



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

113 年第 5 次
會議補充資料

113 年 12 月 26 日（星期四）下午 2 時 00 分
本署 18 樓大禮堂

「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」113 年第 5 次會議補充資料

壹、報告事項

六、 增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款計畫案。	報 6 補充資料-1
九、 修訂轉診支付標準及轉診同體系名單案。	報 9 補充資料-1
十、 修訂西醫基層相關支付標準案。	報 10 補充資料-1

貳、討論事項

一、 新增修訂「癲癇腦波檢查」等 84 項診療項目案。	討 1 補充資料-1
-----------------------------	------------

(原會議資料第 123~256 頁)

報告事項

第六案 報告單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
案由：增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款計畫案。

說明：

一、依據本署 113 年 11 月 19 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 113 年第 3 次研商議事會議決議辦理。

二、修訂支付標準第二部西醫及第三部牙醫：

(一)預算來源：

114 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(2.048%)，999.9 百萬元。

(二)修訂診療項目說明及規定事項：

1. 第二部西醫第二章第十節：修訂 96017C「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法—未滿二小時」等 8 項，適用對象新增發展遲緩兒。

2. 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。

(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：

A. 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。

B. 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。

C. 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：

A. 修訂 92054B 「軟性咬合器治療」新增申報頻率同一醫療院所半年內不得再申報此項。

B. 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。

C. 修訂 92089B 「氟托(單顎)」，修訂申報頻率，半年內不得重複申報本項。

D. 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。

E. 修訂 92130B 「顎顏面外傷術後照護費」術後定義為出院或急診。

(5) 第五章：

A. 牙周病統合治療方案通則，新增不得與其他牙結石清除醫令申報。

B. 修訂 91021C 「牙周病統合治療第一階段支付」備註項目第 4、5 點，檢附之 X 光片刪除咬翼片(34002C)。

(三) 調升牙醫支付標準，調整項目如下：

1. 嬰幼兒處置費加成百分之三十，年齡擴增為「五歲以下」。

2. 調升 90003C 「恆牙根管治療(三根)」等 3 項支付點數。

3. 調升 96001C 「牙科局部麻醉」30 點，90001C 「恆牙根管治療(單根)」等 59 項內含「麻醉」之項目支付點數同步調升 30 點。

4. 調升 92054B 「軟性咬合器治療」支付點數。

(四) 財務估算：修訂診療項目說明及規定，約需 1,576 萬點。另調

升支付標準點數約需增加 6.99 億點，共計約 7.1 億點，財估如附件 1(頁次報 6 補充-5~8)，修正後支付標準如附件 2(頁次報 6 補充-9~32)。

三、新增「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」(同附件 2，頁次報 6 補充-29~30)：

(一)預算來源：114 年總額新增「非齒源性口腔疼痛處置」項目預算 14.4 百萬元(附件 3，頁次報 6 補充-33~38)。

(二)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。

四、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」(附件 4，頁次報 6 補充-39~58)：

(一)預算來源：114 年本計畫於專款編列 307.1 百萬元。

(二)計畫修訂重點摘要如下：

1. 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。

2. 新增 P3601C「特定疾病病人牙科就醫安全」，每次就診當天只可申報一次之規定；另新增評估指標「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」。

五、修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(附件 5，頁次報 6 補充資料-59~115)：

(一)預算來源：114 年本計畫全年經費為 8.559 億元(專款編列 8.059 億元，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)計畫修訂重點摘要如下：

1. 醫療團服務一般護理之家增為 6 家，並新增長照機構 3 家。

2. 修訂 P30002 「氟化物防齲處理」自閉症、失智症病人執行由九十天放寬為每六十天得申報一次。
3. 修訂醫療團牙醫醫療服務申報上限，每位牙醫師每月平均每診次申報點數為 4 萬點。

(三) 財務估算如下：

1. 有關 P30002 「氟化物防齲處理」自閉症、失智症病人執行由每九十天放寬為每六十天得申報一次，估算將增加財務支出約 7.8 百萬點。
2. 有關醫療團牙醫醫療服務之限制，每位牙醫師每月平均每診次申報點數由 3 萬點修訂為 4 萬點，估算約增加 34.5 百萬點。
3. 114 年牙醫總額地區預算分配，自一般服務預算提撥 0.5 億元至本計畫，預算應足以支應。

六、 修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(附件 6，頁次報 6 補充-116~119)：

(一) 預算來源：114 年本計畫於專款編列 1.715 億元。

(二) 計畫修訂重點摘要如下：

1. 新增收案條件「齒質先天性發育異常(K00.4)」。
2. 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)。
3. 修訂申報青少年齲齒氟化物治療 (P7102C)後九十天內不得再申報 92072C、92051B、P30002 及 P7302C。
4. 修訂評估指標「提升全國 12~18 歲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」。

七、 本案俟衛生福利部公告 114 年總額預算後，將依程序辦理後續事宜。

決定：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」財務估算

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	111 年 醫令數(D)	112 年 醫令數 (E)	112 年較 111 年成長率 (F)=(E-D)/D	預估 114 年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) ²	預估 114 年增 加經費 (H)=(G)*(B- A)
1	通則	嬰幼兒齲齒防治服務(擴增至五歲以下)								78,730,385
2-1	90003C	恆牙根管治療(三根)	3,610	4,260	18.0%	309,155	292,484	0.00%	292,484	190,114,600
		恆牙根管治療(三根)-65 歲以上+30%				53,318	54,628	2.46%	57,345	48,456,820
2-2	90019C	恆牙根管治療(四根)	4,810	5,690	18.3%	60,347	59,078	0.00%	59,078	51,988,640
		恆牙根管治療(四根)-65 歲以上+30%				6,952	7,163	3.04%	7,604	8,699,441
2-3	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)	6,010	7,100	18.1%	821	842	2.56%	886	965,331
		恆牙根管治療(五根(含)以上)-65 歲以上+30%				41	69	68.29%	195	276,917
項目 2-小計										300,501,749
3-1	96001C	牙科局部麻醉	90	120	33.3%	579,986	884,852	52.56%	2,059,572	61,787,147
3-2	90001C	恆牙根管治療(單根)	1,210	1,240	2.5%	749,552	745,519	-0.54%	745,519	22,365,570
3-3	90002C	恆牙根管治療(雙根)	2,410	2,440	1.2%	288,708	280,780	-2.75%	280,780	8,423,400
3-4	90003C	恆牙根管治療(三根)	3,610	3,640	0.8%	362,473	347,112	-4.24%	347,112	10,413,360
3-5	90019C	恆牙根管治療(四根)	4,810	4,840	0.6%	67,299	66,241	-1.57%	66,241	1,987,230
3-6	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)	6,010	6,040	0.5%	862	911	5.68%	1,018	30,525
3-7	90005C	乳牙斷髓處理	800	830	3.8%	12,595	12,275	-2.54%	12,275	368,250
3-8	90015C	根管開擴及清創	600	630	5.0%	1,764,675	1,737,122	-1.56%	1,737,122	52,113,660
3-9	90016C	乳牙根管治療	1,010	1,040	3.0%	36,296	33,440	-7.87%	33,440	1,003,200

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	111年 醫令數(D)	112年 醫令數(E)	112年較 111年成長率 (F)=(E-D)/D	預估114年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) ²	預估114年增 加經費 (H)=(G)*(B-A)
3-10	90018C	乳牙多根管治療	1,690	1,720	1.8%	131,689	132,915	0.93%	135,401	4,062,040
3-11	91009B	牙周骨膜翻開術－局部	4,500	4,530	0.7%	9,315	10,030	7.68%	11,629	348,866
3-12	91010B	牙周骨膜翻開術－三分之一 顎	7,500	7,530	0.4%	6,137	5,961	-2.87%	5,961	178,830
3-13	91011C	牙齦切除術－局部	910	940	3.3%	18,525	16,737	-9.65%	16,737	502,110
3-14	91012C	牙齦切除術－三分之一顎	1,510	1,540	2.0%	2,065	2,179	5.52%	2,426	72,787
3-15	91013C	牙齦切除術	330	360	9.1%	158,609	180,844	14.02%	235,102	7,053,065
3-16	92003C	口內切開排膿	510	540	5.9%	20,698	19,848	-4.11%	19,848	595,440
3-17	92004C	口外切開排膿	3,000	3,030	1.0%	531	491	-7.53%	491	14,730
3-18	92007B	鋼線固定三齒以內	1,270	1,300	2.4%	217	200	-7.83%	200	6,000
3-19	92008B	鋼線固定(上顎或下顎固定術) 四齒以上	2,010	2,040	1.5%	406	430	5.91%	482	14,470
3-20	92010B	顎間固定法	9,780	9,810	0.3%	1,093	1,087	-0.55%	1,087	32,610
3-21	92012C	拔牙後特別處理	160	190	18.8%	78,584	81,990	4.33%	89,251	2,677,538
3-22	92013C	簡單性拔牙	510	540	5.9%	720,228	701,759	-2.56%	701,759	21,052,770
3-23	92014C	複雜性拔牙	900	930	3.3%	1,931,431	2,005,783	3.85%	2,163,184	64,895,517
3-24	92017C	囊腫摘除術-小	3,000	3,030	1.0%	12,519	11,538	-7.84%	11,538	346,140
3-25	92018B	囊腫摘除術-中	3,500	3,530	0.9%	607	663	9.23%	791	23,729
3-26	92019B	囊腫摘除術-大	5,000	5,030	0.6%	105	94	-10.48%	94	2,820
3-27	92021B	軟組織切片	1,000	1,030	3.0%	3,193	3,376	5.73%	3,774	113,222
3-28	92022B	硬組織切片	2,000	2,030	1.5%	896	957	6.81%	1,092	32,752
3-29	92023B	囊腫造袋術	3,020	3,050	1.0%	530	482	-9.06%	482	14,460
3-30	92025B	腐骨清除術－簡單,三分之一 顎以下	2,010	2,040	1.5%	1,964	2,132	8.55%	2,512	75,370

