

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

113 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 11 月 19 日 14 時整

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：陳副署長亮妤

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	(請假)	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	(請假)	黃代表立賢	沈紋瑩(代)
余代表政明	余政明	黃代表茂栓	楊湘(代)
吳代表志浩	吳志浩	黃代表智嘉	(請假)
吳代表享穆	吳享穆	楊代表文甫	楊文甫
吳代表迪	吳迪	楊代表玉琦	楊玉琦
吳代表明彥	吳明彥	葉代表育敏	葉育敏
李代表口榮	李口榮	董代表正宗	(請假)
周代表彥儒	周彥儒	黃代表俊仁	黃俊仁
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	徐慧伊(代)
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	簡志成
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	(請假)

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會 (以下稱健保會)	陳燕鈴、張藹云
社團法人中華民國牙醫師公會全國 聯合會(以下稱牙全會)	劉振聲、曾士哲、廖秋英 許家禎、邵格蘊、潘佩筠 李莉君、施奕含
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘、林盛棠
台灣醫院協會	賴彥伶、申哲、楊智涵
本署臺北業務組	邱玲玉*、徐慕容*
本署北區業務組	楊淑娟*、謝明珠*、黃毓棠* 林耿揚*
本署中區業務組	楊惠真*、王奕晴*、戴秀容* 陳淑英*、柯依鳳*、廖瑞璿* 簡育琳*
本署南區業務組	何尹琳*、賴文琳*、林聖哲* 盧靜宜*、秦莉英*、高宜聲* 黃柏儒、李昕璇、李岳勳
本署高屏業務組	謝明雪*、李金秀*、黃皓綱* 吳孜威
本署東區業務組	黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、 劉翠麗*、陳珮毓*
本署醫審及藥材組	賴秋伶、陳亞其、胡錦紅 杜昱萱、蔡宜軒
本署醫務管理組	林右鈞、賴彥壯、洪于淇、 朱文玥、阮柏叡、許洋騰、 連又旻、李柏諺、張容慈

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 1-9 解除列管，序號 10(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)繼續列管。

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：洽悉。

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。

決定：

一、113 年第 2 季各分區一般服務點值確認如下：

結算年 季別	點值類別	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

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。

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。

決定：

一、洽悉。

二、採 107-108、112 年之各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率，各季預算占率如下：第 1 季 23.946284%、第 2 季 24.753232%、第 3 季 25.542684%、第 4 季 25.757799%。

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。

決定：

一、洽悉。

二、114 年會議時間如下，請各代表預留時間：

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)

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：114 年度牙醫門診總額地區預算分配，提請討論。

決議：通過114年度牙醫門診總額地區預算分配(附件1)，「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(中區0.2億元、高屏區0.1億元)，共3.8億元。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(下稱支付標準)，提請討論。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

一、修正診療項目說明及規定事項(附件2)：

(一) 第二部西醫第二章第十節：

修訂96017C-96019C「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法」、(96020C、96029C-96030C、96021C-96022C)半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法等8項，適用對象新增發展遲緩兒。。

(二) 第三部牙醫：

1、第三章第一節：修訂89001C「銀粉充填—單面」等12項，新增不得再申報「113年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護」新增支付標準項目(89204C-89205C、89208C-89210C、89212C、89214C-89215C)。

2、第三章第二節：修訂90021C「特殊狀況—保護性肢體制約」，自閉症及失智症病人執行比照極重度病人申報。

3、第三章第三節：

(1) 修訂91103C「特殊狀況牙結石清除-局部」等3項，自閉症及失智症病人執行比照極重度病人申報。

(2) 修訂91015C「特定牙周保存治療-全口總齒數9至15顆」等3項，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。

(3) 修訂91018C「牙周病支持性治療」，申報此項九十天內不得再申報91091C。

4、第三章第四節：

(1) 修訂92054B「軟性咬合器治療」新增申報頻率半年內不得重複申報本項。

- (2) 修訂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。
- (3) 修訂92089B「氟托(單顎)」，修訂申報頻率，半年內不得重複申報本項。
- (4) 修訂92094C「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」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。
- (5) 修訂92130B「顎顏面外傷術後照護費」術後定義為出院或急診。

二、新增支付標準92131B「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800點)」及92132B「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000點)」，另本案之適應症請牙全會依程序修訂於牙醫醫療費用審查注意事項。

三、於醫療服務成本指數改變率預算額度(9.99億元)下調升牙醫支付標準，調整項目如下(同附件2)：

- (一)「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」之處置費加成百分之三十，年齡擴增為「五歲以下」。
- (二)請牙全會於3億點預算額度下調升90003C「恆牙根管治療(三根)」等3項支付點數。
- (三)調升96001C「牙科局部麻醉」30點，內含「麻醉」之59項診療項目(90001C、90002C、90003C、90019C、90020C、90005C、90015C、90016C、90018C、91009B、91010B、91011C、91012C、91013C、92003C、92004C、92007B、92008B、92010B、92012C、92013C、92014C、92017C、92018B、92019B、92021B、92022B、92023B、92025B、92026B、92027C、92028C、92029C、92030C、92031C、92032C、92033C、92037B、92041C、92042C、92043C、92044B、92045B、92050C、92055C、92067B、92068B、92071C、92092C、92015C、92016C、92020B、92034B、92056C、92057C、92058C、92059C、92063C、92064C)同步調升30點。
- (四)調升(92054B)軟性咬合器治療700點。

- 四、有關「非齒源性口腔疼痛處置」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」一節，因本署無疼痛分數相關數據，本指標由牙全會自行評估報健保會。
- 五、本案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。
- 六、同意牙全會意見，支付標準中之相關規定，未特別說明者皆為規範同院所，不須逐一敘明。

附帶事項：

- 一、依據牙全會113年11月27日牙全仁字第01991號函，調整根管治療【三根(90003C)、四根(90019C)、五根(90020C)】支付點數，修訂同附件2。
- 二、有關診療項目「非齒源性口腔疼痛處置」新增於支付標準第三部牙醫第三章牙科處置及手術第四節口腔額面外科第一項處置(同附件2)。

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」，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂通過如附件 3，修訂重點如下：
 - (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「病人每次就診當天只可申報一次 P3601C」之規定。
 - (三)新增評估指標「服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率」。
- 二、本案依程序提案至共擬會議報告。

決議：

一、本案修訂通過如附件 6，修訂重點如下：

- (一) 新增收案條件「齒質先天性發育異常(K00.4)」。
- (二) 規範 X 光片費用限申報項目 34001C(根尖周 X 光攝影)及 34002C(咬翼式 X 光攝影)。
- (三) 青少年齲齒氟化物治療(P7102C)規範相同處置內容，90 天內不得重複申報。
- (四) 評估指標「提升全國 12 歲至 18 歲青少年牙醫就醫率>40%」修訂為「提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 51%」，並增訂「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」指標。

二、本案依程序提案至共擬會議報告。

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」，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 7，修訂重點如下：

- 一、調升執業計畫一級至三級地區每月保障額度，由 22 萬、24 萬、30 萬點調升至 30 萬、33 萬、41 萬點。另調升執業計畫之巡迴及巡迴醫療服務量管控上限，每位醫師每月平均每診次申請點數上限由 2.5 萬點及 3 萬點，分別調升至 2.8 萬點及 3.3 萬點。
- 二、同意新增二個巡迴一級地區及部分地區升級。另牙全會建議調升巡迴一級地區平日論次每小時支付點數，考量 114 年預算推估不足以支應增加之費用，暫不修訂，擬於方案 114 年執行期間視預算額度，評估調升點數之可行性。
- 三、其他牙全會與本署對方案之修訂建議(如新增巡迴地區申請升級標準、巡迴地點、報備作業電子化及配合其他牙醫支付標準及計畫酌修文字)，均同意調整。

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」，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件8，修訂重點如下：

- 一、修訂醫院層級核發條件需執行「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」達牙醫就醫人次 1%以上；基層院所需「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」至少 1 件。
- 二、「口腔癌篩檢、戒菸治療服務」指標由「加計獎勵指標」修訂至「政策獎勵指標」。
- 三、增訂口腔癌篩檢申報就醫科別須為「40(牙科)、GA(口腔顎面外科)」。

附帶事項：有關 112 年牙醫門診總額品質保證保留款核發作業辦理結果如附件 9，請參考。

散會：17 時 30 分

114 年度牙醫門診總額地區分配預算

113 年 11 月 19 日牙醫門診總額 113 年第 3 次研商議事會議

114 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 114 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用移撥 3.8 億元用於下列項目：

- 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)。
- 二、 「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。
- 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」(經費 0.8 億元)。
- 四、 「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元、高屏區 0.1 億元經費，合計 0.3 億元)。
- 五、 各項移撥經費全年若有結餘，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。

第二部 西醫

第二章 特定診療

第十節 麻醉費 (96000-96030)

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
96017C	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法 Semi-opened or semi-closed mask Inhalation general anesthesia —未滿二小時 under 2 hours	V	V	V	V	3582
96018C	—二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	V	V	V	V	895
96019C	—四小時以上，每增加三十分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 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> 及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。	V	V	V	V	1119
96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 Semi-closed or closed-circulative	V	V	V	V	3917
96029C	intratracheal intubation general anesthesia —未滿二小時 under 2 hours	V	V	V	V	5155
96030C	—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	V	V	V	V	4597
96021C	—未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或 緊急狀況	V	V	V	V	895
96022C	—二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added —超過四小時，每增加三十分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 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	V	V	V	V	1119

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>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。</p> <p>3.96020C不得同時申報96029C、96030C。</p> <p>4.96029C適應症：</p> <p>(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。</p> <p>(2)兒童（未滿十九歲）符合下列任一情形：</p> <p>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。</p> <p>B.緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。</p> <p>(3)不得同時申報96020C、96030C。</p> <p>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」。</p> <p>6.96030C適應症：</p> <p>(1)成人（十九歲以上）符合下列任一情形：</p> <p>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。</p> <p>B.緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。</p> <p>(2)不得同時申報96020C、96029C。</p>					

第三部 牙醫

通則：

- 四、「四五歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於~~四十八~~六十個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

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

通則：本章除第四節第三項開刀房手術各項目外，餘各項目之點數均包括牙科材料費在內。

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015, 89088, 89101-89115)

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
89001C 89002C 89003C	<p>銀粉充填 Amalgam restoration</p> <p>— 單面 single surface</p> <p>— 雙面 two surfaces</p> <p>— 三面 three surfaces</p> <p>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，<u>89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C</u>）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。</p>	V V V	V V V	V V V	V V V	450 600 750
89004C 89005C	<p>前牙複合樹脂充填</p> <p>Composite resin restoration in anterior teeth</p> <p>— 單面 single surface</p> <p>— 雙面 two surfaces</p> <p>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（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，<u>89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C</u>）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。</p>	V V	V V	V V	V V	500 650
89008C 89009C 89010C	<p>後牙複合樹脂充填</p> <p>Composite resin restoration in posterior teeth</p> <p>— 單面 single surface</p> <p>— 雙面 two surfaces</p> <p>— 三面 three surfaces</p> <p>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</p>	V V V	V V V	V V V	V V V	600 800 1000

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C, <u>89204C~89205C, 89208C~89210C, 89212C, 89214C~89215C</u>)費用，以同一院所為限。</p> <p>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>3.申報面數最高以三面為限。</p>					
89011C	<p>玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration</p> <p>註： 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, <u>89204C~89205C, 89208C~89210C, 89212C, 89214C~89215C</u>)費用，以同一院所為限。</p> <p>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</p>	V	V	V	V	400
89012C	<p>前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth</p> <p>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, <u>89204C~89205C, 89208C~89210C, 89212C, 89214C~89215C</u>)費用，以同一院所為限。</p> <p>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>3.申報面數最高以三面為限。</p>	V	V	V	V	1050
89014C	<p>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</p> <p>註： 1.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C, <u>89204C~89205C, 89208C~89210C, 89212C, 89214C~89215C</u>)費用，以同一院所為限。</p> <p>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</p>	V	V	V	V	1200

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
89015C	<p>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</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，<u>89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C</u>)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)。 	V	V	V	V	1450

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

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	V	V	V	V	4210 <u>1240</u>
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	V	V	V	V	2410 <u>2440</u>
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	V	V	V	V	3610 <u>4290</u>
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	V	V	V	V	4810 <u>5720</u>
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001C、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者支付。	V	V	V	V	6010 <u>7130</u>
90005C	乳牙斷髓處理 Pulpotomy of primary tooth 註： 1.需附治療前X光片以為審核（X光片費用已內含）。 2.六十天內，不得再申報90015C。 3.麻醉費用內含。	V	V	V	V	800 <u>830</u>

