1-9 月申報資料推估，修改本規定全年約需增加 3.70 百萬點(修訂意見，頁次討 7-37)。
2. 巡迴醫療服務量管控：原規定每位醫師每月平均每診次申請點數(含加成)以不超過 3 萬點為原則(排除三、四級地區)，超過不予支付，將上限調升為 3.3 萬點，以 113 年 1-9 月申報資料推估，修改本規定全年約需增加 8.25 百萬點(修訂意見，頁次討 7-45)。

(五)前述執業及巡迴計畫每位醫師每月平均每診次申請點數上限提高，預估全年約增加 12 百萬元，按牙全會建議修訂方案預算之一般服務預算支應加成前醫療費用增列 20 百萬尚足以支應，爰本署無意見，依牙全會建議提高預算經費。

二、針對牙全會提案討論涉及實務執行面作業調整，本署說明如下：

(一)施行地區：同意新增巡迴計畫施行地區申請升級之規定，列出五項評估指標，若符合其中三項條件，可申請升級(修訂意見，頁次討 7-9)。

(二)執行目標：執業計畫目標修改為盤點目前無牙醫鄉鎮數，若無牙醫診所進駐，則安排巡迴醫療團的方式提供服務，並檢視巡迴鄉鎮的服務量能(修訂意見，頁次討 7-10)：本項目標原係「併同 91 年度起共減少 37 個牙醫醫療資源不足地區」，建議牙全會提供具體可量化及比較之指標，俾利本方案後續檢視目標執行率與具體成效。

(三)執行內容及方式：

- 1.巡迴計畫新增可執行巡迴地點如學校、衛生所(室)等地點；社區醫療站醫療服務新增可執行巡迴地點如衛生所(室)、社區(里民)活動中心等地點(修訂意見，頁次討 7-19、討 7-21)。
- 2.除提供本計畫之牙醫服務外，得提供符合牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務。(修訂意見，頁次討 7-20)
- 3.依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫之更新，酌修可提供診療項目文字(修訂意見，頁次討 7-20、討 7-22)。

(四)醫療費用支付原則、申報及審查：依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫之更新，酌修可申報項目與不予計入服務量項目文字(修訂意見，頁次討 7-32、討 7-37、討 7-39、討 7-44、討 7-45)。

三、另本署綜整各分區業務組建議及評估說明如下：

(一)醫療團檢送「每月服務醫師、診療時段及地點」名單及「巡迴醫療時段、地點及服務醫師異動」資料，改以電子檔提供本署分區業務組，減省重複人力鍵置作業。如無法以電子檔傳送，應向所轄保險人分區業務組申請報備同意(修訂意見，頁次討 7-24、討 7-25)。

(二)考量巡迴醫療服務目的係提供偏鄉醫療可近性，爰新增規定，執業計畫院所執行巡迴地點，平地需距離執業院所 5 公里以上

(校園除外)，山地則無限制(修訂意見，頁次討 7-30)。

(三)新增規定，原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班課日，則為休診日，不須補診及報備(修訂意見，頁次討 7-31)。

(四)配合高風險疾病口腔照護計畫與特定疾病病人牙科就醫安全計畫新增申報本計畫之規範文字(修訂意見，頁次討 7-54、討 7-56、討 7-57、討 7-59)。

(五)附件 9—巡迴醫療服務之標示製作作業說明：預算來源原由 113 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應，改為由 114 年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應(修訂意見，頁次討 7-72)。