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	111年 醫令數(D)	112年 醫令數(E)	112年較 111年成長率 (F)=(E-D)/D	預估114年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) ²	預估114年增 加經費 (H)=(G)*(B-A)
3-31	92026B	腐骨清除術－複雜,三分之一 類以上	3,010	3,040	1.0%	185	164	-11.35%	164	4,920
3-32	92027C	齶蓋切除術	510	540	5.9%	4,809	4,318	-10.21%	4,318	129,540
3-33	92028C	繫帶切除術－簡單法	410	440	7.3%	2,377	2,166	-8.88%	2,166	64,980
3-34	92029C	繫帶切除術－Z字法	570	600	5.3%	873	853	-2.29%	853	25,590
3-35	92030C	前齒根尖切除術	1,800	1,830	1.7%	4,998	4,870	-2.56%	4,870	146,100
3-36	92031C	小白齒根尖切除術	2,800	2,830	1.1%	2,173	2,229	2.58%	2,345	70,361
3-37	92032C	大白齒根尖切除術	4,000	4,030	0.8%	1,469	1,528	4.02%	1,653	49,596
3-38	92033C	牙齒切半術或牙根切斷術	1,500	1,530	2.0%	3,786	3,682	-2.75%	3,682	110,460
3-39	92037B	涎石切除術，在腺管中	2,010	2,040	1.5%	287	345	20.21%	499	14,956
3-40	92041C	齒槽骨成形術(二分之一類以 內)	570	600	5.3%	20,021	20,427	2.03%	21,264	637,916
3-41	92042C	齒槽骨成形術(二分之一類以 上)	1,070	1,100	2.8%	1,100	1,079	-1.91%	1,079	32,370
3-42	92043C	顳顎關節脫臼整復－無固定	310	340	9.7%	2,948	2,874	-2.51%	2,874	86,220
3-43	92044B	顳顎關節脫臼整復－有固定	2,010	2,040	1.5%	155	181	16.77%	247	7,404
3-44	92045B	自體牙齒移植	4,020	4,050	0.7%	328	283	-13.72%	283	8,490
3-45	92050C	埋伏齒露出手術	970	1,000	3.1%	1,271	1,338	5.27%	1,483	44,483
3-46	92055C	乳牙拔除	260	290	11.5%	766,101	731,112	-4.57%	731,112	21,933,360
3-47	92067B	癌前病變軟組織切片	1,810	1,840	1.7%	9,452	9,125	-3.46%	9,125	273,750
3-48	92068B	癌前病變硬組織切片	2,510	2,540	1.2%	233	224	-3.86%	224	6,720
3-49	92071C	簡單性口內切開排膿	210	240	14.3%	436,106	455,975	4.56%	498,470	14,954,098
3-50	92092C	乳牙複雜性拔牙	560	590	5.4%	59,615	62,849	5.42%	69,853	2,095,585
3-51	92015C	單純齒切除術	2,730	2,760	1.1%	149,216	146,139	-2.06%	146,139	4,384,170
3-52	92016C	複雜齒切除術	4,300	4,330	0.7%	245,299	243,996	-0.53%	243,996	7,319,880

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	111年 醫令數(D)	112年 醫令數(E)	112年較 111年成長率 (F)=(E-D)/D	預估114年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) ²	預估114年增 加經費 (H)=(G)*(B-A)
3-53	92020B	口內軟組織腫瘤切除	1,800	1,830	1.7%	4,700	5,054	7.53%	5,844	175,320
3-54	92034B	口竇瘻管／相通修補術	5,710	5,740	0.5%	809	772	-4.57%	772	23,160
3-55	92056C	骨瘤切除術<1cm	5,010	5,040	0.6%	1,117	1,243	11.28%	1,539	46,177
3-56	92057C	骨瘤切除術1cm≤Bonetumor ≤2cm	10,010	10,040	0.3%	1,132	1,037	-8.39%	1,037	31,110
3-57	92058C	骨瘤切除術>2cm	15,010	15,040	0.2%	1,399	1,264	-9.65%	1,264	37,920
3-58	92059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒 或異物	6,010	6,040	0.5%	177	185	4.52%	202	6,063
3-59	92063C	手術拔除深部阻生齒	8,970	9,000	0.3%	9,515	9,093	-4.44%	9,093	272,790
3-60	92064C	手術去除解剖間隙內異物或 牙齒	10,510	10,540	0.3%	162	120	-25.93%	120	3,600
項目3-小計										313,604,701
4	92054B	軟性咬合器治療	800	1,500	87.5%	5,988	6,855	14.48%	8,984	6,288,641
合計										699,125,476

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

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	V	V	V	V	1119
	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>發展遲緩兒童及</u> 重度以上身心障礙病患。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。					
96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 — 未滿二小時 under 2 hours	V	V	V	V	3917
96029C	— 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	5155
96030C	— 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或 緊急狀況	V	V	V	V	4597
96021C	— 二小時至四小時，每增加三十分鐘	V	V	V	V	895
96022C	— 超過四小時，每增加三十分鐘	V	V	V	V	1119
	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>發展遲緩兒童及</u> 重度以上身心障礙病人。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法					

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>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	銀粉充填 Amalgam restoration — 單面 single surface	V	V	V	V	450
89002C	— 雙面 two surfaces	V	V	V	V	600
89003C	— 三面 three surfaces	V	V	V	V	750
	註： 1.同類牙申報銀粉充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C， 89204C~89205C ， 89208C~89210C ， 89212C ， 89214C~89215C ）費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。					
89004C	前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth — 單面 single surface	V	V	V	V	500
89005C	— 雙面 two surfaces	V	V	V	V	650
	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， 89204C~89205C ， 89208C~89210C ， 89212C ， 89214C~89215C ）費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。					
89008C	後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth — 單面 single surface	V	V	V	V	600
89009C	— 雙面 two surfaces	V	V	V	V	800
89010C	— 三面 three surfaces	V	V	V	V	1000
	註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，					

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
	89008C~89012C, 89014C~89015C, 89204C~89205C , 89208C~89210C , 89212C , 89214C~89215C) 費用, 以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。					
89011C	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同類牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C, 89204C~89205C , 89208C~89210C , 89212C , 89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	V	V	V	V	400
89012C	前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C, 89204C~89205C , 89208C~89210C , 89212C , 89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	V	V	V	V	1050
89014C	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註： 1.同類牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C, 89204C~89205C , 89208C~89210C , 89212C , 89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	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，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。 	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	1210 <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 	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>90015C 申報)；如未完成，改以 90015C 申報。 (期間限申報一次診療費)</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後 X 光片以為審核。「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 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」自閉症、失智症及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 <u>4530</u>
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 <u>7530</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
91011C	牙齦切除術 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. <u>自閉症、失智症及</u> 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 with special needs -全口總齒數九至十五顆 $9 \leq \text{no. of teeth} \leq 15$	V	V	V	V	2120
91016C	-全口總齒數四至八顆 $4 \leq \text{no. of teeth} \leq 8$	V	V	V	V	1120
91091C	-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病人申報。 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(須符合病人口腔現況，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，並視病人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</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 <u>3030</u>
92018B	— 中 Medium 2-4cm		V	V	V	3500 <u>3530</u>
92019B	<p>— 大 Large > 4cm</p> <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>		V	V	V	5000 <u>5030</u>
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 <u>1030</u>
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 <u>2030</u>
92023B	囊腫造袋術 Marsupialization		V	V	V	3000 <u>3020</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
	註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。					<u>3050</u>
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 <u>2040</u>
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 <u>3040</u>
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 <u>540</u>
92028C	繫帶切除術 Frenectomy — 簡單法 Simple	V	V	V	V	410 <u>440</u>
92029C	— Z字法 Z-plasty 註：本項目局部麻醉費用已內含。	V	V	V	V	570 <u>600</u>
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 <u>1830</u>
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 <u>2830</u>
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 <u>4030</u>
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 <u>1530</u>
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 <u>2040</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
92041C	齒槽骨成形術(二分之一顎以內) Alveoloplasty, involving less 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	570 600
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 1100
92043C	顫顎關節脫臼整復 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	310 340
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 2040
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 4050
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 1000
92054B	軟性咬合器治療 Soft splint therapy 註： 1.半年內不得再申報此項。 2.含材料費。		V	V	V	800 1500
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	260 290
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 1840