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90015C	<p>根管開擴及清創</p> <p>Access cavity preparation, cleaning and shaping of the root canal system</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象不在此限。 2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。 3.六十天內不得重覆申報。 4.本項目X光片費用已內含。 5.麻醉費用內含。 	V	V	V	V	600 <u>630</u>
90016C	<p>乳牙根管治療</p> <p>Endodontic treatment of primary tooth</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報（如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報）；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費）。 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。「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，如情況特殊無法配合，不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。 	V	V	V	V	1010 <u>1040</u>
90018C	<p>乳牙多根管治療</p> <p>Endodontic treatment of a primary tooth with multiple canal</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報（如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報）；如未完成，改以 90015C申報。 	V	V	V	V	1690 <u>1720</u>

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>(期間限申報一次診療費)</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。「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，如情況特殊無法配合，不得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。</p> <p>4.九十天內不得重複申報。</p>					
90021C	<p>特殊狀況—保護性肢體制約</p> <p>Protective physical restraint for patients with special needs</p> <p>註：</p> <p>1.治療需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	V	V	V	V	300

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

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91103C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized	V	V	V	V	165
91104C	-全口 Full mouth 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3. <u>自閉症、失智症及</u> 重度以上病人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。	V	V	V	V	660
91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 Localized (牙周囊袋 5mm以上 三齒以內)		V	V	V	4500 4530
91010B	— 三分之一顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm以上 四至六齒) 註： 1.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 2.費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及十四天內之術後診察、處置費用。 3.以「區域」方式申報，如有跨相鄰區域，需治療之牙齒為三齒以內，擇一區域申報。同區域二年內不得重複申報，且應檢附二年內牙科完整病歷並附牙周手術同意書(參考格式附表3.3.2)。 4.牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。		V	V	V	7500 7530
	牙齦切除術					

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91011C	Gingivectomy — 局部 Localized (三齒以內)	V	V	V	V	910 940
91012C	— 三分之一顎 1/3 arch 註： 1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。 2.需附牙周囊袋記錄，每顆應詳細記載六個測量部位，其中至少一個測量部位為5mm以上。 3.局部麻醉費用已內含。	V	V	V	V	1510 1540
91013C	牙齦切除術 Gingivectomy for endodontic or restorative purposes 施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術 註： 1.不得同時申報 91011C及 91012C。 2.應與根管治療或牙體復形合併申報。 3.局部麻醉費用已內含。 4.以合併之主處置齒位申報。	V	V	V	V	330 360
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.自閉症、失智症及重度以上病人每六十天得申報一次。	V	V	V	V	250
91015C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients	V	V	V	V	2120
91016C	with special needs	V	V	V	V	1120
91091C	-全口總齒數九至十五顆 $9 \leq \text{no. of teeth} \leq 15$ -全口總齒數四至八顆 $4 \leq \text{no. of teeth} \leq 8$ -全口總齒數一至三顆 $1 \leq \text{no. of teeth} \leq 3$ 註： 1.限總齒數至少一顆且未達十六顆之患者申報。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數九至十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上；全口總齒數四至八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上；全口總齒數	V	V	V	V	600

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>4.每九十天限申報一次。</p> <p>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。</p>					
91018C	<p>牙周病支持性治療 Supportive periodontal treatment</p> <p>註：</p> <p>1.限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。</p> <p>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)。</p> <p>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。</p> <p>4.每九十天限申報一次。</p> <p>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、91091C、91103C、91104C。</p>	V	V	V	V	1120

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

第一項 處置

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92003C	口內切開排膿 Intraoral incision & drainage with drains 註： 1.腫脹區切開，引流，清創放置引流裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v	v	510 <u>540</u>
92004C	口外切開排膿 Extraoral incision & drainage 註： 1.腫脹區切開，引流，清創放置引流裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v	v	3000 <u>3030</u>
92007B	鋼線固定 三齒以內 Closed reduction with interdental wiring fixation for 3 or fewer teeth 註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。		v	v	v	1270 <u>1300</u>
92008B	鋼線固定(上顎或下顎固定術) 四齒以上 Closed reduction with wiring fixation for 4 or more teeth 註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。		v	v	v	2010 <u>2040</u>
92010B	顎間固定法 Intermaxillary fixation (I.M.F.) 註： 1.包含arch bar 材料費及局部麻醉費用在內。 2.申報費用應檢附手術記錄。		v	v	v	9780 <u>9810</u>
92012C	拔牙後特別處理 Post-operative care of extraction wound 註：包括Dry Socket 或縫合止血及局部麻醉。	v	v	v	v	160 <u>190</u>
92013C	簡單性拔牙 Simple extraction 註： 1.本項支付點數已包含局部麻醉費用在內。 2.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	510 <u>540</u>
92014C	複雜性拔牙 Complex extraction 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.全身性疾病、六十五歲以上、懷孕婦女或拔牙第三大白齒病人可依本項申報。	v	v	v	v	900 <u>930</u>

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>全身性疾病包含：</p> <p>(1)符合「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。</p> <p>(2)心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。</p> <p>(3)服用抗凝血劑療程中。</p> <p>(4)洗腎病人。</p> <p>(5)張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。</p> <p>(6)曾經接受器官移植病人。</p> <p>(7)凝血障礙或白血球障礙病人。</p> <p>(8)經診斷有糖尿病或高血壓病人。</p> <p>(9)曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。</p> <p>(10)愛滋病。</p> <p>(11)免疫性疾病，長期服用類固醇病人。</p> <p>(12)肝硬化及癌症病人。</p> <p>3.需檢附術前X光片以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象經安撫無法配合者不在此限)。</p>					
92017C	<p>囊腫摘除術 Cystic enucleation</p> <p>— 小 Small >0.5cm且< 2cm</p>	v	V	V	V	3000
92018B	— 中 Medium 2-4cm		V	V	V	3030
92019B	— 大 Large > 4cm		v	v	v	3500
	<p>註：</p> <p>1.申報費用應檢附X光片及病理檢查報告。</p> <p>2.92017C、92018B及92019B等三項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。</p> <p>3.囊腫應為放射影像學中大於0.5cm的radiolucent lesion。</p>					3530
						5000
						5030
92021B	<p>軟組織切片 Biopsy, soft tissue</p> <p>註：</p> <p>1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。</p> <p>2.應附病理報告。</p>		v	v	v	1000
						1030
92022B	<p>硬組織切片 Biopsy, hard tissue</p> <p>註：</p> <p>1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。</p> <p>2.應附病理報告。</p>		v	v	v	2000
						2030
92023B	<p>囊腫造袋術 Marsupialization</p> <p>註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。</p>		v	v	v	3020
						3050

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92025B	腐骨清除術 Sequestrectomy — 簡單,三分之一顎以下 Simple, involving less than 1/3 arch		V	V	V	2010 2040
92026B	— 複雜,三分之一顎以上 Complex, involving more than 1/3 arch 註： 1.申報費用應檢附X光片。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		V	V	V	3010 3040
92027C	齦蓋切除術 Operculectomy 註：需附術前X光片或相片以為審核（X光片或相片及局部麻醉費用已內含）。	V	V	V	V	510 540
92028C	繫帶切除術 Frenectomy — 簡單法 Simple	V	V	V	V	410 440
92029C	— Z字法 Z-plasty 註：本項目局部麻醉費用已內含。	V	V	V	V	570 600
92030C	前齒根尖切除術 Apicoectomy：incisors and canines 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	V	V	V	V	1800 1830
92031C	小白齒根尖切除術 Apicoectomy：premolars 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	V	V	V	V	2800 2830
92032C	大白齒根尖切除術 Apicoectomy：molars 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	V	V	V	V	4000 4030
92033C	牙齒切半術或牙根切斷術 Hemisection or root amputation 註：需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	V	V	V	V	1500 1530
92037B	涎石切除術，在腺管中 Sialolithotomy, within duct 註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		V	V	V	2010 2040
92041C	齒槽骨成形術(二分之一顎以內) Alveoloplasty, involving less than 1/2 arch	V	V	V	V	570 600

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	註：需檢附術前X光片或照片以為審核（X光片、照片及局部麻醉費用已內含）。					
92042C	齒槽骨成形術(二分之一顎以上) Alveoloplasty, involving more than 1/2 arch 註：需檢附術前X光片或照片以為審核（X光片、照片及局部麻醉費用已內含）。	V	V	V	V	1070 <u>1100</u>
92043C	顳顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation — 無固定 Without fixation 註：年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。	V	V	V	V	310 <u>340</u>
92044B	— 有固定 With fixation 註： 1.申報費用應檢附手術記錄。 2.本項目局部麻醉費用已內含。		V	V	V	2010 <u>2040</u>
92045B	自體牙齒移植 Tooth autotransplantation 註： 1.需檢附術前X光片以為審核（局部麻醉費用已內含）。 2.含拔牙至固定為止。		V	V	V	4020 <u>4050</u>
92050C	埋伏齒露出手術 Surgical exposure of impacted tooth 註： 1.限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋三分之二以上者。 2.僅限永久齒，同顆處置以一次為限。 3.需檢附X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	V	V	V	V	970 <u>1000</u>
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>		V	V	V	800 <u>1500</u>
92055C	乳牙拔除 Primary tooth extraction 註：本項目局部麻醉費用已內含。	V	V	V	V	260 <u>290</u>
92067B	癌前病變軟組織切片 Incisional biopsy for precancerous lesion, soft tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		V	V	V	1810 <u>1840</u>
92068B	癌前病變硬組織切片 Incisional biopsy for precancerous lesion, hard tissue 註：		V	V	V	2510 <u>2540</u>

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。					
92071C	簡單性口內切開排膿 Simple intraoral incision & drainage 註： 1.腫脹區切開、沖洗，局部麻醉費用已內含。 2.限口腔內軟組織膿瘍申報。	V	V	V	V	210 <u>240</u>
92092C	乳牙複雜性拔牙 Complex extraction of primary tooth 註： 1.限乳牙申報。 2.適應症包含： (1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。 (2)乳牙牙根大於二分之一。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。 (4)牙根骨黏合或 submerged tooth。 (5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。 (6)併生牙(fusion)。 (7)乳牙牙根彎曲。 (8)因外傷或齶齒造成之牙根斷裂。 (9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。 3.需檢附術前X光片以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含)，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，無法配合照射X光片者不在此限。	V	V	V	V	560 <u>590</u>
92015C	單純齒切除術 Simple odontectomy 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。	V	V	V	V	2730 <u>2760</u>
92016C	複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1.依臨床治療指引相關條文申報。 2.包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。	V	V	V	V	4300 <u>4330</u>
92020B	口內軟組織腫瘤切除		V	V	V	1800

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	Excision of soft tissue tumor in oral cavity 註： 1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 3.應附病理報告。					<u>1830</u>
92034B	口竇瘻管／相通修補術 Repair oro-antral fistula or communication 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.需檢附 X 光片或相片佐證。		V	V	V	5710 <u>5740</u>
92056C	骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, < 1 cm 註： 1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	V	V	V	V	5010 <u>5040</u>
92057C	骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm 註： 1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	V	V	V	V	10010 <u>10040</u>
92058C	骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, > 2 cm 註： 1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	V	V	V	V	15010 <u>15040</u>
92059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物 Surgical removal of tooth or foreign body within the maxillary sinus 註： 1.需檢附 X 光片及手術記錄於病歷上以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.限不同醫師執行。	V	V	V	V	6010 <u>6040</u>
92063C	手術拔除深部阻生齒	V	V	V	V	<u>8970</u>

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone</p> <p>註：</p> <p>1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。</p> <p>(1)上、下顎完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(4)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於阻生齒牙冠寬度三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。</p> <p>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）。</p> <p>3.本項支付點數內含單次使用鑽頭費，占百分之十一。</p> <p><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></p> <p><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></p> <p><u>(2)齒濾泡（Dental Follicle）與牙冠表面距離大於5mm。</u></p> <p><u>(3)外傷骨折處附近之患齒。</u></p> <p><u>(4)顎骨感染病灶附近之患齒。</u></p>					<u>9000</u>
92064C	<p>手術去除解剖間隙內異物或牙齒</p> <p>Surgical removal of a tooth or foreign body within fascial spaces</p> <p>註：</p> <p>1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X</p>	V	V	V	V	10540 <u>10540</u>

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	光片及局部麻醉費用已內含)。 2.限不同醫師執行。					
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.半年內不得重複申報本項。		V	V	V	1500
92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays 註： 1. 限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則。 2. 當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 3. 院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間及外展點時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。) 4. 適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報	V	V	V	V	800

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(96001C、90088C、91088C、92088C、P3601C除外)					
92130B	<p>顎顏面外傷術後照護費 Wound care for osteonecrosis of jaws</p> <p>備註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> (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。 (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.限出院或急診後一百八十天內申報，同次住院或急診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。 		V	V	V	1000
<u>92131B</u>	<p><u>非齒源性口腔疼痛處置-初診</u> <u>Evaluation of oral intractable disorders</u></p> <p><u>註：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 		<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1800</u>

編號	修訂內容	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>保險人分區業務組核定。</u>					
92132B	<u>非齒源性口腔疼痛處置-複診</u> <u>Control of oral intractable disorders</u> <u>註：</u> <u>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。</u> <u>2.三百六十天內不得申報超過二十四次。</u> <u>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)。</u> <u>4.本項限牙醫門診申報。</u> <u>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。</u>		V	V	V	1000

