

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

114 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 5 月 27 日 14 時整

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：陳副署長亮好

紀錄：張容慈

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
成代表庭甄	楊育珊(代)	許代表慧瑩	許慧瑩
江代表錫仁	江錫仁	連代表新傑	連新傑
余代表政明	余政明	陳代表淑華	陳淑華
吳代表志浩	吳志浩	黃代表立賢	黃立賢
吳代表享穆	吳享穆	黃代表俊仁	黃俊仁
吳代表迪	吳迪	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表明彥	吳明彥	楊代表文甫	楊文甫
李代表口榮	李口榮	葉代表育敏	葉育敏
季代表麟揚	季麟揚	蔡代表佩龍	蔡佩龍
林代表俊彬	林俊彬	蔡代表欣原	蔡欣原
林代表鎰麟	林鎰麟	蔡代表建宗	李俊億(代)
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表爾輝	蔡爾輝
洪代表怡育	洪怡育	蔡代表蕙如	蔡蕙如

范代表景章	蕭彰銘(代)	鄭代表力嘉	鄭力嘉
徐代表邦賢	徐邦賢	簡代表志成	簡志成
翁代表德育	翁德育	羅代表文良	羅文良
張代表育超	張文炳(代)	羅代表界山	羅界山
張代表禹斌	張禹斌	蘇代表主榮	蘇主榮

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會 (以下稱健保會)	陳燕鈴、張薏云
社團法人中華民國牙醫師公會全國 聯合會(以下稱牙全會)	劉振聲、曾士哲、廖秋英 許家禎、邵格蘊、李莉君、 潘佩筠、施奕含
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
台灣醫院協會	吳昱嫻、申哲、賴彥伶 楊智涵
本署臺北業務組	宋兆喻*、邱玲玉*、徐慕容*
本署北區業務組	楊淑娟*、謝明珠*、黃毓棠* 林耿揚*
本署中區業務組	楊惠真*、王奕晴*、林裕能* 戴秀容*、柯依鳳*、陳蕙歆* 廖錦善*
本署南區業務組	何尹琳*、賴文琳*、林聖哲* 盧靜宜*、秦莉英*、黃柏儒*、 李昕璇*、李岳勳*
本署高屏業務組	謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*

本署東區業務組	李昀融*、吳孜威*
本署醫審及藥材組	劉翠麗*、鄭婷婷*
本署企劃組	賴秋伶、涂奇君、朱沛語、 陳亞其、陳力瑄
本署醫務管理組	陳泰諭
	賴彥壯、洪于淇、陳怡蓓、 王智廣、李羿萱、張容慈、 張祐禎、李珮芳、許洋騰、 廖慈珊、連又旻

主席致詞(略)

壹、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、下列 2 項繼續列管，其餘解除列管。

(一) 序號 2「修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」：新增支付標準 92131B「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及 92132B「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」之適應症。

(二) 序號 6「修訂『有關全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫於一般服務扣減重複部分之費用扣減方式』」。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。

決定：

一、113 年第 4 季各分區一般服務點值確認如下：

結算年 季別	點值類別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
113Q4	浮動點值	0.96354110	1.05211226	1.03327495	1.07537213	1.06547107	1.15179140	1.01958008
	平均點值	0.96187918	1.05439849	1.03329150	1.07485688	1.06318467	1.15000000	1.01940903

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則」案。

說明：

一、配合衛生福利部公告修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算」之規定，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。

二、本案於 114 年 5 月 6 日與各交付機構召開會議討論決議如下：藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。

三、藥局每點暫付、核付金額計算方式如下：

(一) 藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一

- 季藥局結算每點支付金額9成計算，並以不高於0.9元為限
- (二) 藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。
- (三) 藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。

四、本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。

決定：洽悉。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件1，修訂重點如下：

- 一、本會議代表不得具有民意代表身分。
- 二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「114年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件2，修訂重點如下：

- 一、配合114年方案巡迴計畫開放巡迴點「得提供符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫（下稱牙醫特殊計畫）之特定身心障礙者牙醫醫療服務」及全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫開放通訊診療服務，增修相對應之申報規定。
- 二、增修方案巡迴計畫之巡迴點/社區醫療站提供牙醫特殊計畫之

身心障礙者牙醫醫療服務之設備需求，應備有「可正常操作且堪用的固定式診療椅」。

附帶事項：

- 一、牙全會所提執行牙周病統合治療人次是否可計入本方案巡迴服務每月就診人次計算之疑義，本署將洽各分區業務組確認現行做法後，據以研議一致性規定。
- 二、另針對牙全會建議調升巡迴醫療服務一級地區之論次支付點數，為鼓勵偏鄉醫療人力投入，本署原則同意，惟為確保計畫預算執行無虞，請醫務管理組於會後將試算結果與牙全會討論，確認費用影響未超出預算額度後，依程序併入本次修訂。

第三案 **提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會**
案由：修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，提請討論。

決議：

- 一、申報感染管制門診診察費院所維持每年實地訪查，訪查抽樣比例調整為 4%-6%。
- 二、院所執行牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務，依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」查為不合格，是否核扣外展點感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，牙全會建議由分區共管會議討論決定。
- 三、外展點之訪查另行討論。

第四案 **提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會**
案由：修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 3，修訂重點如下：

- 一、依據 114 年牙醫不足方案，巡迴點符合牙醫特殊計畫規定申請通過後可執行相關業務。

二、執行本項計畫之巡迴點、社區醫療站應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並須經牙全會審核通過。

第五案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」之「12歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」專業醫療服務品質指標案，提請討論。。

決議：本項指標修訂係由牙全會建議，惟會上代表有不同意見，請牙全會攜回研議後再提案討論。

散會：16時14分

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
 101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
 102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
 105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
 110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告
 112 年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號修訂公告
 112 年 9 月 27 日健保醫字第 1120663998 號修訂公告
 113 年 2 月 1 日健保醫字第 1130660258 號修訂公告
 113 年 4 月 9 日健保醫字第 1130661336 號修訂公告
 114 年 0 月 0 日健保醫字第 000000 號公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請不具民意代表身分之下列代表出席：
 - (一) 保險付費者代表 2 名。
 - (二) 保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1) 各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3) 特殊材料提供者代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (8) 中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。
 2. 西醫基層總額：
 - (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
 - (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。

- (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
- (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
- (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。

3. 牙醫門診總額：

- (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
- (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
- (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
- (6) 中華民國醫院牙科協會代表 3 名。

4. 中醫門診總額：

- (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
- (2) 台灣醫院協會代表 2 名。

5. 門診透析：

- (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
- (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
- (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
- (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。

(三) 專家學者 3 名。

(四) 政府機關代表：

1. 主管機關代表 1 名。
2. 保險人代表 2 名。
3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。
4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：

- (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。
- (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。
- (三) 專家學者由保險人遴選。

(四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為2年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：

(一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。

(二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。

(三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

四之二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。

五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

(四) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人2名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由1人代理出席。

(五) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(六) 列席單位出席人員以2名為限。

七、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。

八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：

(一) 會議議程。

(二) 會議內容實錄。

(三) 利益揭露聲明書。

114 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區及山地離島執業及提供巡迴醫療服務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有效、積極、安全的醫療體系，期使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。

三、實施期間：

114 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日止。

四、預算來源：

- (一) 114 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 323.8 百萬元。
- (二) 有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由該總額一般服務預算項下移撥 220 百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。

五、施行地區：

(一) 施行地區之分級：

本方案施行地區分四級執行，以計算承作方案之費用。各牙醫醫療資源不足地區係由當地衛生主管機關會同各縣市牙醫師公會評估後，提供全民健康保險保險人(以下稱保險人)作為施行地區分級參考。

1. 一級：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區，或山地地區但交通尚屬方便之牙醫醫療資源不足地區。
2. 二級：指山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。
3. 三級：指特殊困難地區(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。
4. 四級：
 - (1) 指極端特殊困難地區(以各縣市三級地區為基準計算，需額外一小時

以上車程的地區，僅適用執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫)。

(2)四級地區係指新竹縣尖石鄉「司馬庫斯」、「玉峰村」及「秀巒村」；嘉義縣阿里山鄉「豐山村」、「新美村」及「茶山村」；高雄市桃源區「拉芙蘭里」；澎湖縣白沙鄉「吉貝嶼」及望安鄉「花嶼村」。