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
92068B	癌前病變硬組織切片 Incisional biopsy for precancerous lesion, hard 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	2510 <u>2540</u>
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)因外傷或齧齒造成之牙根斷裂。 (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。	V	V	V	V	4300 <u>4330</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
	3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。					
92020B	口內軟組織腫瘤切除 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。		V	V	V	1800 <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>

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
92063C	<p>手術拔除深部阻生齒 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>4.<u>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>	V	V	V	V	<p>8970 <u>9000</u></p>
92064C	<p>手術去除解剖間隙內異物或牙齒 Surgical removal of a tooth or foreign body within fascial spaces</p> <p>註：</p>	V	V	V	V	<p>10510 <u>10540</u></p>

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.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。					
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 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(96001C、90088C、91088C、92088C、P3601C除外)	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
92130B	<p>顎顏面外傷術後照護費</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></p> <p><u>Evaluation of oral intractable disorders</u></p> <p>註：</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訓練，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</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1800</u>
<u>92132B</u>	<p><u>非齒源性口腔疼痛處置-複診</u></p> <p><u>Control of oral intractable disorders</u></p> <p>註：</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。 2.三百六十天內不得申報超過二十四次。 		<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1000</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><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></p> <p><u>4.本項限牙醫門診申報。</u></p> <p><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></p>					

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>

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

三、支付規範：

(七)本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C、[91005C](#)、[91017C](#)、[91089C](#)、[91090C](#)、[91103C](#)、[91104C](#)。

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
91021C	<p>牙周病統合治療第一階段支付(comprehensive periodontal treatment)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.未滿三十一歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。 	V	V	V	V	1800

114 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

114 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率)+114 年度專款項目經費

註：校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額核定結果：

- (一)一般服務成長率為 2.676%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.675%，協商因素成長率 0.001%。
- (二)專款項目全年經費為 4,663.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，114 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.679%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(0.011%，預估增加 5.5 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

2. 「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款與一般服務重複費用扣減(0.000%，減列 0.2 百萬元)(114 年新增項目)。
3. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.010%，減少 4.7 百萬元)：

本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 4,663.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

- (1) 全年經費 323.8 百萬元。
- (2) 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- (3) 請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。

2. 牙醫特殊醫療服務計畫：

- (1) 全年經費 805.9 百萬元。
- (2) 持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
- (3) 請中央健康保險署辦理下列事項：

⊕ 持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

②依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。

3.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 171.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。

4.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。

②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

③請於協商 115 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

5.高風險疾病口腔照護計畫：

(1)全年經費 2,800 百萬元。

(2)加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。

(3)執行目標(暫列)：

①「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C) 達 150 萬人次。

②「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」
(P7302C)預估服務人次 150 萬人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

①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。

②自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆
數增加率減緩。

③65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔
牙的每人平均拔牙顆數減少。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫
中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/
塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照
護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支
付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度
改革。

②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同
牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成
效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入
一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

③請於協商 115 年度總額前檢討本項實施成效，
提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

(1)全年經費 307.1 百萬元。

(2)適用對象新增帕金森氏病人、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。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於114年7月前提報全民健康保險會。

②本計畫以3年為檢討期限(113~115年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並請於執行第3年(115年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

7.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：本項移列一般服務。

8.品質保證保留款：

(1)全年經費95.8百萬元。

(2)本項專款額度(95.8百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計212.2百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

9.網路頻寬補助費用：本項113年預算143百萬元，114年改由公務預算支應。

10.癌症治療品質改善計畫：本項113年預算10百萬元，114年改由公務預算支應。

11.非齒源性口腔疼痛處置(114年新增項目)：

(1)全年經費14.4百萬元。

(2)執行目標(暫列)：每年執行10,000人次。

預期效益之評估指標(暫列)：病歷記載之疼痛分數下降超過3成。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於113年12月前提報全民健康保險會。

②本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(116年7月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

113年度全民健康保險牙醫門診總額 特定疾病病人牙科就醫安全計畫

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113年12月31日止。

四、預算來源：

~~(一) 113年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「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.帕金森氏症病人。 10.失智症病人。 11.甲狀腺相關疾病病人。 12.與牙科治療相關之自體免疫性疾病病人。 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) 病人每次就診當天同一院所只可申報一次 P3601C：
 1. 符合本計畫之病人，就診當次有取卡號並且存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存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診斷代碼或死亡的比率。
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診斷代碼或死亡的比率。

[註]:

(1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。

(2)心肌梗塞 ICD-10-CM 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，病人六個月內之醣化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)的血糖值病歷評估及追蹤(HbA1c數值，<7%代表血糖值控制良好)。 4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含糖尿病用藥、心血管用藥、腎臟性疾病、眼科疾病用藥。 5. 病人牙科治療當天，服藥及用餐狀況了解及詢問。 6. 打胰島素之病人，因降血糖速度較快，要準備糖果或含糖飲料以預防低血糖。 7. 術前預防性投藥(視病情狀況需要)。 8. <u>若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u>

【背景說明(參考事項)】

1. 確認病人六個月內血糖控制的狀況，AC sugar(空腹血糖)較高但仍在70-200 mg/dL，經由牙醫師評估仍可接受手術。
2. 若AC sugar(空腹血糖)>300mg/dL且HbA1c(醣化血紅素)>9%則不建議執行侵入性治療。
3. 病人年紀偏大、病史較長，若病情需要必須執行侵入性治療，則必須告知病人風險並由牙醫師審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	二、高血壓 (降血壓藥物)	<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. 病人三個月之內的血壓病歷評估及追蹤。 4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含心血管用藥、抗凝血劑用藥及全身狀況追蹤及評估。 5. 病人牙科治療當天高血壓藥物服藥狀況了解及詢問。 6. 術後流血狀況監控。 7. 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. 若病人服用3種以上降血壓藥物，建議應謹慎評估及術前先量血壓。
2. 治療前血壓應於150mmHg以內，若高於此數值會有風險產生。(參考資訊： $\geq 140/90\text{mmHg}$ 但 $< 160/100\text{mmHg}$)
3. 病人血壓若不容易控制，可考慮使用抗焦慮藥物或以鎮靜配合治療，但醫師須受過相關訓練才可以使用。
4. 血壓高於180/110mmHg不建議做治療。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	三、骨質疏鬆症(抗骨質疏鬆藥物)	<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. 告知病人使用抗骨質吸收藥物可能帶來的影響及相關風險。 3. 遵循開藥醫師對於病人牙科就診的注意事項與醫囑，必要時得使用諮詢單，如單株抗體類用藥針劑三個月內不建議做牙科侵入性治療。 4. 雙磷酸鹽類用藥三個月內要做牙科侵入性處置，應多方謹慎評估。 5. 術後流血狀況監測。 6. 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. 病人使用的抗骨質疏鬆藥劑，早期為雙磷酸鹽藥物(Bisphosphonate)，近期則是使用單株抗體類之Denosumab(如保骼麗，Prolia)等。目前實務上使用Denosumab的病人，大約是滿五個月的時候，告知病人可能之風險及獲得病人同意後，可以進行手術，同時傷口必須縫合。手術完成一個月左右，若傷口癒合良好，沒

