



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 114 年第 4 次研商議事會議

114 年 11 月 25 日（星期二）
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

114 年第 4 次會議議程

壹、 主席致詞

貳、 前次會議紀錄確認

參、 報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

PDF 頁碼

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1	42
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1	46
三、114 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1	66
四、115 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。	報 4-1	104
五、115 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。	報 5-1	106

肆、 討論事項

一、115 年度牙醫門診總額地區預算分配案。	討 1-1	108
二、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。	討 2-1	110
三、修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」案。	討 3-1	139
四、修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」案。	討 4-1	166
五、修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。	討 5-1	183
六、修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫」案。	討 6-1	281
七、建請提升花蓮縣光復鄉馬太鞍溪堰塞湖洪災期間,「花蓮縣光復鄉大進國小」巡迴醫療服務論次支付點數由現行二級提高為三級案。	討 7-1	295

八、修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案	討 8-1	298
九、修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。	討 9-1	465
十、修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」案。	討 10-1	498

伍、 臨時動議

陸、 散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

114 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 8 月 26 日下午 2 時

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
余代表政明	余政明	陳代表少卿	陳少卿
吳代表迪	吳迪	陳代表世岳	陳世岳
吳代表志浩	吳志浩	陳代表淑華	陳淑華
吳代表享穆	吳享穆	黃代表立賢	黃立賢
吳代表明彥	吳明彥	黃代表智嘉	黃智嘉
李代表口榮	李口榮	楊代表文甫	楊文甫
季代表麟揚	季麟揚	葉代表育敏	葉育敏
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	(請假)
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表爾輝	蔡爾輝
洪代表怡育	陳建富(代)	蔡代表蕙如	蔡蕙如
范代表景章	章修績(代)	蔡代表佩龍	蔡佩龍
徐代表邦賢	徐邦賢	鄭代表力嘉	鄭力嘉
翁代表德育	翁德育	謝代表喬均	謝喬均
張代表育超	(請假)	簡代表志成	簡志成
張代表禹斌	張禹斌	羅代表文良	羅文良
許代表慧瑩	許慧瑩	羅代表界山	黃國光(代)
連代表新傑	連新傑	蘇代表主榮	蘇主榮

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、張嘉云
(以下稱健保會)	
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙全會)	劉振聲、曾士哲、許家禎 邵格蘊、李莉君、潘佩筠
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
台灣醫院協會	吳昱嫻
本署臺北業務組	李純馥*、韓佩軒*、朱文珩* 宋兆喻*、邱玲玉*、徐慕容*
本署北區業務組	方亞芸*、廖淑雯*、林耿揚*
本署中區業務組	楊惠真*、林裕能*、戴秀容* 柯依鳳*、陳蕙歆*、周宛儀* 廖錦善*
本署南區業務組	何尹琳*、賴文琳*、林聖哲* 高宜聲*、盧靜宜*、黃柏儒* 李昕璇*、李岳勳*、劉乃慈* 胡瓊文*
本署高屏業務組	謝明雪*、李金秀*、黃皓綱* 李昀融*、吳孜威*
本署東區業務組	黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、 劉翠麗*、劉寶云*、鄭婷婷* 高慶翔*
本署醫審及藥材組	賴秋伶、陳力瑄
本署醫務管理組	劉林義、黃珮珊、洪于淇、 黃瓊萱、李羿萱、邵子川、 許洋騰、李柏諺、連又旻

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

說明：討論事項第三案：「修訂牙醫門診加強感染管制實施方案」，決議第二點修正為「院所經依『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一節，牙全會建議由分區共管會議討論決定。」。

決定：洽悉。

參、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：共 8 項，全部解除列管，餘洽悉。

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：114 年第 1 季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、114 年第 1 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
114Q1	浮動點值	0.96066125	1.06364977	1.02666169	1.07971008	1.06772182	1.15178458	1.02020203
	平均點值	0.96158086	1.06060418	1.02703565	1.07827003	1.06804649	1.15000000	1.02008175

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。

四、有關風險調整移撥款規定，「移撥經費若有剩餘，優先用於『高

風險疾病口腔照護計畫』，若再有剩餘，則回歸一般服務費用」一節，援例將於「全年預算」移撥經費有剩餘時，優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

決定：

- 一、確認 114 年第 1 季牙醫門診總額點值結算，餘洽悉。
- 二、有關風險調整移撥款規定「移撥經費若有剩餘，優先用於『高風險疾病口腔照護計畫』，若再有剩餘，則回歸一般服務費用」一節，同意援例於「全年預算」移撥經費有剩餘時，優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

- 一、113 年品保款業於 114 年 7 月 21 日前完成撥款作業。
- 二、113 年計 6,496 家(89.0%)院所符合獎勵條件且核發品保款，800 家(11.0%)牙醫院所未領取品保款(787 家不符核發資格、12 家指標達成率為 0%、1 家達成指標惟核算基礎點數為 0，故實際領取金額為 0)。
- 三、113 年預算為 164,182,605 元，扣除 112 年申復核發金額 0 元後，可支用預算為 164,182,605 元。每家牙醫院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 164,182,685 元，與預算相差 80 元，由本署健保基金支應。

決定：請牙全會針對指標達成率為0%(12家)及達成指標實際領取金額為0(1家)之院所進行輔導作業，餘洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫通則三、轉診醫師資格迄日訂定案。

說明：

- 一、查支付標準第三部牙醫通則三、規範牙醫師符合相關資格者，其相關診療項目得申報 30% 加成費用。其中有關「醫師資格」第 3 點規定，前經公告由「以醫師為單位」修正為「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位」，其前一年符合案內轉診範圍之申報量達規定標準者得申報加成費用，並自 114 年 5 月 1 日公告生效。
- 二、有關符合申報轉診加成費用醫師資格之迄日，考量本(114)年修訂醫師資格之條件，為利牙醫有充足緩衝及適應的時間，建議 114 年 5 月 1 日之前通過者，迄日維護至 114 年 12 月 31 日；114 年 5 月 1 日之後通過者，每年迄日維護至次年 6 月 30 日。
- 三、另已核定資格如次年繼續符合資格，得繼續沿用；不符合資格由本署分區業務組將核定結果函送院所及副知署本部及牙全會，並請牙全會通知不符合院所名單。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關「根管治療使用顯微鏡」納入醫療科技評估(HTA)，請依本署申報規定正確申報虛擬醫令代碼「N21908」案。

說明：

- 一、為利評估醫療成本效益及瞭解院所收取自費情形，本項目擬納入醫療科技評估(HTA)，並請醫療院所依下列規定申報：
 - (一)「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」規範於「醫令類別」申報「H」醫療科技評估(自費診療項目)。
 - (二)本項目虛擬醫令代碼為「N21908」，公告於本署網站(首頁\健保服務\健保藥品與特材及醫療服務\醫療服務\醫療科技評估

專區\虛擬醫令代碼)。

- 二、考量本項目係牙醫門診總額首例納入醫療科技評估，請牙全會協助宣導會員。

決定：

- 一、為利評估醫療成本效益及瞭解院所收取自費情形，本項目納入醫療科技評估(HTA)，並請醫療院所依規定申報虛擬醫令代碼。
- 二、院所開始申報前開虛擬醫令代碼之起日，請牙全會攜回評估。

肆、討論事項

第一案 **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「牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標及保留款機制作業方案」案，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂通過(附件 1)，修訂重點如下：
 - (一) 修訂方案第四項保留款之運用，新增第5款「鼓勵該分區特殊醫療服務計畫之醫療服務獎勵款項」。
 - (二) 修訂方案第五項保留款之計算方式，新增第(二)款第4目「前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區院所(不包含巡迴外展機構)『牙醫門診總額特殊醫療服務計畫』之醫療服務屬『核實申報』(含診察費)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點1.7元支付鼓勵」。
- 二、本案將依程序報部核定，並溯自 114 年 1 月 1 日生效。

第二案 **提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會**

案由：有關丹娜絲颱風造成之損害補償方案，提請討論。

決議：因會上就是否針對受風災損害之分區予以看診者加成鼓勵尚有異議，請牙全會攜回研議，達共識後再提案討論。

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114年度「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件 2)，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂作業，修訂重點如下：

- 一、「牙齒填補保存率—1 年以內(2 年以內、恆牙 2 年以內、乳牙 1 年 6 個月以內)、同院所 90 日以內根管治療完成率、恆牙根管治療 6 個月以內保存率、6 歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率、院所加強感染管制診察費申報率、牙周病統合治療方案後之追蹤治療率」，參考值計算式由原「以最近 3 年全國平均值*(1-10%)」調整為「以最近 3 年全國平均值*(1-8%)」。
- 二、「牙體復形同牙位再補率—1 年以內(2 年以內)」參考值，維持原參考值「牙體復形同牙位再補率—1 年以內」<2.5%；「牙體復形同牙位再補率—2 年以內」<4.6%。

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「牙醫門診加強感染管制實施方案」，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件 3)，修訂重點如下：

- 一、有關院所經抽訪不合格，屬消毒類且與提供外展點醫療服務有關者(「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」內屬「A.硬體設備方面」之第 3 項目及「B.軟體方面」之第 7、8、9、12 項目)，除經分區共管會議同意另行處理外，應併同核扣外展點門診診察費差額。
- 二、外展點實地抽訪維持 4%為原則，並由分區業務組評估得否以視訊方式進行訪查，離島地區及矯正機關另由分區業務組與分會之共管會議討論可行方式，未訪查過之外展點優先辦理訪查。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 30 分。

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

一、依據：全民健康保險牙醫門診總額 ~~114~~~~113~~ 年度第 ~~32~~ 次研商議事會議決議。

二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。

三、保留款機制：

(一) 依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。

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

四、保留款之運用：

(一) 該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。

(二) 鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。

(三) 鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診之醫療服務。

(四) 鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。

(五) 鼓勵該分區特殊醫療服務計畫之醫療服務獎勵款項。

(六) ~~(五)~~ 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。

五、保留款運用之計算方式：

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

(二) 於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區：

1. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以 3 年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者)，其核定點數(含部分負擔)以每點 1.3 元支付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。
2. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診，每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

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

3. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 ~~1.7~~~~4.5~~元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

4. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區院所(不包含巡迴外展機構)「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之醫療服務屬「核實申報」(含診察費)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.7 元支付鼓勵。

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

六、本方案由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

附表 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 點值					
每點支付金額改變率	每季	±10%	資料分析	保險人	【(每季分配總額/每季審核後之總點數)-1】 ×100%
2. 保險對象就醫調查					
保險對象就醫調查	每年	每年於評核會議報告前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為牙醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較就醫可近性、醫療服務品質滿意度及民眾自費狀況變化等。
民眾諮詢及申訴檢舉案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	當年度諮詢及民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
牙體復形同牙位再補率-一年以內	每季 每年	<2.5%	資料分析	保險人	1. 定義：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填，乳牙及恆牙一或二年內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補。 2. 計算公式：【一（二）年內自家重覆填補顆數／一（二）年內填補顆數】
牙體復形同牙位再補率-二年以內	每季 每年	<4.6%			

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
牙齒填補保存率- 一年以內	每季 每年	以最近3年全國平均值× ~~1±10%~~ (1-8%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 1 年或 2 年內是否重新填補比率。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
牙齒填補保存率- 二年以內	每季 每年	以最近3年全國平均值× ~~(1-10%)~~ (1-8%)作為參考值	資料分析	保險人	2. 公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤 1 年或 2 年（365 天或 730 天）內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※排除「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、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※費用年月介於 9001~9306 間，因無「前牙三面複合樹脂充填」醫令，故院所以 89004C 併 89005C 申報，因此同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報 89004C 及 89005C 則不算重補，不計入分子。 3. 指標計算：1－（分子 / 分母）