第四章 牙科麻醉費

通則：

- 一、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，不另支付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另支付。
- 二、凡對未滿七歲兒童施行麻醉者予以加成支付，病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，則依表定點數加計百分之二十。

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
96001C	牙科局部麻醉 Dental localized anesthesia 註： 1.應就牙齒六區域（UR、UA、UL、LR、LA、LL）併同主處置申報，惟須於病歷上詳實記載。 2.表面麻醉不得申報。	V	V	V	V	90 <u>120</u>

113114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

113年0月0日健保醫字第000000號公告

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

三、實施期間：

自公告生效日114年1月1日起至113114年12月31日止。

四、預算來源：

- (一) 113114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，全年經費為~~327.1~~307.1百萬元。
- (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。

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。
- (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。

七、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P3601C	<p>特定疾病病人牙科就醫安全</p> <p>註：</p> <p>(一)適用對象：須符合下列條件之一</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 9. <u>帕金森氏症病人。</u> 10. <u>失智症病人。</u> 11. <u>甲狀腺相關疾病病人。</u> 12. <u>與牙科治療相關之自體免疫性疾病病人。</u> 13. 其他未明示之疾病病人。 <p>(二)該院所該牙醫師當年度第一次申報本項時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表(如附件)。</p> <p>(三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。</p> <p>(四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-六個月內之醣化血紅素(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。</p>	V	V	V	V	100

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。
- (三) 病人每次就診當天只可申報一次 P3601C：
 1. 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。
 2. 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。
- (三)(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。
 - (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。

- (三) 服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。
 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。

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。

[註]：(1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。(2)心肌梗塞 ICD-10代碼為 I20-I25。

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

十一、本計畫由保險人與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，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表

填表日期：____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)	<ol style="list-style-type: none"> 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，病人六個月內之糖化血紅素(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(糖化血紅素)>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	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	(降血壓藥物)	<p>(病史詢問)且記載於病歷。</p> <ol style="list-style-type: none"> 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 病人三個月之內的血壓病歷評估及追蹤。 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。 病人牙科治療當天高血壓藥物服藥狀況了解及詢問。 術後流血狀況監控。 <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。
- 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 $< 160/100\text{mmHg}$)
- 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。
- 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。 術後流血狀況監測。 <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)】

- 病人使用的抗骨質疏鬆藥劑，早期為雙磷酸鹽藥物(Bisphosphonate)，近期則是使用單株抗體類之Denosumab(如保骼麗，Prolia)等。目前實務上使用Denosumab的病人，大約是滿五個月的時候，告知病人可能之風險及獲得病人同意後，可以進行手術，同時傷口必須縫合。手術完成一個月左右，若傷口癒合良好，沒有新的骨頭暴露出來或骨壞死的情形，可以接著施打下一次的劑量。

2. 另最近研究，半年之後超過三個月才施打Denosumab，藥物原來的效果就會急速下降。
3. 若是病人剛使用藥物，有緊急狀況需進行手術處置時，需告知病人相關風險，並獲得病人之同意。
4. 進行手術後，建議需完全縫合傷口的原因是基於了解病人骨壞死的原理。避免骨暴露，使骨骼能獲得良好的血液供應，是預防新顎骨壞死的重要因素。
5. 由於雙磷酸鹽藥物是直接存在於顎骨內，甚至從壞死骨脫落後，會再結合到鄰近的骨骼內，繼續抑制破骨細胞，與單株抗體類藥物留存在血液中，且有一定之半衰期不同，因此，使用雙磷酸鹽藥物者接受牙科手術時，相對風險可能比單株抗體類藥物高。但無論如何，如果仍需要進行牙科手術時，最重要的是告知病人接受牙科手術時，仍可能有產生顎骨壞死的風險。
6. 病人使用雙磷酸鹽藥用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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>(一)血液透析：</p> <ol style="list-style-type: none">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> <p>(二)腹膜透析：</p> <ol style="list-style-type: none">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，可以安全使用。止痛藥Acetaminophen仍是最安全的選擇，其他NSAID類的藥物(如：ketoprofen, ibuprofen, naproxen)</u>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		<p><u>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></p> <p>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></p>

【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	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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嗆咳，嚴重時出現喉部肌肉不自主收縮，乃至無法吞嚥的情形產生。
3. Clozapine-非典型抗精神病藥物(Atypical antipsychotic drugs)，臨床上應用於治療難治型精神分裂症(refractory schizophrenia)。相較於第一代抗精神病藥物，Clozapine 的錐體外症狀(EPS)較少，在臨床上較常見的副作用為口水外流。根據 Praharaj 等人的研究，發現經 Clozapine 藥物治療的病人，約有 30%的個案有流口水(Clozapine induced sialorrhea, CIS)症狀。
4. 早期癲通 (Tegretol) 與帝拔癲 (Depakine) 主要用於癲症的治療，但後來 (1970 年代) 發現對躁鬱症也有急性治療和預防效果。另外對於陣發性衝動控制不良或具攻擊傾向的病患也有療效。療效與鋰鹽相近，約有 50%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
	<u>九、帕金森氏症</u> (備註：114年新增)	<ol style="list-style-type: none"> 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> <ol style="list-style-type: none"> (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從就診椅上起身。</u> (3)<u>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>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		<p><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></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><u>4. 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></p> <p><u>5. 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></p> <p><u>6. 醫療決策制定宜與病患、監護人或家屬共同商討決定。</u></p> <p><u>7. 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></p>

【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。病人可能會有「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
	<p><u>十、失智症</u> (備註：114年新增)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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> <ol style="list-style-type: none"> (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> <ol style="list-style-type: none"> (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，那齧齒的風險就會增加，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，以防止在齒頸部的齧齒。</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> 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>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		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
	<u>十一、甲狀腺相關疾病</u> (備註：114年新增)	<p>(一)甲狀腺亢進：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.注意病人進入診間之步態。 4.觀察病人說話是否急躁。 5.關心病人是否有頻便。 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。 <p>(二)甲狀腺低下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.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。 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。

【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

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

4. 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。

5. 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。

<u>已確認(V)</u>	<u>病名/藥物</u>	<u>注意事項</u>
	<u>十二、與牙科治療相關之自體免疫性疾病</u> <u>(備註：114)</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(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>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	年新增)	<p><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></p> <p><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></p> <p><u>(2)類固醇(如 Prednisolone)：</u></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><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。</u></p>

【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)非類固醇消炎藥(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
	九十三、其他未明示之疾病	<ol style="list-style-type: none">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：

113114 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

113年 0 月 0 日健保醫字第 000000 號公告

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：

~~113114 年 1 月 1 日起至 113114 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)113114 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 1,5992,800 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)113114 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 80,000150 萬人次、照護人數不低於 66 萬人。

(二)113114 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 202 萬不低於 189 萬人次、照護人數不低於 100 萬人。

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%。

(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。

註：

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」。

2. 該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。

3. 牙周病之 ICD-10 碼為：

K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)。

K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)。

K05.21(侵襲性牙周炎，局部)。

K05.22(侵襲性牙周炎，一般性)。

K05.20(侵襲性牙周炎)。

K05.30(慢性牙周炎)。

K05.31(慢性牙周炎，局部性)。

K05.32(慢性牙周炎，一般性)。

K05.4(牙周病)。

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。

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。

「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。 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。	v	v	v	v	500

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
89204C 89205C	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth 一單面 single surface 一雙面 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	v v	v v	900 1,050
89208C 89209C 89210C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth 一單面 single surface 一雙面 two surfaces 一三面 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，	v v v	v v v	v v v	v v v	1,000 1,200 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
	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.同類牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C) 費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。	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。 (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~	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
	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.同類牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C ， 89014C ~ 89015C ， 89204C~89205C ， 89208C~89210C，89212C，89214C~89215C) 費用，以同一院所為限。 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

113114 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

113 年 0 月 0 日健保醫字第 000000 號公告

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

自公告生效日起至 113114 年 12 月 31 日止。

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。

五、預算來源

- (一) 本計畫全年經費為 ~~7.817~~8.559 億元，其中 8.059 億元由 113114 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。
- (二) 本預算按季均分及結算，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。

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

- (一) 適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- (二) 申請條件：
 1. 醫院資格：必須設置有整形外科(或口腔外科)、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
 2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上(至少 1 位專任醫師)

會同牙科矯正醫師實施。

3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置(Monitor, 包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

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

(五) 申請程序：

1. 參與本計畫提供本項牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下稱保險人)，經各分區業務組核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。
2. 保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向保險人提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
3. 審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫(包括整個療程費用及時間)，如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。
4. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

1. 屬肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、

頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：

(1)腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2-1】，~~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3，輕度者4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。~~

(2)失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。

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。

(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

****院所牙醫醫療服務**，得就以下擇一申請：

1.初級照護院所

(1)院所資格：

A.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

B.院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事

之一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。

2. 進階照護院所

(1)院所資格：

- A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）、無障礙空間及設施。
- C.需2位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D.院所須二年內未曾因牙科有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)~~一或~~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)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定，114年增設3家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材(含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等)，方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。

2.於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務:於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(以下稱牙醫不足改善方案)之社區醫療站，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

3.醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。

4.醫師資格：

(1)醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。

(2)自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。

(3)每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30(含)學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

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

5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

(1)服務對象：係指居住於身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)或衛生福利部所屬老人

福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。

(2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。

(3) 牙醫服務內容及設備：

A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、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、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支付標準、「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(92131B)及非齒源性疼痛處置-複診診療項目(92132B)。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，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。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，自閉症、失智症及重度以上病人每 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足改善方案規定申報，

並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。

D. 特定需求者牙醫醫療服務：

- a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 2,400 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
- b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務（含訪視），合計每日達 5 人以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；~~每位醫師支援每週不超過 2 日~~。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。

2. 費用申報之規定：

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

A. 院所內服務：

非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

自閉症、失智症：LN

B. 醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

自閉症、失智症：LP

其他具身心障礙證明者：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)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本。

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

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

(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)

A.每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。

B.每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過 34 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 34 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)~~一或~~一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四) 申請程序：

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

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

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

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

- (1)申請書格式如【附件 3】。
- (2)2 位以上(含負責醫師)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。
- (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會(包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔

醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫)。

(4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(5)牙醫師證書正反面影本一份。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)

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

A.縣市牙醫師公會評估表【附件6】

B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)~~一或~~、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

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

(五) 相關規範

1. 每月5日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。

牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。

2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對患有~~智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙~~病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：
 - (1) 醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時(包含新增或取消)應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
 - (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
 - (3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
 - (4) 醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據

- 點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)一、或、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
- (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
 - (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
 - (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
 - (8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
 - (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)一、或、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該病人狀況的人陪同就診。
 - (10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。
 - (11)若病人無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
 - (12)耗材應由看診醫師自備。
 - (13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。

- (14) 病人所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫病人情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
 - (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
 - (16) 執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
 - (17) 執行全身麻醉時，應以病人安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位病人之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
 - (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
 - (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
 - (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
 - (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。
5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
 6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙

醫醫療之相關學分)，並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站 (<https://www.nhi.gov.tw>) 及牙醫全聯會網站 (<https://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。
8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

(一) 醫療服務提供者資格：

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

(二) 收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。
2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及

中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）或發展遲緩兒童等。

4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

(三) 收案及審核程序：

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

(四) 照護內容：

1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。

(五) 醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治

療計畫」【附件 16】。

3. 醫療費用申報：

- (1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。
- (2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。
- (3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。

4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。

5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(六) 給付項目及支付標準：

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

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。
2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。
3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達

- 案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。
4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身分影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
 5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
 6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
 7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
 8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
 9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
 10. 耗材應由醫療院所自備。
 11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
 12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
 13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
 14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

九、點值結算方式：

- (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。

十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計

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

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

十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

【附件 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

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
92102B	矯正檢查（口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光）（次） Orthodontic Examination, Total 【dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posteroanterior views)】 註：施行本項檢查不須事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每一年六個月限施行一次。		✓	✓	✓	3000
92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance(one jaw)		✓	✓	✓	4806
92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance(two jaws)		✓	✓	✓	7209
92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer,unilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer,bilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	2500
92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
92108B	環鈎，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
92111B	矯正調整及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.以每三個月實施一次為限。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
92112B	面罩A Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術（Distraction Osteogenesis）之裝置。		✓	✓	✓	12476
92113B	面罩B Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恆牙期病情需要使用於上顎及上顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
92115B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631

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
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)		✓	✓	✓	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日內不得重覆申報。 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

-先天性唇顎裂及顛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：

- 1.寄送地址：10476 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收
- 2.參與本計畫提供先天性唇顎裂及顛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		【有效期限】 年 月 日	照片黏貼處
身分證統一編號	姓名		
出生日期	年 月 日		
戶籍地址			
聯絡人	關係		
鑑定日期	年 月 日	重新鑑定日期	年 月 日
障礙等級	輕度、中度、重度、極重度		