有新的骨頭暴露出來或骨壞死的情形，可以接著施打下一次的劑量。

2. 另最近研究，半年之後超過三個月才施打Denosumab，藥物原來的效果就會急速下降。
3. 若是病人剛使用藥物，有緊急狀況需進行手術處置時，需告知病人相關風險，並獲得病人之同意。
4. 進行手術後，建議需完全縫合傷口的原因是基於了解病人骨壞死的原理。避免骨暴露，使骨骼能獲得良好的血液供應，是預防新顎骨壞死的重要因素。
5. 由於雙磷酸鹽藥物是直接存在於顎骨內，甚至從壞死骨脫落後，會再結合到鄰近的骨骼內，繼續抑制破骨細胞，與單株抗體類藥物留存在血液中，且有一定之半衰期不同，因此，使用雙磷酸鹽藥物者接受牙科手術時，相對風險可能比單株抗體類藥物高。但無論如何，如果仍需要進行牙科手術時，最重要的是告知病人接受牙科手術時，仍可能有產生顎骨壞死的風險。
6. 病人使用雙磷酸鹽藥物如果有合併其他多重藥物，應更審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	四、心血管 疾病(藥物)	<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</u>

[診至其他相關單位做進一步診治。](#)

【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. 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。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。 <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。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		<p>4. 容易感染，盡量減少傷口範圍，注意術後。</p> <p>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)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
	九、帕金森氏症 (備註：114 年新增)	<ol style="list-style-type: none"> 4. <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> 5. <u>告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。</u> 6. <u>在接受牙科治療時牙醫需要注意以下幾點：</u> <u>(1)牙科診療時間盡量短，約診時間安排在早上。</u>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		<p>(2) <u>姿勢性低血壓或體位性低血壓</u>：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。</p> <p>(3) <u>若患者有步行或姿勢反射方面的障礙</u>，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。</p> <p>(4) <u>若遇到有吞嚥障礙的患者時</u>，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。</p> <p>(5) <u>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</u>，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。</p> <p>(6) <u>味覺改變或口腔灼熱感</u>：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。</p> <p>7. <u>帕金森氏症患者因為臉部缺乏表情變化(面具般容貌)</u>，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。</p> <p>8. <u>帕金森患者可能會因為運動障礙、顫抖與同時進行兩種動作等的協同動作出現障礙現象</u>，導致其無法自行清潔口腔甚至無法配合臨床上的診療。</p> <p>9. <u>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>10. <u>若無法掌握病人病程的狀況</u>，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治。</p>

【背景說明(參考事項)】

5. 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：

6. 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。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
10. 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。
11. 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。

<u>已確認(V)</u>	<u>病名/藥物</u>	<u>注意事項</u>
	<u>十、失智症</u> <u>(備註：114</u> <u>年新增)</u>	<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>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		<p>4. <u>用藥注意事項：</u></p> <p>(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></p> <p>(2)<u>若藥物是用糖基底的，那齲齒的風險就會增加，可要求內科醫師開出無糖代替品。牙醫也可使用Chlorhexidine和氟化物，以防止在齒頸部的齲齒。</u></p> <p>(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></p> <p>5. <u>治療時注意噎咳。</u></p> <p>6. <u>病人移位時須注意。</u></p> <p>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></p> <p>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></p>

【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。

<u>已確認(V)</u>	<u>病名/藥物</u>	<u>注意事項</u>
	<u>十一、甲狀腺相關疾病</u> <u>(備註：114年新增)</u>	<u>(一)甲狀腺亢進：</u> <u>1.查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。</u> <u>2.告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。</u> <u>3.注意病人進入診間之步態。</u> <u>4.觀察病人說話是否急躁。</u> <u>5.關心病人是否有頻便。</u> <u>6.若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會相關科的醫師或轉診至其他相關單位做進一步診治。</u> <u>(二)甲狀腺低下：</u>

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		<p>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></p> <p>2. <u>告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。</u></p> <p>3. <u>有冠狀動脈疾病者:在治療甲狀腺功能低下的過程中,往往病情會惡化,因為治療中甲狀腺素劑量調整機制時,會有狹心症(angina)、心衰竭(congestive heart failure)或不整(arrhythmias)之現象,所以這類病人在牙醫就醫時,須有內科醫師之意見。</u></p> <p>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></p>

【背景說明(參考事項)】

1. 甲狀腺機能亢進臨床表現

(1)症狀

- A. 容易緊張、情緒劇烈起伏、坐立不安
- B. 不耐熱、易流汗
- C. 疲倦、無力、抽筋
- D. 心悸、胸痛
- E. 食量增多但體重減輕; 排便增加但非腹瀉

(2)徵候

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

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

3. 甲狀腺功能檢驗項目及正常值

疾病類別	檢查項目	正常值範圍	說明
甲狀腺功能亢進症	TSH 甲狀腺刺激激素	<u>0.4-4.0 mIU/L</u>	甲亢時 TSH 通常低於正常範圍
	FT4 游離甲狀腺素	<u>0.8-2.0 ng/dL</u>	甲亢時 FT4 通常高於正常範圍
	FT3 游離三碘甲腺素	<u>2.3-4.2 pg/mL</u>	甲亢時 FT3 通常高於正常範圍
	TRAb 甲狀腺素受體抗體	<u><1.75 IU/L</u>	格雷夫茲病患者 TRAb 通常高於正常範圍
	RAIU 甲狀腺攝碘率	<u>正常:24 小時 15-35%</u>	甲亢時 RAIU 通常高於正常範圍
甲狀腺功能	TSH 甲狀腺刺激激素	<u>0.4-4.0 mIU/L</u>	甲低時 TSH 通常高於正常範圍

疾病類別	檢查項目	正常值範圍	說明
低下症	FT4 游離甲狀腺素	0.8-2.0 ng/dL	甲低時 FT4 通常低於正常範圍
	TPOAb 甲狀腺過氧化物酶抗體	<35 IU/mL	橋本氏甲狀腺炎患者 TPOAb 通常高於正常範圍
	TgAb 甲狀腺球蛋白抗體	<20 IU/mL	橋本氏甲狀腺炎患者 TgAb 通常高於正常範圍
甲狀腺結節和癌症	甲狀腺超音波	正常甲狀腺結構和大小	用於檢查甲狀腺結節和結構異常
	Tg 甲狀腺球蛋白	3-40 ng/mL	甲狀腺癌患者術後隨訪中的腫瘤標誌
	TgAb	<20 IU/mL	干擾甲狀腺球蛋白測定結果
自體免疫性甲狀腺疾病	TPOAb	<35 IU/mL	自體免疫性甲狀腺疾病(如橋本氏甲狀腺炎)的標誌
	TgAb	<20 IU/mL	自體免疫性甲狀腺疾病的另一標誌

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) 味覺聽覺嗅學變遲鈍。

(10) 周邊神經病變腕隧道症候群。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	<u>十二、與牙科治療相關之自體免疫性疾病</u> (備註：114 年新增)	<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> <u>A. 這些藥物可能增加感染風險，因此在牙科手術前後需特別注意抗生素的使用。</u> <u>B. 需監控腎功能和肝功能，避免使用對腎或肝有毒性的藥物。</u> <u>(2) 類固醇(如 Prednisolone)：</u> <u>A. 長期使用類固醇可能導致骨質疏鬆，影響齒槽骨健康。</u> <u>B. 手術前需考慮類固醇劑量的調整，以防止應激性腎上腺危象。</u> <u>(3) 非類固醇消炎藥(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)(如 Ibuprofen)：與免疫抑制劑或類固醇合用時需注意胃腸道出血的風險。可引起口腔潰瘍或加重已有的口腔潰瘍。</u> <u>(4) 抗瘧疾藥(如 Hydroxychloroquine)：長期使用可能引起口腔色素沉著或視力問題，需要定期檢查眼睛及口腔健康。</u>

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

【背景說明(參考事項)】

1. 常見與牙科治療相關的自體免疫性疾病及其症狀

(1)類風濕性關節炎(Rheumatoid Arthritis)

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

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

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

(3)乾燥症(Sjögren's Syndrome)

症狀：口乾、乾眼、口腔潰瘍、牙齦病變、牙齦萎縮和牙齦疼痛等。

(4)硬皮病(Scleroderma)

症狀：皮膚硬化、手指腫脹、關節疼痛、口乾、張口受限等。

(5)多發性硬化症(Multiple Sclerosis, MS)

症狀：肌肉無力、視力模糊、共濟失調(Ataxia)、吞嚥困難等。

2. 紅斑性狼瘡-用藥注意事項

(1)免疫抑制劑：狼瘡治療常用的免疫抑制劑，如甲氨蝶呤(Methotrexate)、環磷酰胺(Cyclophosphamide)、類固醇(如Prednisolone)，可能會增加感染的風險，這在進行牙科手術或植牙時尤其重要。這類藥物會抑制免疫系統，因此在進行牙科手術前後，需要密切監控患者的健康狀況，以及可能需要調整藥物用量、暫時停藥或術前使用抗生素。

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

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

3. 乾燥症(Sjögren's Syndrome)-用藥注意事項

(1)抗生素與局部免疫調節劑：

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

(2)非類固醇抗炎藥(NSAIDs)與眼科用抗炎藥：

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

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	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：