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
同院所九十日以內根管治療完成率	每季 每年	以最近3年全國平均值 ~~x(1-10%)~~ (1-8%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一院所同一保險對象於統計時間內執行過根管開擴及清創醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 3 個月（90 天）內是否於同院所執行根管治療醫令比率。 2. 公式說明： 分子：以分母之牙位追蹤其 3 個月（90 天）內於同院所執行根管治療單根(90001C)、雙根(90002C)、三根以上(90003C)、恆牙根管治療(四根)(90019C)、恆牙根管治療(五根(含)以上)(90020C)、乳牙根管治療(90016C)、乳牙多根管治療(90018C)之牙位數。 分母：依同院所同病患同牙位歸戶，統計執行根管開擴及清創(90015C)之牙位數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率	每季 每年	以最近3年全國平均值x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：當季 12 歲（含）以上就醫人數。 2. 公式說明： 分子：當季 12 歲（含）以上就醫人口中執行牙結石清除—全口醫令之人數。 分母：當季 12 歲（含）以上就醫人數。 ※牙結石清除—全口醫令：91004C、91104C、91005C、91017C、91089C、91090C。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率	每季 每年	以最近3年全國平均值 ~~x(1-10%)~~ (1-8%)作為參考下限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：就醫人口中6歲以下兒童執行牙齒預防保健服務之人數。 2. 公式說明： 分子：執行兒童牙齒預防保健服務之人數。 分母：當季就醫人口中6歲以下兒童人數。 ※年齡之計算為就醫年月－出生年月 ≤ 72 。 ※兒童牙齒預防保健服務為健保卡序號欄位為「IC81」、「IC87」。 3. 指標計算：分子 / 分母。
院所牙醫門診加強感染管制實施方案診察費申報率	每季 每年	以最近3年全國平均值 ~~x(1-10%)~~ (1-8%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子定義：申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費的院所數 2. 分母定義：申報總院所數 3. 指標計算：分子 / 分母
執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率	每年 (每年最後一季)	以最近3年全國平均值 $x(1-10\%)$ 作為參考值	資料分析	受託單位	1. 分子定義：申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費經訪查合格(初評+複審)的院所數 2. 分母定義：申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費被訪查的院所數 3. 指標計算：分子 / 分母 4. 自97年起由受託單位按年提供統計結果予健保署彙整納入第4季品質報告中。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
牙齒填補保存率-恆牙二年以內	每季 每年	以最近3年全國平均值 ~~x(1-10%)~~ (1-8%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 2 年內是否重新填補比率。 2. 公式說明： 分子(同牙位重補數)：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(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※ 排除「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、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※ 恆牙牙位：11-19、21-29、31-39、41-49 3. 指標計算：1－（分子 / 分母）

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
牙齒填補保存率-乳牙一年六個月以內	每季 每年	以最近3年全國平均值 ~~x(1-10%)~~ (1-8%)作為參考值	資料分析	保險人	1.資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI牙位表示法之內的牙位資料，小孩20顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤1年半內是否重新填補比率。 2.公式說明： 分子(同牙位重補數)：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(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※ 排除「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、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※ 乳牙牙位：51-55、61-65、71-75、81-85 3.指標計算：[1－(分子/分母)]x100%。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
恆牙根管治療六個月以內保存率	每季 每年	以最近3年全國平均值 ~~x(1-10%)~~ (1-8%)作為參考值	資料分析	保險人	1.資料範圍：醫事機構往後追溯半年所有根管治療醫令。 2.公式說明： 分子：醫事機構就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 分母：同時期各醫事機構申報 RCF 之顆數。 3.指標計算： $[1-(\text{分子}/\text{分母})]\times 100\%$ 。
醫療費用核減率	每季	暫不訂定	資料分析	保險人	1.資料範圍：全民健保門住診醫療費用統計檔。 2.公式說明：初核核減率 = $(\text{申請點數} - \text{核定點數}) / \text{醫療費用點數}$ 分子： $(\text{申請點數} - \text{核定點數})$ 。 分母：醫療費用點數。 3.指標計算： $(\text{分子}/\text{分母})\times 100\%$ 。
牙周病統合治療方案後之追蹤治療率	每季 每年	以最近3年全國平均值 ~~x(1-10%)~~ (1-8%)作為參考值	資料分析	保險人	1.公式說明： 分子：當年(季)度 91023C 執行人數往後追蹤一年接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。 分母：牙周病統合治療第三階段支付 91023C 執行人數。 2.指標計算： $(\text{分子}/\text{分母})\times 100\%$ 。
三歲兒童早發性幼兒齲齒盛行率	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 75\%$	資料分析	主管機關	早發性幼兒齲齒(Early childhood caries, ECC)定義：出現於71個月前兒童任何一面或以上的乳牙有齲齒(有或無窩洞)、缺失(因齲齒)或填補者。
四歲兒童乳牙齲齒盛行率	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 89\%$	資料分析	主管機關	乳牙齲齒盛行率：調查人口中乳牙已罹患一顆(含)以上齲齒者除以總樣本數之百分率。

指標項目		時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
五歲兒童乳牙齲齒盛行率		依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 89\%$	資料分析	主管機關	乳牙齲齒盛行率：調查人口中乳牙已罹患一顆(含)以上齲齒者除以總樣本數之百分率。
十二歲兒童齲齒指數		依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	≤ 3.31	資料分析	主管機關	齲齒經驗指數(caries experience index, deft index/DMFT index)：牙齒齲齒齒數、因齲齒而拔牙齒數與填補齒數之牙齒數之總和，以DMFT index或deft index表示之，DMFT index 表示恆牙，deft index則表示乳牙。 數值愈表示大，表示齲齒情形嚴重。 deft index = dt+et+ft / DMFT index = DT+MT+FT
三十五歲至四十四歲人口社區牙周治療需求指數	牙周囊袋比率	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 25\%$	資料分析	主管機關	社區牙周指數(Community Periodontal Index, CPI) C3及C4。 C3:牙周囊袋深度介於3.5mm-5.5mm；C4:牙周囊袋深度大於5.5mm。
	平均自然齒數	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	≥ 26 顆	資料分析	主管機關	自然齒定義：指仍有牙根存在的牙齒。
六十五歲以上人口平均自然齒數		依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	≥ 18 顆	資料分析	主管機關	自然齒定義：指仍有牙根存在的牙齒

113年度牙醫門診加強感染管制實施方案

108 年 5 月 3 日健保醫字第 1080005789 號公告修訂

108 年 9 月 27 日健保醫字第 1080013359 號公告修訂

109 年 2 月 13 日健保醫字第 1090001497 號公告修訂

109 年 9 月 21 日健保醫字第 1090013138 號公告修訂

110 年 3 月 10 日健保醫字第 1100032876 號公告修訂

111 年 6 月 23 日健保醫字第 1110109120 號公告修訂

112 年 7 月 19 日健保醫字第 1120662980 號公告修訂

113 年 4 月 26 日健保醫字第 1130661752 號公告修訂

114 年 0 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

一、目的：

本實施方案之目的，在於規範特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。

二、本方案實施方式：

(一)宣導教育方面：

1. 由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會）開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。
2. 由牙醫全聯會製作牙醫院所感染管制 SOP 宣導資訊，並刊登牙醫全聯會網站予各牙醫院所查詢。

(二)牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引，訂定「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，並於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。

(三)特約院所依本方案「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」(附件 1)執行，並依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」(附件 2)自行評分，自評合格者(無項目得 D)，應將考評表函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)所轄分區業務組備查，並於次月開始申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(以下稱感染管制門診診察費)。

三、監控方式

- (一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。
- (二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。
- (三)依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格（任一項目為 D）之特約院所，處理原則如下：
 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。
 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。
 3. 如院所有執行外展點，經查為不合格項目屬「A.硬體設備方面」之第 3 項目及「B.軟體方面」之第 7、8、9、12 項目任一項不合格者，除經分區共管會議同意另行處理外，應比照前款核扣其外展點申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)。
 4. ~~3.~~不合格者，自訪查該月起，院所(含外展點)不得申報感染管制門診診察費，並由保險人分區業務組依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特約管理辦法)主動通知限期改善(期間院所亦可主動申請複查)，期滿後通知院所辦理複查作業，複查仍不合格者或未能配合複查者，持續依前開辦法辦理，直至院所完成改善。
 5. ~~4.~~複查通過者，自次月起始得再申報感染管制門診診察費（如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用）。

四、感染管制 SOP 審查標準

- (一)依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。
- (二)每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。
- (三)請依考評表內之評分標準進行查核。
- (四)訪查抽樣比例：

1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 ~~4%-6%~~6%-8%為原則(內含當本年度新申請特約之醫事機構訪查家數)，未訪查過之院所優先辦理訪查。
2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。
3. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後，於特約管理辦法規定應完成審查時程內進行實地訪查。
4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。

五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分；不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。

六、有關特約院所執行「巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務地點(下稱外展點)」之感染管制：

- (一)依「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」(附件 3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管

制 SOP 作業考評表」(附件 4) 執行。

- (二)特約院所至外展點提供牙醫醫療服務之醫師，依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4) 自行評分，自評合格者(無項目得 X)，應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查，並於次月開始申報感染管制門診診察費。

(三)外展點抽樣訪查比例：

由分區共管會議討論結果辦理實地訪查，以 4%為原則，必要時得以視訊方式進行訪查，離島地區及矯正機關另由保險人分區業務組與分會之共管會議討論可行方式，未訪查過之外展點優先辦理訪查，如遇不可抗力因素無法訪查，則列入次年度外展優先訪查名單。

~~自 110 年起，經書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格之院所，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。惟 111 年特約院所已執行巡迴醫療、特殊醫療之外展點感染管制書面評核作業，如下：~~

- ~~1. 自評合格者須於 113 年 6 月 30(含)前，於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書面評核資料)，由保險人所轄分區業務組進行評核，上傳方式如下：~~

~~(1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳：~~

~~A.以每人每點為單位上傳。~~

~~B.共同上傳：~~

~~a.醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。~~

~~b.執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。~~

~~(2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。~~

~~(3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。~~

- ~~2. 如院所所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。~~
- ~~3. 院所未於 113 年 6 月 30 日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定)，採實地訪查。~~
- ~~4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。~~

~~(四)院所未於 113 年 6 月 30 日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者，自次月 1 日起醫師至該外展點服務時，不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，於次月起(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)，方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至 113 年 6 月 30 日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，不在此限；並於排除上述不可抗力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。~~

~~(五)感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於 113 年 12 月 31 日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入 114 年度外展實地訪查優先名單。~~

~~(四六)實地訪查為不合格(任一項目為 X)之外展點，處理原則如下：~~

- ~~1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6 項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。~~
- ~~2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。~~

3. 實地訪查不合格者，由保險人分區業務組依特約管理辦法主動通知限期改善(期間院所亦可主動申請複查)，期滿後通知該外展點負責醫師辦理複查作業，複查仍不合格者或未能配合複查者，持續依前開辦法辦理，直至外展點完成改善。
4. 複查通過者，自次月起院所至該外展點服務時，始得再申報感染管制門診診察費（如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用）。

七、本方案由保險人公告，併副知全民健康保險會，修訂時亦同。

附件 1 牙醫院所感染管制 SOP 作業細則

● 每日開診前

- 1.員工將便服、鞋子換成制服（或工作服）或診所工作用之鞋子並梳整長髮。
- 2.進行診間環境清潔。
- 3.進行治療檯清潔擦拭及其管路消毒，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02%漂白水（NaOCl）或 2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors)或合格管路消毒液沖洗管路 3 分鐘。
- 4.覆蓋無法清洗且易污染的設備，如診療椅之燈座把手、頭套、X光按鈕盤等。
- 5.檢查所有器械之消毒狀況或將前一天已浸泡消毒之器械處理並歸位，或將已滅菌妥善之各式器械依類別歸位。
- 6.依當天約診(或預估)之病人數及其診療項目，準備充足器械及各式感染管制材料。
- 7.診間所有桌面儘量淨空乾淨，物品儘量依序放在櫃子內保持清潔。
- 8.牙醫院所應就現況，制定感染管制計畫與實施流程，全體員工定期討論、改進、宣導與執行。