註 1：申請升級為三級或四級地區之巡迴醫療點時，須提具體理由(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難者)，並經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)評估後送所轄保險人分區業務組核定。

註 2：欲申請升級的地區(鄉鎮)，須符合下列五項條件中之三項，或經審查分會與分區業務組討論同意升級地區，並由各醫療團正式來函提出申請，必須提供具體理由且檢附相關證明(照片)，經牙醫全聯會評估，統一於年底彙整後修訂方案內容，提案至全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議，通過後依據公告實施。

A.距離各縣市政府位置超過 100 公里，或車程超過一小時。

B.海拔超(越)過 400 公尺。

C.非國道、省道可到達，須行駛鄉道、產業道路或搭乘船與飛機。

D.交通易受落石、風災、地震、天候影響者。

E.原住民族地區。

(二)執業計畫施行地區：以「無牙醫鄉」為優先(詳附件 1)；若執業醫師退出計畫，則開放該鄉鎮(區)執業服務申請。

(三)巡迴計畫施行地區(詳附件 2)。

六、執行目標：

(一)執業計畫：

1.併同 91 年度起共減少 37 個牙醫醫療資源不足地區。

2.服務總天數達成 6,000 天、總服務人次達成 50,000 人次。

(二)巡迴計畫：

1.本年度至少組成 19 個醫療團。

2.本年度至少設立 23 個社區醫療站。

3.服務總天數達成 10,500 天、總服務人次達成 111,000 人次。

七、執行內容及方式：

(一)執業計畫：

執行內容須包含下列二類，總服務時數每週不得少於 30 小時：

1. 執業地點門診服務(分三級「牙醫醫療資源不足地區」執行並保障其承作本計畫之費用)：

(1) 門診服務天數、時數：

保險醫事服務機構於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務(以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。

(2) 門診時段：

- ① 依保險醫事服務機構申請計畫書所列之時間表為依據。
- ② 門診時段若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診。
- ③ 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)、執業醫師休診單(附件 3-2)於異動或休診前月 15 日之前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。另，因故休診者，應於當月完成補班(跨月休診則個別於當月完成補班)，且補班天數及時數應和休診天數及時數相同。
- ④ 當月未達原訂工作天數或診察時數者，依實際工作天數與原訂工作天數之比例或實際診察時數與原訂診察時數之比例，由保險人分區業務組依實際情況衡酌核減醫療費用，惟有不可抗力之事由者(如醫師傷病、天災或其他特殊情形等)，須經保險人分區業務組專案核定。

(3) 支援規定：

① 執行本計畫之保險醫事服務機構負責醫師不得支援其他醫事服務機構，惟符合下列條件者除外：

本計畫保險醫事服務機構之負責醫師，且具衛生福利部認定之專科醫師資格者，得於缺乏該專科人力之地區支援其他醫事服務機構，惟須向牙醫全聯會提出申請，並由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定後，自保險人分區業務組核定日起於執業門診時段外得開始支援。

② 支援醫師加入診察，執行本計畫之保險醫事服務機構均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於 7 日前以書面函知牙醫全聯會，並由牙醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查(含支援及被支援醫事服務機構所屬之保險人分區業務組)。該保險醫事服

務機構所有支援醫師合計其門診時數(含巡迴醫療服務)不得超過該保險醫事服務機構總牙醫門診時數的三分之一。

- ③若因特殊情況須由支援醫師代理負責醫師時，應依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備，並向牙醫全聯會提出申請，由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。該支援醫師仍受門診時數不得超過該保險醫事服務機構牙醫總門診時數三分之一的限制，惟負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數可全數由支援醫師代理。

2.牙醫巡迴醫療服務：

(1)服務次數：

- ①除寒暑假外，執行本計畫之保險醫事服務機構每月至少提供 2 次牙醫巡迴醫療服務(此 2 次不包含口腔衛生推廣服務)，惟如屬「社區」之巡迴點者，寒暑假期間仍應持續提供本項服務。
- ②經查每月執行少於 2 次或未於巡迴點執行者，除不得申請該月巡迴醫療費用外，並列入下年度得否繼續參與本計畫之評估條件，若有特殊情況經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定者不在此限。
- ③若將病患自巡迴點帶回診所看診者，該次服務不得申請論次支付點數，且不列入每月至少 2 次巡迴醫療之次數計算。

(2)服務項目：

- ①一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔。
- ②口腔衛生推廣服務：每家保險醫事服務機構每月至多申報 3 小時
- A.正確刷牙及牙線使用指導。
 - B.含氟漱口水使用指導。
 - C.家戶訪視及口腔疾病和口腔衛生檢查。
 - D.參與並配合當地社區的總體健康營造活動。
 - E.口腔衛生及疾病防治說明會。

(3)服務時段：

- ①巡迴醫療服務應於保險醫事服務機構報備門診服務之時段以外執行，支援醫師支援前開保險醫事服務機構執行本項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並將

- 該醫師姓名列入支援時段表。但支援醫師不得申報論次支付點數。
- ②執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務，該保險醫事服務機構應於前月 15 日前，填寫月申請表(附件 3-3)及執業計畫巡迴點統計表(附件 3-4)並註明門診服務時段和本項服務巡迴地點及時段，以書面函送牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送所轄保險人分區業務組核定後執行。申請案經保險人分區業務組核定為不同意者，保險醫事服務機構得於核定通知到達之日起 30 日內，檢附完整相關資料向所轄保險人分區業務組申請複審，並以一次為限。
 - ③巡迴時段有異動應填寫門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)與臨時申請表(附件 3-5)，以書面函送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。
 - ④牙醫全聯會須於前月月底，以電子檔為原則，傳送本執業計畫各診所當月之「巡迴點」資料(執業診所、鄉鎮區、級數、巡迴點及其地址、巡迴時段…等)予保險人登錄，以利執業診所申報巡迴醫療服務論次支付點數。

(二)巡迴計畫：

1.執行方式有二類：

(1)巡迴點醫療服務：

- ①對象：本計畫施行地區(詳附件 2)之國小及國中學童、教職員及當地民眾。
- ②地點：以學校、衛生所(室)為主，社區(里民)活動中心、農漁會、教會、宮廟等視情況設立。
- ③服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 10-3)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。
- ④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：
 - A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該巡迴

點應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

- B. 符合「全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(以下稱 12-18 歲計畫)之收案對象牙醫醫療服務。
- C. 符合「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」(以下稱高風險疾病口腔照護計畫)之適用對象牙醫醫療服務(自 113 年 3 月 1 日起)。
- D. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)之適用對象牙醫醫療服務(自 113 年 4 月 1 日起)。
- E. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務。

(2)社區醫療站醫療服務：

- ①由醫療團成員輪流排班，以維持每週 3 至 6 天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。
- ②地點：以衛生所(室)、社區(里民)活動中心，或自行承租民宅設立之醫療站，並設有固定診療椅。
- ③如為必要設置社區醫療站之地區，因其居民人數少故須減少排班天數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。
- ④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：
 - A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該社區醫療站應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。
 - B. 符合「12-18 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務。
 - C. 符合「高風險疾病口腔照護計畫」之適用對象牙醫醫療服務(自 113 年 3 月 1 日起)。

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

E. 支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務。

⑤於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方式及診療期間。

(3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。

2.巡迴醫療服務之醫師、時段及地點名單：

(1)巡迴醫療團應依計畫申請書所列之醫師名單及巡迴地點進行巡迴服務；巡迴點及社區醫療站醫療服務之巡迴天數、時段、地點，依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據。

(2)如有變更或增減牙醫師名單及巡迴地點，應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於當月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。

(3)每月服務醫師、診療時段及地點，應由醫療團於前月 20 日前，送至當地衛生主管機關(書面函送)、所轄保險人分區業務組(以電子檔傳送)、牙醫全聯會(以電子檔為原則傳送)、巡迴點及服務醫師，並委請衛生所(室)、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務，則不予支付當次論次支付點數。

(4)巡迴醫療時段、地點及服務醫師若有異動(包含新增及取消)，應由巡迴醫療團所屬公會填寫其異動表(附件 3-6)，並於次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查(以電子檔傳送)，如未依期限送件，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。

3.上述(3)(4)如無法以電子檔傳送，應向所轄保險人分區業務組申請報備同意。

4.保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫及中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。