113~~114~~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 113~~114~~ 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 ~~7.81~~7.559 億元，其中 8.059 億元由 113~~114~~ 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(由衛生福利部長長期照顧司擇定)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)~~—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)~~—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，依全民健康保險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(Distracted 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) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第一次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第一次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第二次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第2次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第三次支付後 160 天。 (2)基本診療項目：6 次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第 3 次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含 92111B 矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	9946
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：前一次支付至(本療程)完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附 X 光片或照片作為審查依據。 5.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	15000
92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顱顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000

編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
92126B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	12000
92127B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	15000
92128B	鼻型齒槽骨矯正定期調整 Nasoalveolar molding, adjustment 註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.7日內不得重覆申報。 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
-先天性唇顎裂及顱顏畸形患者牙醫醫療服務申請書（以院所為單位）

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

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

*備註：

- 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顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向牙醫全聯會申請，並由牙醫全聯會報送健保署各分區業務組核定，異動時相同。

【附件 2-1】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明

與舊制身心障礙類別之區分與辨識

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

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

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

【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</u> 及重度以上病人每六十天得申報一次。 3.申報本項後，九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。	v	v	v	v	500
89304C	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	v	v	v	v	900
89305C	—雙面 two surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	v	v	v	v	1,050
89308C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	v	v	v	v	1,000
89309C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,200
89310C	—三面 three surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	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。	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
	3.申報面數最高以三面為限。					
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

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)：

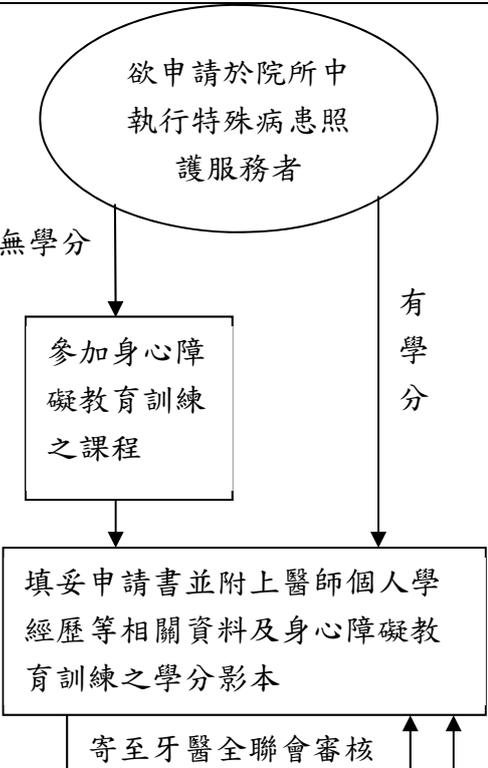
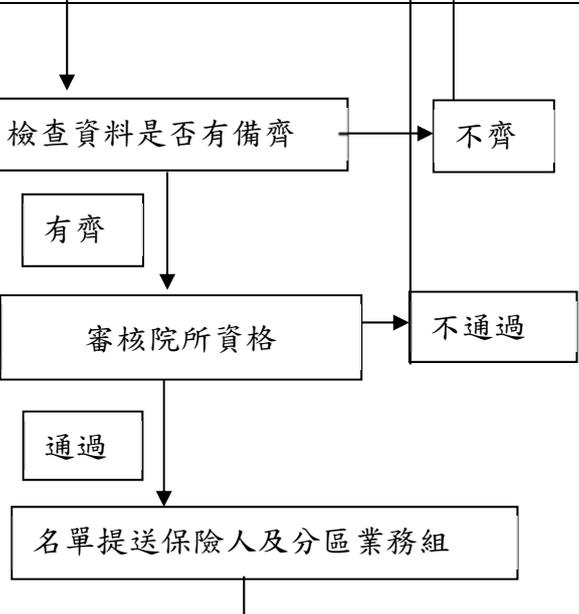
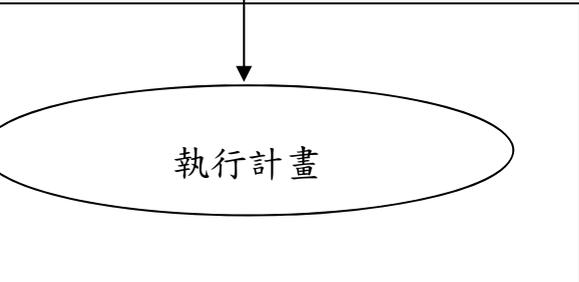
地址：

*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>1-1 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>4-1 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>7-1 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、手持拐杖或助行器進出。
	2	出入口若有門檻或台階, 高度在 0.5 公分以上, 有作斜角處理、斜坡或提供斜坡板。
	(二)設置在地下室或 2 樓以上者	
	1	設置電梯者電梯機廂深度至少需有 110 公分以上, 電梯門寬度至少 80 公分以上。
	2	設有電梯、昇降設施或坡道可通達。
大門	1	若有設置自動門專用無線觸摸開關, 設置高度距離地面介於 80~90 公分, 自動門前方保留一處輪椅可靠近操作按鍵的空間。
	2	大門加裝服務鈴, 供行動不便者使用。
	3	大門無法加裝服務鈴, 設有協助聯絡電話, 以協助行動不便者。
室內通路	1	淨寬至少 90 公分以上, 方便行動不便之民眾通行。
	2	淨寬至少 75 公分以上, 方便行動不便之民眾通行。
	3	以自備行動工具協助民眾通行。
診療室	1	備有移位設施, 協助無法自行移位之民眾, 移動到診療椅。
	2	門淨寬至少 75 公分以上, 內部空間方便行動不便者進出。
治療椅	1	至少有一台治療椅可調整座椅高度, 離地面至 40-45 公分, 且椅背可傾立, 治療椅有一側保留至少 74 公分空間, 方便輪椅、手持拐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、手持拐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	<pre> graph TD A([組織一醫療團至執行醫療服務單位]) --> B([每次出團前置作業]) B --> C[醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作] B --> D[機構、醫院或學校等，於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 之各項事前工作] </pre>	<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	<pre> graph TD C[診療期間每位患者皆須由 A-3 至 A-7 之步驟。若無執行 A-7 之步驟，將無法申請健保費用。] D[診療期間務必由熟悉看護、保育人員或教師陪同於患者旁邊(B-4 至 B-6)。] </pre>	<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	<pre> graph TD E[醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。] F[依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。] E --> G([結束此次醫療團之服務務。]) F --> G </pre>	<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：__

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"/> 牙周暨齲齒控制基本處置、(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		

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

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

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

治療計畫

一、病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

（一） 牙周病緊急處理

（二） 牙周敷料

（三） 牙結石清除（全口或局部）

（四） 牙周暨齲齒控制基本處置(需併同牙結石清除執行)

（五） 塗氟(需併同牙結石清除執行)

（六） 非特定局部治療

（七） 特定局部治療

（八） 簡單性拔牙

（九） 單面蛀牙填補

（十） 其他：

（請填寫）

三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名：

聯絡電話：

醫護人員姓名：

聯絡電話：

四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

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

五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所，居家牙醫醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

【附件 17】

居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P30006	牙醫師訪視費(次) 註： 1. 於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。 2. 出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼 P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。 3. 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。	1553
P30005 P30007	居家牙醫醫療服務費(次) 一病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上 一其他病人 註： 1. 居家牙醫醫療服務費所訂點數含口腔預防保健、護理、診療、處方、藥品、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等；本保險給付項目不得收取其他自費。 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%;"> 牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作 </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%;"> 診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。 </div> </div>	<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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 醫療器械設備及健保卡等作業 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 </div> </div> <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：

(一) 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。

(二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」（P7101C及P7102C）之費用由本計畫預算支應，除全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。

(三) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

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 ~~K02~~→K03.89、K00.4→~~K05~~→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、 <u>琺瑯缺損、齒質先天性發育異常者</u> 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92072C、92051B、P30002及P7302C</u> 。	500

八、醫療費用申報及審查：

(一) 施行本計畫診療項目得併同申報牙科門診診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。

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

(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1. 案件分類：請填報「19」。

2.特定治療項目代號(一):請填報「LM(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

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

1.執業計畫：

- (1)門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LM(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」、特定治療項目代號(二)「F2(執業計畫)」。
- (2)執業計畫之巡迴醫療服務：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)：

(一)自評指標：

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

(二) 評估指標：~~提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率>40%。~~

1. 提升全國12歲至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的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

分子：(當年執行 P7102C 的病人追蹤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 的病人回溯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 的病人回溯 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。