決 議：

114 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案修訂意見

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
一、依據： 同 113 年度條文。	一、依據： 同 113 年度條文。	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： 同 113 年度條文。	二、目的： 同 113 年度條文。	二、目的： 鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區及山地離島執業及提供巡迴醫療服務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有效、積極、安全的醫療體系，期使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。	
三、實施期間： 11 <u>34</u> 年 1 月 1 日至 11 <u>34</u> 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 11 <u>34</u> 年 1 月 1 日至 11 <u>34</u> 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日止。	修改年度
四、預算來源： (一)11 <u>34</u> 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 <u>310323.8</u> 百萬元。 (二)有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由該總額一般服務預算項下移撥項下移撥 <u>200220</u> 百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；	四、預算來源： (一)11 <u>34</u> 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 <u>310323.8</u> 百萬元。 (二)有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由該總額一般服務預算項下移撥 <u>200220</u> 百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至	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「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 310 百萬元。 (二)有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由該總額一般服務預算項下移撥 200 百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預	修改年度 依據 114 年度協商結果，專款項目下支應全年經費為 323.8 百萬。 依據 15-8 牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議，一般服務支應 220 百萬元。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。	下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。	算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。	
五、施行地區： (一)施行地區之分級： 本方案施行地區分四級執行，以計算承作方案之費用。各牙醫醫療資源不足地區係由當地衛生主管機關會同各縣市牙醫師公會評估後，提供全民健康保險保險人(以下稱保險人)作為施行地區分級參考。 1. 一級：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區，或山地地區但交通尚屬方便之牙醫醫療資源不足地區。 2. 二級：指山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。 3. 三級：指特殊困難地區(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。 4. 四級： (1)指極端特殊困難地區(以各縣市三級地區為基準計算，需額外一小時以上車程的地區，僅適用執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫)。 (2)四級地區係指新竹縣尖石鄉「司馬庫斯」、「玉峰村」及「秀巒村」；嘉義縣阿里山鄉「豐山村」、「新美村」	五、施行地區： (一)施行地區之分級： 本方案施行地區分四級執行，以計算承作方案之費用。各牙醫醫療資源不足地區係由當地衛生主管機關會同各縣市牙醫師公會評估後，提供全民健康保險保險人(以下稱保險人)作為施行地區分級參考。 1. 一級：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區，或山地地區但交通尚屬方便之牙醫醫療資源不足地區。 2. 二級：指山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。 3. 三級：指特殊困難地區(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。 4. 四級： (1)指極端特殊困難地區(以各縣市三級地區為基準計算，需額外一小時以上車程的地區，僅適用執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫)。 (2)四級地區係指新竹縣尖石鄉「司馬庫斯」、「玉峰村」及「秀巒村」；嘉義縣阿里山鄉「豐山村」、「新美	五、施行地區： (一)施行地區之分級： 本方案施行地區分四級執行，以計算承作方案之費用。各牙醫醫療資源不足地區係由當地衛生主管機關會同各縣市牙醫師公會評估後，提供全民健康保險保險人(以下稱保險人)作為施行地區分級參考。 1. 一級：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區，或山地地區但交通尚屬方便之牙醫醫療資源不足地區。 2. 二級：指山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。 3. 三級：指特殊困難地區(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。 4. 四級： (1)指極端特殊困難地區(以各縣市三級地區為基準計算，需額外一小時以上車程的地區，僅適用執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫)。 (2)四級地區係指新竹縣尖石鄉「司馬庫斯」、「玉峰村」及「秀巒村」；嘉義縣阿里山鄉「豐山村」、「新美	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
及「茶山村」；高雄市桃源區「拉芙蘭里」；澎湖縣白沙鄉「吉貝嶼」及望安鄉「花嶼村」。 註：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(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難者)，並經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)評估後送所轄保險人分區業務組核定。 (二)執業計畫施行地區：以「無牙醫鄉」為優先(詳附件 1)；若執業醫師退出計畫，則開放該鄉鎮(區)執業服務申請。 (三)巡迴計畫施行地區(詳附件 2)。	村」及「茶山村」；高雄市桃源區「拉芙蘭里」；澎湖縣白沙鄉「吉貝嶼」及望安鄉「花嶼村」。 註 1：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(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難者)，並經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)評估後送所轄保險人分區業務組核定。 <u>註 2：欲申請升級的地區(鄉鎮)，須符合下列五項條件中之三項，或經審查分會與分區業務組討論同意升級地區，並由各醫療團正式來函提出申請，必須提供具體理由且檢附相關證明(照片)，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)評估，統一於年底彙整後修訂方案內容，提案至全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議，通過後依據公告實施。</u> <u>A. 距離各縣市政府位置超過 100 公里，或車程超過一小時。</u> <u>B. 海拔超(越)過 400 公尺</u> <u>C. 非國道、省道可到達，須行駛鄉道、產業道路或搭乘船與飛機。</u> <u>D. 交通易受落石、風災、地震、</u>	村」及「茶山村」；高雄市桃源區「拉芙蘭里」；澎湖縣白沙鄉「吉貝嶼」及望安鄉「花嶼村」。 註：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(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難者)，並經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)評估後送所轄保險人分區業務組核定。 (二)執業計畫施行地區：以「無牙醫鄉」為優先(詳附件 1)；若執業醫師退出計畫，則開放該鄉鎮(區)執業服務申請。 (三)巡迴計畫施行地區(詳附件 2)。	(牙醫全聯會建議) 有些鄉鎮腹地廣大，雖為同一個行政區，但實際走完整個鄉鎮需耗費多時，又因地緣因素分為前山、後山等狀況。 考量各地區狀況不同，列出五項評估指標(距離、海拔、交通狀況、天然災害…等)，若符合其中三項條件，可申請升級，經評估後統一於年底盤點後提報修訂方案內容。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
	<u>天候影響者。</u> <u>E. 原住民族地區</u> (二)執業計畫施行地區：以「無牙醫鄉」為優先(詳附件 1)；若執業醫師退出計畫，則開放該鄉鎮(區)執業服務申請。 (三)巡迴計畫施行地區(詳附件 2)。		
六、執行目標： (一)執業計畫： 1. 併同 91 年度起共減少 37 個牙醫醫療資源不足地區。 2. 服務總天數達成 6,000 天、總服務人次達成 50,000 人次。 (二)巡迴計畫： 1. 本年度至少組成 19 個醫療團。 2. 本年度至少設立 23 個社區醫療站。 3. 服務總天數達成 10,500 天、總服務人次達成 111,000 人次。	六、執行目標： (一)執業計畫： 1. ~~併同 91 年度起共減少 37 個牙醫醫療資源不足地區。~~<u>盤點目前無牙醫鄉鎮數，若無牙醫診所進駐，安排巡迴醫療團的方式提供服務，並檢視巡迴鄉鎮的服務量能。</u> 2. 服務總天數達成 6,000 天、總服務人次達成 50,000 人次。 (二)巡迴計畫： 1. 本年度至少組成 19 個醫療團。 2. 本年度至少設立 23 個社區醫療站。 3. 服務總天數達成 10,500 天、總服務人次達成 111,000 人次。	六、執行目標： (一)執業計畫： 1. 併同 91 年度起共減少 37 個牙醫醫療資源不足地區。 2. 服務總天數達成 6,000 天、總服務人次達成 50,000 人次。 (二)巡迴計畫： 1. 本年度至少組成 19 個醫療團。 2. 本年度至少設立 23 個社區醫療站。 3. 服務總天數達成 10,500 天、總服務人次達成 111,000 人次。	(牙醫全聯會建議)修訂執業計畫目標。(本署建議)建議牙全會提供具體可量化及比較之指標，俾利本方案後續檢視目標執行率與具體成效。
七、執行內容及方式： (一)執業計畫： 執行內容須包含下列二類，總服務時數每週不得少於 30 小時：	七、執行內容及方式： (一)執業計畫： 執行內容須包含下列二類，總服務時數每週不得少於 30 小時：	七、執行內容及方式： (一)執業計畫： 執行內容須包含下列二類，總服務時數每週不得少於 30 小時：	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
1. 執業地點門診服務(分三級「牙醫醫療資源不足地區」執行並保障其承作本計畫之費用)： (1)門診服務天數、時數： 保險醫事服務機構於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務(以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。 (2)門診時段： ①依保險醫事服務機構申請計畫書所列之時間表為依據。 ②門診時段若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診。 ③門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)、執業醫師休診單(附件 3-2)於異動或	1. 執業地點門診服務(分三級「牙醫醫療資源不足地區」執行並保障其承作本計畫之費用)： (1)門診服務天數、時數： 保險醫事服務機構於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務(以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。 (2)門診時段： ①依保險醫事服務機構申請計畫書所列之時間表為依據。 ②門診時段若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診。 ③門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)、執業醫師休診單(附件 3-2)於異動或	1. 執業地點門診服務(分三級「牙醫醫療資源不足地區」執行並保障其承作本計畫之費用)： (1)門診服務天數、時數： 保險醫事服務機構於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務(以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。 (2)門診時段： ①依保險醫事服務機構申請計畫書所列之時間表為依據。 ②門診時段若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診。 ③門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)、執業醫師休診單(附件 3-2)於異動或休診前月 15 日之前送牙醫	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
休診前月 15 日之前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。另，因故休診者，應於當月完成補班(跨月休診則個別於當月完成補班)，且補班天數及時數應和休診天數及時數相同。 ④當月未達原訂工作天數或診察時數者，依實際工作天數與原訂工作天數之比例或實際診察時數與原訂診察時數之比例，由保險人分區業務組依實際情況衡酌核減醫療費用，惟有不可抗力之事由者(如醫師傷病、天災或其他特殊情形等)，須經保險人分區業務組專案核定。 (3)支援規定： ①執行本計畫之保險醫事服務機構負責	休診前月 15 日之前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。另，因故休診者，應於當月完成補班(跨月休診則個別於當月完成補班)，且補班天數及時數應和休診天數及時數相同。 ④當月未達原訂工作天數或診察時數者，依實際工作天數與原訂工作天數之比例或實際診察時數與原訂診察時數之比例，由保險人分區業務組依實際情況衡酌核減醫療費用，惟有不可抗力之事由者(如醫師傷病、天災或其他特殊情形等)，須經保險人分區業務組專案核定。 (3)支援規定： ①執行本計畫之保險醫事服務機構負責	全聯會及所轄保險人分區業務組備查。另，因故休診者，應於當月完成補班(跨月休診則個別於當月完成補班)，且補班天數及時數應和休診天數及時數相同。 ④當月未達原訂工作天數或診察時數者，依實際工作天數與原訂工作天數之比例或實際診察時數與原訂診察時數之比例，由保險人分區業務組依實際情況衡酌核減醫療費用，惟有不可抗力之事由者(如醫師傷病、天災或其他特殊情形等)，須經保險人分區業務組專案核定。 (3)支援規定： ①執行本計畫之保險醫事服務機構負責醫師不得支援其他醫事服務機構，惟符合下列條件者除外：	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
醫師不得支援其他醫事服務機構，惟符合下列條件者除外： 本計畫保險醫事服務機構之負責醫師，且具衛生福利部認定之專科醫師資格者，得於缺乏該專科人力之地區支援其他醫事服務機構，惟須向牙醫全聯會提出申請，並由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定後，自保險人分區業務組核定日起於執業門診時段外得開始支援。 ②支援醫師加入診察，執行本計畫之保險醫事服務機構均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於7日前以書面函知牙醫全聯會，並由牙醫全聯會將相關資料函轉保險人分區	醫師不得支援其他醫事服務機構，惟符合下列條件者除外： 本計畫保險醫事服務機構之負責醫師，且具衛生福利部認定之專科醫師資格者，得於缺乏該專科人力之地區支援其他醫事服務機構，惟須向牙醫全聯會提出申請，並由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定後，自保險人分區業務組核定日起於執業門診時段外得開始支援。 ②支援醫師加入診察，執行本計畫之保險醫事服務機構均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於7日前以書面函知牙醫全聯會，並由牙醫全聯會將相關資料函轉保險人分區	本計畫保險醫事服務機構之負責醫師，且具衛生福利部認定之專科醫師資格者，得於缺乏該專科人力之地區支援其他醫事服務機構，惟須向牙醫全聯會提出申請，並由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定後，自保險人分區業務組核定日起於執業門診時段外得開始支援。 ②支援醫師加入診察，執行本計畫之保險醫事服務機構均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於7日前以書面函知牙醫全聯會，並由牙醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查(含支援及被支援醫事服務機構所屬之保險人分區業務組)。該保險醫事服務機構所	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
業務組備查(含支援及被支援醫事服務機構所屬之保險人分區業務組)。該保險醫事服務機構所有支援醫師合計其門診時數(含巡迴醫療服務)不得超過該保險醫事服務機構總牙醫門診時數的三分之一。 ③若因特殊情況須由支援醫師代理負責醫師時，應依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備，並向牙醫全聯會提出申請，由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。該支援醫師仍受門診時數不得超過該保險醫事服務機構牙醫總門診時數三分之一的限制，惟負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數可全數由支援醫師代理。	業務組備查(含支援及被支援醫事服務機構所屬之保險人分區業務組)。該保險醫事服務機構所有支援醫師合計其門診時數(含巡迴醫療服務)不得超過該保險醫事服務機構總牙醫門診時數的三分之一。 ③若因特殊情況須由支援醫師代理負責醫師時，應依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備，並向牙醫全聯會提出申請，由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。該支援醫師仍受門診時數不得超過該保險醫事服務機構牙醫總門診時數三分之一的限制，惟負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務	有支援醫師合計其門診時數(含巡迴醫療服務)不得超過該保險醫事服務機構總牙醫門診時數的三分之一。 ③若因特殊情況須由支援醫師代理負責醫師時，應依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備，並向牙醫全聯會提出申請，由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。該支援醫師仍受門診時數不得超過該保險醫事服務機構牙醫總門診時數三分之一的限制，惟負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數可全數由支援醫師代理。	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
	組專案核定者，其請假期間之門診服務時數可全數由支援醫師代理。		
2. 牙醫巡迴醫療服務： (1)服務次數： ①除寒暑假外，執行本計畫之保險醫事服務機構每月至少提供 2 次牙醫巡迴醫療服務(此 2 次不包含口腔衛生推廣服務)，惟如屬「社區」之巡迴點者，寒暑假期間仍應持續提供本項服務。 ②經查每月執行少於 2 次或未於巡迴點執行者，除不得申請該月巡迴醫療費用外，並列入下年度得否繼續參與本計畫之評估條件，若有特殊情況經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定者不在此限。 ③若將病患自巡迴點	2. 牙醫巡迴醫療服務： (1)服務次數： ①除寒暑假外，執行本計畫之保險醫事服務機構每月至少提供 2 次牙醫巡迴醫療服務(此 2 次不包含口腔衛生推廣服務)，惟如屬「社區」之巡迴點者，寒暑假期間仍應持續提供本項服務。 ②經查每月執行少於 2 次或未於巡迴點執行者，除不得申請該月巡迴醫療費用外，並列入下年度得否繼續參與本計畫之評估條件，若有特殊情況經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定者不在此限。 ③若將病患自巡迴點	2. 牙醫巡迴醫療服務： (1)服務次數： ①除寒暑假外，執行本計畫之保險醫事服務機構每月至少提供 2 次牙醫巡迴醫療服務(此 2 次不包含口腔衛生推廣服務)，惟如屬「社區」之巡迴點者，寒暑假期間仍應持續提供本項服務。 ②經查每月執行少於 2 次或未於巡迴點執行者，除不得申請該月巡迴醫療費用外，並列入下年度得否繼續參與本計畫之評估條件，若有特殊情況經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定者不在此限。 ③若將病患自巡迴點帶回診所看診者，該次	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
帶回診所看診者，該次服務不得申請論次支付點數，且不列入每月至少 2 次巡迴醫療之次數計算。 (2)服務項目： ①一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔。 ②口腔衛生推廣服務：每家保險醫事服務機構每月至多申報 3 小時 A. 正確刷牙及牙線使用指導。 B. 含氟漱口使用指導。 C. 家戶訪視及口腔疾病和口腔衛生檢查。 D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動。 E. 口腔衛生及疾病防治說明會。	帶回診所看診者，該次服務不得申請論次支付點數，且不列入每月至少 2 次巡迴醫療之次數計算。 (2)服務項目： ①一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔。 ②口腔衛生推廣服務：每家保險醫事服務機構每月至多申報 3 小時 A. 正確刷牙及牙線使用指導。 B. 含氟漱口使用指導。 C. 家戶訪視及口腔疾病和口腔衛生檢查。 D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動。 E. 口腔衛生及疾病防治說明會。	服務不得申請論次支付點數，且不列入每月至少 2 次巡迴醫療之次數計算。 (2)服務項目： ①一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔。 ②口腔衛生推廣服務：每家保險醫事服務機構每月至多申報 3 小時 A. 正確刷牙及牙線使用指導。 B. 含氟漱口使用指導。 C. 家戶訪視及口腔疾病和口腔衛生檢查。 D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動。 E. 口腔衛生及疾病防治說明會。	
(3)服務時段： ①巡迴醫療服務應於保險醫事服務機構報備門診服務之時	(3)服務時段： ①巡迴醫療服務應於保險醫事服務機構報備門診服務之時	(3)服務時段： ①巡迴醫療服務應於保險醫事服務機構報備門診服務之時段以外	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
段以外執行，支援醫師支援前開保險醫事服務機構執行本項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並將該醫師姓名列入支援時段表。但支援醫師不得申報論次支付點數。 ②執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務，該保險醫事服務機構應於前月 15 日前，填寫月申請表(附件 3-3)及執業計畫巡迴點統計表(附件 3-4)並註明門診服務時段和本項服務巡迴地點及時段，以書面函送牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送所	段以外執行，支援醫師支援前開保險醫事服務機構執行本項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並將該醫師姓名列入支援時段表。但支援醫師不得申報論次支付點數。 ②執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務，該保險醫事服務機構應於前月 15 日前，填寫月申請表(附件 3-3)及執業計畫巡迴點統計表(附件 3-4)並註明門診服務時段和本項服務巡迴地點及時段，以書面函送牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送所	執行，支援醫師支援前開保險醫事服務機構執行本項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並將該醫師姓名列入支援時段表。但支援醫師不得申報論次支付點數。 ②執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務，該保險醫事服務機構應於前月 15 日前，填寫月申請表(附件 3-3)及執業計畫巡迴點統計表(附件 3-4)並註明門診服務時段和本項服務巡迴地點及時段，以書面函送牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送所轄保險人分區業務組核定後執行。申請案經	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
轄保險人分區業務組核定後執行。申請案經保險人分區業務組核定為不同意者，保險醫事服務機構得於核定通知到達之日起 30 日內，檢附完整相關資料向所轄保險人分區業務組申請複審，並以一次為限。 ③巡迴時段有異動應填寫門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)與臨時申請表(附件 3-5)，以書面函送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。 ④牙醫全聯會須於前月月底，以電子檔為原則，傳送本執業計畫各診所當月之「巡迴點」資料(執業診所、鄉鎮區、級數、巡迴點及其地址、巡迴時段…等)予保險人登錄，以利執業診所申報巡迴醫療服務論次支付點數。	轄保險人分區業務組核定後執行。申請案經保險人分區業務組核定為不同意者，保險醫事服務機構得於核定通知到達之日起 30 日內，檢附完整相關資料向所轄保險人分區業務組申請複審，並以一次為限。 ③巡迴時段有異動應填寫門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)與臨時申請表(附件 3-5)，以書面函送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。 ④牙醫全聯會須於前月月底，以電子檔為原則，傳送本執業計畫各診所當月之「巡迴點」資料(執業診所、鄉鎮區、級數、巡迴點及其地址、巡迴時段…等)予保險人登錄，以利執業診所申報巡迴醫療服	保險人分區業務組核定為不同意者，保險醫事服務機構得於核定通知到達之日起 30 日內，檢附完整相關資料向所轄保險人分區業務組申請複審，並以一次為限。 ③巡迴時段有異動應填寫門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)與臨時申請表(附件 3-5)，以書面函送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。 ④牙醫全聯會須於前月月底，以電子檔為原則，傳送本執業計畫各診所當月之「巡迴點」資料(執業診所、鄉鎮區、級數、巡迴點及其地址、巡迴時段…等)予保險人登錄，以利執業診所申報巡迴醫療服務論次支付點數。	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
	務論次支付點數。		
(二)巡迴計畫： 1. 執行方式有二類： (1)巡迴點醫療服務： ①對象：本計畫施行地區(詳附件 2)之國小及國中學童、教職員及當地民眾。 ②服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 10-3)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： A. 符合「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	(二)巡迴計畫： 1. 執行方式有二類： (1)巡迴點醫療服務： ①對象：本計畫施行地區(詳附件 2)之國小及國中學童、教職員及當地民眾。 <u>②地點：以學校、衛生所(室)為主，社區(里民)活動中心、農漁會、教會、宮廟等視情況設立。</u> ~~②~~③服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 10-3)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 ~~③~~④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： <u>A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服</u>	(二)巡迴計畫： 1. 執行方式有二類： (1)巡迴點醫療服務： ①對象：本計畫施行地區(詳附件 2)之國小及國中學童、教職員及當地民眾。 ②服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 10-3)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升	(牙醫全聯會建議) 本方案宗旨為服務偏鄉民眾，以達到均衡牙醫醫療資源。主要設立於學校及可開放式的地點進行巡迴醫療。 (牙醫全聯會建議) 有些社區醫療站更改為一般巡迴點，仍設有相關設備(固定式診療台、X 光機…等)，在符合相關規定下，可提供特殊醫療的看診服務。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
試辦計畫」(以下稱 12-18 歲計畫)之收案對象牙醫醫療服務。	<u>務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該巡迴點應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。</u> B. 符合「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」(以下稱 12-18 歲計畫)之收案對象牙醫醫療服務。	照護試辦計畫」(以下稱 12-18 歲計畫)之收案對象牙醫醫療服務。	
B. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項	C. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準) <u>「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「特定疾病病人牙科就醫安</u>	B. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)服務。	1. 依據「高風險疾病口腔照護計畫」公告內容，更新條文。 2. 新增「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
目(91090C)服務。	<u>全計畫」診療項目(P3601C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)服務。</u> <u>「高風險疾病口腔照護計畫」診療項目(91090C、P7302C、89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)</u>		
(2)社區醫療站醫療服務： ①由醫療團成員輪流排班，以維持每週3至6天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 ②如為必要設置社區醫療站之地區，因其居民人數少故須減少排	(2)社區醫療站醫療服務： ①由醫療團成員輪流排班，以維持每週3至6天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 <u>②地點：以衛生所(室)、社區(里民)活動中心，或自行承租民宅設立之醫療站，並設有固定診療椅。</u> <u>③④</u>如為必要設置社區醫療站之地區，因其	(2)社區醫療站醫療服務： ①由醫療團成員輪流排班，以維持每週3至6天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 ②如為必要設置社區醫療站之地區，因其居民人數少故須減少排班	(牙醫全聯會建議) 現行社區醫療站設立於衛生所、活動中心或承租的民宅，並設有固定診療椅及相關設備。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
班天數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。 ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該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。 B. 符合「12-18 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務。 C. 支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清	居民人數少故須減少排班天數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。 ④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該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。 B. 符合「12-18 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務。 C. 支付標準「~~高齲齒率患者氟化物治療~~診療項目(P7301C)」、「~~齲齒經驗之高風險患者氟化物治療~~診療項目(P7302C)」、「~~超音波根管沖洗~~診療項目(P7303C)」、「~~特定疾病病人~~	天數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。 ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該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。 B. 符合「12-18 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務。 C. 支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)服務。	(牙醫全聯會建議) 1. 依據「高風險疾病口腔照護計畫」公告內容，更新條文。 2. 新增「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
除－全口」診療項目(91090C)服務。 ④於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方式及診療期間。 (3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。	<u>牙科就醫安全計畫」診療項目(P3601C)及「高風險疾病患者牙結石清除－全口」診療項目(91090C)服務。</u><u>「高風險疾病口腔照護計畫」診療項目(91090C、P7302C、89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)</u> ⑤④於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方式及診療期間。 (3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。	④於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方式及診療期間。 (3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。	
2. 巡迴醫療服務之醫師、時段及地點名單： (1)巡迴醫療團應依計畫申請書所列之醫師名單及巡迴地點進行巡迴服務；巡迴點及社區醫療站醫	2. 巡迴醫療服務之醫師、時段及地點名單： (1)巡迴醫療團應依計畫申請書所列之醫師名單及巡迴地點進行巡迴服務；巡迴點及社區醫療站醫	2. 巡迴醫療服務之醫師、時段及地點名單： (1)巡迴醫療團應依計畫申請書所列之醫師名單及巡迴地點進行巡迴服務；巡迴點及社區醫療站醫療服務	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
療服務之巡迴天數、時段、地點，依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據。 (2)如有變更或增減牙醫師名單及巡迴地點，應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於當月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。 (3)每月服務醫師、診療時段及地點，應由醫療團於前月 20 日前，以書面函送至當地衛生主管機關(書面函送)、所轄保險人分區業務組(以電子檔傳送)、牙醫全聯會(以電子檔為原則傳送)、巡迴點及服務醫師，並委請衛生所(室)、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務，則不予支付當次論次支付點數。 (4)巡迴醫療時段、地點及服務醫師若有異動(包含新	療服務之巡迴天數、時段、地點，依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據。 (2)如有變更或增減牙醫師名單及巡迴地點，應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於當月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。 (3)每月服務醫師、診療時段及地點，應由醫療團於前月 20 日前，以書面函送至當地衛生主管機關、所轄保險人分區業務組、牙醫全聯會(以電子檔為原則傳送)、巡迴點及服務醫師，並委請衛生所(室)、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務，則不予支付當次論次支付點數。 (4)巡迴醫療時段、地點及服務醫師若有異動(包含新增及取消)，應由巡迴醫	之巡迴天數、時段、地點，依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據。 (2)如有變更或增減牙醫師名單及巡迴地點，應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於當月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。 (3)每月服務醫師、診療時段及地點，應由醫療團於前月 20 日前，以書面函送至當地衛生主管機關、所轄保險人分區業務組、牙醫全聯會(以電子檔為原則傳送)、巡迴點及服務醫師，並委請衛生所(室)、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務，則不予支付當次論次支付點數。 (4)巡迴醫療時段、地點及服務醫師若有異動(包含新增及取消)，應由巡迴醫療團所屬公會填寫其異動表(附件 3-6)，並於次月 15	備註 (本署建議) 1. 目前部分公會仍以書面異動表送備查，為能即時更新資料，業務組需另外人工建置更新，實為耗時費力。公會既能以繕打表格申請備查，顯已有電子檔存檔，爰建議以電子檔傳送，減省重複人力建置作業。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
增及取消)，應由巡迴醫療團所屬公會填寫其異動表(附件 3-6)，並於次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查(以電子檔傳送)，如未依期限送件，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。 3. 上述(3)(4)如無法以電子檔傳送，應向所轄保險人分區業務組申請報備同意。 4. 保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫及中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。	療團所屬公會填寫其異動表(附件 3-6)，並於次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查，如未依期限送件，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。 3. 保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫及中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。	日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查，如未依期限送件，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。 3. 保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫及中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。	2. 增加如無法以電子檔傳送應報備同意之條文規定，以利公會行政作業。
八、申請條件、文件及程序： (一)申請條件： 1. 通則：申請參與本方案之保險醫事服務機構及醫師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第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經	八、申請條件、文件及程序： (一)申請條件： 1. 通則：申請參與本方案之保險醫事服務機構及醫師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第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經	八、申請條件、文件及程序： (一)申請條件： 1. 通則：申請參與本方案之保險醫事服務機構及醫師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第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定,以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 2. 執業計畫: (1)申請本計畫之執業醫師,應為牙醫全聯會會員,且曾於全民健康保險醫事服務機構執業達二年(含)以上。 (2)申請本計畫之執業醫師有下列情事之一者,五年內不得再申請加入(前述期間之認定,以下列情事發生事實日起算): ①曾經因本計畫考核列入輔導,複核後仍未達標準而停止執行本計畫者。 ②曾於不同鄉鎮(區)申請參與本計畫,累計兩次計畫執行未滿三年者。 (3)經牙醫全聯會及保險人分區業務組查證有醫療模式異常紀錄且報經牙	保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定,以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 2. 執業計畫: (1)申請本計畫之執業醫師,應為牙醫全聯會會員,且曾於全民健康保險醫事服務機構執業達二年(含)以上。 (2)申請本計畫之執業醫師有下列情事之一者,五年內不得再申請加入(前述期間之認定,以下列情事發生事實日起算): ①曾經因本計畫考核列入輔導,複核後仍未達標準而停止執行本計畫者。 ②曾於不同鄉鎮(區)申請參與本計畫,累計兩次計畫執行未滿三年者。 (3)經牙醫全聯會及保險人分區業務組查證有醫療模式異常紀錄且報經牙	人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定,以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 2. 執業計畫: (1)申請本計畫之執業醫師,應為牙醫全聯會會員,且曾於全民健康保險醫事服務機構執業達二年(含)以上。 (2)申請本計畫之執業醫師有下列情事之一者,五年內不得再申請加入(前述期間之認定,以下列情事發生事實日起算): ①曾經因本計畫考核列入輔導,複核後仍未達標準而停止執行本計畫者。 ②曾於不同鄉鎮(區)申請參與本計畫,累計兩次計畫執行未滿三年者。 (3)經牙醫全聯會及保險人分區業務組查證有醫療模式異常紀錄且報經牙醫全聯會及保險人審核不予通過	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
醫全聯會及保險人審核不予通過者，不得加入。 (4)於本計畫執行期間，已有保險醫事服務機構延續或牙醫師新申請辦理本計畫之鄉鎮(區)，不再受理其他牙醫師申辦本計畫，另屬延續辦理本計畫者，無須重新提出申請。 3. 巡迴計畫： (1)醫療團：由各縣市牙醫師公會、牙醫全聯會所屬牙醫門診醫療服務審查執行會之各分區分會、教學醫院所組成；醫療團規模大小，由當地牙醫師公會規劃、協調。 (2)醫療團成員：參與成員應為牙醫全聯會會員，且曾於本保險醫事服務機構執業達一年(含)以上。	醫全聯會及保險人審核不予通過者，不得加入。 (4)於本計畫執行期間，已有保險醫事服務機構延續或牙醫師新申請辦理本計畫之鄉鎮(區)，不再受理其他牙醫師申辦本計畫，另屬延續辦理本計畫者，無須重新提出申請。 3. 巡迴計畫： (1)醫療團：由各縣市牙醫師公會、牙醫全聯會所屬牙醫門診醫療服務審查執行會之各分區分會、教學醫院所組成；醫療團規模大小，由當地牙醫師公會規劃、協調。 (2)醫療團成員：參與成員應為牙醫全聯會會員，且曾於本保險醫事服務機構執業達一年(含)以上。	者，不得加入。 (4)於本計畫執行期間，已有保險醫事服務機構延續或牙醫師新申請辦理本計畫之鄉鎮(區)，不再受理其他牙醫師申辦本計畫，另屬延續辦理本計畫者，無須重新提出申請。 3. 巡迴計畫： (1)醫療團：由各縣市牙醫師公會、牙醫全聯會所屬牙醫門診醫療服務審查執行會之各分區分會、教學醫院所組成；醫療團規模大小，由當地牙醫師公會規劃、協調。 (2)醫療團成員：參與成員應為牙醫全聯會會員，且曾於本保險醫事服務機構執業達一年(含)以上。	
(二)申請須檢附之相關文件： 1. 執業計畫： 自本方案公告日起，符合申請條件之牙醫師應檢送申請書(附件 4-1)、計畫書書面資料(附件 4-2)、申請之	(二)申請須檢附之相關文件： 1. 執業計畫： 自本方案公告日起，符合申請條件之牙醫師應檢送申請書(附件 4-1)、計畫書書面資料(附件 4-2)、申請之	(二)申請須檢附之相關文件： 1. 執業計畫： 自本方案公告日起，符合申請條件之牙醫師應檢送申請書(附件 4-1)、計畫書書面資料(附件 4-2)、申請之醫療資源	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
醫療資源不足地區鄉鎮(區)公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。 2. 巡迴計畫： 自本方案公告日起，首次申請參與本計畫之醫療團或已核定之醫療團，應將申請參與醫療團之醫師及巡迴地點名單，與申請書、計畫書書面資料(格式及內容如附件 4-3、4-4)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔為原則傳送備查。	醫療資源不足地區鄉鎮(區)公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。 2. 巡迴計畫： 自本方案公告日起，首次申請參與本計畫之醫療團或已核定之醫療團，應將申請參與醫療團之醫師及巡迴地點名單，與申請書、計畫書書面資料(格式及內容如附件 4-3、4-4)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔為原則傳送備查。	不足地區鄉鎮(區)公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。 2. 巡迴計畫： 自本方案公告日起，首次申請參與本計畫之醫療團或已核定之醫療團，應將申請參與醫療團之醫師及巡迴地點名單，與申請書、計畫書書面資料(格式及內容如附件 4-3、4-4)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔為原則傳送備查。	
(三)申請程序： 1. 通則： (1)牙醫全聯會自本方案公告日起，即受理牙醫師申請執業計畫、巡迴醫療團申請巡迴計畫；於受理申請後 45 個工作日內(以郵戳為憑)依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點(詳附件 5)完成資料評估，並於評估完成後 10 個工作日內函報所轄保險人分	(三)申請程序： 1. 通則： (1)牙醫全聯會自本方案公告日起，即受理牙醫師申請執業計畫、巡迴醫療團申請巡迴計畫；於受理申請後 45 個工作日內(以郵戳為憑)依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點(詳附件 5)完成資料評估，並於評估完成後 10 個工作日內函報所轄保險人分	(三)申請程序： 1. 通則： (1)牙醫全聯會自本方案公告日起，即受理牙醫師申請執業計畫、巡迴醫療團申請巡迴計畫；於受理申請後 45 個工作日內(以郵戳為憑)依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點(詳附件 5)完成資料評估，並於評估完成後 10 個工作日內函報所轄保險人分區業務組評估	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
區業務組評估結果。 (2)保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，10 個工作日內函復執業計畫申請人及巡迴醫療團核定結果。 2. 執業計畫： 收到保險人分區業務組核定函者，應依醫師法相關規定辦理執業登記，並於該核定函發文日起 30 個工作日內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。超過 30 個工作日未完成簽約事宜者，得另重新提出申請及審核。 3. 巡迴計畫： 經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行巡迴醫療服務。	區業務組評估結果。 (2)保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，10 個工作日內函復執業計畫申請人及巡迴醫療團核定結果。 2. 執業計畫： 收到保險人分區業務組核定函者，應依醫師法相關規定辦理執業登記，並於該核定函發文日起 30 個工作日內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。超過 30 個工作日未完成簽約事宜者，得另重新提出申請及審核。 3. 巡迴計畫： 經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行巡迴醫療服務。	結果。 (2)保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，10 個工作日內函復執業計畫申請人及巡迴醫療團核定結果。 2. 執業計畫： 收到保險人分區業務組核定函者，應依醫師法相關規定辦理執業登記，並於該核定函發文日起 30 個工作日內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。超過 30 個工作日未完成簽約事宜者，得另重新提出申請及審核。 3. 巡迴計畫： 經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行巡迴醫療服務。	
九、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1. 執業計畫： (1)執業地點門診服務： ①每月保障額度已包含基本承作費用、定額變動費用及風險分擔	九、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1. 執業計畫： (1)執業地點門診服務： ①每月保障額度已包含基本承作費用、定額變動費用及風險分擔	九、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1. 執業計畫： (1)執業地點門診服務： ①每月保障額度已包含基本承作費用、定額變動費用及風險分擔醫	(牙醫全聯會建議) 鼓勵牙醫師至無牙醫鄉執業，提高保障額度。 (本署建議) 依據目前執業計畫院所數推算，若調升每