● 診療開始前

- 1.診療椅之診盤(tray)上儘量保持清潔與淨空。
- 2.將病人欲治療所需之器械擺設定位。
- 3.病歷及 X 光片放置在牙醫師可見之清潔區內，不要放在治療盤上。
- 4.對應診病人應執行「標準防護措施」(Standard Precautions)，至少包括詢問病人詳細全身性病史、傳染病史，如：B、C 型肝炎等病史、及 TOCC〔旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster)〕。
- 5.引導病人就位，圍上圍巾，給予漱口 30 秒至 1 分鐘。
- 6.牙醫師及所有診所牙醫助理人員需穿戴個人防護裝備，至少包括配戴口罩與手套，必要時使用面罩、髮帽、防護衣等。
- 7.遵守手部衛生五時機（即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人體液風險後、接觸病人後、接觸病人環境後），以及洗手六（七）步驟（內、外、夾、弓、大、立、完（腕，手術時適用））；不可使用同一雙手套照護不同病人。

● 診療中

- 1.使用洗牙機頭或快速磨牙機頭等會產生飛沫氣霧之器械時，建議使用面罩。
- 2.必要時，提供病人適當防護，以避免殘屑掉入病人眼睛。
- 3.治療過程依感染管制之各項原則，如：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流

程」、「減少飛沫氣霧」等措施執行看診。

註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義如下。

- 公筷母匙：共用之醫療藥品或用品，應備置公用之器具分裝，以保持衛生，避免傳染疾病。
- 單一劑量：於正確的時間給予正確的病人，正確劑量的正確用藥，亦即醫療藥品應準備病人一次使用完的劑量（如注射劑），以提高醫療的服務品質。
- 單一流程：以單一順序流程，依一定順序逐步執行。
- 減少飛沫氣霧：使用適當的防護物品，避免暴露於血液、唾液和分泌物、飛沫及氣霧。適當的防護措施如戴手套、口罩、護目鏡、面罩、隔離衣及避免被尖銳物品器刺傷等，均可避免感染之機會。

● 診療結束病人離開後

- 1.病人治療結束，離開治療椅後，先將治療盤上所有醫療廢棄物收集，並作感染與非感染性、可燃與非可燃性之區分，置於診間的分類垃圾筒內。
- 2.治療後之污染器械（包括手機、檢查器械等）收集後，若無馬上清洗，可暫存在清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」（holding solution）內，防止污染之血液或唾液乾燥，以利後續清洗。
- 3.可拋棄之器械（包括吸唾管、漱口杯等）則收集後放入分類之垃圾筒。
- 4.下一位病人就位前，可用噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作台、痰盂、治療椅台面等，必要時（如各類傳染性肝炎或其他感染性疾病病人或儀器遭污染者）重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。
- 5.倘若發生針扎事件，依「針扎處理流程」進行處理。
- 6.牙醫師看完一病人需更換一副手套，並勤洗手，若口罩遇濕或污染需更換。
- 7.牙醫相關人員應脫掉手套再寫病歷、接電話...等，避免造成「交互污染」。

● 門診結束後

- 1.整理器械，依照廠商說明書進行器械的清潔消毒滅菌作業。
- 2.下班前需將環境作初級整理與消毒，並將廢棄物分類及處理，完成器械清洗、消毒或滅菌作業，勿將診間之污染物暴露隔夜。
- 3.管路消毒，放水放氣與拆下濾網，徹底清洗。
- 4.離開診間前，徹底洗手，必要時更衣換鞋，安全乾淨地回家。
- 5.門診結束後，應保持通風或使用空氣濾淨器。

● 尖銳物扎傷處理流程

- 1.牙醫院所製訂「尖銳物扎傷處理流程」，平時應全體員工宣導及演練。
- 2.被尖銳物刺傷時，立即進行擠血、沖水、消毒等步驟。
- 3.在診所者，立即報告主管或負責人，並同時迅速至醫院相關科別就診。在

醫院者，立即報告單位主管與感染管制單位，且應於 24 小時內作出處置建議。

- 4.將尖銳物扎傷事件始末，處理流程、傷者姓名、病人姓名、目擊者、採取措施、治療結果、責任歸屬、善後處理、追蹤檢查、檢討改進等，寫成報告備查，並作為牙醫院所防止尖銳物扎傷事件之教材。

● 牙科醫療廢棄物處理

步驟一：執行前需先考慮下列各項

- 1.診所每天之垃圾量及內容物。
- 2.看診人數、時間、流程及診所之科別性質。
- 3.診所內之人力配置與工作分擔情形。

依據上述各項再決定最適合診間之廢棄物作業流程計畫。

步驟二：垃圾分類

- 1.牙醫診所的垃圾共可分為一般垃圾、感染性醫療廢棄物、毒性醫療廢棄物及資源回收垃圾，前兩者又可細分為可燃性與不可燃性。
- 2.當病人看完後，在治療椅之檯面上先作初級分類，再分別放入相對應之有蓋容器內。

項目		內容
一般垃圾	可燃	紙張
	不可燃	金屬製品、玻璃器、瓷器...等。
資源回收垃圾		空藥瓶、空塑膠罐、寶特瓶、廢鐵罐、日光燈、紙張雙面使用後回收、廢紙箱...等。
感染性垃圾	可燃	凡與病人唾液和由血液接觸過之可燃性物品，如：紗布、棉花、手套、紙杯、吸唾管、表面覆蓋物、口罩、防濕障...等。
	不可燃	針頭、縫針、刀片、鑽針、拔髓針、根管銼、金屬成型環罩、矯正用金屬線、矯正器、牙齒...等。
毒性醫療廢棄物		如 X 光顯定影液、銀汞殘餘顆粒...等。

步驟三：不同之貯存容器與規定

- 1.可燃性感染性廢棄物需放入紅色有蓋垃圾桶內。
- 2.不可燃性感染性廢棄物需放入黃色有蓋垃圾桶內。
- 3.若醫療廢棄物送交清運公司焚化處理者，亦可以紅色容器裝不可燃感染性廢棄物。
- 4.銀汞殘餘顆粒或廢棄 X 光顯、定影溶液屬於毒性醫療廢棄物，需分別裝入特定容器內，必要時可以銀回收機回收，或交由合格清運公司處理。
- 5.廢棄針頭、刀片等利器需裝入防穿刺特定容器或鐵罐中。
- 6.可回收之垃圾則依規定作好分類貯存之。

7.一般垃圾則貯存在有蓋之垃圾桶內。

步驟四：垃圾之清除

- 1.委託或交付行政院環境保護署(以下稱環保署)認定之合格感染性事業廢棄物清除機構負責清除診所之可燃及不可燃醫療廢棄物。
- 2.當收集廢棄物之容器約七、八分滿時，即可將廢棄物做包裝貯存的處置，若未達七、八分滿，則每天至少要處置一次。
- 3.若無法每天清除，則需置於5°C以下之醫療廢棄物專用冷藏箱，以七日為期限，或置於攝氏0°C以下冷凍，以30日為限；清運公司將醫療廢棄物置於「收集桶」(清運公司提供厚紙板彎折而成)內清運，並須索取遞聯單，保存備查。
- 4.在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

● 牙科器械消毒及滅菌

一、牙科器械消毒及滅菌原則：

1. 醫療物品依器械/用物與人體組織接觸之感染風險，可分成三大類：

分類	定義	例子	消毒滅菌法
重要醫療物品 critical item	凡有進入人體無菌組織或血管系統(如口腔外科手術、拔牙、牙周手術、植牙手術、根管治療等)之物品。	拔牙鉗、牙根挺、手術刀、鑽針、根管銼...等。	滅菌。
次重要醫療物品 semi-critical item	使用時須接觸皮膚或黏膜組織，而不進入血管系統或人體無菌組織之物品。	銀汞填塞器、銀汞輸送器、矯正鉗、口鏡、探針、鑷子、手機、洗牙機頭等。	滅菌或高層次消毒。
非重要醫療物品 non-critical item	使用時只接觸完整皮膚而不接觸人體受損的皮膚或黏膜者。	治療椅、工作檯面、X光機把手、開關按鈕等。	清潔或中層次~低層次消毒。

註：臨床使用消毒劑分類如下：

- (1) 高層次消毒劑：可用於殺滅非芽孢的微生物，即可殺死細菌的繁殖體、結核菌、黴菌及病毒。常用的消毒劑包括：2%戊二醛(glutaraldehyde)、6%過氧化氫(hydrogen peroxide)、過醋酸(peracetic acid)、磷苯二甲醛(ortho-phthalaldehyde, OPA)、>1000ppm的次氯酸水溶液(sodium hypochlorite)。
 - (2) 中層次消毒劑：通常用在皮膚消毒或水療池消毒，可殺死細菌的繁殖體、結核菌、部分黴菌、部分親水性病毒及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：10%優碘或碘酒、70-75%(w/v)酒精。
 - (3) 低層次消毒劑：可殺死細菌的繁殖體、部分黴菌及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：酚化合物(phenolics)、四級銨化合物(quaternary ammonium compounds)、氯胍(chlorhexidine gluconate)、較低濃度(一般為100ppm)的次氯酸水溶液。
2. 器械使用完後，初步分類，並浸泡在清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」內，等待清洗。

3. 清洗人員穿戴手套及口罩、防水隔離衣或一般隔離衣外加防水圍裙(或其他具防水性質之衣物)跟護目鏡或面罩,以刷子及清水清洗器械表面之唾液及污染物,或置於「超音波震盪器」清理。
4. 器械洗淨後,擦乾,依廠商說明將有關節器械上潤滑油或防鏽油,並分類打包,裝入滅菌包裝袋(peel pouches,即打包袋)或以布單包裹,並標示滅菌日期(依序放入滅菌鍋進行滅菌作業)。

二、蒸氣滅菌：

1. 目前常見高溫高壓蒸氣滅菌模式：
 - (1) 重力式高壓蒸氣滅菌：利用重力原理將存在鍋內之空氣排出鍋外,進而達到滅菌的效果。
 - (2) 抽真空式高壓蒸氣滅菌：先將滅菌鍋內空氣抽出鍋外,使鍋內幾乎成為真空狀態,再使蒸氣注入鍋腔中,以達到滅菌效果。
2. 監測頻率：
 - (1) 每鍋次進行機械性監測,在每次滅菌開始與結束時,藉由觀察與記錄滅菌鍋的時間、溫度、壓力等儀表或計量器,評估滅菌鍋運轉之性能是否正常。
 - (2) 化學指示劑(chemical indicator)：
 - i. 每一滅菌包、盤、管袋外部必須使用第 1 級(包外)化學指示劑。
 - ii. 每一滅菌包、盤、管袋內部建議使用第 3 級(含)以上的化學指示劑。
 - (3) 生物指示劑(biological indicator)：
 - i. 建議每個開鍋日或至少每週,在第一個滿鍋使用含生物指示劑或含生物指示劑和第 5 級化學指示劑的過程挑戰包(process challenge device, PCD)監測高壓蒸氣滅菌鍋滅菌效能。
 - ii. 建議每一放有植牙器材鍋內,使用含生物指示劑和第 5 級化學指示劑之過程挑戰包進行測試,並應在得知培養結果為陰性後才可發放使用器材。
 - iii. 每個開鍋日,如有需要,建議可再選擇其他鍋次使用含生物指示劑和/或第 5 級化學指示劑之過程挑戰包進行測試,作為不含植入性醫材鍋次的常規測試與發放依據。
3. 紀錄保存
 - (1) 滅菌過程紀錄包括：
 - i. 滅菌鍋編號及鍋次。
 - ii. 滅菌日期及時間。
 - iii. 滅菌鍋內的內容物。
 - iv. 滅菌鍋次的參數,如溫度、時間、壓力等。
 - v. 化學測試結果,包含包內化學指示劑及包外化學指示劑。
 - vi. 生物測試(含對照組)結果。
 - vii. 操作者簽名。
 - (2) 紀錄保存可以書面或電子格式保存。