報告事項

第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準及轉診同體系名單案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 11 月 27 日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 4 次會議、113 年 12 月 18 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年第 4 次研商議事會議決議辦理。
- 二、修訂支付標準第二部第一章第一節轉診支付標準，摘要如下：
 - (一) 刪除 01035B 及 **01037C**「未使用保險人電子轉診平台」之辦理轉診費。
 - (二) 01036C「辦理轉診費_上轉」支付點數由原訂 250 點，調降為 150 點。
 - (三) 修訂 01038C「接受轉診門診診察費加算點數」名稱及表別為 01038B「接受上轉門診診察費加算點數」，新增「接受下轉門診診察費加算」支付點數 500 點。
- 三、財務影響評估，以 112 年度核付轉診支付標準申報資料估算，說明如下：
 - (一) 取消未使用電子轉診，以均轉為電子轉診估算，醫院總額約增加 **54.1 萬點**，基層總額約增加 220.9 萬點(表 1)。

表 1：取消未使用電子轉診之財務評估(A) 以均轉為電子轉診估算

特約類別	下轉增加 100 點/件 (A1)	上轉增加 50 點/件 (A2)	合計
醫學中心(件)	13	0	13
區域醫院(件)	617	892	1,509
地區醫院(件)	209	8,247	8,456
醫院小計(件)	839	9,139	9,978
基層院所(件)	0	44,184	44,184
醫院總額小計(萬點)	(A1)*100	54.1	275.0
基層總額小計(萬點)	+(A2)*50	220.9	

(二) 調降上轉支付點數為 150 點，醫院總額約減少 824 萬點，基層總額約減少 5,833.3 萬點(表 2)。

表 2：調整上轉支付點數為 150 點(B)

總額別	01036C 上轉 (250 點)件數 (萬件)	影響點數 (萬點)	01037C 上轉 (200 點)件數 (萬件)	影響點數 (萬點)	合計 (萬點)
醫院總額	7.8	-778.3	0.9	-45.7	-824.0
基層總額	56.1	-5,612.4	4.4	-220.9	-5,833.3
小計	63.9	-6,390.7	5.3	-266.6	-6,657.3

(三) 新增 00192C 「接受下轉門診診察費加算」(500 點)，醫院總額約增加 1,067.9 萬點，基層總額約增加 1,928.8 萬點(表 3)。

表 3：新增接受下轉支付標準(01040C_500 點)_ (C)

總額別	接受下轉核付件數(萬件)	每件增加 300 點(萬點)
醫院總額	3.6	1,067.9
基層總額	6.4	1,928.8
小計	10.0	2,996.7

(四) 綜上，醫院總額約增加 **298 萬點**，基層總額約減少 3,683.7 萬點。

修正項目	影響點數(萬點)		
	基層總額	醫院總額	合計
取消未電子轉診(A)	220.9	54.1	275.0
調降上轉(B)	-5,833.3	-824.0	-6,657.3
新增接受下轉(C)	1,928.8	1,067.9	2,996.7
小計	-3,683.7	298.0	-3,385.6

四、預算來源：醫院及西醫基層總額專款「鼓勵院所建立轉診合作機制」，113 年推估預算執行率為 7 成及 6 成，預計 114 年預算足以支應。

五、有關本署各分區業務組建議增修轉診支付標準之同體系院所名單分述如下：

(一) 高雄市立聯合醫院(0102020011)已委由高雄榮民總醫院(0602030026)經營(附件 1, 原會議資料頁次報 9-4)，新增列入榮總體系院所，並自原高市聯醫體系刪除。

- (二) 秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院(0907150029)為 113 年 10 月 9 日新特約醫院，加入秀傳體系（附件 2，原會議資料頁次報 9-5）。
 - (三) 靜和醫院(1502060041)於 113 年 6 月 28 日歇業，爰刪除靜和體系(僅餘 1 家)。
 - (四) 新增澄清眼科體系，院所包含：澄清國際眼科醫院 (1507010023)、澄清眼科診 (3502112159)、澄清國際 (3507320348)、台北澄清眼 (3501186495)、板橋澄清眼 (353101A637)（附件 3，原會議資料頁次報 9-6）。
- 六、修訂後轉診支付標準（附件 4，原會議資料頁次報 9-7~9-10），併同統一修訂「病患」改為「病人」，將依程序報衛生福利部核定後公告實施；修訂同體系院所名單（附件 5，原會議資料頁次報 9-11~9-24），將依程序公開至本署全球資訊網。

決定：

報告事項

第十案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂西醫基層相關支付標準案。

說明：

- 一、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)113 年 12 月 24 日檢送跨總額醫師及相對合理門診點數給付方案之操作型定義(附件 1, 報 10 補充-4~7)。
- 二、跨總額醫師(執登於醫院至基層診所支援)於西醫基層診所之管理方式(原議程報 10-2, 第 434 頁):
 - (一) 原議程: 跨總額醫師申報西醫基層總額各項目(含交付)以 8 成折付, 不適用於山地離島、醫不足及醫缺地區之診所, 其餘不適用地區由本署各分區業務組共管會議認定。
 - (二) 醫師全聯會表示考量各分區仍有部分地區及科別需有跨總額醫師支援, 爰跨總額醫師「申報各項目以 8 成折付」修訂為「申報醫療費用超過 10 萬點部分以 75%」計算, 惟醫療費用小於 10 萬點(含)不在此限。不適用地區除山地離島、醫不足及醫缺地區之診所外, 其餘不適用地區或科別由本署各分區業務組共管會議認定。
 - (三) 本署說明: 需釐清含交付機構之醫療費用點數, 是否均以診所申報之費用折付, 舉例如下:
 1. 某醫師(該月申報超過 10 萬點)於 A 診所申報 1,000 點, 交付調劑 500 點, 合計 1,500 點: 應折付 375 點【 $1,500 \text{ 點} * (100\% - 75\%)$ 】, 爰實際核付 A 診所 625 點(1,000 點-375 點)。
 2. 某醫師(該月申報超過 10 萬點)於 B 診所申報 500 點, 交付調劑 3,500 點, 合計 4,000 點: 應折付 1,000 點【 $4,000 \text{ 點} * (100\% - 75\%)$ 】, 惟 B 診所申報未達 1,000 點, 爰該月 B 診所無實際核付數。

(四) 財務評估：以 112 年執登於醫院之醫師申報西醫基層總額門診醫療費用(含藥費)大於 10 萬點醫師 636 位，門診案件 102.1 萬件、醫療費用 11.3 億點計算折付 25%，約 2.8 億點 (附件 2，報 10 補充-8)。

三、西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」(原議程報 10-2，第 434 頁)：

(一) 原議程：新增「西醫基層相對合理門診點數給付原則」，包含診所折付及醫師折付方式，不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，公告日期至實施日期保留 3 個月緩衝；有關折付計算範圍、排除條件及折付方式請中華民國醫師公會全國聯合會提供具體操作型定義。

(二) 醫師全聯會建議執行「診所折付方式」，針對「同體系院所」以歸戶計算醫療費用，請各分會提供本署名單；另「醫師折付方式」俟執行細節確認後再議，本方案應每 3 年檢討折付閾值及內容。

(三) 本署說明：因轉診已有「同體系院所名單」，考量一致性建議以同一名單予以認定。

(四) 財務評估：以 112 年基層診所各月份申報資料試算，折付診所 28 家、合計折付 9.39 億點 (附件 3，報 10 補充-9，尚未排除特定藥費及同體系院所)。

四、有關運用 113 年西醫基層總額專款「促進醫療服務診療項目支付衡平性」預算(原議程報 10-2，第 434 頁)：

(一) 原議程：西醫基層院所於 113 年調整任一診所人員(護理人員除外)薪資達健保投保金額次一等級，其 113 年 7 月-12 月 1-30 人次門診診察費偏遠地區每件額外獎勵 5%、一般地區每件額外獎勵 2.5%，並以獎勵方案支付。

(二) 本署說明：為鼓勵診所調整人員薪資，調整方案內容如下(附

件 4，報 10 補充-10~11)：

1. 診所醫事人員 113 年任一月份投保金額須較 112 年 12 月薪資調升幅度達本保險次一投保等級，或診所醫事人員均已達本保險最高投保金額。
2. 其餘人員 113 年任一月份薪資較 112 年 12 月薪資調升幅度達本保險最低投保等級之金額(1,200 元)，由中華民國醫師公會全國聯合會彙整舉證資料予本署各分區業務組備查。
3. 另診所聘用之護理人員調薪幅度若已符合 113 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案(附件 5，報 10 補充-12~14)，不得與本方案重複獎勵，且該診所護理人員不列入前述醫事人員計算。
4. 修改點值結算方式，另按本項預算決定事項，將依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(三) 財務評估：以 113 年 7~9 月西醫基層診所申報 1-30 人次門診診察費及成長率 5%，推估 113 年 7~12 月偏遠地區每件額外獎勵 5%(增加 93.4 百萬點)、一般地區每件額外獎勵 2.5%(增加 548 百萬點)，合計約增加財務支出 641.4 百萬點(原議程報 10-8，第 440 頁)，113 年本項剩餘預算尚足以支應。