八、申請條件、文件及程序：

(一)申請條件：

1.通則：申請參與本方案之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

2. 執業計畫：

- (1) 申請本計畫之執業醫師，應為牙醫全聯會會員，且曾於全民健康保險醫事服務機構執業達二年(含)以上。
- (2) 申請本計畫之執業醫師有下列情事之一者，五年內不得再申請加入（前述期間之認定，以下列情事發生事實日起算）：
 - ① 曾經因本計畫考核列入輔導，複核後仍未達標準而停止執行本計畫者。
 - ② 曾於不同鄉鎮(區)申請參與本計畫，累計兩次計畫執行未滿三年者。
- (3) 經牙醫全聯會及保險人分區業務組查證有醫療模式異常紀錄且報經牙醫全聯會及保險人審核不予通過者，不得加入。
- (4) 於本計畫執行期間，已有保險醫事服務機構延續或牙醫師新申請辦理本計畫之鄉鎮(區)，不再受理其他牙醫師申辦本計畫，另屬延續辦理本計畫者，無須重新提出申請。

3. 巡迴計畫：

- (1) 醫療團：由各縣市牙醫師公會、牙醫全聯會所屬牙醫門診醫療服務審查執行會之各分區分會、教學醫院所組成；醫療團規模大小，由當地牙醫師公會規劃、協調。
- (2) 醫療團成員：參與成員應為牙醫全聯會會員，且曾於本保險醫事服務機構執業達一年(含)以上。

(二) 申請須檢附之相關文件：

1. 執業計畫：

自本方案公告日起，符合申請條件之牙醫師應檢送申請書(附件 4-1)、計畫書書面資料(附件 4-2)、申請之醫療資源不足地區鄉鎮(區)公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。

2. 巡迴計畫：

自本方案公告日起，首次申請參與本計畫之醫療團或已核定之醫療團，

應將申請參與醫療團之醫師及巡迴地點名單，與申請書、計畫書書面資料(格式及內容如附件 4-3、4-4)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔為原則傳送備查。

(三)申請程序：

1.通則：

- (1)牙醫全聯會自本方案公告日起，即受理牙醫師申請執業計畫、巡迴醫療團申請巡迴計畫；於受理申請後 45 個工作日內(以郵戳為憑)依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點(詳附件 5)完成資料評估，並於評估完成後 10 個工作日內函報所轄保險人分區業務組評估結果。
- (2)保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，10 個工作日內函復執業計畫申請人及巡迴醫療團核定結果。

2.執業計畫：

收到保險人分區業務組核定函者，應依醫師法相關規定辦理執業登記，並於該核定函發文日起 30 個工作日內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。超過 30 個工作日未完成簽約事宜者，得另重新提出申請及審核。

3.巡迴計畫：

經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行巡迴醫療服務。

九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則：

1.執業計畫：

(1)執業地點門診服務：

- ①每月保障額度已包含基本承作費用、定額變動費用及風險分擔醫療費用，依施行地區分級設定如下：
 - A.一級地區：每月為 30 萬點。
 - B.二級地區：每月為 33 萬點。
 - C.三級地區：每月為 41 萬點。

前開每月保障額度點數之支付須扣除「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」(以下稱矯正機關醫療服

務計畫)案件醫療費用(含加成)。

- ②執業計畫院所執行巡迴地點，平地需距離執業院所 5 公里以上(校園除外)，山地則無限制。
- ③保障額度核付管控原則：
 - A.年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算;負責醫師如曾為同一鄉鎮(區)已歇業保險醫事服務機構之負責醫師或三年內曾執行本計畫但因故自行退出計畫者，其年限計算應新、舊保險醫事服務機構合併計算。
 - B.每月總服務量依施行地區分級管控如下：
 - a.一級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 35%，未達者核付保障額度之 35%。
 - b.二級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 25%，未達者核付保障額度之 40%。
 - c.三級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 20%，未達者核付保障額度之 50%。
 - C.依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。
 - D.門診時段如遇重大天然災害有公布停止上班(課)或特殊情形時，由保險人分區業務組依實際情況衡酌門診時段比率，以計算調整管控額度百分比。
 - E.前開每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算，不含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計畫、12-18 歲計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)之案件。
- ④保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底止未滿1個月者，則按診療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。
- ⑤執行本計畫滿三年者，如前一年度之每月總服務量累計2個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後，核定該診所停止執行本計畫。
- ⑥本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。
- ⑦核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少1元計算。

每月總服務量低於本計畫設定保障額度及其管控標準者，以核付管控原則計算；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付。

⑧結算：每家保險醫事服務機構每月至少依本計畫之保障額度核付管控原則支領醫療費用；核定點數(含部分負擔)超過保障額度者，則依該區當季每點支付金額至少1元計算；核定點數(含部分負擔)低於保障額度者，則依該區當季之浮動點值，每點支付金額最高1元計算。

⑨負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數，如有牙醫師支援代理，則請假期間依計畫規定支付相關醫療費用及保障額度；若請假期間無支援醫師代理者，保險人不予支付保障額度。

(2)牙醫巡迴醫療服務：

①執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數(執行矯正機關醫療服務計畫者除外)。

②論次支付點數：

A. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。

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

B. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法與該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。

C. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。

D. 另若為離島保險醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論

次支付點數以二級地區計算。

③巡迴醫療服務時數之計算：

A. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限。

B. 每天服務時數：

a. 屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。

b. 屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人審查通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。

C. 每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為依準。

D. 本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。

④巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於3人，計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療。巡迴醫療每月平均就診人次不足3人時，則將當月總看診人次依照3人一個分段，不足整數的部分，則由保險人分區業務組取整數之次數(無條件捨去)後，核減一次論次支付點數，核減順序以診療人次為0人之診次為優先，如無則以巡迴點地區分級級數較低之診次為優先。

例如：假設當月有 10 次巡迴醫療時段，總人次為 25 人，故當月平均看診人次為 2.5 人(不滿 3 人)，但依方案規定，總看診人次至少需 30 人才可達到平均人次為 3 人，計算以 3 人為一個分段($25 \div 3 = 8.34$)，則核發 8 次費用。

⑤執業醫師至鄰近鄉鎮(區)執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，前述鄰近鄉鎮應為本計畫公告之鄉鎮(區)。另牙醫全聯會應優先鼓勵每月總服務量保障額度偏低之保險醫事服務機構，增加巡迴醫療次數。

⑥執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月

總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次支付點數以30%支付。

- ⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過2.8萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、12-18歲計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過2.8萬點的部份，不予支付。

(3)執業計畫之品質獎勵費用：每月達成下列①或②情形者，依當月總申報人次給予每人每次 300 點獎勵費用；於全年結算時併同支付。

- ①牙體復形(以下稱OD)案件+牙周案件申報點數占率 $\geq 70\%$ 。

A. OD 案件為支付標準第三部第三章第一節「牙體復形」所列醫令代碼，「89088C」(牙體復形轉出醫療院所之轉診費用)除外。

B. 牙周案件為支付標準第三部第三章第三節「牙周病學」所列醫令代碼，「91088C」(牙周病轉出醫療院所之轉診費用)除外。

- ②根管治療(以下稱Endo)案件申報點數占率 $\geq 20\%$ 。

Endo 案件為支付標準第三部第三章第二節「根管治療」所列醫令代碼，「90088C」(根管治療轉出醫療院所之轉診費用)除外。

2.巡迴計畫：

(1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列方式申報費用：

- ①「加成申報」：醫療費用須帶回執業登記保險醫事服務機構申報。

A. 每件醫療費用點數加計 2 成支付，加成前點數由一般服務預算移撥之經費支應；加成部分，納入本方案專款支應，餘依全民健康保險相關規定辦理。

B. 屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、12-18 歲計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加計 2 成。

C. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班課日，則為休診日，不須補診及報備。

- ②「論次申報」：須帶回執業登記保險醫事服務機構，並依巡迴地點之地區分級申報論次支付點數。

A. 論次支付點數：

- a. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。

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

- b. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。
- c. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。
- d. 另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。
- e. 特定地區/巡迴點升級：如因天災、政策或歷史等因素搬移至他處者或交通較困難者，地區分級得以升級，詳附件 2 之註。

B. 巡迴醫療服務時數之計算：

- a. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限，巡迴點及社區醫療站設於衛生所(室)而有特殊需求者，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，不在此限。
- b. 每天服務時數：
- ①屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴醫師於該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。
- ②屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船