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
醫療費用，依施行地區分級設定如下： A. 一級地區：每月為 22 萬點。 B. 二級地區：每月為 24 萬點。 C. 三級地區：每月為 30 萬點。 前開每月保障額度點數之支付須扣除「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」(以下稱矯正機關醫療服務計畫)案件醫療費用(含加成)。 ②執業計畫院所執行巡迴地點平地需距離執業院所 5 公里以上(校園除外)，山地則無限制。	醫療費用，依施行地區分級設定如下： A. 一級地區：每月為 <u>2230</u> 萬點。 B. 二級地區：每月為 <u>2433</u> 萬點。 C. 三級地區：每月為 <u>3041</u> 萬點。 前開每月保障額度點數之支付須扣除「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」(以下稱矯正機關醫療服務計畫)案件醫療費用(含加成)。	療費用，依施行地區分級設定如下： A. 一級地區：每月為 22 萬點。 B. 二級地區：每月為 24 萬點。 C. 三級地區：每月為 30 萬點。 前開每月保障額度點數之支付須扣除「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」(以下稱矯正機關醫療服務計畫)案件醫療費用(含加成)。	月保障額度，全年約需增加 18.5 百萬點(本署建議) 經查曾有執業院所於院所隔壁騎樓提供巡迴服務或僅於院所 3 公里外地點提供巡迴服務等情，考量本方案規定執業計畫診所須提供巡迴服務之目的，係為以外展服務均衡當地牙醫醫療，提升該地區民眾就醫可近性，將本項規定[惟院所及巡迴地點之距離將建議為 5 公里(含)以上]。
③保障額度核付管控原則： A. 年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算；負責醫師如曾為同一鄉鎮(區)已歇業保險醫事服務機構之負責醫師或三年內曾執行本計畫但因故自行	②保障額度核付管控原則： A. 年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算；負責醫師如曾為同一鄉鎮(區)已歇業保險醫事服務機構之負責醫師或三年內曾執行本計畫但因故自行	②保障額度核付管控原則： A. 年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算；負責醫師如曾為同一鄉鎮(區)已歇業保險醫事服務機構之負責醫師或三年內曾執行本計畫但因故自行退出計	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
退出計畫者，其年限計算應新、舊保險醫事服務機構合併計算。 B. 每月總服務量依施行地區分級管控如下： a. 一級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 35%，未達者核付保障額度之 35%。 b. 二級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 25%，未達者核付保障額度之 40%。 c. 三級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 20%，未達者核付保障額度之 50%。 C. 依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。 D. 門診時段如遇重大天然災害有公布停止上班(課)或特殊情形時，由保險人分區業務組依實際情況衡酌門診時段比率，以計算調整管控額度百分比。 E. 前開每月總服務量以「核定點數	退出計畫者，其年限計算應新、舊保險醫事服務機構合併計算。 B. 每月總服務量依施行地區分級管控如下： a. 一級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 35%，未達者核付保障額度之 35%。 b. 二級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 25%，未達者核付保障額度之 40%。 c. 三級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 20%，未達者核付保障額度之 50%。 C. 依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。 D. 門診時段如遇重大天然災害有公布停止上班(課)或特殊情形時，由保險人分區業務組依實際情況衡酌門診時段比率，以計算調整管控額度百分比。 E. 前開每月總服務量以「核	畫者，其年限計算應新、舊保險醫事服務機構合併計算。 B. 每月總服務量依施行地區分級管控如下： a. 一級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 35%，未達者核付保障額度之 35%。 b. 二級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 25%，未達者核付保障額度之 40%。 c. 三級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 20%，未達者核付保障額度之 50%。 C. 依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。 D. 門診時段如遇重大天然災害有公布停止上班(課)或特殊情形時，由保險人分區業務組依實際情況衡酌門診時段比率，以計算調整管控額度百分比。 E. 前開每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算，不	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
(含部分負擔)」計算，不含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計畫、12-18歲計畫及支付標準「<u>高齲齒率患者氟化物治療</u>」診療項目(P7301C)、「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u>」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「<u>特定疾病病人牙科就醫安全計畫</u>」診療項目(P3601C)及「<u>高風險疾病患者牙結石清除-全口</u>」診療項目(91090C)「<u>高風險疾病口腔照護計畫</u>」診療項目(91090C、P7302C、89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之案件。	定點數(含部分負擔)」計算，不含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計畫、12-18歲計畫及支付標準「<u>高齲齒率患者氟化物治療</u>」診療項目(P7301C)、「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u>」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「<u>特定疾病病人牙科就醫安全計畫</u>」診療項目(P3601C)及「<u>高風險疾病患者牙結石清除-全口</u>」診療項目(91090C)「<u>高風險疾病口腔照護計畫</u>」診療項目(91090C、P7302C、89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之案件。	含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計畫、12-18歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)之案件。	1. 依據「高風險疾病口腔照護計畫」公告內容，更新條文。 2. 新增「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。
④保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底止未滿1個月者，則按診療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。	③保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底止未滿1個月者，則按診療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。	③保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底止未滿1個月者，則按診療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
⑤執行本計畫滿三年者，如前一年度之每月總服務量累計2個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後，核定該診所停止執行本計畫。 ⑥本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。 ⑦核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少1元計算。每月總服務量低於本計畫設定保障額度及其管控標準者，以核付管控原則計算；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付。 ⑧結算：每家保險醫事服務機構每月至少依本計畫之保障額度核付管控原則支領醫療費用；核定點數(含部分負擔)超過保障額度者，則依該區當季每點支付金額至少1元計算；核定點數(含部分負擔)低於保障額度者，則依該區當季之浮動點值，每點支付金額最高1元計算。 ⑨負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診	④執行本計畫滿三年者，如前一年度之每月總服務量累計2個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後，核定該診所停止執行本計畫。 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核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少1元計算。每月總服務量低於本計畫設定保障額度及其管控標準者，以核付管控原則計算；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付。 ⑦結算：每家保險醫事服務機構每月至少依本計畫之保障額度核付管控原則支領醫療費用；核定點數(含部分負擔)超過保障額度者，則依該區當季每點支付金額至少1元計算；核定點數(含部分負擔)低於保障額度者，則依該區當季之浮動點值，每點支付金額最高1元計算。 ⑧負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診	④執行本計畫滿三年者，如前一年度之每月總服務量累計2個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後，核定該診所停止執行本計畫。 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核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少1元計算。每月總服務量低於本計畫設定保障額度及其管控標準者，以核付管控原則計算；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付。 ⑦結算：每家保險醫事服務機構每月至少依本計畫之保障額度核付管控原則支領醫療費用；核定點數(含部分負擔)超過保障額度者，則依該區當季每點支付金額至少1元計算；核定點數(含部分負擔)低於保障額度者，則依該區當季之浮動點值，每點支付金額最高1元計算。 ⑧負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數，如有牙醫師支援代理，則請假	