擬辦：增修後支付標準及西醫基層相對合理門診點數給付原則(草案)如附件 6 (報 10 補充-15~16)。

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646 臺北市大安區安和路1段29號9樓

承辦人：吳韻婕
電話：(02)2752-7286分機154
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：yulia@mail.tma.tw

受文者：如正副本

發文日期：中華民國113年12月24日
發文字號：全醫聯字第1130001606號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文

裝

主旨：有關跨總額醫師(執登於醫院至基層診所支援)於西醫基層診所管理方式案及研議西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」案，詳說明段，請查照。

說明：

訂

一、依貴署113年12月18日西醫基層總額研商議事會議113年第4次會議決議辦理。

二、有關跨總額醫師(執登於醫院至基層診所支援)於西醫基層診所管理方式案，說明如下：

(一)考量各分區仍有部分地區及科別需有跨總額醫師支援，爰「跨總額醫師申報各診療項目皆給予八成費用」修訂為「跨總額醫師申報醫療費用大於10萬點之超出部分點數以75%計算費用，惟醫療費用小於10萬點(含)者，不在此限」。

(二)若各分區有特殊科別或地區需排除，建議提至該分會共管會議討論，依程序辦理排除計算。

三、有關研議西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」案，說明如下：

(一)通過「診所折付方式」：按診所每月申報醫療費用，依級距計算折付點數，附件1。

(二)「醫師折付方式」執行細節仍待確認，請貴署協助提供資

線

料後容本會再議，附件2。

(三)針對「同體系院所」醫療費用歸戶認定，請各分會協助提供名單，以請貴署嗣後歸戶計算。

(四)本方案應每三年檢討折付閾值及內容。

四、上述說明二及說明三之醫療費用定義及排除計算範圍，詳附件3。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：西醫基層醫療服務審查執行會各分會

中華民國醫師公會
全國聯合會校對章

理事長 周慶明



有關「跨總額醫師(執登於醫院至基層診所支援)於西醫基層診所管理方式」
及「西醫基層總額相對合理門診點數給付方案」之
醫療費用定義及排除計算範圍

一、醫療費用，係指診察費、診療費、藥費、藥事服務費、部分負擔金額以及交付機構申報費用。

二、排除計算範圍：

- (一) 住診費用。
- (二) 全民健康保險山地離島地區。
- (三) 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案施行鄉鎮。
- (四) 全民健康保險醫療資源缺乏地區。
- (五) 政策鼓勵項目(如:自然產案件(97004C、97005D)、精神科長效針劑藥費、B、C肝藥費)
- (六) 預防保健-案件分類 A3
- (七) 行政協助性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫-案件分類 B1
- (八) 職災案件-案件分類 B6
- (九) 行政協助門診戒菸-案件分類 B7
- (十) 行政協助精神病人強制處置-案件分類 B8
- (十一) 行政協助孕婦全面篩檢愛滋計畫-案件分類 B9
- (十二) 愛滋防治治療替代治療計畫-案件分類 BA
- (十三) 嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件-案件分類 C5
- (十四) 行政協助愛滋病案件-案件分類 D1
- (十五) 行政協助兒童常規疫苗、流感疫苗、75歲以上長者肺炎鏈球菌疫苗接種、COVID-19 檢驗費-案件分類 D2
- (十六) 代辦登革熱 NS1 抗原快速篩檢試劑-案件分類 DF
- (十七) 愛滋病確診服藥滿 2 年後案件-案件分類 E2
- (十八) 愛滋病確診服藥滿 2 年後案件之慢性病連續處方再調劑-案件分類 E3

西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」

說明：

1. 診所折付方式

診所每月申報醫療費用(點數)	超過部分之打折給付方式
500 萬點至 800(含)萬點	觀察名單(非折付管理)：每月申報醫療費用 500 萬點至 800(含)萬點且申報醫師數 10 人(含)以上之院所，以病患歸戶進行立意抽審。
800 萬 1 點至 850(含)萬點	超過部分點數*0.6
850 萬 1 點至 900(含)萬點	超過部分點數*0.4
900 萬 1 點以上	超過部分點數*0.2

備註：

- (1)含所有釋出醫療費用。
- (2)不含洗腎總額申報醫療費用。

2. 範例：診所某月申報醫療費用(含交付機構)計 1000 萬

說明：

(1) 該診所超出三個申報級距，各級距分別核付：

- A. 超過「800 萬 1 點至 850(含)萬點」，其超出 50 萬點，核付 30 萬點
(50 萬點*0.6)
- B. 超過「850 萬 1 點至 900(含)萬點」，超出 50 萬點，核付 20 萬點(50 萬點*0.4)
- C. 超過「900 萬 1 點以上」，超出 100 萬點，核付 20 萬點(100 萬點*0.2)

D. 上述合計核付 70 萬點(30 萬點+20 萬點+20 萬點)

(2) 總計核付該院所該月 870 萬點(800 萬點+70 萬點)。

112 年跨總額醫師(執登於醫院)申報西醫基層門診醫療費用(含藥費)超過 10 萬折付

	執登於醫院醫師數 B	申報診所家數 C	門診案件數 D	門診醫療費用 (百萬點)E	折付點數 (百萬點) F=E*0.25	折付後醫療費用 (百萬點) G=E-F
合計	*636	417	1,021,236	1,129.8	282.4	847.3
台北	227	146	366,897	376.9	94.2	282.7
北區	124	65	219,865	271.4	67.9	203.6
中區	90	74	132,039	167.9	42.0	126.0
南區	87	50	144,720	154.9	38.7	116.2
高屏	116	79	154,254	157.2	39.3	117.9
東區	3	3	3,461	1.4	0.3	1.0

註：

- 1.範圍：執登於醫院之醫師申報西醫基層門診(醫事類別 11)之醫療費用。
- 2.偏遠地區：山地離島、醫不足、醫缺地區
- 3.*歸戶計算。

折付方式	診所折付方式		
申報月份	診所家數	診所申報點數	診所折付點數
202301	12	173,532,003	58,653,440
202302	14	198,603,786	65,617,708
202303	28	358,410,914	100,423,776
202304	14	194,191,815	61,931,573
202305	24	309,727,985	88,242,065
202306	18	244,734,670	76,000,204
202307	18	241,290,940	73,223,249
202308	24	310,849,650	89,165,215
202309	18	242,320,708	73,870,574
202310	22	287,381,408	83,366,551
202311	22	294,344,478	88,737,991
202312	21	274,237,547	79,319,510
合計	*28	3,129,625,904	938,551,856

折付方式	診所每月申報點數								
	小計 (百萬點)	500-800 萬點		超過 800-850 萬點		超過 850-900 萬點		超過 900 萬點以上	
		家月數	折付點數	家月數	折付點數 (萬點)	家月數	折付點數 (萬點)	家月數	折付點數 (萬點)
臺北區	660.9	214	-	7	59.8	8	255.6	80	65776.1
北區	186.9	331	-	11	114.6	9	248.7	55	18330.5
中區	2.1	149	-	3	32.2	6	180.0	-	.0
南區	2.0	173	-	6	61.5	5	140.0	-	.0
高屏區	86.5	142	-	5	61.4	4	99.3	33	8484.6
東區	0.1	28	-	3	10.8	-	.0	-	.0
合計	938.6	1,037	-	35	340.3	32	923.6	168	92591.2

113 年度全民健康保險基層診所照護獎勵方案(草案)

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

壹、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：反映基層人員投入心力，診所各項成本增加，及鼓勵偏遠地區診所提供醫療服務。

參、實施期間：113年7月1日至113年12月31日。

肆、預算來源：113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額專款「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」剩餘預算。

伍、有調升任一人員薪資之西醫基層診所

一、診所資格：全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所，不限公、私立醫療機構。

二、調薪幅度之認定標準：

(一) 依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，診所醫事人員113年任一月份投保金額須較112年12月薪資調升幅度達本保險次一投保等級，或診所醫事人員均已達本保險最高投保金額。

(二) 其餘人員113年任一月份薪資較112年12月薪資調升幅度達本保險最低投保等級之金額(1,200元)，由中華民國醫師公會全國聯合會彙整舉證資料予本署各分區業務組備查。