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

- (一) 障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。
- (二) 障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧註記其對應之ICF編碼。
- (三) ICD診斷：除帶入該位民眾經鑑定後之「疾病分類代碼」，並於括弧【】中註記民眾舊制身心障礙類別代碼，以利證明使用人及各相關專業人員對應辨識。

【附件 2-2】

「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」
-特定身心障礙者牙醫醫療服務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
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	v	v	v	v	500
89304C 89305C	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 —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。	v v	v v	v v	v v	900 1,050
89308C 89309C 89310C	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 —雙面 two surfaces —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。	v v v	v v v	v v v	v v v	1,000 1,200 1,400
89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1,450

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
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】					
<p>一、「執業登記」院所：</p> <p>1.院所名稱（全銜）：</p> <p>2.醫事機構代號：</p> <p>3.院所申請類別：<input type="checkbox"/>初級 <input type="checkbox"/>進階</p> <p>4.負責醫師姓名： 身分證字號：</p> <p>5.院所電話：</p> <p>6.院所地址：□□□</p> <p>7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>有專用椅子 <input type="checkbox"/>無專用椅子</p> <p>(2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)： _____</p>					
<p>二、「支援服務」院所：</p> <p>1.院所名稱（全銜）：</p> <p>2.醫事機構代號：</p> <p>3.院所申請類別：<input type="checkbox"/>初級 <input type="checkbox"/>進階</p> <p>4.負責醫師姓名： 身分證字號：</p> <p>5.院所電話：</p> <p>6.院所地址：□□□</p> <p>7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>有專用椅子 <input type="checkbox"/>無專用椅子</p> <p>(2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)： _____</p>					

**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。

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
									<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 新增

- 六、變更醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

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

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

【附件 6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表
(醫療團)

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

_____ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

同意

不同意，原因：_____

其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

地址：

*簽章需簽署用印(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<p>1 欲申請於院所中執行特殊病患照護服務者</p> <p>無學分</p> <p>2 參加身心障礙教育訓練之課程</p> <p>有學分</p> <p>3 填妥申請書並附上醫師個人學經歷等相關資料及身心障礙教育訓練之學分影本</p> <p>寄至牙醫全聯會審核</p>	<p>1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。</p> <p>1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 請電洽各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。</p> <p>3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後須附上：</p> <p>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）</p> <p>b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p>
申請中段	<p>4 檢查資料是否有備齊</p> <p>不齊</p> <p>有齊</p> <p>5 審核院所資格</p> <p>不通過</p> <p>通過</p> <p>6 名單提送保險人及分區業務組</p>	<p>4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。</p>
申請後	<p>7 執行計畫</p>	<p>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）</p> <p>7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。</p> <p>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。</p>

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。
大門	2	設有電梯、昇降設施或坡道可通達。
	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。
室內通路	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。
	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。
診療室	3	以自備行動工具協助民眾通行。
	1	備有移位設施，協助無法自行移位之民眾，移動到診療椅。
治療椅	2	門淨寬至少 75 公分以上，內部空間方便行動不便者進出。
	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		<p>1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。</p> <p>1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬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。</p> <p>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)</p>
申請中段		<p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
申請完成		<p>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)</p> <p>7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

☆ 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
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 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	<p>組織一醫療團至執行醫療服務單位</p> <p>每次出團前置作業</p> <p>醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。</p> <p>B-3 製作名冊、IC 卡、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。</p>
執行醫療服務中	<p>診療期間每位患者皆須由 A-3 至 A-7 的步驟。若無執行 A-7 之步驟，將無法申請健保費用。</p> <p>診療期間務必由熟悉看護、保育人員或教師陪同於患者旁邊(B-4 至 B-6)。</p>	<p>A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單(檢查部分)。</p> <p>A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。</p> <p>A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。</p> <p>A-6 完成醫療紀錄單之記載。</p> <p>A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。</p>	<p>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。</p> <p>B-5 協助醫師完成治療。</p> <p>B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。</p>
執行醫療服務後	<p>醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。</p> <p>依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。</p> <p>結束此次醫療團之服務。</p>	<p>A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。</p>	<p>B-7 護送身心障礙者返回教室或看護診所。(不含特定需求者)</p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>

【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

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

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，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。						
				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						

【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：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明: D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled																	

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
障礙程度	<input type="checkbox"/> 輕度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 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)()=()					
18 - 14		13 - 23		24 - 28	
48 - 44		43 - 33		34 - 38	
2. 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數()/總區數:無牙區須扣除()=()					
18 - 14		13 - 23		24 - 28	
48 - 44		43 - 33		34 - 38	
檢查醫師：			檢查日期： 年 月 日		

【附件 13】

全民健康保險 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
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 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

113~~114~~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

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

四、標示製作內容及規格

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

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

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色

2.中醫：底色為深紅色，字體為白色 3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

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

2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。

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

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

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所

之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

其他

核銷金額： 元

原始支出憑證黏貼處

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： <input type="checkbox"/> 訪視 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他	
病人申請資格：(請打勾)	
<input type="checkbox"/> 1.居家醫療照護整合計畫之病人。 <input type="checkbox"/> 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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：__

一式三聯 第一聯送保險人分區業務組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

基本資料																	
姓名：				出生日期： 年 月 日						監護人：							
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理、(2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料、(3) 牙結石清除 (<input type="checkbox"/> 全口或 <input type="checkbox"/> 局部)、 (4) <input type="checkbox"/> 牙周暨齶齒控制基本處置、(5) <input type="checkbox"/> 塗氟、(6) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療、(7) <input type="checkbox"/> 特定局部治療、(8) <input type="checkbox"/> 簡單性拔牙、(9) <input type="checkbox"/> 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） 牙周暨齶齒控制基本處置(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。 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

【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	<p>受理居家牙醫醫療服務需求</p> <p>↓</p> <p>牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作</p> </div> </div>	<p>A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。</p> <p>A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。</p> <p>A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。</p> <p>A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
執行醫療服務——中	<p>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。</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。</p> </div> </div> <p>↓</p> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作</p>	<p>A-6 視醫療需求詳實記載。</p> <p>A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。</p> <p>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。</p> <p>A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>B-4 協助牙醫師完成治療</p> <p>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。</p>
執行醫療服務——後	<p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>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。</p> <p>A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。</p> <p>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。</p>

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

113年 0 月 0 日健保醫字第 000000 號公告

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

三、實施期間：自113~~114~~年1月1日起至113~~114~~年12月31日止。

四、年度執行目標：

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

五、預算來源：

~~(三)~~ 113~~114~~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。

~~(四)~~ 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。

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、齒質先天性發育異常、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K03.89、K00.4、K03.6、K06.1、前三碼為 K02、K05)。

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表：

編號	診療項目	支付點數
P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報 X 光攝影片(費用另計， <u>限申報34001C 及34002C</u>)。 3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C。	300
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、 <u>齒質先天性發育異常</u> 者申報。 2. 須附一年內診斷 X 光片(費用另計， <u>限申報34001C 及34002C</u>)或照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. <u>不得併報申報本項後九十天內不得再申報</u> 92072C、92051B、P30002及 P7302C。	500

八、醫療費用申報及審查：

(四)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。

(五)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。

(六) 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)」。

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

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)：

(三) 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)。

(四) 評估指標：~~提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率>40%。~~

1. 提升全國12~18歲青少年牙醫就醫率不低於51%。
2. 執行 P7102C 後1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均齶齒填補顆數增加率減緩。

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。

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

十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

113114 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

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵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：

113114 年 1 月 1 日至 113114 年 12 月 31 日止。

四、預算來源：

- (一) 113114 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 310323.8 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 200220 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。

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」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。

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。

A.距離各縣市政府位置超過 100 公里，或車程超過一小時。

B.海拔超(越)過 400 公尺。

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。

D.交通易受落石、風災、地震、天候影響者。

E.原住民族地區。

(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。

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：

- 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：

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。

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.含氟漱口水使用指導。
- 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。

(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。

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。

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。

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。

C. 符合「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」(以下稱高風險疾病口腔照護計畫)之適用對象牙醫醫療服務(自 113 年 3 月 1 日起)。

D. 符合「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」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)之適用對象牙醫醫療服務(自 113 年 4 月 1 日起)。

E. 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)、~~~~「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)(前開三項診療項目提供至 113 年 2 月 29 日止)~~及「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務。

(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。

③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. 符合「高風險疾病口腔照護計畫」之適用對象牙醫醫療服務(自113年3月1日起)。

D. 符合「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之適用對象牙醫醫療服務(自113年4月1日起)。

E. 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)」、「~~高風險疾病患者牙結石清除-全口~~診療項目(91090C)(前開三項診療項目提供至113年2月29日止)及「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務。

⑤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。

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。

(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醫療費用，依施行地區分級設定如下：

A.一級地區：每月為 2230 萬點。

B.二級地區：每月為 2433 萬點。

C.三級地區：每月為 3041 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。

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(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、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)、「~~高風險疾病患者牙結石清除全口~~」診療項目(91090C)及「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)之案件。

- 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。
- 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。

(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。

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

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。

- 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 ~~2.52.8~~ 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、12-18歲計畫、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)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2.52.8萬點的部份，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每次 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、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及支付標準「~~高齶齒率患者氟化物治療~~」診療項目(P7301C)、「~~齶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. 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。

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。

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

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。
- ②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)服務與 12-18 歲計畫收案對象、高風險疾病口腔照護計畫適用對象、特定疾病病人牙科就醫安全計畫適用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)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 33.3 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 歲計畫、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及支付標準「~~高齲齒率患者氟化物治療~~」診療項

目(P7301C)、「~~齶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33.3萬點的部分，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 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。

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： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$

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：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 114115 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 114115 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—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。

(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，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。

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)」(含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)。
- 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
特定治療項目代號(二)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。

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)」(含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)。

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。

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)」(含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)。

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)」(含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)。

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。

(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。

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 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「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、傷病或有其他特殊情形，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。

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 [112113](#) 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 [113114](#) 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 [113114](#) 年 1 月 1 日起，至 [113114](#) 年度本方案公告實施日之次月底止。

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，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

113114 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-執業計畫 施行地區一覽表

保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數
臺北	新北市	石碇區*	1	南區	雲林縣	口湖鄉	1	高屏	澎湖縣	望安鄉	3
		平溪區	1			二崙鄉	1			七美鄉	3
		貢寮區	1		嘉義縣	阿里山鄉	2			花蓮縣	壽豐鄉*
		烏來區	1			大埔鄉	1	豐濱鄉	2		
		石門區	1			東石鄉	1	瑞穗鄉	2		
	坪林區	1	六腳鄉			1	萬榮鄉	2			
	宜蘭縣	大同鄉	2			番路鄉	1	卓溪鄉	2		
		南澳鄉	2		台南市	左鎮區	1	富里鄉	1		
		金門縣	烈嶼鄉*			3	南化區	1	台東縣		綠島鄉*
	烏坵鄉		3			龍崎區	1	蘭嶼鄉*			3
	連江縣	北竿鄉	3			將軍區*	1	延平鄉*			2
		莒光鄉	3			北門區*	1	鹿野鄉		2	
		東引鄉	3		山上區	1	海端鄉	2			
	北區	桃園市	復興區		2	高雄市	田寮區	1		東河鄉	2
			新竹縣		五峰鄉		2	杉林區		1	長濱鄉
		橫山鄉			1		甲仙區	1		達仁鄉	2
		尖石鄉			2		桃源區	3		卑南鄉	1
		苗栗縣	峨眉鄉		1		那瑪夏區	3	大武鄉	1	
三灣鄉*			1	茂林區	2	東區					
南庄鄉*			1	內門區	1						
獅潭鄉			1	三地門鄉	2						
頭屋鄉			1	霧台鄉	3						
泰安鄉		2	瑪家鄉*	2							
西湖鄉*	1	竹田鄉	1								
中區	台中市	石岡區*	1	屏東縣	泰武鄉			2			
		和平區* (梨山地區)	3		來義鄉			2			
	彰化縣	竹塘鄉	1		崁頂鄉			1			
		南投縣	中寮鄉		1			新埤鄉	1		
	信義鄉*		2		佳冬鄉*			1			
	仁愛鄉		2	枋山鄉	1						
	集集鎮*		1	春日鄉	2						
	鹿谷鄉		1	獅子鄉	2						
					牡丹鄉			2			
					滿州鄉			1			
				車城鄉	1						