114 年度條文(本署建議版)					114 年度條文(牙醫全聯會建議版)					113 年度條文					備註																																																																			
服務時數，如有牙醫師支援代理，則請假期間依計畫規定支付相關醫療費用及保障額度；若請假期間無支援醫師代理者，保險人不予支付保障額度。					服務時數，如有牙醫師支援代理，則請假期間依計畫規定支付相關醫療費用及保障額度；若請假期間無支援醫師代理者，保險人不予支付保障額度。					期間依計畫規定支付相關醫療費用及保障額度；若請假期間無支援醫師代理者，保險人不予支付保障額度。																																																																								
(2)牙醫巡迴醫療服務： ①執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數(執行矯正機關醫療服務計畫者除外)。 ②論次支付點數： A. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。					(2)牙醫巡迴醫療服務： ①執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數(執行矯正機關醫療服務計畫者除外)。 ②論次支付點數： A. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。					(2)牙醫巡迴醫療服務： ①執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數(執行矯正機關醫療服務計畫者除外)。 ②論次支付點數： A. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。					(牙醫全聯會建議) 提高醫師至一級地區進行巡迴醫療服務意願，建議論次支付點數每小時增加 300 點至 2100 點。 (本署建議) 調升執業計畫與巡迴醫療服務之巡迴醫療																																																																			
<table><tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr><tr><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>一級地區</td><td>P2200 2</td><td>1,800 點</td><td>P2200 5</td><td>2,100 點</td></tr><tr><td>二級地區</td><td>P2200 3</td><td>2,700 點</td><td>P2200 6</td><td>3,000 點</td></tr><tr><td>三級地區</td><td>P2200 4</td><td>3,700 點</td><td>P2200 7</td><td>4,000 點</td></tr></table>					地區分級	平日		假日		申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數	一級地區		P2200 2	1,800 點	P2200 5	2,100 點	二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點	三級地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點	<table><tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr><tr><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>一級地區</td><td>P2200 2</td><td>~~1,800~~ 點 <u>2,100</u> 點</td><td>P2200 5</td><td>2,100 點</td></tr><tr><td>二級地區</td><td>P2200 3</td><td>2,700 點</td><td>P2200 6</td><td>3,000 點</td></tr></table>					地區分級	平日		假日		申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數	一級地區	P2200 2	~~1,800~~ 點 <u>2,100</u> 點	P2200 5	2,100 點	二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點	<table><tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr><tr><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>一級地區</td><td>P2200 2</td><td>1,800 點</td><td>P2200 5</td><td>2,100 點</td></tr><tr><td>二級地區</td><td>P2200 3</td><td>2,700 點</td><td>P2200 6</td><td>3,000 點</td></tr><tr><td>三級地區</td><td>P2200 4</td><td>3,700 點</td><td>P2200 7</td><td>4,000 點</td></tr></table>					地區分級	平日		假日		申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數	一級地區	P2200 2	1,800 點	P2200 5	2,100 點	二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點	三級地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點
地區分級	平日		假日																																																																															
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數																																																																														
一級地區	P2200 2	1,800 點	P2200 5	2,100 點																																																																														
二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點																																																																														
三級地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點																																																																														
地區分級	平日		假日																																																																															
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數																																																																														
一級地區	P2200 2	~~1,800~~ 點 <u>2,100</u> 點	P2200 5	2,100 點																																																																														
二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點																																																																														
地區分級	平日		假日																																																																															
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數																																																																														
一級地區	P2200 2	1,800 點	P2200 5	2,100 點																																																																														
二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點																																																																														
三級地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點																																																																														

114 年度條文(本署建議版)					114 年度條文(牙醫全聯會建議版)					113 年度條文					備註
四級 地區	P2200 8	4,300 點	P2200 9	4,600 點	三級 地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點	四級 地區	P2200 8	4,300 點	P2200 9	4,600 點	一級地區平日論次支付點數，從每小時1800點調升至2100點，依據113年1-9月申報資料推算，全年約需增加6.15百萬點。(下方巡迴醫療亦同)
B. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法與該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。 C. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。 D. 另若為離島保險醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務，位於該離島的本島者及船程20分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。					B. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法與該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。 C. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。 D. 另若為離島保險醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務，位於該離島的本島者及船程20分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。					B. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法與該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。 C. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。 D. 另若為離島保險醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務，位於該離島的本島者及船程20分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。					
③巡迴醫療服務時數之計算： A. 每診次服務時間：每診次以3小時為限。 B. 每天服務時數： a. 屬一級或二級地區：每天服務時數以6小時為原則；如須延長至9小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴地點前三個月每月平均看診24小時(含)以上且每6小					③巡迴醫療服務時數之計算： A. 每診次服務時間：每診次以3小時為限。 B. 每天服務時數： a. 屬一級或二級地區：每天服務時數以6小時為原則；如須延長至9小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴地點前三個月每月平均看診24小時(含)以上且每6					③巡迴醫療服務時數之計算： A. 每診次服務時間：每診次以3小時為限。 B. 每天服務時數： a. 屬一級或二級地區：每天服務時數以6小時為原則；如須延長至9小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴地點前三個月每月平均看診24小時(含)以上且每6小時					

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 b. 屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人審查通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。 C. 每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為依準。 D. 本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。	小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 b. 屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人審查通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。 C. 每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為依準。 D. 本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。	平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 b. 屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人審查通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。 C. 每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為依準。 D. 本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。	
④巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於3人，計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療。巡迴醫療每月平均就診人次不足3人時，則將當月總看診人次依照3人一個分段，不足整數的部分，則由保險人分區業務組取整數之次數(無條件捨去)後，核減一次論次支付點數，核減順序以診療人次為0人之診次為優先，如無則以巡迴點地	④巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於3人，計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療。巡迴醫療每月平均就診人次不足3人時，則將當月總看診人次依照3人一個分段，不足整數的部分，則由保險人分區業務組取整數之次數(無條件捨去)後，核減一次論次支付點數，核減順序以診療人次為0人之診次為優先，如無則以巡迴點地	④巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於3人，計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療。巡迴醫療每月平均就診人次不足3人時，則將當月總看診人次依照3人一個分段，不足整數的部分，則由保險人分區業務組取整數之次數(無條件捨去)後，核減一次論次支付點數，核減順序以診療人次為0人之診次為優先，如無則以巡迴點地區分級級數	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
區分級數較低之診次為優先。 例如：假設當月有 10 次巡迴醫療時段，總人次為 25 人，故當月平均看診人次為 2.5 人(不滿 3 人)，但依方案規定，總看診人次至少需 30 人才可達到平均人次為 3 人，計算以 3 人為一個分段($25 \div 3 = 8.34$)，則核發 8 次費用。 ⑤執業醫師至鄰近鄉鎮(區)執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，前述鄰近鄉鎮應為本計畫公告之鄉鎮(區)。另牙醫全聯會應優先鼓勵每月總服務量保障額度偏低之保險醫事服務機構，增加巡迴醫療次數。 ⑥執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次支付點數以 30% 支付。	區分級數較低之診次為優先。 例如：假設當月有 10 次巡迴醫療時段，總人次為 25 人，故當月平均看診人次為 2.5 人(不滿 3 人)，但依方案規定，總看診人次至少需 30 人才可達到平均人次為 3 人，計算以 3 人為一個分段($25 \div 3 = 8.34$)，則核發 8 次費用。 ⑤執業醫師至鄰近鄉鎮(區)執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，前述鄰近鄉鎮應為本計畫公告之鄉鎮(區)。另牙醫全聯會應優先鼓勵每月總服務量保障額度偏低之保險醫事服務機構，增加巡迴醫療次數。 ⑥執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次支付點數以 30% 支付。	較低之診次為優先。 例如：假設當月有 10 次巡迴醫療時段，總人次為 25 人，故當月平均看診人次為 2.5 人(不滿 3 人)，但依方案規定，總看診人次至少需 30 人才可達到平均人次為 3 人，計算以 3 人為一個分段($25 \div 3 = 8.34$)，則核發 8 次費用。 ⑤執業醫師至鄰近鄉鎮(區)執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，前述鄰近鄉鎮應為本計畫公告之鄉鎮(區)。另牙醫全聯會應優先鼓勵每月總服務量保障額度偏低之保險醫事服務機構，增加巡迴醫療次數。 ⑥執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次支付點數以 30% 支付。	
⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根	⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 ~~2.5~~ 2.8 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、12-18 歲計畫及支付標準「~~高齲齒率患者~~ 齲齒經驗之高風險患者 氟化物治療」診療項目(P7301C)、「~~齲齒經驗之高風險患者~~ 齲齒經驗之高風險患者 氟化物治療」診療項目(P7302C)、「	⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療	(牙醫全聯會建議) 1. 近年支付標準表診療項目點數調整，建議提高每位醫師每月平均每診次申請點數。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
管沖洗」診療項目(P7303C)案件、<u>「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」診療項目(P3601C)</u>、論次支付點數及代辦案件費用。超過2.5萬點的部份，不予支付。 (3)執業計畫之品質獎勵費用：每月達成下列①或②情形者，依當月總申報人次給予每人次 300 點獎勵費用；於全年結算時併同支付。 ①牙體復形(以下稱OD)案件+牙周案件申報點數占率$\geq 70\%$。 A. OD 案件為支付標準第三部第三章第一節「牙體復形」所列醫令代碼，「89088C」(牙體復形轉出醫療院所之轉診費用)除外。 B. 牙周案件為支付標準第三部第三章第三節「牙周病學」所列醫令代碼，「91088C」(牙周病轉出醫療院所之轉診費用)除外。 ②根管治療(以下稱Endo)案件申報點數占率$\geq 20\%$。 Endo 案件為支付標準第三部第三章第二節「根管治療」	「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、<u>「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」診療項目(P3601C)</u>、論次支付點數及代辦案件費用。超過~~2.5~~<u>2.8</u>萬點的部份，不予支付。 (3)執業計畫之品質獎勵費用：每月達成下列①或②情形者，依當月總申報人次給予每人次 300 點獎勵費用；於全年結算時併同支付。 ①牙體復形(以下稱OD)案件+牙周案件申報點數占率$\geq 70\%$。 A. OD 案件為支付標準第三部第三章第一節「牙體復形」所列醫令代碼，「89088C」(牙體復形轉出醫療院所之轉診費用)除外。 B. 牙周案件為支付標準第三部第三章第三節「牙周病學」所列醫令代碼，「91088C」(牙周病轉出醫療院所之轉診費用)除外。 ②根管治療(以下稱Endo)案件申報點數占率$\geq 20\%$。 Endo 案件為支付標準第三部第三章第二節「根管治療」所	項目(P7303C)案件及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)、論次支付點數及代辦案件費用。超過2.5萬點的部份，不予支付。 (3)執業計畫之品質獎勵費用：每月達成下列①或②情形者，依當月總申報人次給予每人次 300 點獎勵費用；於全年結算時併同支付。 ①牙體復形(以下稱OD)案件+牙周案件申報點數占率$\geq 70\%$。 A. OD 案件為支付標準第三部第三章第一節「牙體復形」所列醫令代碼，「89088C」(牙體復形轉出醫療院所之轉診費用)除外。 B. 牙周案件為支付標準第三部第三章第三節「牙周病學」所列醫令代碼，「91088C」(牙周病轉出醫療院所之轉診費用)除外。 ②根管治療(以下稱Endo)案件申報點數占率$\geq 20\%$。 Endo案件為支付標準第三部第三章第二節「根管治療」所列醫	2. 依據公告內容，刪除 P7301C 及 P7302C 診療項目。 3. 排除「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」 (本署建議) 原規定每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為原則，超過不予支付，將上限調升為 2.8 萬點，以 113 年 1-9 月申報資料推估，修改本規定全年約需增加 3.70 百萬點