(三) 診所聘用之護理人員調薪幅度若已符合113年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案，不得與本方案重複獎勵，且該診所護理人員不列入前述醫事人員計算。

(四) 各診所調升人員薪資後，應於114年2月28日前向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

陸、獎勵方式及核發原則：

一、獎勵方式：

(一) 依該診所申報1至30人次門診診察費之案件計算加成獎勵：

1、一般地區(不符合第2點範圍)：每件加成2.5%。

2、偏遠地區(符合113年度下列任一之基層診所)：每件加成5%。

(1)全民健康保險山地離島地區。

(2)全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案施行鄉鎮。

(3)全民健康保險醫療資源缺乏地區。

(二) 門診診察費醫令代碼範圍：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。

二、核發方式：

(一) 本項費用由保險人依實施期間每月各診所門診診察費申報案件，計算加成點數，於次年三月底前核發。

(二) 點值結算：全年結算，採浮動點值計算。

柒、方案管理機制

一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。

二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

捌、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國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。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

113年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：113年1月1日至113年12月31日。

肆、預算來源：113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」預算6.593億元，以及112年同項預算(基期)。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所。

一、診所及護理人員資格：全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之西醫基層診所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

(二)須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較111年12月薪資調升幅度達本保險次一投保等級，且符合下列標準予以獎勵：

1. 當月聘有4位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。

2. 當月聘有5至10位護理人員：調升90%以上護理人員薪資。

3. 當月聘有11位以上護理人員：調升80%以上護理人員薪資。

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一)獎勵方式：

1. 符合獎勵條件之診所，依該診所申報1至30人次門診診察費之案件，加計獎勵12點。
2. 前項門診診察費醫令代碼範圍：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C、P57001、P57002。

(二)核發方式：

1. 本項獎勵費用由保險人每月依各診所門診診察費申報案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付，當月獎勵於申報門診診察費月份之次次月底前核發。
2. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號00246C「提升基層護理人員照護品質加計」(支付點數6點)未刪除前，診所得依原規定申報，符合本方案調薪幅度標準之診所，「反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵」補付每件差額6點。

(三)點值結算：113年預算(含基期6.593億元，計13.186億元)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。

二、**提升護理照護品質獎勵金**：前項結算後仍有結餘，則依達調薪幅度標準之診所調升護理人員薪資人月占率，核發獎勵金，並於114年3月底前完成撥付。

柒、審查方式

一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦

法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

- 二、本方案每月撥付獎勵款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達70%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數（含新聘護理人員，且每家診所須按聘有護理人員數達不同調薪人數，不足一名以一名計算）。

分母：聘有護理人員之診所家數。

拾、評估指標及稽核機制

- 一、評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。
- 二、稽核機制：每月勾稽每家基層診所須按聘有護理人員數不同(4位以下調升全數護理人員薪資、5至10位調升90%以上護理人員薪資、11位以上調升80%以上護理人員薪資)，調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士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，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目

修正規定

第二部 西醫

通則：

一、西醫基層醫事服務機構實施西醫基層門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表)辦理核付。

附表 西醫基層相對合理門診點數給付原則(草案)

一、實施範圍定義：

(一) 醫療費用

1. 申報西醫基層門診總額之總醫療費用點數(含部分負擔)。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)屬行政協助之代辦案件。
 - (2)B/C 肝藥費、長效針劑藥費。
 - (3)其他政策鼓勵項目。
 - (4)預防保健-案件分類 A3
 - (5)行政協助性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫-案件分類 B1
 - (6)職災案件-案件分類 B6
 - (7)行政協助門診戒菸-案件分類 B7
 - (8) 行政協助精神病人強制處置-案件分類 B8
 - (9) 行政協助孕婦全面篩檢愛滋計畫-案件分類 B9
 - (10) 愛滋防治治療替代治療計畫-案件分類 BA
 - (11) 嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件-案件分類 C5
 - (12) 行政協助愛滋病案件-案件分類 D1
 - (13) 行政協助兒童常規疫苗、流感疫苗、75 歲以上長者肺炎鏈球菌疫苗接種、COVID-19 檢驗費-案件分類 D2
 - (14) 代辦登革熱 NS1 抗原快速篩檢試劑-案件分類 DF
 - (15) 愛滋病確診服藥滿 2 年後案件-案件分類 E2
 - (16) 愛滋病確診服藥滿 2 年後案件之慢性病連續處方再調劑-案件分類 E3

(二) 不適用地區：

1. 全民健康保險山地離島地區。
2. 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案施行鄉鎮。
3. 全民健康保險醫療資源缺乏地區。

二、折付方式：

- (一)西醫基層院所折付：以基層院所為單位計算各院所合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數，點數在八百萬點以下時維持原費用點數，超

過八百萬點時，則按下列分級予以折付方式，計算當月該診所折付上限總點數：

1. 在八百-八百五十萬點部分乘以 0.6。
2. 在八百五十-九百萬點部分乘以 0.4。
3. 在九百萬點以上部分乘以 0.2。

(二)醫師折付：執登於醫院之醫師，以醫師為單位計算各院所合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，以每位醫師每月申報西醫基層門診醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)計算實際核付點數，點數在十萬點以下時維持原費用點數，超過十萬點時，乘以0.75予以折付方式計算實際核付點數。

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

(四)全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師ID檢核錯誤及醫師以A報B者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。

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

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

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

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(三)專科醫師加成方式(詳附表 2.1.4 至附表 2.1.7)：

- 1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。各專科醫師加成率如下：
 - (1)婦產科、外科及內科之專科醫師：加計百分之十三。
 - (2)整形外科、骨科、泌尿科及神經外科之專科醫師：診治未滿四歲兒童加計百分之十三，診治四歲以上者加計百分之十。
 - (3)其餘專科醫師：診治未滿四歲兒童加計百分之十三，診治四歲以上者加計百分之九。
- 2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C、~~00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C~~。

(原會議資料第 455 頁四、)

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增修訂「癲癇腦波檢查」等 88 項診療項目案。

說明：

- 一、修訂說明四內容修訂 79808C「處女膜切開術」等 3 項支付規範文字，增列為 7 項，不增加支出，說明如下：
 - (一)為促進性別平等及保障女性權益，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準名稱及支付規範內容涉「處女膜」、「惡露」之診療項目。
 - (二)依台灣婦產科醫學會建議修訂如下：
 - 1.「處女膜」修訂為「陰道前膜」：79808C「處女膜切開術」。
 - 2.「惡露」修訂為「產後排出物」：01030D「助產所產後檢查」等 4 項。
 - (三)支付標準表增列如附件（頁次討 1 補充-3~5）。

**全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目
修正規定**

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01030D	<p>助產所產後檢查</p> <p>註：</p> <p>1.內容包括：產後恢復檢查、避孕指導、德國麻疹預防注射之諮商及指導。</p> <p>2.原助產所接生之個案，每人每次產後一個月內得申報四次到宅產後檢查服務，各次產後檢查服務內容如下：</p> <p>(1)第一次檢查</p> <p>A.身體評估(胸門、頸部、肩膀、心跳、髖關節)、測量新生兒：體溫、呼吸、頭圍、身長、教導新生兒沐浴、臍帶護理。</p> <p>B.教導母乳哺餵方式、餵食注意事項(唇色變化、溢吐奶)、排氣技巧、測量產婦：體溫、呼吸、血壓、子宮收縮、子宮底高度、傷口評估、惡露產後排出物評估、產後飲食衛教、家庭衛生環境評估。</p> <p>(2)第二次檢查</p> <p>第一次服務項目+黃疸評估、發奶及脹奶處理。</p> <p>(3)第三次檢查</p> <p>第一、二次服務項目+奶量評估、生理性脫水評估、新生兒體重測量、紅臀處理、分辨腹瀉及便秘差異及處理方式、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理。</p> <p>(4)第四次檢查</p> <p>第一、二、三次服務項目+新生兒預防注射注意事項、避孕措施、產後運動、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理、母乳哺餵技巧、溢吐奶處理、排氣技巧。</p>	v					320

第七節 手術

第十三項 女性生殖

二、外陰及陰道口 Vulva & Introitus (79801-79810)

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
79808C	處女膜 陰道前膜切開術 Hymenotomy	v	v	v	v	597

第六部 論病例計酬

第一章 產科

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97004C	陰道生產		v				38822
97005D	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2) 惡露 產後排出物量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：10D07Z3-10D07Z8、10S07ZZ、10E0XZZ、10A07Z6	v					35833
97934C	前胎剖腹產之陰道生產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2) 惡露 產後排出物量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點		v				50191

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：10D07Z3-10D07Z8、 10S07ZZ、10E0XZZ、10A07Z6						