前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。

c. 本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。

d. 跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。

C. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)與 12-18 歲計畫收案對象、高風險疾病口腔照護計畫適用對象、特定疾病病人牙科就醫安全計畫適用對象及社區醫療站提供牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。

(2)服務量管控：

①各醫療團須於年度巡迴服務開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報請牙醫全聯會評估，且全年總申報點數不得超過評估結果之額度。

②每位醫師每月平均每診次申請點數(含加成)以不超過 3.3 萬點為限，惟三級與四級地區不在此限；不含牙醫特殊服務計畫、12-18 歲計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 3.3 萬點的部分，不予支付。

③每位醫師每月巡迴醫療服務診次，平日以不超過 16 次為原則，若有特殊情形得由保險人分區業務組專案核定；三級與四級地區不在此限。

④成立滿二年之社區醫療站及巡迴點(無牙醫鄉不受此限)：

A. 一級地區每巡迴地點每月平均每診次就醫人次連續三個月低於 3 人者、二級地區(含)以上每巡迴地點每月平均每診次就醫人次連續三個月低於 2 人者，應由醫療團提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服

務及申報相關費用(註:上述每診次係以3小時為原則,如有診次為非3小時者,按比例以平均每小時就醫人次計算及執行)。

B. 前述巡迴地點,若經改善後,連續三個月仍未達標,由牙醫全聯會評估該巡迴地點下年度得否繼續提供巡迴醫療服務,並將評估結果函送保險人。

註:④之「無牙醫鄉」係指成立滿二年之社區醫療站及巡迴點連續三個月服務量管控未達目標時,於第三個月尚無院所(含衛生所)執業登記牙醫師之行政區。

(3)巡迴計畫之品質獎勵費用:本項費用以個別醫師計算,並於全年結算時併同支付。

①巡迴點:執行之醫師全年符合下列A指標者,其論次支付點數加計5%支付、同時符合B至C指標者,其論次支付點數加計10%支付(合計15%)。

A. 醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅,且須定期維護,並符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業細則」(以下稱巡迴感染管制SOP作業細則)。

B. 每位醫師之病人恆牙填補2年保存率 $\geq 95\%$ 。

C. 每位醫師之病人乳牙填補1年6個月保存率 $\geq 89\%$ 。

②社區醫療站:執行之醫師當年符合下列A指標者,其論次支付點數加計5%支付、同時符合B至E指標者,其論次支付點數加25%支付(合計30%)。

A. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及X光機設備,且須定期維護,並符合「巡迴感染管制SOP作業細則」。

B. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫,該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。

C. 每位醫師之病人恆牙填補2年保存率 $\geq 95\%$ 。

D. 每位醫師之病人乳牙填補1年6個月保存率 $\geq 89\%$ 。

E. 每年須於社區醫療站完成12件根管治療:完成下列根管治療醫令,即算完成一件:90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。

③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明:

A. 定義:

- a. 病人恆牙 2 年內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。
- b. 病人乳牙 1 年 6 個月內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。

B. 計算說明：

- a. 恆牙填補 2 年保存率：

分子(同牙位再補之牙位數)：以分母之牙位追蹤 2 年(730 天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。

分母(恆牙牙體復形總牙位數)：依同一醫師當年度在巡迴點及社區醫療站同保險對象同一恆牙牙位歸戶，統計執行牙體復形醫令之牙位數。

指標計算： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$

- b. 乳牙填補 1 年 6 個月保存率：

分子(同牙位再補之牙位數)：以分母之牙位追蹤 1 年半(545 天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。

分母(乳牙牙體復形總牙位數)：依同一醫師當年度在巡迴點/社區醫療站同保險對象同一乳牙牙位歸戶，統計執行牙體復形醫令之牙位數。

指標計算： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$

※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。

④前述固定式診療椅定義：固定式診療椅(須備有燈光、連接水電且可隨意升降至適合看診角度)、貨車載具之牙科固定治療椅及巡迴醫療車。

⑤前述指標之資料來源：指標 A 項由牙醫全聯會於 115 年 1 月底前提報名單予保險人進行結算作業，指標 B 至 E 項由保險人於 115 年 1 月底前提進行結算作業。

3. 本方案點值結算方式：

本方案之專款預算，按季均分，各季預算先扣除執業計畫「定額支付」

費用後，執業計畫—巡迴服務之「論次支付」、巡迴計畫之「論次支付」及「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

(二)申報及審查：

1.通則：

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

(2)執行本方案須配合全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關作業；巡迴服務地點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴服務地點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴醫療服務。另依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，須填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊(附件 6)，並由醫療院所自存備查。未依健保卡相關規定作業，經保險人分區業務組審核，不符資格者，不予支付。

(3)保險對象應自行負擔之醫療費用：

依全民健康保險法第四十三、四十八條規定計收；若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(4)本方案服務量不列入門診合理量計算。

(5)本方案不列入本年度「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計算。

2.門診醫療費用點數申報格式：

(1)案件分類：點數清單段欄位 IDd1 請填報「14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。

(2)特定治療項目代號：

①執業計畫：

A. 門診醫療：

- a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。
- b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F2。
- c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下：
 - 非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ
 - 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD
 - 發展遲緩兒童：FV
 - 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF
 - 自閉症、失智症：LN
 特定治療項目代號(二)填報 F2
- d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2。

B. 巡迴醫療：

- a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」、欄位 IDd5「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。
- b. 申報矯正機關醫療服務計畫案件者，特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)或(四)依該計畫規定填報 JA、~~或 JB~~ 或 JV。
- c. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)LM。

②巡迴計畫：

A. 巡迴點：

- a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」

(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。

b. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LM。

c. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F3。

d. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下:

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

特定治療項目代號(二)填報 F3

B. 社區醫療站：

a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「FT(社區醫療站)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。

b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT。

c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下:

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

特定治療項目代號(二)填報 FT

d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 FT、特定治療項目代號(二)填報 LM。

- (3)自費特材群組序號/其他特殊註記：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp21 請填報「DMH」。
- (4)支付成數：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp8 請填報「120」。
- (5)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。

3.論次支付點數之申報：

(1)牙醫巡迴醫療服務或口腔衛生推廣執行完成後，應檢附下列申報表單資料連同門診費用申報，於次月 1 日起六個月內，寄至所轄保險人分區業務組核定。另口腔衛生推廣每位醫師每月申報至多 3 小時，超過部分不予支付。

(2)申報檢附資料：

執業計畫診所以診所為單位、巡迴計畫之醫療團成員以學校及所屬之村、部落為單位檢附以下資料：

①醫療報酬申請表(附件 7-1)：費用申報時，須至健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, VPN)登錄巡迴醫療服務明細，傳送資料後，請列印巡迴論次費用申報總表及明細，蓋上院所印信後寄送。請於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」，執業計畫之診所應另將影本寄牙醫全聯會、巡迴計畫之醫療團成員應另將影本寄所屬醫療團公會，並以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。

②公文：執業計畫診所應提供經牙醫全聯會評估並由所轄保險人分區業務組同意之事前申請表、同意函；執行巡迴醫療服務之院所應提供醫事人員報備支援同意函。

③彩色照片(可彩色列印，不限相片紙)、牙醫巡迴醫療服務執行表(附件 7-2)：

該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為 0 人者)或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附彩色照片三張(服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳)、牙醫巡迴醫療服務執行表。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。

十、相關規範：

(一)通則：

1.巡迴醫療服務：

- (1)診療時至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至 45 度)，替代牙科治療台使用，並須符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」相關規定。
- (2)醫事人員執行巡迴醫療服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。
- (3)保險醫事服務機構應按醫師法及全民健保相關規定不得再領取牙醫全聯會及地方衛生主管機關辦理之口腔保健費用。
- (4)巡迴醫療服務之牙醫師或醫療團應將「全民健保牙醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於明顯處(標示製作作業說明請依附件 9 規定辦理)。

2.參與本方案之保險醫事服務機構或醫師，如經保險人核定予以停止特約以上處置者，自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起即停止執行本計畫(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。醫院及衛生所如因非牙科所致原因遭停約處分，於處分結束後，該院所牙科得經所轄保險人分區業務組同意繼續執行本計畫。因本項規定經保險人分區業務組停止執行本計畫者，得於收到該處分函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組申請複核。