*係指延續 91~112113 年計畫至 113114 年繼續施行鄉鎮，共 1817 名執業醫師。

113114 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-巡迴計畫 施行地區一覽表

保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	地區級數	保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	地區級數	
臺北	新北市	烏來區	3	中區	苗栗縣	獅潭鄉	1	
		萬里區	1			台中市	和平區	3
		石碇區	1				大安區	1
		坪林區	1				新社區	1
		石門區	1				石岡區	1
		平溪區	1		彰化縣		芳苑鄉	1
		貢寮區	1			竹塘鄉	1	
		雙溪區	1			大城鄉	1	
		三峽區	1			線西鄉	1	
	(插角地區)	埔鹽鄉				1		
	宜蘭縣	南澳鄉◎	2			埤頭鄉	1	
		員山鄉	1			福興鄉	1	
		大同鄉◎	2		南投縣	仁愛鄉	23	
		壯圍鄉	1			中寮鄉	1	
		三星鄉	1			信義鄉	23	
		頭城鎮(東北 角海岸地區)	1			國姓鄉	1	
		蘇澳鎮(大南 澳地區)◎	1			魚池鄉	1	
		礁溪鄉(龍潭 村、匏崙村、 玉田村)	1			鹿谷鄉	1	
		冬山鄉(東城 村、得安村、 大進村)	1			雲林縣	古坑鄉	1
		金門縣	烏坵鄉		3		東勢鄉	1
	連江縣		南竿鄉		3		二崙鄉	1
		北竿鄉	3		元長鄉		1	
		莒光鄉	3		四湖鄉		1	
		東引鄉	3		口湖鄉		1	
	北區	桃園市	復興區◎		2		水林鄉	1
			觀音區		1		台西鄉	1
			新屋區		1		林內鄉	1
		新竹縣	峨眉鄉		1		褒忠鄉	1
			尖石鄉		2		麥寮鄉	1
			五峰鄉◎		2		土庫鎮(後埔 、埤腳、崙內 、新庄、奮起 里)	1
			橫山鄉		1			
			新埔鎮		1	嘉義縣	東石鄉	1
苗栗縣		南庄鄉	1	番路鄉◎	1			
		頭屋鄉	1	大埔鄉	2			
		西湖鄉	1	阿里山鄉◎	3			
	泰安鄉◎	2	布袋鎮	1				
		2	六腳鄉	1				
			竹崎鄉◎	2				

保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	地區級數	保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	地區級數	
南區	嘉義縣	梅山鄉◎	2	高屏	屏東縣	新埤鄉	1	
		溪口鄉	1			琉球鄉	2	
		鹿草鄉	1			鹽埔鄉	1	
		大林鎮 (排路里)	1			佳冬鄉	1	
		中埔鄉(灣潭 村、沄水村、 同仁村、石碇 村、裕民村、 隆興村)	1			林邊鄉 (崎峰村)	1	
		玉井區	1			內埔鄉 (黎明村)	1	
	台南市	關廟區	1			高樹鄉(廣興 村、泰山村、 新南村)	1	
		東山區	1			恆春鎮(萬里 桐地區、墾丁 地區、水泉里 、大光里)	1	
		西港區	1			萬巒鄉	1	
		後壁區	1			澎湖縣	七美鄉	4
		大內區	1		湖西鄉		2	
		南化區◎	1		白沙鄉		3	
		龍崎區	1		望安鄉		4	
		左鎮區	1		西嶼鄉		2	
		七股區	1		馬公市(虎井 島、桶盤島)		3	
		鹽水區 (舊營里)	1		花蓮縣		壽豐鄉	1
		山上區	1				豐濱鄉	2
		楠西區	1			萬榮鄉	2	
		將軍區	1			秀林鄉◎	2	
		高屏	高雄市			田寮區	1	卓溪鄉
杉林區	1			瑞穗鄉◎		2		
茂林區	2			新城鄉		1		
桃源區	3			光復鄉		+2		
那瑪夏區	34			富里鄉		2		
甲仙區	2			玉里鎮(河東 地區)		+2		
內門區	1			鳳林鎮	2			
六龜區◎	2			台東縣	卑南鄉	2		
屏東縣	三地門鄉				3	太麻里鄉	2	
	瑪家鄉		2		達仁鄉	3		
	來義鄉		2		大武鄉	+2		
	春日鄉◎		2		延平鄉	2		
	獅子鄉		3		長濱鄉	2		
	牡丹鄉		3		金峰鄉	2		
	竹田鄉		1		海端鄉◎	2		
	崁頂鄉		1		蘭嶼鄉	3		
	滿州鄉		2	綠島鄉	3			
	枋山鄉		1					
	霧台鄉	3						
泰武鄉	2							

保險人業務組別	縣市別	鄉鎮區	地區級數	保險人業務組別	縣市別	鄉鎮區	地區級數
東區	台東縣	鹿野鄉	2	東區	台東縣	成功鎮(信義里、忠孝里)	+2
		東河鄉	2				
		關山鎮(電光里、月眉里、德高里)	+2				

註-因天災、政策或歷史等因素遷移他處者：

- 屏東縣泰武鄉(吾拉魯滋社區及泰武國小)實際座落於屏東縣萬巒鄉，為2級地區。
- 屏東縣霧台鄉(百合部落園區、霧台國小勵古百合分校)實際座落於屏東縣長治鄉，為2級地區。

◎指部分村里或巡迴地點級數與該鄉鎮不同：

- 宜蘭縣蘇澳鎮(蓬萊國小)為2級地區。
- 嘉義縣番路鄉(公田村、大湖村)為2級地區。
- 台南市南化區(關山里)為2級地區。
- 宜蘭縣大同鄉(四季國小、南山國小)為3級地區。
- 宜蘭縣南澳鄉(碧侯國小、澳花國小)為3級地區。
- 桃園市復興區(三光國小、巴陵國小、光華國小、高義國小)為3級地區。
- 新竹縣五峰鄉(桃山衛生室)為3級地區。
- 苗栗縣泰安鄉(象鼻衛生室)為3級地區。
- 嘉義縣竹崎鄉(中和國小、中興國小、光華國小)為3級地區。
- 嘉義縣梅山鄉(仁和國小、太和分校)為3級地區。
- 高雄市六龜區(寶來國小、寶來國中)為3級地區。
- 屏東縣春日鄉(古華國小士文分校)為3級地區。
- 花蓮縣瑞穗鄉(奇美國小)為3級地區。
- 花蓮縣秀林鄉(和平國小)為3級地區。
- 台東縣海端鄉(初來國小新武分校、霧鹿國小、霧鹿國小利稻分校)為3級地區。
- 嘉義縣阿里山鄉(十字國小、山美國小、來吉社區發展協會、來吉國小、阿里山國民中小學、香林國小、達邦國小、達邦國小里佳分校、樂野社區)為4級地區。

**全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
門診/巡迴時段異動表**

(一) 原門診時段：_____年_____月 合計_____天_____小時/週

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

(二) 新門診時段：_____年_____月起 合計_____天_____小時/週

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

(三) 新增或取消巡迴診療時段：

新增巡迴診療時段				取消巡迴診療時段			
巡迴日期 (星期)	巡迴 時段	巡迴 鄉鎮	巡迴 地點	巡迴日期 (星期)	巡迴 時段	巡迴 鄉鎮	巡迴 地點

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

醫事機構代號：

印

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

備註：本表應於異動或休診前月十五日之前送至牙醫全聯會及保險人分區業務組備查，如遇臨時或突發事由，得於事前向牙醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。巡迴取消須於當月完成補班，且補班次數及時數應和取消巡迴之次數及時數相同；如於月底最後三日遇臨時或突發事由，得於下個月補足巡迴之次數及時數。

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
執業醫師休診單

本人：_____（姓名）因_____（事由）

將於____年____月____日____時起至____年____月____日____時止休診

合計____月____天____小時

門診補班，於①____月____日____時起至____月____日____時止

②____月____日____時起至____月____日____時止

③____月____日____時起至____月____日____時止

④____月____日____時起至____月____日____時止

合計____天____小時

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

醫事機構代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫休診及補班規範：

1. 依本計畫之第七項執行內容及方式與第十項相關規範辦理。
2. 本休診單應於事前向牙醫全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向牙醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。
3. 門診補班可於休診日前、後辦理，但限於當月完成。且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。
4. 跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底最後三日，得於下個月前三日補班完成。

牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫

「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」

月申請表

門診時段
 口腔衛生推廣
 巡迴醫療

_____年_____月

預定時段表
 合計：共 _____ 小時

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

醫事機構代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

註：

1. 請於表格中同時填寫該月之「門診時段」及「口腔衛生推廣」服務及「巡迴醫療」服務時段。
2. 負責醫師執行巡迴醫療服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
3. 支援醫師支援該醫療院所執行巡迴醫療服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備。
4. 每月「月申請表」應於前月十五日前以書面送至牙醫全聯會申請該月巡迴次數，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保險人分區業務組核定。
5. 保險人分區業務組於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫

巡迴點統計表

執業診所名稱：

印

醫事機構代號：

執業醫師：

印

日期： 年 月， 共計 診次

鄉鎮區	級數	巡迴點 (村.部落.學校等)	巡迴點地址	預計巡迴日期	巡迴時段 __時~__時	巡迴點 負責人	負責人 聯絡電話

*每月應於前月十五日連同月申請表以書面函送至牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須專案提報者，應由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。

牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫

「牙醫巡迴醫療服務」臨時申請表

本人_____ (姓名) 於____年____月____日____時起至
____時止，合計____小時 於_____ (地點) 執行

(一) 一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔

(二) 口腔衛生推廣服務

A. 正確刷牙及牙線指導

B. 含氟漱口指導

C. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查

D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動

E. 口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：_____ 縣市_____ 鄉鎮區

服務醫師：_____ 簽名

負責醫師：_____ 簽名

醫事機構名稱：_____

印

註：

1. 負責醫師執行此項服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
2. 支援醫師支援該醫療院所執行此項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備。
3. 此申請表應於執行前，以傳真或書面函向牙醫全聯會及保險人分區業務組申請核准。
4. 保險人分區業務組於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫

巡迴時段、地點及服務醫師異動表

- 一、申請單位：_____醫療團
 二、負責醫師：
 三、其他相關醫師：
 四、連絡電話：
 五、聯絡地址：

(一) 新增巡迴診療時段、地點及服務醫師：

巡迴日期 (星期)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

(二) 取消巡迴診療時段、地點及服務醫師：

巡迴日期 (星期)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

日期：中華民國____年____月____日

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
申請書

一、姓 名：

二、身分證統一編號：

三、牙醫師證號：

四、各級公會資歷（請簡列三項）：

（一）

（二）

（三）

五、對牙醫界活動參與及貢獻（國內、外，山地離島偏遠地區醫療，口衛服務，
社區醫療服務等）（請簡列三項）

（一）

（二）

（三）

六、聯絡電話：（ ）

七、聯絡地址：

八、預定執業地點： 縣市 鄉鎮區 路（請附上該地點照片）

九、預定巡迴地點： 縣市 鄉鎮區 巡迴點名稱：

聯絡電話：

十、預定執業時間： 年 月

十一、診所名稱：

十二、原服務醫療院所地點： _____縣（市）_____市（鄉鎮區）

十三、原服務醫療院所名稱： _____

十四、門診服務時間（請填寫門診時段）：共 _____ 小時／週

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

備註：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。

十五、「巡迴醫療服務」服務時間 共 _____ 小時/週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
第一診							
第二診							
第三診							

備註：1.每月至少執行 2 次牙醫巡迴服務，此 2 次不包含口腔衛生推廣服務，若有特殊情況須經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定。

2.總服務時數(包括執業地點門診服務及牙醫巡迴醫療服務)每週不得少於 30 小時。

十六、請據實詳填是否違反醫師法、醫療法或健保等相關法規之情事：

十七、各地方公會及分區審查執行會意見（請勿填寫）：

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫 計畫書內容

一、前言：請敘述執業動機，包括執業地點之牙醫醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。

二、目的：分點具體列述執業所要達成之目標。

三、執業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一) 執業地區及人口分布：請竭盡所能具體詳述執業服務之地區分布情形及面積、戶籍人口數及其性別年齡別分布情形、外流人口比率、納保人口數及納保率等相關資料。

項目	內容
人口	
面積	
村落	
學校數（國中、小學）	

(二) 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述執業服務地區地理環境概況（檢附簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等，並附上 3 張照片供參。

(三) 醫療需求情形：請詳述執業地區之牙醫醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。

(四) 請檢附執業地點鄉公所執業推薦函。

四、執行計畫：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

五、評估預期效益：請詳述執業服務預期將對該地區達成之效益，並表列各項預定達成指標。

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫。

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫 申請書

一、申請單位(_____醫療團)： (公會、分會、教學醫院)

二、負責醫師：

三、其他相關醫師：

四、聯絡電話：()

五、聯絡地址：□□□

六、巡迴點資訊

巡迴 縣市	鄉鎮 區	學校/巡迴點 名稱	聯絡 電話	地址	人 數	醫療 費用	巡迴 期間

合計學校/巡迴點數：

總人數

總經費

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫 計畫書內容

- 一、前言：請敘述巡迴服務動機，包括巡迴服務鄉鎮、學校名稱、醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。
- 二、目的：分點具體列述巡迴服務所要達成之目標。
- 三、巡迴學校之現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
 - (一)巡迴服務學校之地區及人口分布：請具體詳述巡迴服務學校之地區分布情形及面積、學童數、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。
 - (二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴服務地區地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等。
 - (三)醫療需求情形：請詳述巡迴服務學校之牙醫醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。
- 四、執行計畫：
 - (一)醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(包含診所名稱、診所代號、醫師姓名、身分證統一編號、牙醫師證號等)。
 - (二)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估，點數總計後請加二成計算。
- 五、評估預期效益：請詳述巡迴服務預期將對學校達成之效益，並表列各項預定達成指標。
- 六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