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
所列醫令代碼，「90088C」 (根管治療轉出醫療院所之 轉診費用)除外。	列醫令代碼，「90088C」(根管 治療轉出醫療院所之轉診費 用)除外。	令代碼，「90088C」(根管治療轉 出醫療院所之轉診費用)除外。	
2. 巡迴計畫： (1) 本計畫得依巡迴服務地點資格 以下列方式申報費用： ①「加成申報」：醫療費用須帶 回執業登記保險醫事服務機 構申報。 A. 每件醫療費用點數加計 2 成支付，加成前點數 由一般服務預算移撥之 經費支應；加成部分， 納入本方案專款支應， 餘依全民健康保險相關 規定辦理。 B. 屬牙醫特殊計畫之特定 身心障礙者牙醫醫療 服務、12-18 歲計畫 及支付標準「<u>高齦齒率患者 氟化物治療</u>」診療項目 (P7301C)、「<u>齦齒經驗 之高風險患者氟化物 治療</u>」診療項目 (P7302C)、「<u>超音波 根管沖洗</u>」診療項目 (P7303C)、「<u>特定疾</u>	2. 巡迴計畫： (1) 本計畫得依巡迴服務地點資格 以下列方式申報費用： ①「加成申報」：醫療費用須帶 回執業登記保險醫事服務機 構申報。 A. 每件醫療費用點數加計 2 成支付，加成前點數由一 般服務預算移撥之經費支 應；加成部分，納入本方案 專款支應，餘依全民健康保 險相關規定辦理。 B. 屬牙醫特殊計畫之特定 身心障礙者牙醫醫療服 務、12-18 歲計畫及支 付標準「<u>高齦齒率患 者氟化物治療</u>」診療項 目(P7301C)、「<u>齦齒經 驗之高風險患者氟化物 治療</u>」診療項目 (P7302C)、「<u>超音波根 管沖洗</u>」診療項目 (P7303C)、「<u>特定疾 病人牙科就醫安全計 畫</u>」診療項目(P3601C)	2. 巡迴計畫： (1) 本計畫得依巡迴服務地點資格以 下列方式申報費用： ①「加成申報」：醫療費用須帶 回執業登記保險醫事服務機 構申報。 A. 每件醫療費用點數加計 2 成支付，加成前點數由一 般服務預算移撥之經費支 應；加成部分，納入本方案 專款支應，餘依全民健康 保險相關規定辦理。 B. 屬牙醫特殊計畫之特定身 心障礙者牙醫醫療服務、 12-18 歲計畫及支付標準 「高齦齒率患者氟化物治 療」診療項目(P7301C)、 「齦齒經驗之高風險患 者氟化物治療」診療項 目(P7302C)、「超音波根 管沖洗」診療項目(P7303C) 及「高風險疾病患者牙結 石清除-全口」診療項目 (91090C)之案件：依各項 計畫及診療項目規定申報	1. 依據「高風險疾 病口腔照護計 畫」公告內容， 更新條文。 2. 新增「特定疾 病人牙科就醫安 全計畫」。 (本署建議) 1. 巡迴申報審核建 議事項如下： 新增天然災害時之巡 迴休診原則：巡迴日 期若為地方政府因重 大天災公布之停止上 班(課)日，則為休診 日，不須補診及報 備。(原方案並無規 定取消巡迴須補 診)。 2. 新增九、(一)、 2.(1)、①、 B

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
病病人牙科就醫安 全計畫」診療項目 (P3601C)及「高風險 疾病患者牙結石清 除全口」診療項目 (91090C)之案件「高 風險疾病口腔照護 計畫」診療項目 (91090C、P7302C、 89204C、89205C、 89208C、89209C、 89210C、89212C、 89214C、89215C):依 各項計畫及診療項 目規定申報醫療費 用,並由各項計畫及 診療項目專款費用 支應,不再額外加計 2 成。 C. <u>原訂提供巡迴醫療 服務之日期,若為各 縣市政府因重大天 然災害公布之停止 上班課日,則為休診 日,不須補診及報 備。</u>	及「~~高風險疾病患者牙 結石清除全口~~」診療 項目(91090C)之案件 「高風險疾病口腔照護 計畫」診療項目 (91090C、P7302C、 89204C、89205C、 89208C、89209C、 89210C、89212C、 89214C、89215C):依 各項計畫及診療項目規 定申報醫療費用,並由 各項計畫及診療項目專 款費用支應,不再額外 加計 2 成。	醫療費用,並由各項計畫 及診療項目專款費用支 應,不再額外加計2成。	加成申報:文字修正 為「屬各項計畫及診 療 項目專款費用支應, 不再額外加計 2 成」,不 需明列醫令,避免後 續專款計畫修正醫令 時,牙醫巡迴計畫需 同步異動。 建議簡化其他專款預 算支應之計畫及診療 項目不予加計巡迴計 畫醫療費用 2 成之文 字:執行本方案巡迴 計畫服務時,可視保 險對象病情提供由其 他專款預算支應之牙 醫計畫或診療項目服 務,考量本方案每每 因其他牙醫計畫及診 療項目修正,致須重 新公告修正,增加行 政程序作業負擔,將 參採本項建議簡化相 關文字。

114 年度條文(本署建議版)					114 年度條文(牙醫全聯會建議版)					113 年度條文					備註
②「論次申報」：須帶回執業登記保險醫事服務機構，並依巡迴地點之地區分級申報論次支付點數。 A. 論次支付點數： a. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。					②「論次申報」：須帶回執業登記保險醫事服務機構，並依巡迴地點之地區分級申報論次支付點數。 A. 論次支付點數： a. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。					②「論次申報」：須帶回執業登記保險醫事服務機構，並依巡迴地點之地區分級申報論次支付點數。 B. 論次支付點數： a. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。					(牙醫全聯會建議) 一級建議論次支付點數每小時增加 300 點至 2100 點。 (本署建議) 參考 P24 說明。
地區分級	平日		假日		地區分級	平日		假日		地區分級	平日		假日		
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數		申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數		申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數	
一級地區	P2200 2	1,800 點	P2200 5	2,100 點	一級地區	P2200 2	~~1,800 點~~ 2,100 點	P2200 5	2,100 點	一級地區	P2200 2	1,800 點	P2200 5	2,100 點	
二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點	二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點	二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點	
三級地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點	三級地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點	三級地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點	
四級地區	P2200 8	4,300 點	P2200 9	4,600 點	四級地區	P2200 8	4,300 點	P2200 9	4,600 點	四級地區	P2200 8	4,300 點	P2200 9	4,600 點	
所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則					b. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法					b. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所定勞動節(含勞雇					

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。 c. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。 d. 另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。 e. 特定地區/巡迴點升級：如因天災、政策或歷史等因素搬移至他處者或交通較困難者，地區分級得以升級，詳附件2之註。	施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。 c. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。 d. 另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。 e. 特定地區/巡迴點升級：如因天災、政策或歷史等因素搬移至他處者或交通較困難者，地區分級得以升級，詳附件 2 之註。	雙方協商排定之補假日)。 c. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。 d. 另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。 e. 特定地區/巡迴點升級：如因天災、政策或歷史等因素搬移至他處者或交通較困難者，地區分級得以升級，詳附件 2 之註。	
B. 巡迴醫療服務時數之計算： a. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限，巡迴點及社區醫療站設於衛生所(室)而有特殊需求者，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，不在此限。 b. 每天服務時數： ①屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如	B. 巡迴醫療服務時數之計算： a. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限，巡迴點及社區醫療站設於衛生所(室)而有特殊需求者，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，不在此限。 b. 每天服務時數： ①屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如	B. 巡迴醫療服務時數之計算： a. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限，巡迴點及社區醫療站設於衛生所(室)而有特殊需求者，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，不在此限。 b. 每天服務時數： ①屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴醫師於該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 ⑥屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。 c. 本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。 d. 跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。 C. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供支	須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴醫師於該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 ⑥屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。 c. 本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。 d. 跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。 C. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供支	須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴醫師於該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 ⑥屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。 c. 本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。 d. 跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。 C. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診	1. 依據「高風險疾病口腔照護計畫」公告內容，更新條文。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
付標準「~~高齦齒率患者氟化物治療~~診療項目(P7301C)」「~~齦齒經驗之高風險患者氟化物治療~~診療項目(P7302C)」「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「<u>特定疾病病人牙科就醫安全計畫</u>」診療項目(P3601C)及「<u>高風險疾病患者牙結石清除-全口</u>」診療項目(91090C)服務「<u>高風險疾病口腔照護計畫</u>」診療項目(91090C、P7302C、89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)與12-18歲計畫收案對象及社區醫療站提供牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。	付標準「~~高齦齒率患者氟化物治療~~診療項目(P7301C)」「~~齦齒經驗之高風險患者氟化物治療~~診療項目(P7302C)」「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「<u>特定疾病病人牙科就醫安全計畫</u>」診療項目(P3601C)及「<u>高風險疾病患者牙結石清除-全口</u>」診療項目(91090C)服務「<u>高風險疾病口腔照護計畫</u>」診療項目(91090C、P7302C、89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)與12-18歲計畫收案對象及社區醫療站提供牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。	療項目(P7301C)、「齦齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)服務與12-18歲計畫收案對象及社區醫療站提供牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。	2. 新增「<u>特定疾病病人牙科就醫安全計畫</u>」。
(2)服務量管控： ①各醫療團須於年度巡迴服務開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報請牙醫全聯會評估，且全年總申報點數不得超過評估結果之額度。 ②每位醫師每月平均每診次申請點數(含加成)以不超過3萬點為限，惟三級與四級地區不在此限；不含牙醫特殊服務計	(2)服務量管控： ①各醫療團須於年度巡迴服務開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報請牙醫全聯會評估，且全年總申報點數不得超過評估結果之額度。 ②每位醫師每月平均每診次申請點數(含加成)以不超過<u>33.3</u>萬點為限，惟三級與四級地區不在此限；不含牙醫特殊服務計	(2)服務量管控： ①各醫療團須於年度巡迴服務開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報請牙醫全聯會評估，且全年總申報點數不得超過評估結果之額度。 ②每位醫師每月平均每診次申請點數(含加成)以不超過3萬點為限，惟三級與四級地區不在此限；不含牙醫特殊服務計畫、12-18歲	1. 依據公告內容，刪除 P7301C 及 P7302C 診療項目。 2. 排除「<u>特定疾病病人牙科就醫安全計畫</u>」。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
畫、12-18 歲計畫及支付標準 ~~「高齦齒率患者氟化物治療」~~ ~~診療項目(P7301C)~~、~~「齦齒經驗~~ ~~之高風險患者氟化物治療」~~ ~~診療項目(P7302C)~~、~~「超音波根管~~ ~~沖洗」診療項目(P7303C)~~、~~「特~~ ~~定疾病病人牙科就醫安全計~~ ~~畫」診療項目(P3601C)~~及~~「高~~ ~~風險疾病患者牙結石清除全~~ ~~口」診療項目(91090C)案件~~ ~~「高風險疾病口腔照護計畫」~~ ~~診療項目(91090C、P7302C、~~ ~~89204C、89205C、89208C、~~ ~~89209C、89210C、89212C、~~ ~~89214C、89215C)~~、論次支付點 數及代辦案件費用。超過 3 萬 點的部分，不予支付。 ③每位醫師每月巡迴醫療服務診 次，平日以不超過 16 次為原則， 若有特殊情形得由保險人分區 業務組專案核定；三級與四級地 區不在此限。 ④成立滿二年之社區醫療站及巡 迴點(無牙醫鄉不受此限)： A. 一級地區每巡迴地點每月 平均每診次就醫人次連續三 個月低於 3 人者、二級地 區(含)以上每巡迴地點每	畫、12-18 歲計畫及支付標準 ~~「高齦齒率患者氟化物治療」~~ ~~診療項目(P7301C)~~、~~「齦齒經驗~~ ~~之高 34 風險患者氟化物治療」~~ ~~診療項目(P7302C)~~、~~「超音波根管~~ ~~沖洗」診療項目(P7303C)~~、 ~~「特定疾病病人牙科就醫安全~~ ~~計畫」診療項目(P3601C)~~及 ~~「高風險疾病患者牙結石清除~~ ~~全口」診療項目(91090C)案件~~ ~~「高風險疾病口腔照護計畫」~~ ~~診療項目(91090C、P7302C、~~ ~~89204C、89205C、89208C、~~ ~~89209C、89210C、89212C、~~ ~~89214C、89215C)~~、論次支付點 數及代辦案件費用。超過 <u>33.3</u> 萬點的部分，不予支付。 ③每位醫師每月巡迴醫療服務診 次，平日以不超過 16 次為原則， 若有特殊情形得由保險人分區 業務組專案核定；三級與四級地 區不在此限。 ④成立滿二年之社區醫療站及巡 迴點(無牙醫鄉不受此限)： A. 一級地區每巡迴地點每月平 均每診次就醫人次連續三個 月低於 3 人者、二級地區(含) 以上每巡迴地點每月平均每	計畫及支付標準「高齦齒率患者 氟化物治療」診療項目(P7301C)、 「齦齒經驗之高風險患者氟化物 治療」診療項目(P7302C)、「超音 波根管沖洗」診療項目(P7303C) 及「高風險疾病患者牙結石清除 全口」診療項目(91090C)案件、論 次支付點數及代辦案件費用。超 過 3 萬點的部分，不予支付。 ③每位醫師每月巡迴醫療服務診 次，平日以不超過 16 次為原則， 若有特殊情形得由保險人分區業 務組專案核定；三級與四級地區 不在此限。 ④成立滿二年之社區醫療站及巡迴 點(無牙醫鄉不受此限)： A. 一級地區每巡迴地點每月平均 每診次就醫人次連續三個月低 於 3 人者、二級地區(含)以上每 巡迴地點每月平均每診次就醫	(牙醫全聯會建議) <u>近年支付標準表診療</u> <u>項目點數調整，建議</u> <u>提高每位醫師每月平</u> <u>均每診次申請點數。</u> <u>(本署建議)</u> 原規定每位醫師每月 平均每診次申請點數 (含加成)以不超過 3 萬點為原則(排除 三、四級地區)，超 過不予支付，將上限 調升為 3.3 萬點，以 113 年 1-9 月申報資 料推估，修改本規定 全年約需增加 8.25 百萬點