(二)執業計畫：

- 1.保險醫事服務機構至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X 光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染管制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 天內完成。
- 2.保險醫事服務機構應至少聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。
- 3.保險醫事服務機構可配合交通流線於適當之地點設置巡迴點，並於執業執照登記 60 天內設置完成。
- 4.保險醫事服務機構應執行牙醫全聯會交付之口腔衛生工作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣及家戶訪視並配合當地牙醫師公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫全聯會所製

作之計畫說明宣導及意見回覆卡，並於年底繳交執行報告。

- 5.保險醫事服務機構執行巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分布及地理交通狀況，做適當適時之調配。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況評估其巡迴醫療服務次數。
- 6.保險人分區業務組及牙醫全聯會各分區分會將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段提供服務，經電訪 3 次，未依所訂門診時段提供服務且無具體原因者，經保險人分區業務組函文通知改善 3 次，而未改善者，則依本規範「7.違規處理」第 2 款辦理。
- 7.違規處理：
 - (1)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(1)、(2)或第 2 目，或第十項「相關規範」之第(二)款第 3 目者，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會及保險人依違規情節輕重，評估該保險醫事服務機構下年度執行資格。
 - (2)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(3)，或第十項「相關規範」之第(一)款第 1 目(3)及第(二)款第 1、5、6 目者，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會報請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定即終止該保險醫事服務機構執行本計畫。
 - (3)如無故休診兩星期、兩次以上者或請假休診兩個月者(已報備產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者除外)，由牙醫全聯會轉請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定終止該保險醫事服務機構執行本計畫。
- 8.計畫考核：依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核作業要點」(詳附件 8)辦理。

(三)巡迴計畫：

- 1.巡迴醫療團之醫師名單及巡迴地點等巡迴服務相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢。
- 2.醫療團實際診療次與報備診次之執行率低於 85%者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。
- 3.醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公會口腔衛生活動。
- 4.本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考

核，如有特殊情況可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。

5.管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理：

(1)訪視時如發現保險醫事服務機構疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。

(2)訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 90%者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。

(3)訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全聯會得報請保險人停止該醫師執行本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。

十一、執行報告及評核報告：

(一)執行報告：

1.執業計畫：

執行本計畫者除應每季以電子檔為原則提供執行情形之醫療報酬申請表(附件 7-1)予牙醫全聯會外，於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告至牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組。執行報告之格式及內容，詳附件 10-1(執行報告第三項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。

2.巡迴計畫：

執行之巡迴醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告(附件 10-2)及學童口腔健康狀況調查統計表(附件 10-4)至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則；牙醫全聯會以電子檔為原則，提供保險人分區業務組彙整執行情形(附件 10-4)之統計報表。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。執行報告第十一項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。

(二)評核報告：

由牙醫全聯會將本方案執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。

十二、原 113 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 114 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 114 年 1 月 1 日起，至 114 年度本方案公告實施日之次月底止。

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

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療點可申請升級為三級或四級地區之原住民族地區一覽表

縣市	鄉鎮區	縣市	鄉鎮區
新北市	烏來區	花蓮縣	玉里鎮
宜蘭縣	南澳鄉		光復鄉
	大同鄉		壽豐鄉
桃園市	復興區		新城鄉
新竹縣	尖石鄉		富里鄉
	五峰鄉		瑞穗鄉
苗栗縣	南庄鄉		豐濱鄉
	獅潭鄉		鳳林鎮
	泰安鄉		萬榮鄉
台中市	和平區		秀林鄉
南投縣	魚池鄉		卓溪鄉
	仁愛鄉		大武鄉
	信義鄉		關山鎮
嘉義縣	阿里山鄉		成功鎮
高雄市	茂林區	金峰鄉	
	那瑪夏區	太麻里鄉	
	桃源區	卑南鄉	
屏東縣	瑪家鄉	延平鄉	
	泰武鄉	鹿野鄉	
	來義鄉	東河鄉	
	春日鄉	海端鄉	
	滿州鄉	長濱鄉	
	山地門鄉	達仁鄉	
	霧台鄉	蘭嶼鄉	
	獅子鄉		
	牡丹鄉		

*註1：原住民族地區係指行政院91年4月16日院臺疆字第0910017300號函同意核定之「原住民族地區」，包括30個山地鄉及25個平地原住民鄉(鎮、市)，共55個鄉(鎮、市)。

*註2：因新竹縣關西鎮、台東縣台東市、池上鄉、花蓮縣花蓮市、吉安鄉共5個鄉(鎮、市)不屬於114年度本方案施行地區(附件2、3)，不得提出申請。

114 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-執業計畫[附件 2]

施行地區一覽表

保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數					
臺北	新北市	石碇區*	1	南區	雲林縣	口湖鄉	1	東區	花蓮縣	壽豐鄉*	1					
		平溪區	1			二崙鄉	1			瑞穗鄉	2					
		貢寮區	1			阿里山鄉	2			萬榮鄉	2					
		烏來區	1		大埔鄉	1	卓溪鄉			2						
		石門區	1		東石鄉	1	富里鄉			1						
		坪林區	1		六腳鄉	1	台東縣			綠島鄉*	3					
	宜蘭縣	大同鄉	2		番路鄉	1			蘭嶼鄉*	3						
		南澳鄉	2		左鎮區	1			延平鄉*	2						
		金門縣	烈嶼鄉*		3	南化區			1	鹿野鄉	2					
	烏坵鄉		3		龍崎區	1			海端鄉	2						
	連江縣		北竿鄉		3	將軍區*			1	東河鄉	2					
		莒光鄉	3		北門區*	1			長濱鄉	2						
		東引鄉	3		山上區	1			達仁鄉	2						
	北區	桃園市	復興區		2	高屏			高雄市	田寮區	1	屏東縣	大武鄉	大武鄉	2	
							杉林區			1	甲仙區			1		
新竹縣		五峰鄉	2	桃源區	3		那瑪夏區	4								
		橫山鄉	1	茂林區	2		內門區	1								
		尖石鄉	2	三地門鄉	2		霧台鄉	3								
		峨眉鄉	1	霧台鄉	3		瑪家鄉*	2								
苗栗縣		三灣鄉*	1	那瑪夏區	4		竹田鄉	1								
		南庄鄉*	1	茂林區	2		泰武鄉	2								
		獅潭鄉	1	內門區	1		崁頂鄉	1								
		頭屋鄉	1	三地門鄉	2		新埤鄉	1								
		泰安鄉	2	霧台鄉	3		枋山鄉	1								
西湖鄉*		1	瑪家鄉*	2	春日鄉		2									
中區		台中市	石岡區*	1	屏東縣		春日鄉	2	獅子鄉	2	澎湖縣			望安鄉	望安鄉	3
			和平區*	3			牡丹鄉	2	七美鄉	3						
		彰化縣	竹塘鄉	1			高屏	新埤鄉	1	萬巒鄉					1	白沙鄉*
	泰安鄉					2		枋山鄉	1							
	西湖鄉*					1		春日鄉	2							
	南投縣					中寮鄉		1	獅子鄉			2				
						信義鄉*		3	牡丹鄉			2				
		仁愛鄉	3	滿州鄉		1										
		集集鎮*	1	車城鄉		1										
	鹿谷鄉	1	萬巒鄉	1												

*係指延續 91~113 年計畫至 114 年繼續施行鄉鎮，共 17 名執業醫師。

114 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-巡迴計畫
施行地區一覽表

保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	地區級數	保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	地區級數		
臺北	新北市	烏來區	3	北區	苗栗縣	獅潭鄉	1		
		萬里區	1			台中市	和平區	3	
		石碇區	1		大安區		1		
		坪林區	1		新社區		1		
		石門區	1		石岡區		1		
		平溪區	1		彰化縣		芳苑鄉	1	
		貢寮區	1				竹塘鄉	1	
		雙溪區	1				大城鄉	1	
		三峽區 (插角地區)	1				線西鄉	1	
	宜蘭縣	南澳鄉◎	2				埔鹽鄉	1	
		員山鄉	1			埤頭鄉	1		
		大同鄉◎	2			福興鄉	1		
		壯圍鄉	1			南投縣	仁愛鄉	3	
		三星鄉	1				中寮鄉	1	
		頭城鎮(東北 角海岸地區)	1		信義鄉		3		
		蘇澳鎮(大南 澳地區)◎	1		國姓鄉		1		
		礁溪鄉(龍潭 村、匏崙村、 玉田村)	1		魚池鄉		1		
		冬山鄉(東城 村、得安村、 大進村)	1		鹿谷鄉		1		
		金門縣	烏坵鄉		3		雲林縣	古坑鄉	1
	連江縣		南竿鄉		3			東勢鄉	1
			北竿鄉		3			二崙鄉	1
			莒光鄉		3	元長鄉		1	
		東引鄉	3		四湖鄉	1			
	北區	桃園市	復興區◎		2	口湖鄉		1	
			觀音區		1	水林鄉		1	
			新屋區		1	台西鄉		1	
		新竹縣	峨眉鄉		1	林內鄉		1	
尖石鄉			2	褒忠鄉	1				
五峰鄉◎			2	麥寮鄉	1				
橫山鄉			1	土庫鎮(後埔 、埤腳、崙內 、新庄、奮起 里)	1				
新埔鎮			1		荊桐鄉 (六合村)	1			
苗栗縣		南庄鄉	1		嘉義縣	東石鄉		1	
		頭屋鄉	1	番路鄉◎		1			
		西湖鄉	1	大埔鄉		2			
		泰安鄉	2	阿里山鄉◎		3			
				布袋鎮		1			
				六腳鄉		1			
				竹崎鄉◎		2			