(3) 滅菌鍋應定期維修及保養，若監測發生異常，表示滅菌鍋有問題，則停止使用滅菌器，並同時通知廠商維修滅菌器。

4. 滅菌後器械之處置

(1) 乾燥及冷卻：器械滅菌後須進行乾燥及冷卻，目前已有許多滅菌鍋附加自動冷卻烘乾系統。

(2) 貯存：

- i. 將滅菌後之器械放置於封閉的空間內，例如有罩或有門之櫃內，不可放置於水槽下等容易潮濕或污染的地方。
- ii. 取用時可採取「先放先取」之原則；使用滅菌物品前，應檢視包裝的完整，確認包裝沒有破損或潮濕。
- iii. 滅菌物品的存放期限依包裝材質不同或貯存環境條件而異，建議機構參考相關文獻、指引或實證經驗，訂定機構內的管理原則，確實遵守。

三、牙科手機之滅菌流程

1. 使用過之手機，先去除外表污穢物，再運轉 20-30 秒，讓水徹底清除手機內管路。
2. 拆下手機，依照廠商指示步驟及指定之清潔劑與清水刷洗外表殘屑(勿浸泡手機，除非廠商建議)，並乾燥之。
3. 使用廠商指定之潤滑劑，並依其指示步驟潤滑手機，可將手機裝回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨。
4. 包裝完成後，依廠商指示放入高溫高壓蒸氣滅菌鍋或低溫滅菌鍋內滅菌。
5. 從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用。

● 教育及宣導

1. 醫療機構應宣導手部衛生、咳嗽禮儀及適當配戴口罩等，並於明顯處所張貼標示；醫療人員於診療過程中應適時提醒及提供相關防治訊息之衛教服務。
2. 醫療機構應訂有員工保健計畫，提供預防接種、體溫監測及胸部 X 光等必要之檢查或防疫措施；並視疫病防治需要，瞭解員工健康狀況，配合提供必要措施。

醫療機構應訂定員工暴露病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件之預防、追蹤及處置標準作業程序。

3. 醫療機構應訂有員工感染管制之教育訓練計畫，定期並持續辦理防範機構內工作人員感染之教育訓練及技術輔導。

前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。

4. 醫療機構應訂有因應大流行或疑似大流行之虞感染事件之應變計畫，其內容應包含適當規劃病人就診動線，研擬醫護人員個人防護裝備（PPE）及其穿脫程序、不明原因發燒病人處理、傳染病個案隔離與接觸追蹤及廢棄物處理動線等標準作業程序。

附件 2 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

自評日期：____年____月____日(由院所自評時填寫日期) 自評醫師簽名：_____

醫事服務機構名稱：

醫事服務機構代號：

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合 C，洗手水龍頭需免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手圖(遵守手部衛生五時機及六步驟)、擦手紙及垃圾桶。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及在效期內的消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
	A. 符合 B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔。			
	B. 符合 C，定期清潔並有紀錄；診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨。			
	A. 符合 B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合 C，詢問病人詳細全身病史、傳染病史及 TOCC(旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster))，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服；不可使用同一雙手套照護不同病人，且穿脫手套時確實執行手部衛生。			
	B. 符合 C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCl) 或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)或合格管路消毒液沖洗管路 3 分鐘。			
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
4. 門診結束後治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路消毒放水放氣，清洗濾網。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
5. 完善廢棄物處置	C. 有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
	B. 符合 C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A. 符合 B，備有廢棄物詳細清運紀錄。			
6. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	C. 制訂診所防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
7. 器械浸泡消毒	C. 選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B. 符合 C，消毒劑置於固定容器及加蓋，並覆蓋器械。			
	A. 符合 B，記錄器械浸泡時間。			
8. 重要醫療物品器械滅菌	C. 器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。			
	B. 符合 C，化學指示劑監測，並完整紀錄。			
	A. 符合 B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。			
9. 滅菌後器械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨、乾燥且有覆蓋物之處，並依效期先後使用。			
	B. 符合 C，器械貯存不超過有效期限(打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限)。			
	A. 符合 B，器械定期清點，若包裝破損或過期器械，需重新清洗打包滅菌，並有紀錄可查詢。			
10. 感染管制流程制訂	C. 診所須依牙科感染管制 SOP，針對自家診所狀況，制訂看診前後感染管制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B，院所內 70%工作人員，每年參加一小時感管教育訓練課程，建立手部衛生教育訓練，得包括線上數位學習課程，並造冊存查。			
11. 安全注射行為	C. 單一劑量或單次使用包裝的注射藥品僅限單一病人單次使用(如:沒打完之麻藥管不可供他人使用)。			
	B. 符合 C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B，定期檢討及改善，並有紀錄可查。			
12. 一人一機	C. 高速手機清洗並以滅菌袋包裝後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。			
	B. 符合 C，放置包內包外化學指示劑監測，並完整紀錄。			
	A. 符合 B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。			

※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 26 條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。 ※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 29 條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。
實地訪查日期：____年____月____日____時____分
訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因) 說明：
審查醫藥專家簽章：
保險人所轄分區業務組陪同人員： (不參與感染管制 SOP 考評)

上述資料經本人確認無誤，並且已明白「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」、「牙醫門診加強感染管制實施方案」之相關規定。

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

附件 3 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

一、診療前

1. 攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。
2. 固定治療椅比照一般牙醫院所治療椅開診前感染管制標準。
3. 開診前治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCL)或 2.0% 沖洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路 3 分鐘，或依治療台廠商說明書進行開診前之清潔消毒。
4. 診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。
5. 當天使用之手機(handpiece)、鑽針、洗牙機頭(scaling tip)、拔牙挺(elevator)等侵入性外科用具，須高壓滅菌後裝入無菌器械盒或個別包消並標示滅菌日期。
6. 診療環境應有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。
7. 診療區域環境清潔。
8. 治療檯盡量保持清潔淨空，非使用需要之器具勿擺上，未使用之藥品器具要有外蓋蓋上或包布罩上，避免飛沫噴濺。
9. 牙醫師，護理人員及牙醫助理人員需穿戴個人防護裝備，至少包括口罩、手套與清潔工作服，並視需要穿戴隔離衣、髮帽、面罩或護目鏡。
10. 對應診病人依「標準防護措施」原則(Standard Precautions)提供照護，並詳細問診(可詢問院方人員)，包括詢問有無全身性疾病，各種傳染性疾病，如 B、C 型肝炎或其帶原者等病史)。
11. 遵守手部衛生五時機(即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人體液風險後、接觸病人後、接觸病人環境後)，以及洗手六(七)步驟(內、外、夾、弓、大、立、完(腕，手術時適用))；不可使用同一雙手套照護不同病人。

二、診療中

1. 治療過程應依標準防護措施及其他感染管制之各項原則，如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等執行看診。
註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義詳附件 1「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」之「診療中」。
2. 牙醫師看完每一位病人後需更換手套，手套脫除後應執行手部衛生；若口罩遇濕或污染需更換。
3. 牙醫相關人員脫掉手套後，應先執行手部衛生再寫病歷、接電話等，避免造成「交互污染」。
4. 若無清潔消毒滅菌設施時，使用後之手術器械應先以清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」(holding solution)處理，再放置於固定容器中攜回診所進行常規之清潔、或滅菌作業並記錄。

三、垃圾分類

1. 當病人看完後，在治療椅之檯面上先作初級分類，再分別放入相對應之有蓋容器內。
2. 若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」中「牙科醫療廢棄物處理」之步驟三規定貯存，並將醫療廢棄物置於冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由環保署認定之合格清運公司處理。

四、尖銳物扎傷處理流程：制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。

註：參照附件 1 之「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」之「尖銳物扎傷處理流程」。

附件 4 牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表

自評日期：____年____月____日(由院所自評時填寫日期) 自評醫師簽名：

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
醫師姓名：	醫師身分證號：
提供醫療服務地點：	

※考評標準：評分分為符合(○)、不符合(X)，任一項目不符合(X)則不合格。

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
2. 良好通風空調系統	診療區域有空調系統或通風良好，空調出風口需保持乾淨。			
3. 適當滅菌消毒設施(註一)	診療區域具有滅菌器及在效期內的消毒劑。			
4. 診間環境清潔	診療區域環境清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	看診前詢問病人病史。			
2. 適當個人防護措施	牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
3. 開診前治療台消毒措施	開診前治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCL)或 2.0% 沖洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路 3 分鐘，或依治療台廠商說明書進行開診前之清潔消毒。			
4. 門診結束後治療台消毒措施	診療結束後，治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			
5. 完善廢棄物處置(註二)	看診醫師院所內有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
6. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	制訂診療區域防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
7. 器械浸泡消毒及滅菌	診療當日使用之器械必須經過打包滅菌並標示消毒日期。			

註

1. 在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無清潔消毒滅菌設施時，使用後之手術器械應先以清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」(holding solution)處理，再放置於固定容器中攜回診所進行常規之清潔、或滅菌作業並記錄。
2. 在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」中「牙科醫療廢棄物處理」之步驟三規定貯存，並將醫療廢棄物置於冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由環保署認定之合格清運公司處理。
3. 攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。

※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 26 條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。 ※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 29 條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。
實地訪查日期：____年____月____日____時____分
訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因) 說明：
審查醫藥專家簽章：
保險人所轄分區業務組陪同人員： (不參與感染管制 SOP 考評)

上述資料經本人確認無誤，並且已明白「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」、「牙醫門診加強感染管制實施方案」之相關規定。

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 7 項，擬解除列管計 7 項，繼續列管計 0 項。

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
1	114_3_報(4)：113 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告案。	請牙全會針對指標達成率為 0%(12 家)及達成指標實際領取金額為 0(1 家)之院所進行輔導作業，餘洽悉。	本署業於 114 年 9 月 23 日以健保醫字第 1140056599 號函檢送 113 年牙醫總額品質保證保留款核發結果相關資料。(指標達成率為 0%、達成指標實際領取金額為 0，以及醫院層級未執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之院所名單)，請牙全會協助進行輔導作業。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
2	114_3_報(5)：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫通則三、醫師資格迄日訂定案。	一、查支付標準第三部牙醫通則三、規範牙醫師符合相關資格者，其相關診療項目得申報 30% 加成費用。其中有關「醫師資格」第 3 點規定，前經公告由「以醫師為單位」修正為「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位」，其前一年符合案內轉診範圍之申報量達規定標準者得申報加成費用，並自 114 年 5 月 1 日公告生效。 二、有關符合申報轉診加成費用醫師資格之迄日，考量本(114)年修訂醫師資格之條件，為利牙醫有充足緩衝及適應的時間，建議 114 年 5 月 1 日之前通過者，迄日維護至 114 年 12 月	案內符合申報轉診加成費用醫師資格之生效迄日，本署醫務管理子系統系統(HMA)已配合維護完成。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		31 日；114 年 5 月 1 日之後通過者，每年迄日維護至次年 6 月 30 日。 三、另已核定資格如次年繼續符合資格，得繼續沿用；不符合資格由本署分區業務組將核定結果函送院所及副知署本部及牙全會，並請牙全會通知不符合院所名單。			
3	114_3_報(6)：有關「根管治療使用顯微鏡」納入醫療科技評估(HTA)，請依本署申報規定正確申報虛擬醫令代碼「N21908」案。	一、為利評估醫療成本效益及瞭解院所收取自費情形，本項目納入醫療科技評估(HTA)，並請醫療院所依規定申報虛擬醫令代碼。 二、院所開始申報前開虛擬醫令代碼之起日，請牙全會攜回評估。	一、本署業於 114 年 9 月 18 日檢送會議紀錄並請牙全會就院所開始申報前開虛擬醫令代碼之起日進行評估。 二、牙全會尚未回復，本案建議先行解除列管，俟牙全會回復後再於本會議報告。	☒	☐
4	114_3_討(1)：修訂「牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標及保留款機制作業案」。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、修訂方案第四項保留款之運用，新增第 5 款「鼓勵該分區特殊醫療服務計畫之醫療服務獎勵款項」。 二、修訂方案第五項保留款之計算方式，新增第(二)款第 4 目「前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區院所（不包含巡迴外展機構）『牙醫門診總額特殊醫療服務計畫』之醫療服務屬『核實申報』（含診察費）計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.7 元支付鼓勵」。 三、本案將依程序報部核定，並溯自 114 年 1 月 1 日生效。	本署業於 114 年 10 月 14 日健保醫字第 1140121613 號公告在案。	☒	☐