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
月平均每診次就醫人次連續三個月低於 2 人者，應由醫療團提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用(註：上述每診次係以 3 小時為原則，如有診次為非 3 小時者，按比例以平均每小時就醫人次計算及執行)。 B. 前述巡迴地點，若經改善後，連續三個月仍未達標，由牙醫全聯會評估該巡迴地點下年度得否繼續提供巡迴醫療服務，並將評估結果函送保險人。 註：④之「無牙醫鄉」係指成立滿二年之社區醫療站及巡迴點連續三個月服務量管控未達目標時，於第三個月尚無院所(含衛生所)執業登記牙醫師之行政區。	診次就醫人次連續三個月低於 2 人者，應由醫療團提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用(註：上述每診次係以 3 小時為原則，如有診次為非 3 小時者，按比例以平均每小時就醫人次計算及執行)。 B. 前述巡迴地點，若經改善後，連續三個月仍未達標，由牙醫全聯會評估該巡迴地點下年度得否繼續提供巡迴醫療服務，並將評估結果函送保險人。 註：④之「無牙醫鄉」係指成立滿二年之社區醫療站及巡迴點連續三個月服務量管控未達目標時，於第三個月尚無院所(含衛生所)執業登記牙醫師之行政區。	人次連續三個月低於 2 人者，應由醫療團提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用(註：上述每診次係以 3 小時為原則，如有診次為非 3 小時者，按比例以平均每小時就醫人次計算及執行)。 B. 前述巡迴地點，若經改善後，連續三個月仍未達標，由牙醫全聯會評估該巡迴地點下年度得否繼續提供巡迴醫療服務，並將評估結果函送保險人。 註：④之「無牙醫鄉」係指成立滿二年之社區醫療站及巡迴點連續三個月服務量管控未達目標時，於第三個月尚無院所(含衛生所)執業登記牙醫師之行政區。	
(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。 ①巡迴點：執行之醫師全年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加	(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。 ①巡迴點：執行之醫師全年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加	(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。 ①巡迴點：執行之醫師全年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加計	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
計 5% 支付、同時符合 B 至 C 指標者，其論次支付點數加計 10% 支付(合計 15%)。 A. 醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅，且須定期維護，並符合「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」(以下稱巡迴感染管制 SOP 作業細則)。 B. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率$\geq$95%。 C. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率$\geq$89%。 ②社區醫療站：執行之醫師當年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加計 5% 支付、同時符合 B 至 E 指標者，其論次支付點數加 25% 支付(合計 30%)。 A. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及 X 光機設備，且須定期維護，並符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」。 B. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。 C. 每位醫師之病人恆牙填補	計 5% 支付、同時符合 B 至 C 指標者，其論次支付點數加計 10% 支付(合計 15%)。 A. 醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅，且須定期維護，並符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(以下稱巡迴感染管制 SOP 作業細則)。 B. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率$\geq$95%。 C. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率$\geq$89%。 ②社區醫療站：執行之醫師當年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加計 5% 支付、同時符合 B 至 E 指標者，其論次支付點數加 25% 支付(合計 30%)。 A. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及 X 光機設備，且須定期維護，並符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」。 B. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。	5% 支付、同時符合 B 至 C 指標者，其論次支付點數加計 10% 支付(合計 15%)。 醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅，且須定期維護，並符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(以下稱巡迴感染管制 SOP 作業細則)。 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率$\geq$95%。 C. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率$\geq$89%。 ②社區醫療站：執行之醫師當年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加計 5% 支付、同時符合 B 至 E 指標者，其論次支付點數加 25% 支付(合計 30%)。 F. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及 X 光機設備，且須定期維護，並符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」。 G. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。 H. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率$\geq$95%。 I. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率$\geq$89%。	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
2 年保存率$\geq$95%。 D. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率$\geq$89%。 E. 每年須於社區醫療站完成 12 件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件：90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。	C. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率$\geq$95%。 D. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率$\geq$89%。 E. 每年須於社區醫療站完成 12 件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件：90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。	J. 每年須於社區醫療站完成 12 件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件：90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。	
③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明： A. 定義： a. 病人恆牙 2 年內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。 b. 病人乳牙 1 年 6 個月內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。 B. 計算說明： a. 恆牙填補 2 年保存率：	③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明： A. 定義： a. 病人恆牙 2 年內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。 b. 病人乳牙 1 年 6 個月內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。 B. 計算說明： a. 恆牙填補 2 年保存率：	③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明： A. 定義： a. 病人恆牙 2 年內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。 b. 病人乳牙 1 年 6 個月內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。 B. 計算說明： a. 恆牙填補 2 年保存率： 分子(同牙位再補之牙	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
分子(同牙位再補之牙位數):以分母之牙位追蹤2年(730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(恆牙牙體復形總牙位數):依同一醫師當年度在巡迴點及社區醫療站同保險對象同一恆牙牙位歸戶,統計執行牙體復形醫令之牙位數。 指標計算:1-(分子 / 分母) b. 乳牙填補1年6個月保存率: 分子(同牙位再補之牙位數):以分母之牙位追蹤1年半(545天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(乳牙牙體復形總牙位數):依同一醫師當年度在巡迴點/社區醫療站同保險對象同一乳牙牙位歸戶,統計執行牙體復形醫令之牙位數。 指標計算:1-(分子 /	分子(同牙位再補之牙位數):以分母之牙位追蹤2年(730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(恆牙牙體復形總牙位數):依同一醫師當年度在巡迴點及社區醫療站同保險對象同一恆牙牙位歸戶,統計執行牙體復形醫令之牙位數。 指標計算:1-(分子 / 分母) b. 乳牙填補1年6個月保存率: 分子(同牙位再補之牙位數):以分母之牙位追蹤1年半(545天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(乳牙牙體復形總牙位數):依同一醫師當年度在巡迴點/社區醫療站同保險對象同一乳牙牙位歸戶,統計執行牙體復形醫令之牙位數。	位數):以分母之牙位追蹤2年(730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(恆牙牙體復形總牙位數):依同一醫師當年度在巡迴點及社區醫療站同保險對象同一恆牙牙位歸戶,統計執行牙體復形醫令之牙位數。 指標計算:1-(分子 / 分母) b. 乳牙填補1年6個月保存率: 分子(同牙位再補之牙位數):以分母之牙位追蹤1年半(545天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(乳牙牙體復形總牙位數):依同一醫師當年度在巡迴點/社區醫療站同保險對象同一乳牙牙位歸戶,統計執行牙體復形醫令之牙位數。 指標計算:1-(分子 / 分母) ※牙體復形醫令:	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
分母) ※牙體復形醫令： 89001C、89002C、 89003C、89004C、 89005C、89008C、 89009C、89010C、 89011C、89012C、 89014C、89015C。 ④前述固定式診療椅定義：固定式 診療椅(須備有燈光、連接水電 且可隨意升降至適合看診角 度)、貨車載具之牙科固定治療 椅及巡迴醫療車。 ⑤前述指標之資料來源：指標 A 項 由牙醫全聯會於 114 年 1 月底前提 報名單予保險人進行結算作 業，指標 B 至 E 項由保險人於 114 年 1 月底前進行結算作業。	指標計算：1－(分子 / 分母) ※牙體復形醫令： 89001C、89002C、 89003C、89004C、 89005C、89008C、 89009C、89010C、 89011C、89012C、 89014C、89015C。 ④前述固定式診療椅定義：固定式 診療椅(須備有燈光、連接水電 且可隨意升降至適合看診角 度)、貨車載具之牙科固定治療 椅及巡迴醫療車。 ⑤前述指標之資料來源：指標 A 項 由牙醫全聯會於 114 年 1 月底前提 報名單予保險人進行結算作 業，指標 B 至 E 項由保險人於 114 年 1 月底前進行結算作業。	89001C、89002C、 89003C、89004C、 89005C、89008C、 89009C、89010C、 89011C、89012C、 89014C、89015C。 ④前述固定式診療椅定義：固定式 診療椅(須備有燈光、連接水電且 可隨意升降至適合看診角度)、貨 車載具之牙科固定治療椅及巡迴 醫療車。 ⑤前述指標之資料來源：指標 A 項由 牙醫全聯會於 114 年 1 月底前提 報名單予保險人進行結算作業，指 標 B 至 E 項由保險人於 114 年 1 月 底前進行結算作業。	
3. 本方案點值結算方式： 本方案之專款預算，按季均分， 各季預算先扣除執業計畫「定 額支付」費用後，執業計畫一 巡迴服務之「論次支付」、巡 迴計畫之「論次支付」及「核 實申報之加成支付」，以浮動 點值計算，且每點金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則	3. 本方案點值結算方式： 本方案之專款預算，按季均 分，各季預算先扣除執業計 畫「定額支付」費用後，執業 計畫一巡迴服務之「論次支 付」、巡迴計畫之「論次支付」 及「核實申報之加成支付」， 以浮動點值計算，且每點金 額不高於 1 元。當季預算若	3. 本方案點值結算方式： 本方案之專款預算，按季均 分，各季預算先扣除執業計畫 「定額支付」費用後，執業計畫 一巡迴服務之「論次支付」、巡迴 計畫之「論次支付」及「核實申 報之加成支付」，以浮動點值計 算，且每點金額不高於 1 元。當 季預算若有結餘，則流用至下	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。	有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。	季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。	
(二)申報及審查： 1. 通則： (1)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。 (2)執行本方案須配合全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關作業；巡迴服務地點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴服務地點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴醫療服務。另依全民健康保險醫療辦	(二)申報及審查： 1. 通則： (1)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。 (2)執行本方案須配合全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關作業；巡迴服務地點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴服務地點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴醫療服務。另依全民健康保險醫療辦	(二)申報及審查： 1. 通則： (1)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。 (2)執行本方案須配合全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關作業；巡迴服務地點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴服務地點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴醫療服務。另依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，須填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊(附件 6)，並由醫療院所自存備查。未依健保卡相關規定作業，經保險人分區業務組審核，不符資格者，不予支付。 (3)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、四十八條規定計收；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%。 (4)本方案服務量不列入門診合理量計算。 (5)本方案不列入本年度「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計	法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，須填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊(附件 6)，並由醫療院所自存備查。未依健保卡相關規定作業，經保險人分區業務組審核，不符資格者，不予支付。 (3)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、四十八條規定計收；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%。 (4)本方案服務量不列入門診合理量計算。 (5)本方案不列入本年度「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施	如有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，須填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊(附件 6)，並由醫療院所自存備查。未依健保卡相關規定作業，經保險人分區業務組審核，不符資格者，不予支付。 (3)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、四十八條規定計收；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%。 (4)本方案服務量不列入門診合理量計算。 (5)本方案不列入本年度「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計算。	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
算。	方案」計算。		
2. 門診醫療費用點數申報格式： (1) 案件分類：點數清單段欄位 IDd1 請填報「14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。 (2) 特定治療項目代號： ① 執業計畫： A. 門診醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」。 b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F2。 c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 非精神疾病者：極重	2. 門診醫療費用點數申報格式： (1) 案件分類：點數清單段欄位 IDd1 請填報「14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。 (2) 特定治療項目代號： ① 執業計畫： A. 門診醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」。 b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F2。 c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 非精神疾病者：極重 FG、重度-FH、中度-輕度-FJ	2. 門診醫療費用點數申報格式： (1) 案件分類：點數清單段欄位 IDd1 請填報「14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。 (2) 特定治療項目代號： ① 執業計畫： A. 門診醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」。 b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F2。 c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 非精神疾病者：極重 FG、重度-FH、中度-FI 度-FJ	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
FG、重度-FH、中度-輕度-FJ 精神疾病者：重度以FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN 特定治療項目代號(一)填報 F2 d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2。	精神疾病者：重度以FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN 特定治療項目代號(一)填報 F2 d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2。	精神疾病者：重度以FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN 特定治療項目代號(一)填報 F2 d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2。	
e. 申報「高風險疾病口腔照護計畫」者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LV(高風險疾病口腔照護計畫)、特定治療項目代號(二)填報 F2。			
f. 申報「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」者，案件分類須填 19(牙醫			