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

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

註-因天災、政策或歷史等因素遷移他處者：

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

◎指部分村里或巡迴地點級數與該鄉鎮不同：

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

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

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

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

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

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

(三) 新增或取消巡迴診療時段：

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

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

醫事機構代號：

印

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

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

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
執業醫師休診單

本人：_____（姓名）因_____（事由）

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

合計____月____天____小時

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

②____月____日____時起至____月____日____時止

③____月____日____時起至____月____日____時止

④____月____日____時起至____月____日____時止

合計____天____小時

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

醫事機構代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫休診及補班規範：

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

牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫

「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」

月申請表

門診時段
 口腔衛生推廣
 巡迴醫療

_____年_____月

預定時段表
 合計：共 _____ 小時

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

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

醫事機構代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

註：

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

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

巡迴點統計表

執業診所名稱：

印

醫事機構代號：

執業醫師：

印

日期： 年 月， 共計 診次

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

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

牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫

「牙醫巡迴醫療服務」臨時申請表

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

(一) 一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔

(二) 口腔衛生推廣服務

A. 正確刷牙及牙線指導

B. 含氟漱口水指導

C. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查

D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動

E. 口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：_____ 縣市_____ 鄉鎮區

服務醫師：_____ 簽名

負責醫師：_____ 簽名

醫事機構名稱：_____

印

註：

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

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫

巡迴時段、地點及服務醫師異動表

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

(一) 新增巡迴診療時段、地點及服務醫師：

巡迴日期 (星期)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

(二) 取消巡迴診療時段、地點及服務醫師：

巡迴日期 (星期)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

日期：中華民國__年__月__日

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
申請書

一、姓 名：

二、身分證統一編號：

三、牙醫師證號：

四、各級公會資歷（請簡列三項）：

（一）

（二）

（三）

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

（一）

（二）

（三）

六、聯絡電話：（ ）

七、聯絡地址：

八、預定執業地點： 縣市 鄉鎮區 路（請附上該地點照片）

九、預定巡迴地點： 縣市 鄉鎮區 巡迴點名稱：

聯絡電話：

十、預定執業時間： 年 月

十一、診所名稱：

十二、原服務醫療院所地點： _____縣（市）_____市（鄉鎮區）

十三、原服務醫療院所名稱： _____

十四、門診服務時間（請填寫門診時段）：共 _____ 小時／週

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

備註：每週至少提供 5 天門診服務(以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。

十五、「巡迴醫療服務」服務時間 共 _____ 小時/週

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

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

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

十六、請據實詳填是否違反醫師法、醫療法或健保等相關法規之情事：

十七、各地方公會及分區審查執行會意見（請勿填寫）：

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫 計畫書內容

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

二、目的：分點具體列述執業所要達成之目標。

三、執業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

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

項目	內容
人口	
面積	
村落	
學校數（國中、小學）	

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

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

(四) 請檢附執業地點鄉公所執業推薦函。

四、執行計畫：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

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

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

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫 申請書

一、申請單位(_____醫療團)： (公會、分會、教學醫院)

二、負責醫師：

三、其他相關醫師：

四、聯絡電話：()

五、聯絡地址：□□□

六、巡迴點資訊

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

合計學校/巡迴點數：

總人數

總經費

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫 計畫書內容

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

「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

評選審查作業要點

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

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

(二) 巡迴：

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

七、面試—就執業醫師個人背景，熱忱度，未來規劃和對當地背景之熟悉做評選。

巡迴醫療團隊若有必要亦要請負責醫師做說明。

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

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

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

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

2.本表請院所自行印製使用。

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

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表
執行巡迴醫療服務論次費用

執業計畫 巡迴計畫

受理日期			受理編號								
醫事服務機構名稱			醫事服務機構代號								
編號	醫事人員姓名	醫事人員身分證字號	支付別	日期	地點	服務時段 (第一、二、三診)	服務時間 (小時)	診療人次	申請金額		
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
本頁小計											

總 表	項 目 支付別	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數
	P22002					
	P22003					
	P22004					
	P22008					
	P22005					
	P22006					
	P22007					
	P22009					
	總計					

年 月

頁數：第 頁 共 頁

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

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

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

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區

「口腔衛生推廣服務」及「牙醫巡迴醫療服務」執行表

 執業計畫 巡迴計畫

申請日期： 年 月 日

醫事機構名稱：		醫事機構代號：	
服務地點_____ 縣市 _____ 鄉村 _____ 國小		地址：	
執行日期____年____月____日____時____分至____時____分 合計____小時			
服務對象 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 幼稚園學童			服務人數_____人
服務項目： (一) <input type="checkbox"/> 一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔 (二) <input type="checkbox"/> 口腔衛生推廣服務 <input type="checkbox"/> A. 正確刷牙及牙線指導 <input type="checkbox"/> B. 含氟漱口水指導 <input type="checkbox"/> C. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 <input type="checkbox"/> D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動 <input type="checkbox"/> E. 口腔衛生及疾病防制說明會			
服務醫師姓名		簽名	
醫事機構名稱_____		印 <input type="text"/>	
		附註： 1. 口腔衛生推廣服項目每位醫師每月至多 3 小時。 2. 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為 0 人者)或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附執行照片三張(服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳)。 3. 連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送所屬本保險人分區業務組。 4. 服務人數：含一般案件、預防保健(A3 案件)及口腔衛生推廣服務。	

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

執業計畫考核作業要點

一、前言

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

二、對象

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

三、實地考核成員：包括保險人分區業務組及牙醫全聯會相關人員。

四、考核方式

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

五、考核辦法：

(一)應依地理位置、道路便利、人口和部落多少分佈就執行困難度及需求度評核：

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

(二)考核評分表如後(含實地考核評分表、民眾滿意度調查表及電話考評表)

六、綜合討論及評分

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

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

執業計畫實地考核評分表

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

(三) 是否合乎牙醫院所感染管制SOP作業細則 (共 27 分)

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

(四) 巡迴醫療執行狀況評核 (共 8 分)

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

(五) 執業內容-專業考核 (共 30 分)

執業醫師簽名：

1、診療項目(質) 是否符合當地

醫療需求 (15 分)

(1)OD 案件申報點數占率+
牙周案件申報點數占率

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

(2)Endo 案件申報點數占率

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

(3)實地審查狀況(5分)

特優(5分) 優(4分) 良(3分)
 普通(2分)

理由

2、診療量是否吻合當地醫療需求 (10 分)

(1)每月總申報點數占保障額
度的比例

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

(2)實地審查狀況(5分)

特優(5分) 優(4分) 良(3分)
 普通(2分)

理由

3、醫師溝通能力及融入社區環境之程度(5分)

優(5分) 良(3分) 普通(1分)

(六) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)

將民眾評分表之結果平均後計分

得分

分

(七) 實地審查前電話抽查評核 (共 10 分)

將電話評分表之結果平均後計分

得分

分

(八)總計

分

**全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
民眾滿意度調查**

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

註:實地考評當日調查 10~20 名民眾，並將結果平均列入評分。

**全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
電話考評表**

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

註:由保險人分區業務組進行評核。

全民健保牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務 之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫總額醫療資源不足地區改善方案之巡迴醫療服務醫療院所。