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
5	114_3_討(2)：有關丹娜絲颱風造成之損害補償方案。	因會上就是否針對受風災損害之分區予以看診者加成鼓勵尚有異議，請牙全會攜回研議，達共識後再提案討論。	一、牙全會於 114 年 11 月 14 日牙全岳字第 1149002395 號函檢送南區(雲嘉南)於風災期間，看診院所申報診察費加計 3 成，本署南區業務組提供試算金額及名單，請本署協助爭取核定特別預算。 二、本案擬待牙全會提案後，於會議中討論，建議先解除列管。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
6	114_3_討(3)：修訂 114 年度「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」之醫療服務品質標準。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、「牙齒填補保存率—1 年以內(2 年以內、恆牙 2 年以內、乳牙 1 年 6 個月以內)、同院所 90 日以內根管治療完成率、恆牙根管治療 6 個月以內保存率、6 歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率、院所加強感染管制診察費申報率、牙周病統合治療方案後之追蹤治療率」，參考值計算式由原「以最近 3 年全國平均值*(1-10%)」調整為「以最近 3 年全國平均值*(1-8%)」。 二、「牙體復形同牙位再補率—1 年以內(2 年以內)」參考值，維持原參考值「牙體復形同牙位再補率—1 年以內」<2.5%；「牙體復形同牙位再補率—2 年以內」<4.6%。	本署業於 114 年 10 月 28 日健保醫字第 1140057654 號公告在案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
7	114_3_討(4)：修訂「牙醫門診加	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、有關院所經抽訪不合格，屬消毒類且與提供外展點醫療服務	本署業於 114 年 10 月 14 日健保醫字第	☒ 解除	☐ 繼續

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
	強感染管 制實施方 案」。	有關者(「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」內屬「A.硬體設備方面」之第 3 項目及「B.軟體方面」之第 7、8、9、12 項目),除經分區共管會議同意另行處理外,應併同核扣外展點門診診察費差額。 二、外展點實地抽訪維持 4%為原則,並由分區業務組評估得否以視訊方式進行訪查,離島地區及矯正機關另由分區業務組與分會之共管會議討論可行方式,未訪查過之外展點優先辦理訪查。	1140121613 號公告在案。	列管	列管

決 定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案（詳附件）。

決定：

牙醫門診總額 【執行概況報告】

行政院衛生福利部
中央健康保險署



1

大綱

- 01 114年第3季點值預估
- 02 114年第3季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 114年第3季牙周病統合照護執行情形
- 04 114年第1-2季牙醫總額各專款執行情形

2

114年第3季點值預估

01 點值預估假設

02 114年第3季點值預估

3

點值預估假設



1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子採前1年同期結算報表值。
3. 預算攤月以113年同期之申報資料分別計算週日、週六、國定假日及工作日回攤113年得出每季各月之費用占率。
4. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採113下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

4

114年第3季點值預估



114年【牙醫門診總額】投保分區點值推估

月份	投保分區	牙醫總額 預算 (百萬)	新增醫藥 分業地區 (百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第3季	臺北	4,712	0	44	5,010	0.9244	0.9324
	北區	2,111	0	18	2,068	0.9960	1.0120
	中區	2,299	0	20	2,249	1.0118	1.0131
	南區	1,582	0	14	1,468	1.0658	1.0675
	高屏	1,738	0	13	1,635	1.0536	1.0547
	東區	243	0	2	194	1.2555	1.2341
	合計	12,685	0	111	12,625	0.9960	0.9960

註：113Q3結算全國浮動點值為1.0083、平均點值為1.0082。

5

114年第3季牙醫總額醫療供給及利用概況

6

牙醫診所數【分區別】



◆ 110年9月-114年9月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110年9月	2,626	900	1,320	814	1,010	112	6,782	0.49%
111年9月	2,646	917	1,321	813	1,004	112	6,813	0.46%
112年9月	2,686	936	1,342	814	1,003	111	6,892	1.16%
113年9月	2,688	964	1,350	826	1,004	109	6,941	0.71%
114年9月	2,722	974	1,357	836	998	110	6,997	0.81%
增減家數	34	10	7	10	-6	1	56	
成長率	1.3%	1.0%	0.5%	1.2%	-0.6%	0.9%	0.8%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

7

牙醫師執業數【分區別】



◆ 110年9月-114年9月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110年9月	6,416	2,205	2,763	1,668	2,165	216	15,433	2.1%
111年9月	6,517	2,280	2,802	1,681	2,216	216	15,712	1.8%
112年9月	6,622	2,321	2,874	1,718	2,237	217	15,989	1.8%
113年9月	6,732	2,411	2,965	1,766	2,233	221	16,328	2.1%
114年9月	6,795	2,477	3,050	1,801	2,259	217	16,599	1.7%
增減人數	63	66	85	35	26	-4	271	
成長率	0.9%	2.7%	2.9%	2.0%	1.2%	-1.8%	1.7%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

8

牙醫師執業數【層級別】



◆ 110年9月-114年9月

年月	牙醫師數					成長率			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫
110年9月	1,145	765	257	13,266	15,433	-1.6%	3.7%	6.6%	2.2%
111年9月	1,154	756	273	13,529	15,712	0.8%	-1.2%	6.2%	2.0%
112年9月	1,151	728	248	13,862	15,989	-0.3%	-3.7%	-9.2%	2.5%
113年9月	1,233	655	251	14,189	16,328	7.1%	-10.0%	1.2%	2.4%
114年9月	1,284	630	255	14,430	16,599	4.1%	-3.8%	1.6%	1.7%
增減人數	51	-25	4	241	271				

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

9

就診牙醫人數【分區別】



◆ 114年第3季

單位：千人

年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110Q3	1,601	729	950	619	730	79	4,674	-9.7%
111Q3	1,787	802	1,020	653	777	81	5,080	8.7%
112Q3	1,917	867	1,083	676	800	83	5,383	6.0%
113Q3	1,963	891	1,114	697	829	84	5,538	2.9%
114Q3	2,042	937	1,146	717	848	86	5,735	3.6%
增減人數	79	46	32	20	19	1	197	
成長率	4.0%	5.1%	2.9%	2.9%	2.3%	1.3%	3.6%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

10

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 114年第3季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	347	6.1%	3.7%	601,631	9.2%	4.3%	1,736	2.9%
2區域醫院	254	-0.9%	2.7%	447,404	1.1%	3.2%	1,763	2.0%
3地區醫院	127	3.6%	1.4%	214,833	5.1%	1.5%	1,685	1.4%
4基層診所	8,544	2.4%	92.2%	12,682,360	4.3%	89.8%	1,484	1.8%
5交付機構	-	-	-	170,645	0.6%	1.2%	-	-
合計	9,272	2.5%		14,116,873	4.3%		1,523	1.8%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：本表以各醫院114年9月當下之層級歸類。

11

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 114年第3季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	3,287	3.3%	2,042	4.0%	1.61	-0.7%	4,996,734	4.9%	1,520	1.5%
北區	1,504	4.8%	937	5.1%	1.61	-0.3%	2,314,172	6.8%	1,538	2.0%
中區	1,804	1.7%	1,146	2.9%	1.57	-1.1%	2,795,970	4.1%	1,550	2.3%
南區	1,155	0.7%	717	2.9%	1.61	-2.1%	1,750,419	3.1%	1,515	2.4%
高屏	1,382	0.8%	848	2.3%	1.63	-1.4%	2,021,779	1.8%	1,463	0.9%
東區	140	0.1%	86	1.3%	1.62	-1.2%	237,799	4.1%	1,704	4.0%
合計	9,272	2.5%	5,735	3.6%	1.62	-1.0%	14,116,873	4.3%	1,523	1.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

12

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 114年第3季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	32	7.6%	6,318	6.9%	200	-0.6%
2.牙醫急診	4	-1.4%	8,973	-6.1%	2,359	-4.8%
3.牙醫門診手術	15	0.8%	51,322	3.3%	3,516	2.4%
4.無牙醫鄉服務	32	3.8%	53,218	5.4%	1,643	1.5%
5.牙醫特殊醫療	55	12.2%	213,848	15.8%	3,897	3.2%
6.其他專案	9,135	2.4%	13,612,548	4.2%	1,490	1.8%
7.交付機構	-	-	170,645	0.6%	-	0.0%
合計	9,272	2.5%	14,116,873	4.3%	1,523	1.8%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：支付機構未統計申報件數。

13

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 114年第3季(表_1/2)

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	0	-65.4%	10	-42.0%	5	-87.1%
2.牙醫急診	7,036	-4.2%	1,864	-13.3%	69	11.2%
3.牙醫門診手術	33,305	5.6%	15,454	0.5%	2,210	-8.9%
4.無牙醫鄉服務	262	12.4%	414	-3.7%	2,370	31.7%
5.牙醫特殊醫療	51,108	15.0%	23,958	8.7%	14,612	17.1%
6.其他專案	509,919	9.0%	405,704	0.7%	195,567	4.3%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-
合計	601,631	9.2%	447,404	1.1%	214,833	5.1%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：交付機構未統計申報件數。

14

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 114年第3季(表_2/2)

案件分類	基層診所		交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	6,303	7.7%	-	-	6,318	6.9%
2.牙醫急診	4	-5.5%	-	-	8,973	-6.1%
3.牙醫門診手術	353	-4.6%	-	-	51,322	3.3%
4.無牙醫鄉服務	50,172	4.5%	-	-	53,218	5.4%
5.牙醫特殊醫療	124,170	17.5%	-	-	213,848	15.8%
6.其他專案	12,501,358	4.2%	-	-	13,612,548	4.2%
7.交付機構	-	-	170,645	0.6%	170,645	0.6%
合計	12,682,360	4.3%	170,645	0.6%	14,116,873	4.3%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：交付機構未統計申報件數。

15

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 114年第3季(表_1/2)

案件分類	1.一般案件(簡表)		2.牙醫急診		3.牙醫門診手術		4.無牙醫鄉服務	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	2,573	14.0%	3,797	-13.1%	11,801	2.8%	3,602	4.6%
北區	1,375	29.0%	281	11.5%	4,820	17.8%	2,967	14.2%
中區	655	-5.6%	1,866	20.4%	12,973	2.5%	17,826	2.4%
南區	726	-34.7%	1,471	-9.4%	7,455	5.2%	7,447	18.9%
高屏	931	24.9%	1,188	-19.7%	10,699	-3.8%	15,013	2.4%
東區	58	77.1%	371	28.4%	3,575	9.5%	6,363	4.3%
合計	6,318	6.9%	8,973	-6.1%	51,322	3.3%	53,218	5.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

16

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 114年第3季(表_2/2)