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LU(特定疾病病人牙科就醫安全計畫)、特定治療項目代號(二)填報 F2。			
B. 巡迴醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」、欄位 IDd5「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。 b. 申報矯正機關醫療服務計畫案件者，特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)或(四)依該計畫規定填報 JA 或 JB。 c. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診	B. 巡迴醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」、欄位 IDd5「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。 b. 申報矯正機關醫療服務計畫案件者，特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)或(四)依該計畫規定填報 JA 或 JB。 c. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)LM。	B. 巡迴醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」、欄位 IDd5「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。 b. 申報矯正機關醫療服務計畫案件者，特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)或(四)依該計畫規定填報 JA 或 JB。 c. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)LM。 d. 申報「高風險疾病口腔照護計畫」者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)填報 LV(高風險疾病口腔照護計畫)。 e. 申報「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」者，案件分類須填 14、特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)填報 LU(特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。		(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)LM。	
②巡迴計畫： A. 巡迴點： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。	②巡迴計畫： A. 巡迴點： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。	②巡迴計畫： A. 巡迴點： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
b. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LM。 c. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F3。 d. 申報「高風險疾病口腔照護計畫」者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LV(高風險疾病口腔照護計畫)。 e. 申報「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」者，案件分類須填 14、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LU(特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。 B. 社區醫療站： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「FT(社區醫療站)」。	b. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LM。 c. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F3。 B. 社區醫療站： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「FT(社區醫療站)」。 b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT。 c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 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	b. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LM。 c. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F3。 B. 社區醫療站： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「FT(社區醫療站)」。 b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT。 c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 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	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
計畫)。 b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT。 c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 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 特定治療項目代號(二)填報 FT d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 FT、特定治療項目代號(二)填報 LM。	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 特定治療項目代號(二)填報 FT d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 FT、特定治療項目代號(二)填報 LM。	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 特定治療項目代號(二)填報 FT d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 FT、特定治療項目代號(二)填報 LM。	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
e. 申報「高風險疾病口腔照護計畫」者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT、特定治療項目代號(二)填報 LV(高風險疾病口腔照護計畫)。 f. 申報「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」者，案件分類須填 14、特定治療項目代號(一)填報 FT、特定治療項目代號(二)填報 LU(特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。			
(3)自費特材群組序號/其他特殊註記：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp21 請填報「DMH」。 (4)支付成數：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp8 請填報「120」。 (5)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。	(3)自費特材群組序號/其他特殊註記：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp21 請填報「DMH」。 (4)支付成數：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp8 請填報「120」。 (5)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。	(3)自費特材群組序號/其他特殊註記：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp21 請填報「DMH」。 (4)支付成數：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp8 請填報「120」。 (5)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。	
3. 論次支付點數之申報： (1)牙醫巡迴醫療服務或口腔衛生推廣執行完成後，應檢附下列申報表單資料連同門診費用申	3. 論次支付點數之申報： (1)牙醫巡迴醫療服務或口腔衛生推廣執行完成後，應檢附下列申報表單資料連同門診費用申	3. 論次支付點數之申報： (1)牙醫巡迴醫療服務或口腔衛生推廣執行完成後，應檢附下列申報表單資料連同門診費用申報，	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
報，於次月 1 日起六個月內，寄至所轄保險人分區業務組核定。另口腔衛生推廣每位醫師每月申報至多 3 小時，超過部分不予支付。 (2)申報檢附資料： 執業計畫診所以診所為單位、巡迴計畫之醫療團成員以學校及所屬之村、部落為單位檢附以下資料： ①醫療報酬申請表(附件 7-1)：費用申報時，須至健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, VPN)登錄巡迴醫療服務明細，傳送資料後，請列印巡迴論次費用申報總表及明細，蓋上院所印信後寄送。請於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」，執業計畫之診所應另將影本寄牙醫全聯會、巡迴計畫之醫療團成員應另將影本寄所屬醫療團公會，並以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。 ②公文：執業計畫診所應提	報，於次月 1 日起六個月內，寄至所轄保險人分區業務組核定。另口腔衛生推廣每位醫師每月申報至多 3 小時，超過部分不予支付。 (2)申報檢附資料： 執業計畫診所以診所為單位、巡迴計畫之醫療團成員以學校及所屬之村、部落為單位檢附以下資料： ①醫療報酬申請表(附件 7-1)：費用申報時，須至健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, VPN)登錄巡迴醫療服務明細，傳送資料後，請列印巡迴論次費用申報總表及明細，蓋上院所印信後寄送。請於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」，執業計畫之診所應另將影本寄牙醫全聯會、巡迴計畫之醫療團成員應另將影本寄所屬醫療團公會，並以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。 ②公文：執業計畫診所應提	於次月 1 日起六個月內，寄至所轄保險人分區業務組核定。另口腔衛生推廣每位醫師每月申報至多 3 小時，超過部分不予支付。 (2)申報檢附資料： 執業計畫診所以診所為單位、巡迴計畫之醫療團成員以學校及所屬之村、部落為單位檢附以下資料： ①醫療報酬申請表(附件 7-1)：費用申報時，須至健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, VPN)登錄巡迴醫療服務明細，傳送資料後，請列印巡迴論次費用申報總表及明細，蓋上院所印信後寄送。請於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」，執業計畫之診所應另將影本寄牙醫全聯會、巡迴計畫之醫療團成員應另將影本寄所屬醫療團公會，並以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。 ②公文：執業計畫診所應提供經牙醫全聯會評估並由所轄保險人分區業務組同意之事	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
供經牙醫全聯會評估並由所轄保險人分區業務組同意之事前申請表、同意函；執行巡迴醫療服務之院所應提供醫事人員報備支援同意函。 ③彩色照片(可彩色列印，不限相片紙)、牙醫巡迴醫療服務執行表(附件 7-2)： 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為 0 人者)或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附彩色照片三張(服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳)、牙醫巡迴醫療服務執行表。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。	供經牙醫全聯會評估並由所轄保險人分區業務組同意之事前申請表、同意函；執行巡迴醫療服務之院所應提供醫事人員報備支援同意函。 ③彩色照片(可彩色列印，不限相片紙)、牙醫巡迴醫療服務執行表(附件 7-2)： 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為 0 人者)或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附彩色照片三張(服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳)、牙醫巡迴醫療服務執行表。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。	前申請表、同意函；執行巡迴醫療服務之院所應提供醫事人員報備支援同意函。 ③彩色照片(可彩色列印，不限相片紙)、牙醫巡迴醫療服務執行表(附件 7-2)： 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為 0 人者)或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附彩色照片三張(服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳)、牙醫巡迴醫療服務執行表。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。	
十、相關規範： (一)通則： 1. 巡迴醫療服務： (1)診療時至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至 45	十、相關規範： (一)通則： 1. 巡迴醫療服務： (1)診療時至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至 45	十、相關規範： (一)通則： 1. 巡迴醫療服務： (1)診療時至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至 45	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
度)，替代牙科治療台使用，並須符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」相關規定。 (2)醫事人員執行巡迴醫療服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。 (3)保險醫事服務機構應按醫師法及全民健保相關規定不得再領取牙醫全聯會及地方衛生主管機關辦理之口腔保健費用。 (4)巡迴醫療服務之牙醫師或醫療團應將「全民健保牙醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於明顯處(標示製作作業說明請依附件 9 規定辦理)。 2. 參與本方案之保險醫事服務機構或醫師，如經保險人核定予以停止特約以上處置者，自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起即停止執行本計畫(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。醫院及衛生所如因非牙科	度)，替代牙科治療台使用，並須符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」相關規定。 (2)醫事人員執行巡迴醫療服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。 (3)保險醫事服務機構應按醫師法及全民健保相關規定不得再領取牙醫全聯會及地方衛生主管機關辦理之口腔保健費用。 (4)巡迴醫療服務之牙醫師或醫療團應將「全民健保牙醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於明顯處(標示製作作業說明請依附件 9 規定辦理)。 2. 參與本方案之保險醫事服務機構或醫師，如經保險人核定予以停止特約以上處置者，自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起即停止執行本計畫(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。醫院及衛生所如因非牙科所致原因	度)，替代牙科治療台使用，並須符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」相關規定。 (2)醫事人員執行巡迴醫療服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。 (3)保險醫事服務機構應按醫師法及全民健保相關規定不得再領取牙醫全聯會及地方衛生主管機關辦理之口腔保健費用。 (4)巡迴醫療服務之牙醫師或醫療團應將「全民健保牙醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於明顯處(標示製作作業說明請依附件 9 規定辦理)。 2. 參與本方案之保險醫事服務機構或醫師，如經保險人核定予以停止特約以上處置者，自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起即停止執行本計畫(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。醫院及衛生所如因非牙科所致原因遭停約處	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
所致原因遭停約處分，於處分結束後，該院所牙科得經所轄保險人分區業務組同意繼續執行本計畫。因本項規定經保險人分區業務組停止執行本計畫者，得於收到該處分函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組申請複核。	遭停約處分，於處分結束後，該院所牙科得經所轄保險人分區業務組同意繼續執行本計畫。因本項規定經保險人分區業務組停止執行本計畫者，得於收到該處分函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組申請複核。	分，於處分結束後，該院所牙科得經所轄保險人分區業務組同意繼續執行本計畫。因本項規定經保險人分區業務組停止執行本計畫者，得於收到該處分函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組申請複核。	
(二)執業計畫： 1. 保險醫事服務機構至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X 光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染管制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 天內完成。 2. 保險醫事服務機構應至少聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。 3. 保險醫事服務機構可配合交通流線於適當之地點設置巡迴點，並於執業執照登記 60 天內設置完成。 4. 保險醫事服務機構應執行牙醫全聯會交付之口腔衛生工	(二)執業計畫： 1. 保險醫事服務機構至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X 光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染管制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 天內完成。 2. 保險醫事服務機構應至少聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。 3. 保險醫事服務機構可配合交通流線於適當之地點設置巡迴點，並於執業執照登記 60 天內設置完成。 4. 保險醫事服務機構應執行牙醫全聯會交付之口腔衛生工	(二)執業計畫： 1. 保險醫事服務機構至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X 光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染管制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 天內完成。 2. 保險醫事服務機構應至少聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。 3. 保險醫事服務機構可配合交通流線於適當之地點設置巡迴點，並於執業執照登記 60 天內設置完成。 4. 保險醫事服務機構應執行牙醫全聯會交付之口腔衛生工	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣及家戶訪視並配合當地牙醫師公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫全聯會所製作之計畫說明宣導及意見回覆卡，並於年底繳交執行報告。 5. 保險醫事服務機構執行巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分布及地理交通狀況，做適當適時之調配。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況評估其巡迴醫療服務次數。 6. 保險人分區業務組及牙醫全聯會各分區分會將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段提供服務，經電訪 3 次，未依所訂門診時段提供服務且無具體原因者，經保險人分區業務組函文通知改善 3 次，而未改善者，則依本規範「7. 違規處理」第 2 款辦理。 7. 違規處理： (1) 如有違反本方案第七	作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣及家戶訪視並配合當地牙醫師公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫全聯會所製作之計畫說明宣導及意見回覆卡，並於年底繳交執行報告。 5. 保險醫事服務機構執行巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分布及地理交通狀況，做適當適時之調配。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況評估其巡迴醫療服務次數。 6. 保險人分區業務組及牙醫全聯會各分區分會將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段提供服務，經電訪 3 次，未依所訂門診時段提供服務且無具體原因者，經保險人分區業務組函文通知改善 3 次，而未改善者，則依本規範「7. 違規處理」第 2 款辦理。 7. 違規處理： (1) 如有違反本方案第七	作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣及家戶訪視並配合當地牙醫師公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫全聯會所製作之計畫說明宣導及意見回覆卡，並於年底繳交執行報告。 5. 保險醫事服務機構執行巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分布及地理交通狀況，做適當適時之調配。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況評估其巡迴醫療服務次數。 6. 保險人分區業務組及牙醫全聯會各分區分會將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段提供服務，經電訪 3 次，未依所訂門診時段提供服務且無具體原因者，經保險人分區業務組函文通知改善 3 次，而未改善者，則依本規範「7. 違規處理」第 2 款辦理。 7. 違規處理： (1) 如有違反本方案第七項	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(1)、(2)或第 2 目，或第十項「相關規範」之第(二)款第 3 目者，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會及保險人依違規情節輕重，評估該保險醫事服務機構下年度執行資格。 (2)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(3)，或第十項「相關規範」之第(一)款第 1 目(3)及第(二)款第 1、5、6 目者，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會報請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定即終止該保險醫事服務機構執行本計畫。 (3)如無故休診兩星期、兩次以上者或請假休診兩個月者(已報備產假、傷病或其他特殊情形，經保險人分區業務組專	項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(1)、(2)或第 2 目，或第十項「相關規範」之第(二)款第 3 目者，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會及保險人依違規情節輕重，評估該保險醫事服務機構下年度執行資格。 (2)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(3)，或第十項「相關規範」之第(一)款第 1 目(3)及第(二)款第 1、5、6 目者，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會報請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定即終止該保險醫事服務機構執行本計畫。 (3)如無故休診兩星期、兩次以上者或請假休診兩個月者(已報備產假、傷病或其他特殊情形，經保險人分區業務組專	「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(1)、(2)或第 2 目，或第十項「相關規範」之第(二)款第 3 目者，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會及保險人依違規情節輕重，評估該保險醫事服務機構下年度執行資格。 (2)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(3)，或第十項「相關規範」之第(一)款第 1 目(3)及第(二)款第 1、5、6 目者，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會報請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定即終止該保險醫事服務機構執行本計畫。 (3)如無故休診兩星期、兩次以上者或請假休診兩個月者(已報備產假、傷病或其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者除外)，由牙醫全聯會轉請所轄保險人分	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
案核定者除外)，由牙醫全聯會轉請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定終止該保險醫事服務機構執行本計畫。 8. 計畫考核：依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核作業要點」(詳附件 8)辦理。	案核定者除外)，由牙醫全聯會轉請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定終止該保險醫事服務機構執行本計畫。 8. 計畫考核：依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核作業要點」(詳附件 8)辦理。	區業務組或由保險人分區業務組自行核定終止該保險醫事服務機構執行本計畫。 8. 計畫考核：依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核作業要點」(詳附件 8)辦理。	
(三)巡迴計畫： 1. 巡迴醫療團之醫師名單及巡迴地點等巡迴服務相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢。 2. 醫療團實際診療診次與報備診次之執行率低於 85%者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。 3. 醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公會口腔衛生活動。 4. 本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，如有特殊	(三)巡迴計畫： 1. 巡迴醫療團之醫師名單及巡迴地點等巡迴服務相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢。 2. 醫療團實際診療診次與報備診次之執行率低於 85%者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。 3. 醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公會口腔衛生活動。 4. 本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，如有特殊	(三)巡迴計畫： 1. 巡迴醫療團之醫師名單及巡迴地點等巡迴服務相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢。 2. 醫療團實際診療診次與報備診次之執行率低於 85%者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。 3. 醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公會口腔衛生活動。 4. 本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，如有特殊情況	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
情況可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。 5. 管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理： (1) 訪視時如發現保險醫事服務機構疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。 (2) 訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 90%者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。 (3) 訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全聯會得報請保險人停止該醫師執行本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。	情況可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。 5. 管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理： (1) 訪視時如發現保險醫事服務機構疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。 (2) 訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 90%者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。 (3) 訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全聯會得報請保險人停止該醫師執行本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。	可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。 5. 管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理： (1) 訪視時如發現保險醫事服務機構疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。 (2) 訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 90%者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。 (3) 訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全聯會得報請保險人停止該醫師執行本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
十一、執行報告及評核報告： (一)執行報告： 1. 執業計畫： 執行本計畫者除應每季以電子檔為原則提供執行情形之醫療報酬申請表(附件 7-1)予牙醫全聯會外，於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告至牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組。執行報告之格式及內容，詳附件 10-1(執行報告第三項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。 2. 巡迴計畫： 執行之巡迴醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告(附件 10-2)及學童口腔健康狀況調查統計表(附件 10-4)至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則；牙醫全聯會以電子檔為原則，	十一、執行報告及評核報告： (一)執行報告： 1. 執業計畫： 執行本計畫者除應每季以電子檔為原則提供執行情形之醫療報酬申請表(附件 7-1)予牙醫全聯會外，於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告至牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組。執行報告之格式及內容，詳附件 10-1(執行報告第三項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。 2. 巡迴計畫： 執行之巡迴醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告(附件 10-2)及學童口腔健康狀況調查統計表(附件 10-4)至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則；牙醫全聯會以電子檔為原則，	十一、執行報告及評核報告： (一)執行報告： 1. 執業計畫： 執行本計畫者除應每季以電子檔為原則提供執行情形之醫療報酬申請表(附件 7-1)予牙醫全聯會外，於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告至牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組。執行報告之格式及內容，詳附件 10-1(執行報告第三項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。 2. 巡迴計畫： 執行之巡迴醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告(附件 10-2)及學童口腔健康狀況調查統計表(附件 10-4)至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則；牙醫全聯會以電子檔為原則，提供保險人分區業務組彙整執行情	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
提供保險人分區業務組彙整執行情形(附件 10-4)之統計報表。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。執行報告第十一項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。 (二)評核報告： 由牙醫全聯會將本方案執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。	提供保險人分區業務組彙整執行情形(附件 10-4)之統計報表。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。執行報告第十一項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。 (二)評核報告： 由牙醫全聯會將本方案執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。	形(附件 10-4)之統計報表。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。執行報告第十一項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。 (二)評核報告： 由牙醫全聯會將本方案執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。	
十二、原 11~~23~~<u>34</u> 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 11~~34~~<u>34</u> 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 11~~34~~<u>34</u> 年 1 月 1 日起，至 11~~34~~<u>34</u> 年度本方案公告實施日之次月底止。	十二、原 11~~23~~<u>34</u> 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 11~~34~~<u>34</u> 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 11~~34~~<u>34</u> 年 1 月 1 日起，至 11~~34~~<u>34</u> 年度本方案公告實施日之次月底止。	十二、原 112 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 113 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 113 年 1 月 1 日起，至 113 年度本方案公告實施日之次月底止。	修改年度
	十三、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	十三、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	