二、預算來源

114 年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應。

三、標示應包含下列內容

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

四、標示製作內容及規格

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

標 示 物 類 型	規 格	標 示 內 容 及 字 體 大 小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/ 中醫/牙醫巡迴 醫療服務/牙醫 特殊醫療服務	巡迴地 點及 時間	主辦單位： 衛生福利部中 央健康保險署	承作醫療 院所名稱
海報	A2 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直 立 旗	60x150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看 板等)	A2 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

五、支付原則及核銷方式

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

全民健保牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務
之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

其他

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

----- 原始支出憑證黏貼處 -----

114 年度全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區

執業計畫 期末報告封面

一、姓 名：

二、身分證統一編號：

三、出生年月日： 年 月 日

四、牙醫師證號：

五、診所名稱：

六、聯絡電話：()

七、傳真電話：()

八、執業地點： 縣市 鄉鎮區

九、門診服務時間（請填寫門診時段）：共 小時／週

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

十、「公共衛生推廣」及「巡迴醫療」服務時間

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

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

一、執業地區醫療需求分析：

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

	1 月	2 月	3 月	…	12 月	總計
申報點數				…		

各治療項統計（P1-P8）比例分析

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

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

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

4.醫事人員人力分配：

姓名	身分證統一編號	出生年月日	學歷

二、執業所遇的問題及解決方針

1.交通流線及道路狀況：

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

3.執業範圍、區域及執行困難之原因：

4.政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性

5.其他

三、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

四、檢討與建議（請詳實敘述）

五、未來的展望及願景（請詳實敘述）

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

114 年度全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區

巡迴計畫期末報告

一、 巡迴醫療團：

二、 負責醫師：

三、 其他相關醫師：

四、 聯絡電話：（ ）

五、 聯絡地址：□□□

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

合計服務單位數：

總人數

總經費

七、 個別醫師及診所服務量（不計點值，不計加成）

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

八、 醫事人力及門診診數

人次 門診數

九、 現況報告

(一)巡迴地區醫療需求情況分析

(二)巡迴地區地理環境，就醫便利性，就醫率及達成目標成數

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

十、 巡迴醫療所遇問題及解決方針（詳實敘述）

十一、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

十二、檢討與建議（請詳實敘述）

十三、未來的展望及願景（請詳實敘述）

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

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

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

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

地區：學 校：學 號：

年級			
班別			

(一)調查日期： 年 月 日

檢查者： 記錄者：

7 6 5 4 3 2 1 EDCBA	1 2 3 4 5 6 7 ABCDE
EDCBA	ABCDE
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

合計	D	M	F
合計	d	e	f

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

(二)調查日期： 年 月 日

檢查者： 記錄者：

7 6 5 4 3 2 1 EDCBA	1 2 3 4 5 6 7 ABCDE
EDCBA	ABCDE
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

合計	D	M	F
合計	d	e	f

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

(三)調查日期： 年 月 日

檢查者： 記錄者：

7 6 5 4 3 2 1 EDCBA	1 2 3 4 5 6 7 ABCDE
EDCBA	ABCDE
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

合計	D	M	F
合計	d	e	f

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

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

[附件 11-4]

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

醫療團名稱：

服務醫師名單：

學校名稱：

巡迴診次數：

總巡迴醫師數：

學校所屬地區：

縣/市

鄉/鎮/區

郵遞區號：

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

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

114 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

114 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 114 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 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 8.559 億元，其中 8.059 億元由 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】，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(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站)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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定 6 家為限)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定 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）之巡迴計畫（巡迴點及社區醫療站），提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之巡迴點、社區醫療站應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、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(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站)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。
- (3) 本計畫得同時申報「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(P3601C)、「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)專案案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。
- (4) 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。
- (5) 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. 牙醫不足改善方案之巡迴計畫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。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. 牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站服務：

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4萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過4萬點以上者，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)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

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

(五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或

行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。

2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：
 - (1) 醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時(包含新增或取消)應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
 - (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
 - (3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
 - (4) 醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放

寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。

- (5) 每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6) 若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7) 就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8) 一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
- (9) 至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(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。

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。

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

3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。

4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身分影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。

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

九、點值結算方式：

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

十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實

施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

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

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

-先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症牙醫醫療服務(齒顎矯正)給付項目及支付標準通則：

- 一、本計畫所訂支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員）、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。
- 二、先天性唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：
 - (一)唇裂(Cleft lip)、顎裂(Cleft palate)、唇顎裂(Cleft lip and palate)、顏面裂(Facial Cleft)、小臉症、顏面不對稱者。
 - (二)呼吸終止症候群，須領有身心障礙手冊者。(限導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致之個案)
 - (三)骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。
 - (四)其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。
- 三、因病情需要施行本計畫之齒顎矯正裝置，須個案事先報經保險人同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者及唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正者，不須事前審查。
- 四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恆牙期等期限各施行一次，其中恆牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。
- 五、恆牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。
- 六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經保險人同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、(次) Orthodontic Examination,Partial(dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不須要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92116B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次支付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經保險人同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 3.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	12000
92117B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92118B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 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	<p>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</p> <p>Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral</p> <p>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。</p> <p>2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。</p> <p>3.不得與92125B併報。</p>		✓	✓	✓	12000
92127B	<p>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</p> <p>nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral</p> <p>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。</p> <p>2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。</p> <p>3.不得與92125B併報。</p>		✓	✓	✓	15000
92128B	<p>鼻型齒槽骨矯正定期調整</p> <p>Nasoalveolar molding, adjustment</p> <p>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。</p> <p>2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。</p> <p>3.7日內不得重覆申報。</p> <p>4.同一病例申報次數以8次為上限。</p>		✓	✓	✓	1000

【附件 1-1】

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

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

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

*備註：

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

【附件 2-1】

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

與舊制身心障礙類別之區分與辨識

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

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

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

備註說明：

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

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

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

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

【附件 2-2】

「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」
-特定身心障礙者牙醫醫療服務給付項目及支付標準

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P30002	氟化物防齲處理 Full mouth topical fluoride application 註： 1.執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。 2.每九十天限申報一次，自閉症、失智症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	v	v	v	v	500
89304C 89305C	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs —單面 single surface —雙面 two surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	v v	v v	v v	v v	900 1,050
89308C 89309C 89310C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs —單面 single surface —雙面 two surfaces —三面 three surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v v v	v v v	v v v	v v v	1,000 1,200 1,400
89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	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：(申請牙醫不足改善方案之巡迴計畫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固定式診療椅(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)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)：

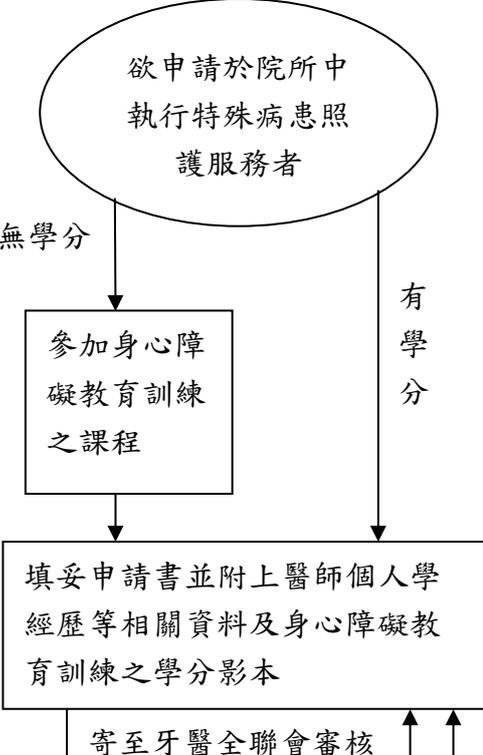
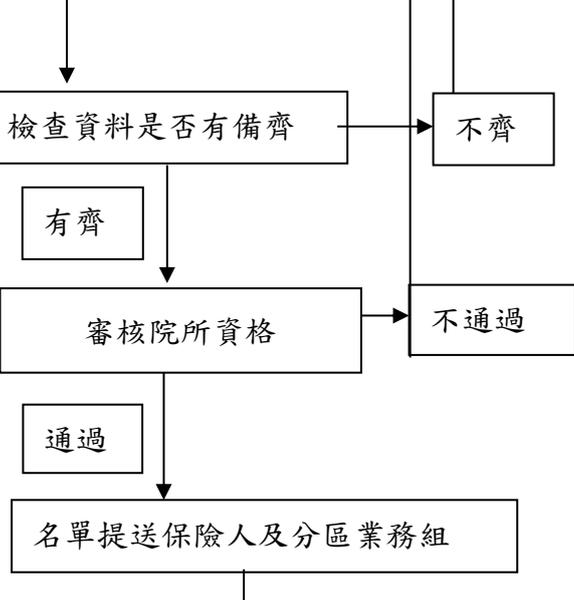
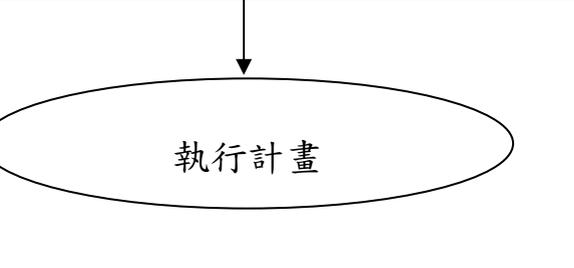
地址：