案件分類	5.牙醫特殊醫療		6.其他專案		7.交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	67,781	15.4%	4,849,280	4.8%	57,900	0.8%	4,996,734	4.9%
北區	34,096	11.3%	2,240,835	6.8%	29,798	3.4%	2,314,172	6.8%
中區	45,067	17.9%	2,682,960	4.0%	34,623	0.3%	2,795,970	4.1%
南區	22,701	16.2%	1,689,487	3.0%	21,133	-0.3%	1,750,419	3.1%
高屏	34,199	13.7%	1,935,843	1.7%	23,905	-1.9%	2,021,779	1.8%
東區	10,004	36.1%	214,142	2.9%	3,287	-0.5%	237,799	4.1%
合計	213,848	15.8%	13,612,548	4.2%	170,645	0.6%	14,116,873	4.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

17

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 114年第3季(表_1/2)

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	39,205	2.6%	28,956	0.5%	1,235,975	3.1%
北區	17,967	3.6%	14,331	2.8%	570,030	4.3%
中區	21,832	1.8%	17,350	-0.7%	685,402	1.6%
南區	14,350	-0.9%	10,961	-1.3%	428,948	1.2%
高屏	14,328	-2.1%	12,075	-2.4%	504,996	1.0%
東區	2,473	5.3%	1,760	-0.6%	54,041	0.6%
總計	110,155	1.5%	85,432	-0.1%	3,479,392	2.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

18

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 114年第3季(表_2/2)

分區別	4.診療小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	3,692,351	5.5%	246	0.1%	4,996,734	4.9%
北區	1,711,809	7.8%	35	34.3%	2,314,172	6.8%
中區	2,071,199	5.1%	187	-15.8%	2,795,970	4.1%
南區	1,296,025	3.9%	135	-8.0%	1,750,419	3.1%
高屏	1,490,323	2.2%	56	-15.9%	2,021,779	1.8%
東區	179,503	5.2%	23	26.3%	237,799	4.1%
總計	10,441,211	5.1%	683	-6.0%	14,116,873	4.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

19

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】



◆ 114年第3季(表_1/2)

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	9,610	10.8%	3,797	3.7%	137,915	7.1%
區域醫院	5,123	-4.4%	2,996	-3.6%	101,126	-0.5%
地區醫院	1,567	-3.5%	1,263	-2.8%	48,055	5.1%
基層診所	338	1.1%	250	-6.7%	3,192,297	2.3%
交付機構	93,518	1.1%	77,126	0.0%	-	-
總計	110,155	1.5%	85,432	-0.1%	3,479,392	2.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

20

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】



◆ 114年第3季(表_2/2)

層級別	4.診療費小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	449,886	9.8%	423	0.4%	601,631	9.2%
區域醫院	337,936	1.7%	225	-17.9%	447,404	1.1%
地區醫院	163,913	5.3%	35	16.1%	214,833	5.1%
基層診所	9,489,475	5.0%	-	-	12,682,360	4.3%
交付機構	-	-	0.1	-88.9%	170,645	0.6%
總計	10,441,211	5.1%	683	-6.0%	14,116,873	4.3%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：「特材小計」：交付機構 113年第3季申報1,329點；114年第3季申報148點，成長率-88.9%。

21

114年第3季醫療服務供給&利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (114年9月)	2,722	974	1,357	836	998	110	6,997
成長率	1.3%	1.0%	0.5%	1.2%	-0.6%	0.9%	0.8%
醫師數 (114年9月)	6,795	2,477	3,050	1,801	2,259	217	16,599
成長率	0.9%	2.7%	2.9%	2.0%	1.2%	-1.8%	1.7%
人口數 (千)	7,453	3,937	4,550	3,243	3,612	522	23,317
人口數 (成長率)	-0.80%	0.52%	-0.16%	-0.54%	-0.52%	-0.75%	-0.37%
每位醫師照護人口數	1,097	1,590	1,492	1,801	1,599	2,406	1,405
每萬人口醫師數	9.12	6.29	6.70	5.55	6.25	4.16	7.12
申報件數 (千)	3,287	1,504	1,804	1,155	1,382	140	9,272
成長率	3.3%	4.8%	1.7%	0.7%	0.8%	0.1%	2.5%
申報醫療費用 (百萬)	4,997	2,314	2,796	1,750	2,022	238	14,117
成長率	4.9%	6.8%	4.1%	3.1%	1.8%	4.1%	4.3%
平均每件申報醫療費用點數	1,520	1,538	1,550	1,515	1,463	1,704	1,523
成長率	1.5%	2.0%	2.3%	2.4%	0.9%	4.0%	1.8%

註1：人口數來源為114年9月戶政統計，成長率為較113年同期相較。

註2：診所家數及醫師數成長率係與前一年同期比較。

註3：不含代辦案件，資料期間為114年7-9月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較

22

114年第3季費用成長因素



- ❖ 整體醫療點數成長(4.3%)，北區成長(6.8%)最高。
- ❖ 就醫件數：全區成長(2.5%)，北區成長(4.8%)最高。
- ❖ 就醫人數：全區成長(3.6%)，北區成長(5.1%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-1.0%)，南區負成長(-2.1%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(1.8%)，東區成長(4.0%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(0.8%)，東區成長(2.8%)最高。

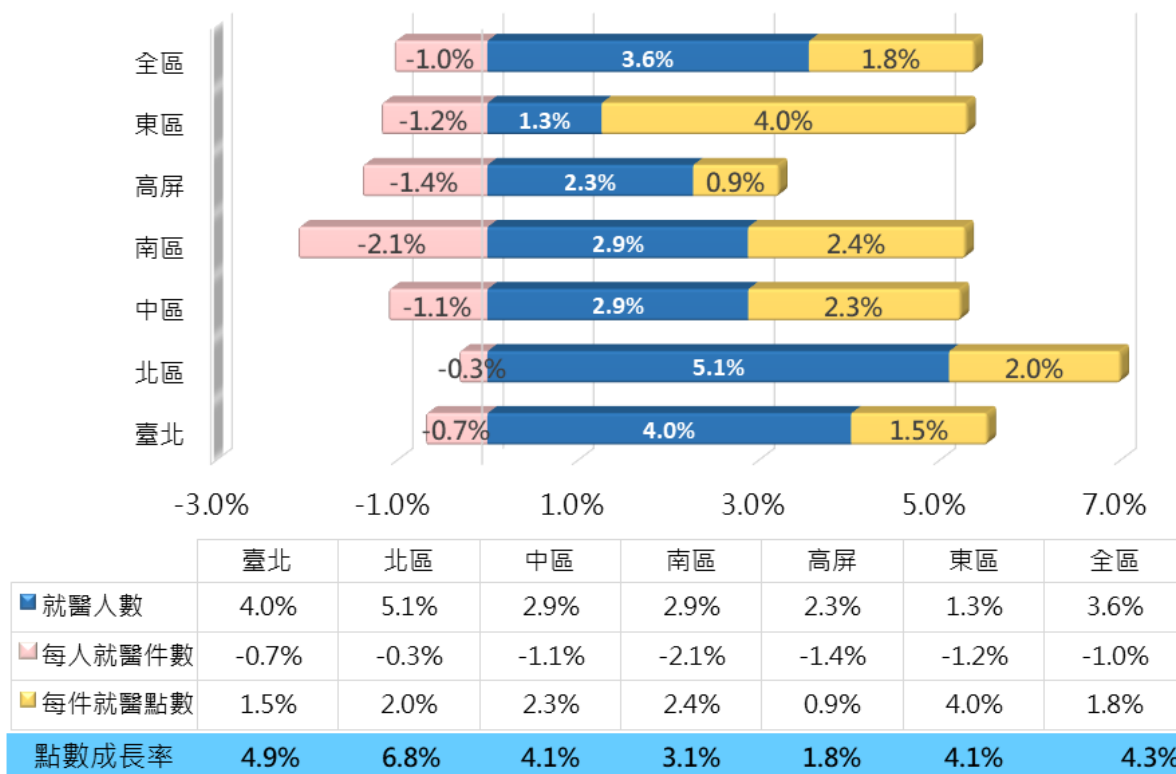
分區別	醫療點數	就醫件數	就醫人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	4.9%	3.3%	4.0%	-0.7%	1.5%	0.8%
北區	6.8%	4.8%	5.1%	-0.3%	2.0%	1.6%
中區	4.1%	1.7%	2.9%	-1.1%	2.3%	1.2%
南區	3.1%	0.7%	2.9%	-2.1%	2.4%	0.2%
高屏	1.8%	0.8%	2.3%	-1.4%	0.9%	-0.5%
東區	4.1%	0.1%	1.3%	-1.2%	4.0%	2.8%
全區	4.3%	2.5%	3.6%	-1.0%	1.8%	0.8%

註：

- 1：資料來源：本署多模型健保資料平台：門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算(114.11.13擷取)
- 2：件數：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。
- 3：人數：依身分證號與生戶計數。
- 4：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。
- 5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

23

114年第3季整體費用分析解構圖



24

114年第3季牙周病統合照護執行情形

25

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 114年第1-3季

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C-91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	201,396	-3.59%	1,942.0	-3.82%

- 預算執行率(註2)：60.30%
- 預算執行率(註3)：67.72%
- 服務人次執行率：67.13%
【201,396 / 300,000】

層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
醫療點數 (百萬點)	86.1	3.86%	67.6	-2.34%	41.1	-5.96%	1,747.1	-4.17%	1,942.0	-3.82%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	730.3	340.0	361.9	210.9	267.7	31.1	1,942.0
成長率	-5.87%	1.70%	0.93%	-1.89%	-11.46%	-5.52%	-3.82%

備註：

1.資料擷自114/11/13本署四代倉儲門診檔。

2.一般計算方式：全年預算=108年預算×歷年一般服務成長率=3,220.5百萬點

3.牙全會建議計算方式：全年預算=108年預算×歷年人口因素成長率=2,867.6百萬點

26

114年第2季牙醫總額各專款執行情形

27

一般服務移撥專用相關預算執行情形



114年第2季

單位：千點

114年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算	結餘款
移撥中區0.2億元、高屏0.1億元	7,500	7,500	-	-	15,000	30,000	15,000
執行率	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	50.0%	-	-
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	46,495	60,950	-	-	107,444	220,000	112,556
執行率	21.1%	27.7%	0.0%	0.0%	48.8%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	16,971	17,658	-	-	34,629	80,000	45,371
執行率	21.2%	22.1%	0.0%	0.0%	43.3%	-	-
移撥支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫專款	12,500	12,500	-	-	0	50,000	50,000
執行率	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	-
合計	83,466	98,608	-	-	157,074	380,000	222,926

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

28

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



114年第2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					323,800	
1.執業服務之定額給付(論量)	19,125	20,282	-	-	39,406	26%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,375	4,003	-	-	7,378	5%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	-		
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.3	0.3	-	-	0.6	0.000%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	5,162	7,821	-	-	12,982	9%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	-		
7.巡迴服務_論次給付(論次)	37,692	45,398	-	-	83,090	55%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	2	-	-	3.6	0.002%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,698	3,772	-	-	7,470	5%
暫結金額	69,054	81,277			150,330	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	80,950	92,846	92,520	173,470		
本季未支用金額	11,896	11,570	92,520	173,470		
各季執行占總預算比率(%)	21.3%	25%			46.4%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

29

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)



114年2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					855,900	
1 先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務	3,959	3,739	0	0	7,698	1.79%
2 自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	49,313	50,501	0	0	99,814	23.27%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	32,434	34,330	0	0	66,764	15.56%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	33,783	37,016	0	0	70,799	16.50%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	13,083	13,471	0	0	26,554	6.19%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,748	2,046	0	0	3,793	0.88%
7 醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	17,209	19,941	0	0	37,150	8.66%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	12,550	14,179	0	0	26,729	6.23%
9 醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	17,753	20,477	0	0	38,230	8.91%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	679	1,032	0	0	1,711	0.40%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	64	76	0	0	140	0.03%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	998	1,242	0	0	2,240	0.52%
13 醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務	473	682	0	0	1,155	0.27%
14 醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)	14,419	15,998	0	0	30,418	7.09%
15 醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務	749	962	0	0	1,711	0.40%
16 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	26	41	0	0	67	0.02%
17 醫療團特定需求者(論次)	341	422	0	0	763	0.18%
18 醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	121	162	0	0	282	0.07%