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
	面之規定，由保險人逕行修正公告。	規定，由保險人逕行修正公告。	
附件 2-巡迴計畫施行地區一覽表 1. 嘉義縣中埔鄉(灣潭村、汙水村、同仁村、石礮村、裕民村)。 2. 宜蘭縣礁溪鄉(龍潭村、匏崙村)。	附件 2-巡迴計畫施行地區一覽表 1. <u>新增</u> 嘉義縣中埔鄉「 <u>隆興村</u> 」，一級地區。 2. <u>新增</u> 宜蘭縣礁溪鄉「 <u>玉田村</u> 」，一級地區。	附件 2-巡迴計畫施行地區一覽表 1. 嘉義縣中埔鄉(灣潭村、汙水村、同仁村、石礮村、裕民村) 2. 宜蘭縣礁溪鄉(龍潭村、匏崙村)	(牙醫全聯會建議) 1. 嘉義縣中埔鄉社口國小位處非山非市區域，原該鄉中正國小、灣潭國小皆為偏遠地區，因陸續廢校，學生納入社口國小就讀，該校學區涵蓋偏僻村莊，交通相當不便。弱勢家庭(含新住民、原住民、低收、中低收、隔代教養)比例偏高。社口國小公文及偏鄉家庭居住環境概況資料詳附件。 當地中埔牙醫診所同意「隆興村」增列為本方案巡迴計畫之地區，並由公會醫療團進駐提供巡迴醫

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
			療服務，同意書詳附件。 2. 宜蘭縣礁溪鄉玉田村屬較偏遠地區，因地理位置離市區較遠，鄰村並無牙醫診所，且礁溪鄉僅少數牙醫診所，供不應需求，造成村民就醫的不便，尤其對於單親及隔代教養家庭的問題以及交通問題，無法解決而疏於口腔衛生的養成與重視。
	附件 2-巡迴計畫施行地區一覽表 ★申請升級地區 ➤ <u>1 級→2 級：</u> 1. <u>宜蘭縣蘇澳鎮蓬萊國小</u> 2. <u>花蓮縣光復鄉、玉里鎮</u> 3. <u>台東縣大武鄉、關山鎮(電光里、月眉里、德高里)、成功鎮(信義里、忠孝里)</u> ➤ <u>2 級→3 級：</u>		(牙醫全聯會建議) 依據修訂的標準，提出申請之地區均符合升級條件。 (本署建議) 1. 新增嘉義縣中埔鄉「隆興村」與宜蘭縣礁溪鄉「玉田村」，以該鄉鎮原

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
附件 2-巡迴計畫施行地區一覽表 苗栗縣泰安鄉象鼻村： 114 年恢復施行巡迴計畫，改為三級地區。 附件九-全民健保牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作作業說明 預算來源原由 113 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應，改為由 114 年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提	<u>宜蘭縣大同鄉四季國小、南山國小、南澳鄉碧侯國小、澳花國小</u> <u>南投縣仁愛鄉、信義鄉</u> <u>嘉義縣竹崎鄉光華國小、中興國小、中和國小。</u> <u>屏東縣春日鄉古華國小士文分校。</u> <u>花蓮縣秀林鄉和平國小、瑞穗鄉奇美國小</u> <u>台東縣海端鄉霧鹿國小利稻分校、霧鹿國小、初來國小新武分校</u> ➤ <u>3 級→4 級：</u> <u>嘉義縣阿里山鄉香林國小、十字國小、達邦國小、山美國小、來吉國小、阿里山國民中小學、來吉社區發展協會、樂野社區。</u> <u>高雄市那瑪夏區</u>		有巡迴點申報資料推估，全年論次費用約需增加 0.11 百萬點。 2. 部分地區申請升級以調升論次支付點數，推估全年論次費用約需增加 1.92 百萬點。 (本署建議) 1. 所提「象鼻衛生室」原為本方案巡迴計畫之巡迴點，係因地處偏遠、看診設備不良及 COVID-19 疫情等因素造成服務量不足，致該巡迴地點 110 年第四季暫停巡迴醫療服務，並於 113 年由牙醫全聯會自巡迴地點名單刪除。

114 年度條文(本署建議版)	114 年度條文(牙醫全聯會建議版)	113 年度條文	備註
升保險服務成效計畫」項下支應。			2. 另經瞭解該巡迴地點係由本署自洽苗栗縣牙醫師公會醫療團重新進駐提供巡迴服務，及媒合民間團體捐贈牙科診療椅、增添 X 光機等設備並整修牙科診療室等，綜上考量，114 年本方案巡迴計畫公告施行地區將參採將「苗栗縣泰安鄉(象鼻村)」地區分級由二級升為三級。 3. 以該巡迴點 108 年申報資料推估，全年論次費用約需增加 1.04 百萬點。

討論事項第八案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂 114 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，請討論案。

說明：

一、依據 15-5 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、修訂對照表詳附件 1。

三、修訂內容重點摘要如下：

(一)修訂核發資格：

1. 修訂文字「每月」為「每個月(1-12 月)」。
2. 修訂基層院所當年度須執行「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」至少一件及醫院層級院所執行率須達牙醫就醫人次 1%以上(排除兒童醫院、基層院所排除該院所一年內本計畫適用對象未達 10 人次)。

(二)修訂政策獎勵指標：

1. 指標項目「口腔癌篩檢」：加註『該筆處置醫療費用點數申報格式，就醫科別須為「40(牙科)」』。
2. 原加計獎勵指標「口腔癌篩檢、戒菸治療服務」移至政策獎勵指標，核算基礎維持 2%，適用院所層級別-基層。
3. 指標項目「月平均初核核減率」：核算基礎由 5%調降為 3%。

本署意見：

- 一、核發資格修訂為基層院所當年度須執行「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」(下稱就醫安全計畫)至少一件及醫院層級院所執行率須達牙醫就醫人次 1%以上(排除兒童醫院、基層院所排除該院所一年內本計畫適用對象未達 10 人次)一節，其中有關基層院所排除該院所一年內本計畫適用對象未達 10 人次一節，查就醫安全計畫適用對象包含「其他未明示之疾病」，無法明確界定適用對象，建議提

供其他排除條件。

二、其餘修訂內容，尊重牙全會規劃。

決 議：

113~~113~~114 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂對照表

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
本項未修訂	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。	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。	
本項未修訂	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」。	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」。	
本項未修訂	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。	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~~ <u>每個月(1-12 月)</u> 醫療費用已辦理第一次暫付且無下列任一項情形者，惟醫院 ~~層級院所~~ <u>基層院所</u> 當年度須執行「全民健康保險牙醫門診	肆、核發資格 牙醫門診特約醫療院所之當年度 ~~每月~~ <u>每個月(1-12 月)</u> 醫療費用已辦理第一次暫付且無下列任一項情形者，惟醫院 ~~層級院所~~ <u>基層院所</u> 當年度須執行「全民健康保險牙醫門診	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且無下列任一項情形者，惟醫院層級院所當年度須執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」<u>至少一件及醫院層級院所執行率須達牙醫就醫人次 1%以上(排除兒童醫院)</u>，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	總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」<u>至少一件及醫院層級院所執行率須達牙醫就醫人次 1%以上(排除兒童醫院、基層院所排除該院所一年內本計畫適用對象未達 10 人次)</u>，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。	醫安全計畫」，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。	<u>本署意見：</u> 有關基層院所排除該院所一年內本計畫適用對象未達 10 人次，查就醫安全計畫適用對象包含「其他未明示之疾病」，無法明確界定適用對象，建議提供其他排除條件。

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
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予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予以停止特約者。 3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、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)第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政	(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予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予以停止特約者。 3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、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	(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予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予以停止特約者。 3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、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	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)，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<u>每月每個月</u> <u>(1-12 月)</u>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。	次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)，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<u>每月每個月</u> <u>(1-12 月)</u>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。	次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)，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<u>七八</u>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~~	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<u>七八</u>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~~	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	<u>牙全會意見：</u> 1.修訂政策獎指標數。 2.刪除加計獎勵。 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會規劃。

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
~~3~~。 [註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100%為上限 ~~四~~三、「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。	~~3~~。 [註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100%為上限 ~~四~~三、「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。	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。	
本項未修訂	陸、預算分配與支用	陸、預算分配與支用	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
	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、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	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
	(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。	(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。	
本項未修訂	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。	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。	
本項未修訂	捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共	捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
	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。	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：$(\text{分子} / \text{分母}) \times 100\%$。 g.院所須有2年的申報資料，故開業未滿2年的院所(於<u>H112</u>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。	15%	V	V
修訂年度				
(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：$(\text{分子} / \text{分母}) \times 100\%$。 f.院所須有1年半的申報資料，故開業未滿1年半的院所(<u>H+H112</u>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。	15%	V	V
修訂年度				

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(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。 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：$1 - (\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$。 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)。	20%	V	V
(四) 全口牙結石清除	分為下列 3 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：$\text{分子}/\text{分母} \times 100\%$。 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。	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
	c.計算：分子/分母 x100 %。 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。			
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

附表 2

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)及牙周病支持性治療(91018C)、特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆(91091C)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 筆至健康署口腔癌篩檢資料庫。 <u>[註]該筆處置醫療費用點數申報格式，就醫科別須為「40(牙科)」。</u>	10%	V	
由加計獎勵指標移至政策獎勵指標	(四)口腔癌篩檢、戒菸治療服務	<u>2%</u>		<u>V</u>
(四)(五)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)(六)月平均初核核減率	~~113~~ 114 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。	~~5%~~ 3%		V
(六)(七)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)(八)氟化物治療	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%

1. 修訂年度
2. 核算基調降為 3%。

附表 3

~~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筆至健康署口腔癌篩檢資料庫，或提供戒菸治療服務。~~	2%		√

指標項目：口腔癌篩檢、戒菸治療服務移至政策獎勵指標。