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

【其他項目】

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

備註：

1. 名詞說明

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

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

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

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

4. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示院所醫療環境之提供情況。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。</p> <p>1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</p> <p>3-1 向所屬公會洽詢，加入現有醫療團或者提出成立新的醫療團，將資料交由所屬公會彙整後行文至牙醫全聯會申請。(申請書及檢附資料詳本計畫內容)</p>
申請中段		<p>4-1 各縣市公會於每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若缺件請縣市公會將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。</p> <p>5-1 醫療團負責人或各縣市公會代表須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。</p> <p>5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，通知該公會告知審核結果。</p> <p>6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人，經審核通過之名單，保險人分區業務組須主動提供副本給牙醫全聯會存查。</p>
申請完成		<p>7-1 申請醫療團之院所收到保險人回復函後其醫療團(醫師)可執行此計畫。(此計畫為年度計畫)</p> <p>7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

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

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

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

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

執行醫療服務地點報備支援代號：

*執行機構/特教學校/精神科醫院，人數：_____人

（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

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

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續

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

(二)下年度預定執行方式

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

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

【附件 8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

_____年_____月 ~ _____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

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

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

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

【附件 9】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團執行牙科服務流程圖

階段	流程	A、醫療團負責部份	B、醫療服務單位負責部份
執行醫療服務前	<p>組織一醫療團至執行醫療服務單位</p> <p>每次出團前置作業</p> <p>醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作</p> <p>機構、醫院或學校等，於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 之各項事前工作</p>	<p>A-1 每次至執行醫療服務單位前，先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。</p> <p>A-2 至提供醫療服務單位時，將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。</p>	<p>B-1 事前須匯集前往提供醫療服務單位中有醫療需求或必須回診之身心障礙人員名單。</p> <p>B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。</p> <p>B-3 製作名冊、IC 卡、身心障礙手冊(證明)影本或若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本或其他事前文書準備工作。</p>
執行醫療服務中	<p>診療期間每位患者皆須由 A-3 至 A-7 的步驟。若無執行 A-7 之步驟，將無法申請健保費用。</p> <p>診療期間務必由熟悉看護、保育人員或教師陪同於患者旁邊(B-4 至 B-6)。</p>	<p>A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單(檢查部分)。</p> <p>A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。</p> <p>A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。</p> <p>A-6 完成醫療紀錄單之記載。</p> <p>A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。</p>	<p>B-4 機構、醫院、學校等單位責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。</p> <p>B-5 協助醫師完成治療。</p> <p>B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。</p>
執行醫療服務後	<p>醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。</p> <p>依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。</p> <p>結束此次醫療團之服務務。</p>	<p>A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。</p>	<p>B-7 護送身心障礙者返回教室或看護診所。(不含特定需求者)</p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>

【附件 10】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務報酬論次申請表

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

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數				
	支付別									
	P30001									
	P30003									
	總計									
負責醫師姓名：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。						
醫事服務機構地址：				二、支付別：						
電話：				1. 特定身心障礙者（含失能老人）P30001，每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 2,400 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）。						
印信：				2. 特定需求者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 2,400 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）；每日達 5 人以上第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人，每位醫師支援每週不超過 2 日，另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。						
				三、診療人次：填寫當次診療之人次。						
				四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診醫療服務點數申報總表正本寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。						
				填表日期 年 月 日						

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

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

備註：障礙類別代號如下：

- A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、
- K.因罕見疾病而致身心功能障礙者、L.重度以上肢體障礙、M.重度以上視覺障礙者、N.發展遲緩兒、O.失能老人、P.重度以上重要器官失去功能者、
- Q.腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、I.其他具身心障礙證明者。

【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

114 年中央健康保險署單位預算『健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫項下支應。

三、標示應包含下列內容

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

四、標示製作內容及規格

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

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

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色

2.中醫：底色為深紅色，字體為白色 3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

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

2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。

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

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

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所

之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

其他

核銷金額： 元

原始支出憑證黏貼處

承作醫療院所印信

【附件 15】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
首次訪視或首次提供居家牙醫醫療服務申請表

申請日期____年____月____日、序號：____

病人基本資料	
姓名：	出生日期： 年 月 日 監護人：
申請項目： <input type="checkbox"/> 訪視 <input type="checkbox"/> 醫療服務 (可複選)	
身分證號：	連絡電話：
居住地址：	
障礙類別：	3 個月內是否有自行外出的能力： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他	
病人申請資格：(請打勾)	
<input type="checkbox"/> 1.居家醫療照護整合計畫之病人。 <input type="checkbox"/> 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人。 <input type="checkbox"/> 3.特定身心障礙病人，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。 <input type="checkbox"/> 4.「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。	
醫病史 (Medical History)	
父母：	相關證明影本(請附於後)
親屬：	備註：(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書。
本人：	
病人主訴或其他注意事項：	
申請院所基本資料	
醫事機構名稱(全銜)：	
醫事機構代號：	
一、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：	
醫師姓名：	聯絡電話：
醫護人員姓名：	聯絡電話：
二、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】	
三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所【檢附居家牙醫醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間】	

【附件 16】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
口腔醫療需求評估及治療計畫-__年__月__日、序號：__

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

基本資料																	
姓名：				出生日期： 年 月 日									監護人：				
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他																	
居住地址：																	
醫病史 (Medical History)																	
父母：									相關證明影本(請附於後)								
親屬：									(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書。								
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
以往治療內容簡述 上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理、(2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料、(3) 牙結石清除 (<input type="checkbox"/> 全口或 <input type="checkbox"/> 局部)、(4) <input type="checkbox"/> 牙周暨齶齒控制基本處置、(5) <input type="checkbox"/> 塗氟、(6) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療、(7) <input type="checkbox"/> 特定局部治療、(8) <input type="checkbox"/> 簡單性拔牙、(9) <input type="checkbox"/> 單面蛀牙填補 治療時間： 年 月 日																	
口腔現況																	
上顎：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																	

治療計畫

一、病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

（一） 牙周病緊急處理

（二） 牙周敷料

（三） 牙結石清除（全口或局部）

（四） 牙周暨齶齒控制基本處置(需併同牙結石清除執行)

（五） 塗氟(需併同牙結石清除執行)

（六） 非特定局部治療

（七） 特定局部治療

（八） 簡單性拔牙

（九） 單面蛀牙填補

（十） 其他：

（請填寫）

三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名：

聯絡電話：

醫護人員姓名：

聯絡電話：

四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

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

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

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

【附件 17】

居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P30006	牙醫師訪視費(次) 註： 1. 於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。 2. 出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼 P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。 3. 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。	1553
P30005	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	5700
P30007	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。	3800
P5410C	評估出院病人居家醫療照護需求(次) 註： 1. 限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報 1 次。 3. 除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。	1553

【附件 18】執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務——前	<p>受理居家牙醫醫療服務需求</p> <p>↓</p> <p>牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作</p> </div> </div>	<p>A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。</p> <p>A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。</p> <p>A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。</p> <p>A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。</p> <p>A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。</p> <p>B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病人是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。</p>
執行醫療服務——中	<p>每一居家病人之牙醫醫療服務皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。</p> </div> </div> <p>↓</p> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作</p>	<p>A-6 視醫療需求詳實記載。</p> <p>A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。</p> <p>A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程內容或術後注意事項及下次回診日期。</p> <p>A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</p> <p>A-10 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。</p> <p>註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助牙醫師完成治療</p> <p>B-5 接受牙醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</p>
執行醫療服務——後	<p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。</p> <p>A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。</p>