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



114年第2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
19 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	77	76	0	0	153	0.04%
20 醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	134	146	0	0	280	0.07%
21 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	19	23	0	0	42	0.01%
22 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	7	4	0	0	11	0.00%
23 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,971	1,835	0	0	3,806	0.89%
24 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	2,573	2,667	0	0	5,240	1.22%
25 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	509	425	0	0	934	0.22%
26 居家失能老人牙醫醫療服務	1,099	1,077	0	0	2,175	0.51%
27 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
28 居家居整病人牙醫醫療服務	163	201	0	0	363	0.08%
29 居家出院準備牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
30 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
暫結金額	206,252	222,773	0	0	429,025	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	213,975	221,698	212,900	426,875		
本季末支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	7,723	-1,075	212,900	426,875		
執行占總預算比率	24.1%	26.0%	0.0%	0.0%	50.1%	

註1、依據「114年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本預算由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」專款項目及當年度該總額地區預算調整方式之移撥款支應。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，屬前巡修撥款費用，依當年度修撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。

註2、第2季浮動每點支付金額=0.98850772。

31

12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 預算執行情形



114年第2季

單位：千點

114年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	37,191	34,687	-	-	71,878	171,500
執行率	21.69%	20.23%	-	-	41.91%	-

註：

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

32

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



114年第2季

單位：千點

114年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
超音波根管沖洗計畫	25,135	27,904	-	-	53,039	144,800
執行率	17.36%	19.27%	-	-	36.63%	-

註：

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

33

高風險疾病口腔照護計畫預算執行情形



114年第2季

單位：千點

114年	第1季 ^{註2}	第2季 ^{註3}	第3季	第4季	合計	全年預算C
高風險疾病口腔照護計畫 A	700,000	700,000	-	-	1,400,000	2,800,000
已支用點數 B	816,595	863,706	-	-	1,680,301	
執行率(A/C)	25.00%	25.00%	-	-	50.00%	-
實際執行率(B/C)	29.16%	30.85%	-	-	60.01%	-

註：

1. 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。
2. 114年第1季點值0.85721800，預算執行數則以當季預算數呈現。
3. 114年第2季點值0.81046098，預算執行數則以當季預算數呈現。

34

特定疾病病人牙科就醫安全預算執行情形



114年第2季

單位：千點

114年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
特定疾病病人牙科就醫安全	67,310	78,562	-	-	145,872	307,100
執行率	21.92%	25.58%	-	-	47.50%	-

註：

本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

35

非齒源性口腔疼痛



114年第2季

單位：千點

114年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
非齒源性口腔疼痛處置 (114年5月生效)	-	651	-	-	651	14,400
執行率	-	4.52%	-	-	4.52%	-

註：

本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

36

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

報告事項第三案**報告單位：本署醫務管理組****案 由：114 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。****說 明：**

- 一、114年第2季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、114年第2季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算報表詳附件，頁次報3-3頁)：

年季 \ 分區		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
114Q2	浮動點值	0.95221473	1.03655109	1.03146247	1.07081535	1.06367691	1.15181014	1.01378366
	平均點值	0.95431779	1.04292711	1.03073908	1.07160072	1.06444626	1.15000000	1.01370100
	平均點值 (含專款)	0.95057977	1.03575695	1.01974080	1.06016509	1.05033138	1.12926757	1.00628079

- 三、檢附113年第2季點值結算資料供參。

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

- 四、全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫全年預算8.559億元，依計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；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。本季預算221.7百萬元，已支用點數222,773,226點，因預算不足支應，採浮動點值0.98850772支付。

五、本季牙醫門診總額結算作業，擬俟會議確認後，依全民健康保險法第62條規定一併辦理點值公布、結算事宜。另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自114年12月15日起暫付、核付之牙醫門診總額費用依114年第2季點值辦理，並於114年12月辦理點值結算追扣補付事宜。

決 定：

=====

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)114 年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

=114 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2 合計) × 107-108、112 年各季核定點數平均占率(Ra)

× 該區 112 年各季人口風險因子(R_112)

= 12,285,871,665

註：依據 113 年 11 月 19 日「牙醫門診總額研商議事會議」113 年度第 3 次會議決定，114 年度牙醫門診總額預算四季重分配方式，以「107-108、112 年各季核定點數平均占率(Ra)」計算一般服務預算四季重分配占率：第 1 季 23.946284%、第 2 季 24.753232%、第 3 季 25.542684%、第 4 季 25.757800%。114 年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區 112 年度各季人口風險因子(R_112)進行分配，第 4 季預算則為各分區原全年預算數扣減前 3 季調整後預算數辦理。

114 全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 49,633,404,093 元：

1. 114 第 1 季調整後預算 11,885,355,902 元=114 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2 合計)×Ra×(R_112)。

2. 114 第 2 季調整後預算 12,285,871,665 元=114 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2 合計)×Ra×(R_112)。

3. 114 第 3 季調整後預算 12,677,703,565 元=114 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2 合計)×Ra×(R_112)。

4. 114 第 4 季調整後預算= 114 年全年預算數－ 114 年第 1 季調整後預算－ 114 年第 2 季調整後預算－ 114 年第 3 季調整後預算

= 49,633,404,093－ 11,885,355,902－ 12,285,871,665－ 12,677,703,565

= 12,784,472,961 元。

5. 計算過程詳本表頁次 25：「三、一般服務費用總額」。

(二)114 年調整前各季牙醫一般服務醫療給付費用分配至各分區預算

	112 年 112 年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	111 年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	112 年 違反特管 辦法之扣 款(註 1) (B2)	113 年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	112 年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	113 年 違反特管 辦法之扣 款(註 2) (B4)	114 年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G1)	106 年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	114 年 4 項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	114 年調整前各 季一般服務醫 療給付費用分 配至各分區預算 (D2)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)
				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 2.055\%)$			$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 2.676\%)$			$= G1 - C1 - F$	
第 1 季	11,077,439,855	-95,524,163	13,413,960	11,221,283,676	29,741,499	200,029	11,552,307,990	26,806,674	95,000,000	11,430,501,316	0
第 2 季	11,830,545,824	-128,370,499	13,413,960	11,956,344,645	92,336,077	200,029	12,371,308,800	28,723,750	95,000,000	12,247,585,050	0
第 3 季	12,684,000,535	-118,775,136	13,413,960	12,837,130,398	96,582,042	200,029	13,280,023,967	30,832,102	95,000,000	13,154,191,865	0
第 4 季	12,313,651,261	-76,786,368	13,413,961	12,502,022,084	87,035,302	200,027	12,926,145,941	30,020,079	95,000,000	12,801,125,862	0
合 計	47,905,637,475	-419,456,166	53,655,841	48,516,780,803	305,694,920	800,114	50,129,786,698	116,382,605	380,000,000	49,633,404,093	0

註：

- 113 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)
 $= (112 \text{ 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 111 \text{ 年各季校正投保人口預估成長率差值}(B1) + \text{前 1 年度}(112 \text{ 年}) \text{總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}(B2)) \times (1 + 2.055\%)$ 。
 ※112 年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 53,655,841 元，按季均分。
- 114 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)
 $= (113 \text{ 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 112 \text{ 年各季校正投保人口預估成長率差值}(B3) + \text{前 1 年度}(113 \text{ 年}) \text{總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}(B4)) \times (1 + 2.676\%)$ 。
 ※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%。
 ※113 年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 800,114 元，按季均分。
- 106 年編列之品質保證保留款預算(C1) $= (105 \text{ 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額} + 104 \text{ 年各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106 \text{ 年品質保證保留款成長率}(0.3\%)$ 。
 ※依據衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 113 年第 8 次委員會議決議，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。另品質保證保留款原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額(116.4 百萬元)，與 114 年度品質保證保留款(95.8 百萬元)合併運用(計 212.2 百萬元)。
- 114 年 4 項一般服務移撥專用費用(F)：依據 113 年 11 月 19 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 113 年度第 3 次會議決定辦理。114 年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計 3.8 億元，按季均分：
 (1)移撥 0.3 億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元。

(2)移撥 0.8 億元支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」。

(3)移撥 2.2 億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

(4)「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(0.5 億元)。

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

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

(三)114 年 4 項一般服務移撥專用費用

全年預算＝380,000,000 元

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

2. 移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算＝220,000,000 元

第 1 季：

第 1 季預算＝220,000,000/4＝ 55,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,535(J6)	暫結金額	1,535(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	25,669,287(J7)	暫結金額	27,336,173(J27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	8,183(J11)	暫結金額	8,183(J21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,171,028(J12)	暫結金額	19,148,770(J22)
(3)小計	加成前點數	43,850,033(J19)	暫結金額	46,494,661(J29)

暫結金額 = 46,494,661

未支用金額 = 第 1 季預算 - 暫結金額 = 8,505,339

第 2 季：

第 2 季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 220,000,000/4 + 8,505,339＝ 63,505,339

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,528(K6)	暫結金額	1,528(K26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	38,878,236(K7)	暫結金額	41,460,986(K27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	9,964(K11)	暫結金額	9,964(K21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,507,993(K12)	暫結金額	19,477,314(K22)
(3)小計	加成前點數	57,397,721(K19)	暫結金額	60,949,792(K29)

暫結金額 = 60,949,792

未支用金額 = 第 2 季預算 - 暫結金額 = 2,555,547

=====

第 3 季:

第 3 季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 220,000,000/4 + 2,555,547＝ 57,555,547

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

暫結金額 = 0 未支用金額 = 第 3 季預算 - 暫結金額 = 57,555,547

第 4 季:

第 4 季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 220,000,000/4 + 57,555,547＝112,555,547

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

暫結金額 = 0 未支用金額 = 第 4 季預算 - 暫結金額 = 112,555,547

全年合計:

全年預算＝220,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	3,063(N6)	暫結金額	3,063(N26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	64,547,523(N7)	暫結金額	68,797,159(N27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	18,147(N11)	暫結金額	18,147(N21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	36,679,021(N12)	暫結金額	38,626,084(N22)
(3)小計	加成前點數	101,247,754(N19)	暫結金額	107,444,453(N29)

已暫結金額 = 第 1-4 季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)
 = 46,494,661 + 60,949,792 + 0 + 0
 = 107,444,453

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額
 = 220,000,000 - 107,444,453
 = 112,555,547 (E4)

- 註：1. 依據「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」,有關巡迴計畫之「加成申報」費用,加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥 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。
2. 移撥經費全年預算若有結餘,優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫,若再有剩餘則回歸一般服務費用總額,並依 112 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

3. 全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫

全年預算：80,000,000 元

第 1 季: 預算 = 80,000,000 / 4 = 20,000,000

已支用點數：16,970,969

暫結金額：1 元/點 × 已支用點數 = 16,970,969

未支用金額：第 1 季預算 - 第 1 季暫結金額 = 20,000,000 - 16,970,969 = 3,029,031

第 2 季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 80,000,000 / 4 + 3,029,031 = 23,029,031

已支用點數：17,658,147

暫結金額：1 元/點 × 已支用點數 = 17,658,147

未支用金額：第 2 季預算 - 第 2 季暫結金額 = 23,029,031 - 17,658,147 = 5,370,884

第 3 季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 80,000,000 / 4 + 5,370,884 = 25,370,884

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額：第 3 季預算 - 第 3 季暫結金額 = 25,370,884 - 0 = 25,370,884

第 4 季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 80,000,000 / 4 + 25,370,884 = 45,370,884

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額：第 4 季預算 - 第 4 季暫結金額 = 45,370,884 - 0 = 45,370,884