評選審查作業要點

- 一、本作業要點依牙醫全聯會第八屆第二次全民健保牙醫門診總額委員會(現為牙醫門診醫療服務審查執行會)決議及本年度「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」辦理之。
- 二、本作業要點基於公平、公正、公開之原則，目的在評選優秀之牙醫師及巡迴團隊至牙醫醫療資源不足地區執行醫療服務，均衡牙醫醫療資源，促使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。
- 三、評選審查小組成員：牙醫門診醫療服務審查執行會相關人員、六分區代表及離島代表。
- 四、牙醫全聯會於公告日起即受理牙醫師或醫療團申請，並於受理申請後 45 個工作日內(以郵戳為憑)完成資料評估；並於評估完成後 10 個工作日內函知保險人分區業務組評估結果；保險人分區業務組於收到牙醫全聯會評估結果後 10 個工作日內函復申請者(執業計畫：牙醫師、巡迴計畫：醫療團)核定結果。經審查通過並收到回復函者，執業醫師依醫師法相關規定辦理執業登記後，持保險人之同意函向全民健康保險保險人簽訂特約醫事服務機構合約。巡迴團隊亦依醫師法相關規定辦理後，即可執行巡迴醫療服務。
- 五、資格評估：
 - (一) 申請執業計畫之執業醫師依計畫申請資格規定。
 - (二) 申請巡迴醫療服務團依計畫申請資格規定。
 - (三) 依本方案前兩項計畫之執行地區及目標所列內容為依據，不分區執行。
 - (四) 執業設點以鄉、鎮為單位，巡迴則以牙醫醫療資源不足地區之鄉、鎮合成區域為單位，並以不跨區為原則。
- 六、書面評估：
 - (一) 執業：
 - 1.地區優先次序：
 - (1) 未實施「本方案」－執業及巡迴之離島、山地鄉鎮。
 - (2) 未實施「本方案」－執業及巡迴之平地鄉鎮。
 - (3) 已實施「本方案」－已提供巡迴惟仍無執業之離島、山地鄉鎮。
 - (4) 牙醫醫療資源不足且單一牙醫執業之離島、山地鄉鎮(91 年至 112 年通過牙醫醫療資源不足地區執業計畫者除外)。

- 2.依地理位置、環境、交通狀況、人口等因素列出執行困難度及需求度之地區評估。
- 3.執業計畫內容：依其門診時段，工作範圍，項目，內容詳實度做評估，及所申請之牙醫醫療資源不足地區鄉(鎮)公所推薦函。
- 4.醫師個人因素：依此醫師參與牙醫界活動(山地，離島醫療，口衛活動)，地緣性及在各級公會之資歷和貢獻。並參考各地方公會及分區委員會之意見。

(二) 巡迴：

- 1.應尊重並知會當地牙醫師公會。
- 2.計畫內容。
- 3.生活圈及流動路線考量。
- 4.分區內若有兩個以上團隊巡迴區域，或某些巡迴點重疊時，以已設點並已進行醫療服務團優先。
- 5.評估巡迴區域大小、服務地點點數，醫師人數及設備。
- 6.離島及山地偏遠地區優先考量。

七、面試—就執業醫師個人背景，熱忱度，未來規劃和對當地背景之熟悉做評選。

巡迴醫療團隊若有必要亦要請負責醫師做說明。

八、如有未盡事宜或變更事項，均依牙醫全聯會牙醫門診醫療服務審查執行會決議辦理。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證統一編號	聯絡電話	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1.本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存 2 年。

2.本表請院所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表
執行巡迴醫療服務論次費用

執業計畫 巡迴計畫

受理日期			受理編號						
醫事服務機構名稱			醫事服務機構代號						
編號	醫事人員姓名	醫事人員身分證字號	支付別	日期	地點	服務時段 (第一、二、三診)	服務時間 (小時)	診療人次	申請金額
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
本頁小計									
總 表	項 目 支付別	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數			
	P22002								
	P22003								
	P22004								
	P22008								
	P22005								
	P22006								
	P22007								
	P22009								
	總計								

年 月

頁數：第 頁 共 頁

負責醫師姓名: _____
醫事服務機構地址: _____
電話: _____
印信: _____

- 一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。
- 二、診療人次：填寫當次診療之人次，不含預防保健(A3 案件)及口腔衛生推廣服務。
- 三、支付別：執業計畫之巡迴醫療服務(時段以外)、巡迴計畫：
 (一)平日：P22002 每次服務每小時一級 1,800 點。P22003 每次服務每小時二級 2,700 點。P22004 每次服務每小時三級 3,700 點。P22008 每次服務每小時四級 4,300 點。18:00 以後視為夜診，以假日論次支付點數申報。
 (二)假日：P22005 每次服務每小時一級 2,100 點。P22006 每次服務每小時二級 3,000 點。P22007 每次服務每小時三級 4,000 點。P22009 每次服務每小時四級 4,600 點。
 (三)一、二級每天以 6 小時、三、四級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以地區分級少一級之論次點數支付【離島須包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時仍以三、四級地區(平日每小時 3,700 點、4,300 點支付，假日每小時 4,000 點、4,600 點支付)】。
- 四、地點：請填至村里或學校名稱。
- 五、填寫時請依同一「醫事人員」、「支付別」集中申報。本申請表應於次月一日起六個月內連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。
- 填表日期 年 月 日

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區

「口腔衛生推廣服務」及「牙醫巡迴醫療服務」執行表

 執業計畫 巡迴計畫

申請日期： 年 月 日

醫事機構名稱：		醫事機構代號：	
服務地點_____ 縣市 _____ 鄉村 _____ 國小		地址：	
執行日期____年____月____日____時____分至____時____分 合計____小時			
服務對象 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 幼稚園學童		服務人數_____人	
服務項目： (一) <input type="checkbox"/> 一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔 (二) <input type="checkbox"/> 口腔衛生推廣服務 <input type="checkbox"/> A. 正確刷牙及牙線指導 <input type="checkbox"/> B. 含氟漱口水指導 <input type="checkbox"/> C. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 <input type="checkbox"/> D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動 <input type="checkbox"/> E. 口腔衛生及疾病防制說明會			
服務醫師姓名		簽名	
醫事機構名稱_____		印 <input type="text"/>	
		附註： 1. 口腔衛生推廣服項目每位醫師每月至多 3 小時。 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，應檢附執行照片三張(服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳)。 3. 連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送所屬本保險人分區業務組。 4. 服務人數：含一般案件、預防保健(A3 案件)及口腔衛生推廣服務。	

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

一、前言

牙醫醫療資源不足地區執業計畫自 91 年實施以來，目前已有 30 餘個「牙醫醫療資源不足地區」申請通過並已執行，如何符合以當地居民口腔健康為中心，提供一個有效、積極、安全性的醫療體系，一直是牙醫全聯會在計畫實施所要努力的，在兼顧醫事管理和人性管理之下，須訂定一個具鼓勵性質，但又不會忽視該區居民就醫權利及醫療品質的要點。

二、對象

1. 本執業計畫之醫師，且執業滿 1 年。
2. 本執業計畫之醫師，曾被民眾投訴或申報狀況異常。
3. 上年度執業考核結果列為觀察或輔導之醫師。
4. 由牙醫門診醫療服務審查執行會之各分會或保險人分區業務組提報須考核之醫師(含新參與本計畫者)。
5. 未達任一主要處置醫令之管控絕對指標者(資料由保險人提供牙醫全聯會分析)，以每季全國主要處置醫令分布進行評估如下：
 - (1) OD 案件申報點數占率(計算公式：OD 案件申報點數/處置申報點數)
 - (2) 牙周案件申報點數占率(計算公式：牙周案件申報點數/處置申報點數)
 - (1)+(2)占率，須達到處置申報點數占率的 40%。
 - (3) Endo 案件申報點數占率—須達到 2%(計算公式：Endo 案件申報點數/處置申報點數)

三、實地考核成員：包括保險人分區業務組及牙醫全聯會相關人員。

四、考核方式

符合對象條件之診所，由牙醫全聯會配合保險分區業務組訂定時間至考核診所，並於考評前 1 個月發函通知院所，次月將辦理實地考核作業。

五、考核辦法：

(一)應依地理位置、道路便利、人口和部落多少分佈就執行困難度及需求度評核：

1. 人口多、道路便利平地鄉鎮。
2. 山地或平地偏遠鄉鎮、山地艱困及離島鄉鎮。

(二)考核評分表如後(含實地考核評分表、民眾滿意度調查表及電話考評表)

六、綜合討論及評分

1. 特優：90 分以上。
2. 優：80 分以上。
3. 良：70~79 分。
4. 輔導：60~69 分，分區輔導一季，要求改善，並提出改善計畫書，覆核未達 70 分者即停止執行本計畫。
5. 終止合約：59 分以下者，立即停止執行本計畫。
6. 連續兩年考核結果列為輔導，即停止執行本計畫。

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

執業計畫實地考核評分表

一、基本資料				
執業鄉鎮：	縣市	鄉鎮區	診所	醫師
二、評分項目(共 100 分)				
(一) 診所外在環境評核(共 8 分)				
1、執業地點是否為該鄉道路便利、人口集中之地。	<input type="checkbox"/> 非常便利(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不便利(0分)			
2、診所招牌是否明顯、清楚。	<input type="checkbox"/> 明顯(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不明顯(0分)			
3、門前告示是否明確標示診療科目、時段。	<input type="checkbox"/> 明確(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不明確(0分)			
4、居所和診所的距離。	<input type="checkbox"/> 接近(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 遙遠(0分)			
(二) 診所內部設備、環境評核 (共 7 分)				
1、基本設施、診療器材之完備 註:(須為可正常使用) ※具備 9 項右列設備(3分) ※右列設備缺一項者(1分) ※右列設備缺兩項者(0分)	基本設施包括： (1)牙科治療台 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2)高慢速機頭 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3)空壓機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (4)X光機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (5)電腦及週邊設備 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 診療器材包括： (1)牙體復形 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2)口腔外科 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3)根管治療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (4)洗牙機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
3、室內環境及診療動線：乾淨、明亮，診療動線流暢。	<input type="checkbox"/> 優良(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)			
4、是否聘用牙醫助理	<input type="checkbox"/> 一名且具備證照(2分) <input type="checkbox"/> 一名(1分) <input type="checkbox"/> 無(0分)			

(三) 是否合乎牙醫院所感染管制SOP作業細則 (共 27 分)

1、硬體設備(6分) (1) 具有適當之洗手設備 (2) 良好之通風空調系統 (3) 器具滅菌設備	<input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否(0分) <input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否(0分) <input type="checkbox"/> 完整(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)
2、軟體部分(21分) (1)病歷首頁中全身病史登載完整 (2)醫師及助理人員穿戴防護裝置 (3)開診前及結束後應作管道消毒 (4)醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理 (5)浸泡器械的清毒藥水乾淨並在有效期限內 (6)診所依感染管制SOP作業，製訂消毒流程表及紀錄表且登載完整 (7)滅菌後器械之包裝存放應無再污染之虞	<input type="checkbox"/> 非常完整(3分) <input type="checkbox"/> 完整(2分) <input type="checkbox"/> 普通(1分) <input type="checkbox"/> 不完整(0分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3分) <input type="checkbox"/> 完整(2分) <input type="checkbox"/> 普通(1分) <input type="checkbox"/> 不完整(0分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3分) <input type="checkbox"/> 完整(2分) <input type="checkbox"/> 普通(1分) <input type="checkbox"/> 不完整(0分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3分) <input type="checkbox"/> 完整(2分) <input type="checkbox"/> 普通(1分) <input type="checkbox"/> 不完整(0分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3分) <input type="checkbox"/> 完整(2分) <input type="checkbox"/> 普通(1分) <input type="checkbox"/> 不完整(0分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3分) <input type="checkbox"/> 完整(2分) <input type="checkbox"/> 普通(1分) <input type="checkbox"/> 不完整(0分)

(四) 巡迴醫療執行狀況評核 (共 8 分)

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

(五) 執業內容-專業考核 (共 30 分)

執業醫師簽名：

1、診療項目(質) 是否符合當地

醫療需求 (15 分)

(1)OD 案件申報點數占率+
牙周案件申報點數占率

≥ 55%(4分) ≥ 50~55%(3分) ≥ 45~50%(2分)
 ≥ 40~45%(1分) <40% (0分)

(2)Endo 案件申報點數占率

≥ 10% (6分) ≥ 8~10% (5分) ≥ 6~8% (4分)
 ≥ 4~6% (3分) ≥ 2~4% (2分) <2% (1分)

(3)實地審查狀況(5分)

特優(5分) 優(4分) 良(3分)
 普通(2分)

理由

2、診療量是否吻合當地醫療需求 (10 分)

(1)每月總申報點數占保障額度的比例

≥ 60~70%(5分) ≥ 50~60%(4分)
 ≥ 40~50%(3分) ≥ 30~40%(2分) ≥ 20~30%(0分)
 <20%(0分)

(2)實地審查狀況(5分)

特優(5分) 優(4分) 良(3分)
 普通(2分)

理由

3、醫師溝通能力及融入社區環境之程度(5分)

優(5分) 良(3分) 普通(1分)

(六) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)

將民眾評分表之結果平均後計分

得分

分

(七) 實地審查前電話抽查評核 (共 10 分)

將電話評分表之結果平均後計分

得分

分

(八)總計

分

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

民眾滿意度調查

執業鄉鎮：	縣市	鄉鎮區	診所	醫師
(六) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)				
(1) 您是否知道該院所的設置? (2) 您是否曾經至該院所治療牙齒? (2-1) 下次您是否願意再到該院所看牙? (2-2) 醫師的服務態度 (2-3) 知道此院所的設置後，您是否願意 或介紹親友到該院所看牙？	<input type="checkbox"/> 知道(2分) <input type="checkbox"/> 不知道(0分) <input type="checkbox"/> 是(3分),續問(2-1),(2-2) <input type="checkbox"/> 否(0分),續問(2-3) <input type="checkbox"/> 願意(2分) <input type="checkbox"/> 不願意(0分) <input type="checkbox"/> 滿意(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不滿意(0分) <input type="checkbox"/> 願意(5分) <input type="checkbox"/> 會考慮(3分) <input type="checkbox"/> 不願意(0分) <input type="checkbox"/> 已有習慣看診醫師(0分)			
得分				分

註:實地考評當日調查 10~20 名民眾，並將結果平均列入評分。

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

電話考評表

執業鄉鎮：	縣市	鄉鎮區	醫師
(七) 實地考核前電話抽查評核 (共 10 分)			
(1) 醫師執業診療時段值勤情形 (2) 醫師其他診療時段值勤情形 (3) 當地小學或鄉公所人員反應情形	<input type="checkbox"/> 優良(4分) <input type="checkbox"/> 尚可(3分) <input type="checkbox"/> 待改進(1分) <input type="checkbox"/> 優良(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(2分) <input type="checkbox"/> 待改進(1分) <input type="checkbox"/> 優良(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(2分) <input type="checkbox"/> 待改進(1分)		
得分			分

註:由保險人分區業務組進行評核。

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

一、適用對象

承作健保署牙醫總額醫療資源不足地區改善方案之巡迴醫療服務醫療院所。

二、預算來源

~~113 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」~~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。

三、標示應包含下列內容

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

四、標示製作內容及規格

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

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/ 中醫/牙醫巡迴 醫療服務/牙醫 特殊醫療服務	巡迴地 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 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	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 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

五、支付原則及核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健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
之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報 立牌 直立旗 布條 其他

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

----- 原始支出憑證黏貼處 -----

113114 年度全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區

執業計畫 期末報告封面

一、姓 名：

二、身分證統一編號：

三、出生年月日： 年 月 日

四、牙醫師證號：

五、診所名稱：

六、聯絡電話：（ ）

七、傳真電話：（ ）

八、執業地點： 縣市 鄉鎮區

九、門診服務時間（請填寫門診時段）：共 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上 午 時 段							
下 午 時 段							
晚 上 時 段							

十、「公共衛生推廣」及「巡迴醫療」服務時間

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
第一診							
第二診							
第三診							

113114 年度全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區 執業計畫期末報告內容

一、執業地區醫療需求分析：

- 1.地理環境、就醫便利性、就醫率、患者人口性別、年齡等分布情形
 - 2.執業之各月健保申報量及各治療項統計（P1-P8）比例分析情況
- 各月健保申報量

	1 月	2 月	3 月	…	12 月	總計
申報點數				…		

各治療項統計（P1-P8）比例分析

	P1(%)	P2(%)	P3(%)	P4(%)	P5(%)	P7(%)	P8(%)
1 月							
2 月							
3 月							
…							
12 月							
總計							

3.口腔衛生服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

項目	日期	地點(學校/村落)	人數	備註
一、家戶訪視				
二、正確刷牙及 牙線指導				
三、含氟漱口水指導				
四、口腔癌篩檢				
五、口腔衛生教育				

4.醫事人員人力分配：

姓名	身分證統一編號	出生年月日	學歷

二、執業所遇的問題及解決方針

1.交通流線及道路狀況：

2.當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景：

3.執業範圍、區域及執行困難之原因：

4.政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性

5.其他

三、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

四、檢討與建議（請詳實敘述）

五、未來的展望及願景（請詳實敘述）

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫。

113114年度全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區

巡迴計畫期末報告

一、 巡迴醫療團：

二、 負責醫師：

三、 其他相關醫師：

四、 聯絡電話：()

五、 聯絡地址：□□□

六、 巡迴縣市	鄉鎮區	服務單位	病患數	醫療費用	巡迴期間
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月

合計服務單位數：

總人數

總經費

七、 個別醫師及診所服務量（不計點值，不計加成）

診所名稱	服務醫師	巡迴地點	病患數	申報點數	巡迴期間
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月

八、 醫事人力及門診診數

人次 門診數

九、 現況報告

(一)巡迴地區醫療需求情況分析

(二)巡迴地區地理環境，就醫便利性，就醫率及達成目標成數

(三)口腔衛生保健服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

十、 巡迴醫療所遇問題及解決方針（詳實敘述）

十一、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

十二、檢討與建議（請詳實敘述）

十三、未來的展望及願景（請詳實敘述）

十四、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫。

十五、於計畫結束或年度結束 10 日內檢送至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則。

113114 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區學童口腔健康狀況及醫療需求調查表(簡易格式)

姓名：_____ 出生日期：____年____月____日性 別：1.男2.女

地區：學 校：學 號：

年級			
班別			

(一)調查日期： 年 月 日

檢查者： 記錄者：

7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
EDCBA	ABCDE
<hr/>	
EDCBA	ABCDE
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

合計	D	M	F
合計	d	e	f

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

(二)調查日期： 年 月 日

檢查者： 記錄者：

7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
EDCBA	ABCDE
<hr/>	
EDCBA	ABCDE
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

合計	D	M	F
合計	d	e	f

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

(三)調查日期： 年 月 日

檢查者： 記錄者：

7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
EDCBA	ABCDE
<hr/>	
EDCBA	ABCDE
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

合計	D	M	F
合計	d	e	f

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

圖例：∨ 打勾表示齲洞之位置、△填補後用三角形註記、/ 斜線表示應拔除之牙齒、X 表示缺牙、○ 表示為未長出牙、□ 表示需根管治療
備註：1. 每年年底填寫一次，於年底彙整資料於統計表，本表格由院所自行留存備查。2. 新生入學須立即檢查並填寫本表，以做為比較之基礎。

113114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區學童口腔健康狀況調查統計表

醫療團名稱：

服務醫師名單：

學校名稱：

巡迴診次數：

總巡迴醫師數：

學校所屬地區：

縣/市

鄉/鎮/區

郵遞區號：

年級	性別	人數	口腔狀況(顆數)						醫療狀況(顆數)			
			d	e	f	D	M	F	已填補顆數	未填補顆數	填補率	年度填補顆數
幼稚園	男											
	女											
小一	男											
	女											
小二	男											
	女											
小三	男											
	女											
小四	男											
	女											
小五	男											
	女											
小六	男											
	女											
國一	男											
	女											
國二	男											
	女											
國三	男											
	女											
總計												

備註：請以學校為單位統計，並於計畫結束或年度結束 10 日內檢送至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則。

113114 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案

113 年 0 月 0 日健保醫字第 0000000 號公告

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

參、方案目的

本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。

肆、核發資格

一、牙醫門診特約醫療院所之當年度每月每個月(1-12 月)醫療費用已辦理第一次暫付且符合下列條件者，~~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)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」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)至少一件。

(二)醫院層級院所(排除兒童醫院)執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之執行率須達牙科就醫人次 1% 以上。

~~二、有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：~~

~~(一)醫療行為異常暨違規院所：~~

~~(一)1.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)2.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. (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. (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. (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、(二)院所全年度未每月每個月(1-12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~~七~~八項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。
- ~~三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。~~

[註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100% 為上限

~~四、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。

陸、預算分配與支用

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

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

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

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

柒、其他事項

辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。

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

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率	<p>65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率$\leq 7\%$。</p> <p>[註]a.資料起迄時間：當年。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>e.備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)。</p> <p>f.公式：$(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$。</p> <p>g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 444112 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。</p> <p>h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。</p>	15%	V	V
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率	<p>4 歲以上自家乳牙 545 天再補率$\leq 10\%$者。</p> <p>[註]a.資料起迄時間：當年。</p> <p>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。</p> <p>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)牙體復形(OD)醫令之乳牙顆數。</p> <p>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。</p> <p>e.公式：$(\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$。</p> <p>f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(444112 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。</p> <p>g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。</p> <p>h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。</p>	15%	V	V
(三) 恆牙根管治療	<p>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：</p> <p>1.恆牙根管治療完成半年後的保存率$\geq 95\%$。</p> <p>[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。</p>	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
	<p>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。</p> <p>c.分母：同時期各醫療院所申報根管治療之恆牙顆數。</p> <p>d.計算：1-(分子/分母) x100%。</p> <p>e.該院所該年須有 12 個月的申報資料。</p> <p>2.恆牙根管治療未完成率 < 30%。</p> <p>[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。</p> <p>b.計算公式：[1-(90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C)/90015C]。</p> <p>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)。</p>			
(四) 全口牙結石清除	<p>分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準：</p> <p>1.全口牙結石清除比率 > 20 %。</p> <p>[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。</p> <p>b.分母：醫療院所牙醫門診病人數(12 歲(含)以上之病人數)。</p> <p>c.計算：分子/分母 x100 %。</p> <p>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%。</p> <p>[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。</p> <p>b.分母：全部全口牙結石清除人數。</p> <p>c.計算：分子/分母 x100 %。</p> <p>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。</p>	20%	V	V
核算基礎小計		70%		

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 牙周病顧本計畫	該院所當年度特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)及牙周病支持性治療(91018C)合計申報件數在 15 件(含)以上。	3%	V	V
(二) 牙周病統合照護品質	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上,且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%。	5%	V	V
(三) 口腔癌篩檢	醫院當年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 12 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫。 <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)、GA((口腔顎面外科))」</u>	10%	V	
<u>(四)口腔癌篩檢、戒菸治療服務</u>	<u>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。</u>	<u>2%</u>		<u>V</u>
<u>(四)(五)</u> 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
<u>(五)(六)</u> 月平均初核核減率	<u>H2113</u> 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。	<u>5%3%</u>		V
<u>(六)(七)</u> 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
<u>(七)(八)</u> 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%

~~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 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫，或提供戒菸治療服務。	2%		√

表 1、112 年牙醫門診總額品質保證保留款預算數

年度	106 年	112 年	合計
預算	116,382,605	93,900,000	210,282,605

年度	111 年
申復金額	38,713

年度	總計
可支用預算	210,243,892

註：

1. 本預算係由原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(93.9 百萬元)合併運用(計 210.3 百萬元)。
2. 111 年牙醫品質保證保留款發放後之申復核發金額將自 112 年牙醫品質保證保留款項下優先支應。

表 2、112 年牙醫門診總額品質保證保留款指標核發及不核發家數統計

分區	各分區 院所家數 (A)=(B)+(C)+(D)	符合獎勵條件 且領取品保款 院所家數(B)	核發金額	未領取品保款		核發院所 家數百分比 (E)=(B)/(A)	不核發院所 家數百分比 (F)=(C+D)/(A)
				不符核發 資格 院所家數 (C)	指標達成 率為 0% 院所家數 (D)		
臺北	2,814	2,480	73,273,734	331	3	88.1%	11.9%
北區	986	860	34,003,267	125	1	87.2%	12.8%
中區	1,402	1,254	43,328,370	145	3	89.4%	10.6%
南區	858	790	26,788,631	67	1	92.1%	7.9%
高屏	1,058	954	29,107,699	101	3	90.2%	9.8%
東區	132	122	3,742,282	10	-	92.4%	7.6%
總計	7,250	6,460	210,243,983	779	11	89.1%	10.9%

註：

1. 每家院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發 210,243,983 元，與預算相較差距 91 元。
2. 核發品保款資格：牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且非醫療行為異常暨違規院所及不符合加強感染管制院所者，得核發品質保證保留款。
3. 核發獎勵指標：分為專業獎勵共四項指標，核算基礎為 70%，詳方案附表 1；政策獎勵共六項指標，核算基礎為 30%，詳方案附表 2；加計獎勵指標共 1 項指標，核算基礎 2%，詳方案附表 3；前開三獎勵之核算基礎總計以 100%為上限。

表3、112年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--分區別

分區別	核發比率	不予核發	0%<X<20%	20%≤X<40%	40%≤X<60%	60%≤X<80%	80%≤X<100%	全部核發	總計
台北	家數	334	101	852	626	420	460	21	2,814
	家數占率	11.9%	3.6%	30.3%	22.2%	14.9%	16.3%	0.7%	100%
	核發金額	-	147,633	5,245,104	10,960,610	14,772,224	37,419,853	4,728,310	73,273,734
	金額占率	0%	0.20%	7.2%	15.0%	20.2%	51.1%	6.5%	100%
北區	家數	126	30	203	259	162	196	10	986
	家數占率	12.8%	3.0%	20.6%	26.3%	16.4%	19.9%	1.0%	100%
	核發金額	-	48,978	1,969,424	5,225,255	6,617,410	17,311,970	2,830,230	34,003,267
	金額占率	0%	0.14%	5.8%	15.4%	19.5%	50.9%	8.3%	100%
中區	家數	148	42	391	339	239	211	32	1,402
	家數占率	10.6%	3.0%	27.9%	24.2%	17.0%	15.0%	2.3%	100%
	核發金額	-	64,304	2,500,816	6,339,805	9,721,409	18,246,292	6,455,744	43,328,370
	金額占率	0%	0.15%	5.8%	14.6%	22.4%	42.1%	14.9%	100%
南區	家數	68	37	227	218	171	127	10	858
	家數占率	7.9%	4.3%	26.5%	25.4%	19.9%	14.8%	1.2%	100%
	核發金額	-	61,133	1,585,050	4,067,579	8,061,030	11,693,757	1,320,082	26,788,631
	金額占率	0%	0.23%	5.9%	15.2%	30.1%	43.7%	4.9%	100%
高屏	家數	104	50	330	245	198	119	12	1,058
	家數占率	9.8%	4.7%	31.2%	23.2%	18.7%	11.2%	1.1%	100%
	核發金額	-	76,985	2,481,297	4,455,209	8,969,343	10,135,972	2,988,893	29,107,699
	金額占率	0%	0.26%	8.5%	15.3%	30.8%	34.8%	10.3%	100%
東區	家數	10	11	26	29	25	25	6	132
	家數占率	7.6%	8.3%	19.7%	22.0%	18.9%	18.9%	4.5%	100%
	核發金額	-	15,100	173,732	632,916	841,442	1,639,604	439,488	3,742,282
	金額占率	0%	0.40%	4.6%	16.9%	22.5%	43.8%	11.7%	100%
總計	家數	790	271	2,029	1,716	1,215	1,138	91	7,250
	家數占率	10.9%	3.7%	28.0%	23.7%	16.8%	15.7%	1.3%	100%
	核發金額	-	414,133	13,955,423	31,681,374	48,982,858	96,447,448	18,762,747	210,243,983
	金額占率	0%	0.20%	6.6%	15.1%	23.3%	45.9%	8.9%	100%

註：不予核發包含0%及不符資格，全部核發為100%。

表4、112年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--層級別

層級	核發比率	不予核發	0% < X < 20%	20% ≤ X < 40%	40% ≤ X < 60%	60% ≤ X < 80%	80% ≤ X < 100%	全部核發	總計
醫學中心	家數	-	-	-	-	1	8	10	19
	家數占率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	42.1%	52.6%	100%
	核發金額	-	-	-	-	541,094	3,525,050	6,993,627	11,059,771
	金額占率	0%	0.00%	0.0%	0.0%	4.9%	31.9%	63.2%	100%
區域醫院	家數	1	-	3	9	17	29	14	73
	家數占率	1.4%	0.0%	4.1%	12.3%	23.3%	39.7%	19.2%	100%
	核發金額	-	-	32,562	208,050	1,193,599	5,178,969	3,788,611	10,401,791
	金額占率	0%	0.00%	0.3%	2.0%	11.5%	49.8%	36.4%	100%
地區醫院	家數	7	2	22	18	23	14	4	90
	家數占率	7.8%	2.2%	24.4%	20.0%	25.6%	15.6%	4.4%	100%
	核發金額	-	1,165	126,727	337,867	835,341	1,610,020	864,649	3,775,769
	金額占率	0%	0.03%	3.4%	8.9%	22.1%	42.6%	22.9%	100%
基層診所	家數	782	269	2,004	1,689	1,174	1,087	63	7,068
	家數占率	11.1%	3.8%	28.4%	23.9%	16.6%	15.4%	0.9%	100%
	核發金額	-	412,968	13,796,134	31,135,457	46,412,824	86,133,409	7,115,860	185,006,652
	金額占率	0%	0.22%	7.5%	16.8%	25.1%	46.6%	3.8%	100%
總計	家數	790	271	2,029	1,716	1,215	1,138	91	7,250
	家數占率	10.9%	3.7%	28.0%	23.7%	16.8%	15.7%	1.3%	100%
	核發金額	-	414,133	13,955,423	31,681,374	48,982,858	96,447,448	18,762,747	210,243,983
	金額占率	0%	0.20%	6.6%	15.1%	23.3%	45.9%	8.9%	100%

註：不予核發包含0%及不符資格，全部核發為100%。

表 5、112 年牙醫品保款各項指標符合院所數--分區別

原因別		分區別						合計
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	
■ 核發本方案品保款								
	符合	2,483	861	1,257	791	957	122	6,471
		88.2%	87.3%	89.7%	92.2%	90.5%	92.4%	89.3%
	不符合	331	125	145	67	101	10	779
		11.8%	12.7%	10.3%	7.8%	9.5%	7.6%	10.7%
■ 符合本方案核發資格院所之各項指標分析(含專業、政策及加計指標)								總家數： 6,471
◎ 專業獎勵：核發基礎為70%，採累計方式。								
1	65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率分為下列3項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵20%。	2,248	790	1,177	718	881	107	5,921
		79.9%	80.1%	84.0%	83.7%	83.3%	81.1%	81.7%
1A	65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率≤7%。	2,765	977	1,387	817	977	125	7,048
		98.3%	99.1%	98.9%	95.2%	92.3%	94.7%	97.2%
1B	院所須有2年的申報資料，故開業未滿2年的院所(於109年1月1日(含)之後開業院所)無法領取。	2,436	853	1,258	788	979	123	6,437
		86.6%	86.5%	89.7%	91.8%	92.5%	93.2%	88.8%
1C	院所該年65歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達20顆。	2,578	895	1,299	809	1,022	120	6,723
		91.6%	90.8%	92.7%	94.3%	96.6%	90.9%	92.7%
2	4歲以上自家乳牙545天再補率分為下列3項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵20%。	937	541	658	392	446	66	3,040
		33.3%	54.9%	46.9%	45.7%	42.2%	50.0%	41.9%
2A	4歲以上自家乳牙545天再補率≤10%。	2,700	976	1,386	793	949	117	6,921
		95.9%	99.0%	98.9%	92.4%	89.7%	88.6%	95.5%
2B	院所須有1年半的申報資料，故開業未滿1年半的院所(109年7月1日(含)之後開業院所)無法領取。	2,477	876	1,278	797	989	125	6,542
		88.0%	88.8%	91.2%	92.9%	93.5%	94.7%	90.2%
2C	院所該年乳牙填補顆數須達60顆。	1,099	607	724	461	549	79	3,519
		39.1%	61.6%	51.6%	53.7%	51.9%	59.8%	48.5%
3	恆牙根管治療分為下列4項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵20%。	1,243	458	531	379	388	52	3,051
		44.2%	46.5%	37.9%	44.2%	36.7%	39.4%	42.1%
3A	恆牙根管治療完成半年後的保存率≥95%。	2,371	840	1,196	746	910	110	6,173
		84.3%	85.2%	85.3%	86.9%	86.0%	83.3%	85.1%
3B	恆牙根管治療未完成率<30%。	2,693	964	1,375	814	1,032	121	6,999
		95.7%	97.8%	98.1%	94.9%	97.5%	91.7%	96.5%
3C	院所當年應申報至少2例根管難症特別處理(90091C-90097C)且其中1例應含橡皮障防濕裝置(90012C)。	1,483	527	622	436	444	57	3,569
		52.7%	53.4%	44.4%	50.8%	42.0%	43.2%	49.2%
3D	根管治療點數佔總點數之百分比須大於5%者。	2,496	892	1,210	746	908	113	6,365
		88.7%	90.5%	86.3%	86.9%	85.8%	85.6%	87.8%

原因別		分區別						合計
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	
4	全口牙結石清除分為下列3項次指標，每項指標皆需達到符合標準，獎勵10%。	2,008	720	890	415	534	79	4,646
		71.4%	73.0%	63.5%	48.4%	50.5%	59.8%	64.1%
4A	全口牙結石清除比率>20%。	2,773	962	1,374	833	1,038	125	7,105
		98.5%	97.6%	98.0%	97.1%	98.1%	94.7%	98.0%
4B	施行全口牙結石清除，且併同牙周疾病控制基本處置(91014C)的執行率>20%。	2,025	728	900	419	536	79	4,687
		72.0%	73.8%	64.2%	48.8%	50.7%	59.8%	64.6%
◎ 政策獎勵：核發基礎為30%，採累計方式。								
5	該院所當年度特定保存治療（91015C、91016C）及牙周病支持性治療（91018C）合計申報件數在15件(含)以上，獎勵3%。	1,009	372	461	283	331	48	2,504
		35.9%	37.7%	32.9%	33.0%	31.3%	36.4%	34.5%
6	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%，獎勵15%。	1,088	393	459	302	360	43	2,645
		38.7%	39.9%	32.7%	35.2%	34.0%	32.6%	36.5%
7	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，獎勵10%(醫院適用)。	32	16	22	17	23	7	117
		1.1%	1.6%	1.6%	2.0%	2.2%	5.3%	1.6%
8	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，分為下列2項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵3%(診所適用)。	835	297	504	350	439	40	2,465
		29.7%	30.1%	35.9%	40.8%	41.5%	30.3%	34.0%
8A	每月於健保資訊網服務系統(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。	974	334	524	370	470	46	2,718
		34.6%	33.9%	37.4%	43.1%	44.4%	34.8%	37.5%
8B	週日或國定假日有提供牙醫醫療服務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)。	2,245	808	1,263	769	939	94	6,118
		79.8%	81.9%	90.1%	89.6%	88.8%	71.2%	84.4%
9	110年月平均初核核減率小於(等於)全國95百分位者，獎勵5%(診所適用)。	2,636	905	1,292	806	986	118	6,743
		93.7%	91.8%	92.2%	93.9%	93.2%	89.4%	93.0%
10A	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，獎勵2%(醫院、診所適用)。	224	118	250	142	152	48	934
		8.0%	12.0%	17.8%	16.6%	14.4%	36.4%	12.9%
10B	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，獎勵2%(診所適用)。	144	86	176	105	109	33	653
		5.1%	8.7%	12.6%	12.2%	10.3%	25.0%	9.0%

原因別		分區別						合計
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	
11	該院所當年度高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)申報數12件(含)以上，獎勵10%(醫院、診所適用)。	345	96	208	123	129	49	950
		12.3%	9.7%	14.8%	14.3%	12.2%	37.1%	13.1%
◎ 加計獎勵：共一項指標，核發基礎為2%。								
12	下列2項指標任一達標，即可加計獎勵2%(基層適用)	164	111	186	107	84	21	673
		5.8%	11.3%	13.3%	12.5%	7.9%	15.9%	9.3%
12A	當年度資料上傳(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。	154	105	178	101	79	21	638
		5.5%	10.6%	12.7%	11.8%	7.5%	15.9%	8.8%
12A	當年度提供戒菸治療服務。	17	7	12	8	9	1	54
		0.6%	0.7%	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.7%
■ 不符本方案核發品保款院所之原因分析								總家數： 779
◎ 不予核發資格								
0	不符合加強感染管制院所(未申報感控診察費)。	266	82	106	48	75	10	587
		9.5%	8.3%	7.6%	5.6%	7.1%	7.6%	8.1%
1	本年度12月有1個(含)月以上費用未辦理第一次暫付者。	289	108	134	50	90	10	681
		10.3%	11.0%	9.6%	5.8%	8.5%	7.6%	9.4%
2	本年度內經中央健康保險署違約記點者(一年內)處分日期: 111/01/01 - 111/12/31。	0	1	1	0	1	0	3
		0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%
3	本年度內經中央健康保險署處以扣減其十倍醫療費用者。處分日期:111/01/01 - 111/12/31。	2	3	3	0	0	1	9
		0.1%	0.3%	0.2%	0.0%	0.0%	0.8%	0.1%
4	經中央健康保險署停止特約者(三年內)處分起迄日: 108/01/01 - 111/12/31。	9	10	5	5	7	0	36
		0.3%	1.0%	0.4%	0.6%	0.7%	0.0%	0.5%
5	經中央健康保險署終止特約者(五年內)處分起迄日: 107/01/01 - 111/12/31。	1	2	1	0	2	0	6
		0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.1%
6	特約醫療院所有異常醫療行為模式，經分區委員會輔導後，認其情節重大經決議提中華民國牙醫師公會全國聯合會報備者。	1	0	0	12	0	0	13
		0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.2%
◎ 符合核發資格，未領取品保款								
	指標達成率為0%	3	1	3	1	3	0	11
		0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.3%	0.0%	0.2%