全年合計: 預算 = 80,000,000

全年已支用點數：34,629,116

全年已結算金額：1 元/點 × 全年已支用點數 = 34,629,116

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 80,000,000 - 34,629,116

= 45,370,884 (E5)

註：1. 依據 114 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。

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

4. 移撥支應「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」專款 0.5 億元。每季移撥 12,500,000 元(R)。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

5. 全年合計：

全年預算 380,000,000 元

第 1 季:預算= 380,000,000/ 4 = 95,000,000

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 46,494,661(J29)+ 16,970,969+ 12,500,000(R) = 83,465,630

未支用金額: 第 1 季預算—第 1 季已暫結金額= 95,000,000— 83,465,630 = 11,534,370

第 2 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 11,534,370 = 106,534,370

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 60,949,792(K29)+ 17,658,147+ 12,500,000(R) = 98,607,939

未支用金額: 第 2 季預算—第 2 季已暫結金額= 106,534,370— 98,607,939 = 7,926,431

第 3 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 7,926,431 = 102,926,431

已暫結金額: 0(Z)+ 0(L29)+ 0+ 0(R) = 0

未支用金額: 第 3 季預算—第 3 季已暫結金額= 102,926,431— 0 = 102,926,431

第 4 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 102,926,431 = 197,926,431

已暫結金額: 0(Z)+ 0(M29)+ 0+ 0(R) = 0

未支用金額: 第 4 季預算—第 4 季已暫結金額= 197,926,431— 0 = 197,926,431

全年合計:預算= 380,000,000

全年已暫結金額: 182,073,569

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已暫結金額

= 380,000,000 — 182,073,569

= 197,926,431 (E11)

=====

註：

- 1.各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。
- 2.移撥全年 4 項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：第 1 季至第 3 季為 0(E11)

二、專款項目費用

(一)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 323,800,000

第 1 季:

預算=323,800,000/4= 80,950,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:	點數	10,075,188(J0)	收入	19,124,651(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:			已支用點數	3,374,970(J2)
執業計畫診所之品質獎勵費用J13:			已支用點數	0(J13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,535(J6)	加成已支用點數	303(J3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	25,669,287(J7)	加成已支用點數	5,161,661(J4)
巡迴計畫之品質獎勵費用J14:			已支用點數	0(J14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)J5:			已支用點數	37,691,850(J5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	8,183(J11)	加成已支用點數	1,640(J8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,171,028(J12)	加成已支用點數	3,698,486(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				60,004,098(J10)

暫結金額

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

= 69,053,561

未支用金額

= 第 1 季預算 - 暫結金額

= 11,896,439

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

=====

第 2 季:

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 323,800,000/4 + 11,896,439＝ 92,846,439

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1:	點數	10,740,425(K0)	收入	20,281,536(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	4,002,600(K2)
執業計畫診所之品質獎勵費用K13:			已支用點數	0(K13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,528(K6)	加成已支用點數	302(K3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	38,878,236(K7)	加成已支用點數	7,820,597(K4)
巡迴計畫之品質獎勵費用K14:			已支用點數	0(K14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)K5:			已支用點數	45,398,150(K5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	9,964(K11)	加成已支用點數	1,996(K8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,507,993(K12)	加成已支用點數	3,771,688(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				71,735,758(K10)

暫結金額

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

＝ 81,276,869

未支用金額

＝ 第 2 季預算 － 暫結金額

＝ 11,569,570

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

=====

第 3 季:

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 323,800,000/4 + 11,569,570＝ 92,519,570

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

暫結金額

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

＝ 0

未支用金額

＝ 第 3 季預算 － 暫結金額

＝ 92,519,570

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

=====

第 4 季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 323,800,000/4 + 92,519,570＝173,469,570

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

暫結金額

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

＝ 0

未支用金額

＝ 第 4 季預算 － 暫結金額

＝ 173,469,570

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

=====

全年合計：

全年預算=323,800,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	20,815,613(N0)	收入	39,406,187(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	7,377,570(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	3,063(N6)	加成已支用點數	605(N3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	64,547,523(N7)	加成已支用點數	12,982,258(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	0(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	83,090,000(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	18,147(N11)	加成已支用點數	3,636(N8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	36,679,021(N12)	加成已支用點數	7,470,174(N9)
(5)小計已支用點數(N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				131,739,856(N10)

全年已暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
= 69,053,561 + 81,276,869 + 0 + 0 = 150,330,430

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 173,469,570

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

註：

- 依據「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」，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。
- 「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」巡迴計畫規定，屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫、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(P3601C)、支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、支付標準「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)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。
- 社區醫療站及巡迴點牙醫醫療服務：依據「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」，社區醫療站及巡迴點提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

(二)牙醫特殊醫療服務

全年預算 = 855,900,000

(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。)

第 1 季：預算 = 855,900,000/4 = 213,975,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,958,985(V01)	3,941,354(VF01)	17,631(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	49,313,049(V02)	47,892,528(VF02)	1,420,521(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	32,433,704(V03)	31,781,606(VF03)	652,098(VN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	33,783,113(V04)	33,282,123(VF04)	500,990(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,083,197(V05)	12,762,994(VF05)	320,203(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,747,619(V06)	1,648,139(VF06)	99,480(VN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,209,081(V07)	17,208,683(VF07)	398(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,550,284(V08)	12,550,027(VF08)	257(VN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	17,752,686(V09)	17,750,781(VF09)	1,905(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	679,226(V10)	679,184(VF10)	42(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	64,211(V11)	64,211(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	997,867(V12)	997,867(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	472,654(V13)	472,612(VF13)	42(VN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	14,419,200(V14)	14,419,200(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	748,950(V15)	748,900(VF15)	50(VN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	26,074(V16)	26,074(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	340,800(V17)	340,800(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	120,688(V18)	120,598(VF18)	90(VN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	76,866(V19)	76,866(VF19)	0(VN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	133,962(V20)	133,933(VF20)	29(VN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	18,798(V21)	18,798(VF21)	0(VN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	7,039(V22)	7,039(VF22)	0(VN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,970,837(V23)	1,970,837(VF23)	0(VN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,572,519(V24)	2,572,519(VF24)	0(VN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	508,602(V25)	508,602(VF25)	0(VN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,098,747(V26)	1,098,747(VF26)	0(VN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V27)	0(VF27)	0(VN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	162,872(V28)	162,872(VF28)	0(VN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V30)	0(VF30)	0(VN30)
(99)合計	206,251,630(V99)	203,237,894(VF99)	3,013,736(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1 元/點×已支用點數 = 206,251,630	= 第 1 季預算 - 暫結金額 =	7,723,370	

列印日期：114/11/13

114 年第 2 季

結算主要費用年月起迄:114/04—114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 14

第 2 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 855,900,000/4＋ 7,723,370＝ 221,698,370

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,739,156(W01)	3,738,655(WF01)	501(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	50,501,158(W02)	49,034,812(WF02)	1,466,346(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,330,359(W03)	33,563,898(WF03)	766,461(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	37,015,881(W04)	36,540,582(WF04)	475,299(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,471,170(W05)	13,226,028(WF05)	245,142(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,045,723(W06)	1,958,046(WF06)	87,677(WN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,941,058(W07)	19,940,656(WF07)	402(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,179,189(W08)	14,178,603(WF08)	586(WN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	20,476,862(W09)	20,475,008(WF09)	1,854(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,031,883(W10)	1,031,883(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	76,128(W11)	76,128(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,242,463(W12)	1,242,343(WF12)	120(WN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	681,994(W13)	681,952(WF13)	42(WN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	15,998,400(W14)	15,998,400(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	961,994(W15)	961,994(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	41,393(W16)	41,393(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	422,400(W17)	422,400(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	161,738(W18)	161,738(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	76,070(W19)	76,041(WF19)	29(WN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	146,226(W20)	146,226(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,923(W21)	22,923(WF21)	0(WN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	4,457(W22)	4,457(WF22)	0(WN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,834,959(W23)	1,834,959(WF23)	0(WN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,667,492(W24)	2,667,492(WF24)	0(WN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	425,098(W25)	425,098(WF25)	0(WN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,076,535(W26)	1,076,535(WF26)	0(WN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	200,517(W28)	200,517(WF28)	0(WN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W30)	0(WF30)	0(WN30)
(99)合計	222,773,226(W99)	219,728,767(WF99)	3,044,459(WN99)

暫結金額

＝ 1 元/點×已支用點數＝ 222,773,226

未支用金額

＝ 第 2 季預算－暫結金額＝ -1,074,856

※第 2 季浮動每點支付金額

＝ (第 2 季預算－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費用)／浮動點數
 [第 2 季預算－1 元/點×(WF01＋WF02＋WF03＋WF07＋WF08＋WF15＋WF16＋WF18＋WF19＋WF23＋WF24＋WN99)]

＝
 WF04＋WF05＋WF06＋WF09＋WF10＋WF11＋WF12＋WF13＋W14＋W17＋WF20＋WF21＋W22＋WF25＋WF26＋WF27＋WF28＋WF29＋WF30
 ＝ 0.98850772

第 3 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 855,900,000/4＋

0＝ 213,975,000

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

暫結金額

＝ 1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額

＝ 第 3 季預算 － 暫結金額＝ 213,975,000

第 4 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 855,900,000/4＋ 213,975,000＝ 427,950,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y30)	0(YF30)	0(YN30)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1 元/點×已支用點數＝ 0	＝ 第 4 季預算 － 暫結金額＝ 427,950,000		

全年合計：全年預算＝ 855,900,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	7,698,141(Z01)	7,680,009(ZF01)	18,132(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	99,814,207(Z02)	96,927,340(ZF02)	2,886,867(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	66,764,063(Z03)	65,345,504(ZF03)	1,418,559(ZN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	70,798,994(Z04)	69,822,705(ZF04)	976,289(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	26,554,367(Z05)	25,989,022(ZF05)	565,345(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,793,342(Z06)	3,606,185(ZF06)	187,157(ZN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	37,150,139(Z07)	37,149,339(ZF07)	800(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	26,729,473(Z08)	26,728,630(ZF08)	843(ZN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	38,229,548(Z09)	38,225,789(ZF09)	3,759(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,711,109(Z10)	1,711,067(ZF10)	42(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	140,339(Z11)	140,339(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	2,240,330(Z12)	2,240,210(ZF12)	120(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	1,154,648(Z13)	1,154,564(ZF13)	84(ZN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	30,417,600(Z14)	30,417,600(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	1,710,944(Z15)	1,710,894(ZF15)	50(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	67,467(Z16)	67,467(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	763,200(Z17)	763,200(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	282,426(Z18)	282,336(ZF18)	90(ZN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	152,936(Z19)	152,907(ZF19)	29(ZN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	280,188(Z20)	280,159(ZF20)	29(ZN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	41,721(Z21)	41,721(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	11,496(Z22)	11,496(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,805,796(Z23)	3,805,796(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,240,011(Z24)	5,240,011(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	933,700(Z25)	933,700(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	2,175,282(Z26)	2,175,282(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z27)	0(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	363,389(Z28)	363,389(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z30)	0(ZF30)	0(ZN30)
(99)合計	429,024,856(Z99)	422,966,661(ZF99)	6,058,195(ZN99)

全年預算＝ 855,900,000

全年已支用點數＝ 第 1-4 季已支用點數

＝ 206,251,630 + 222,773,226 + 0 + 0 = 429,024,856

全年已結算金額＝ 206,251,630 + 221,698,370 + 0 + 0 = 427,950,000

=====

全年由一般服務部門支應之預算＝ 0

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

＝ 855,900,000 －（ 427,950,000 － 0）

＝ 855,900,000 － 427,950,000

＝ 427,950,000

註：

依據「114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」點值結算方式如下：

1. 本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
2. 全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元，另前述屬移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。
3. 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；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。

(三)12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫

全年預算＝171,500,000 元

第 1 季:預算＝171,500,000/4＝ 42,875,000

已支用點數： 37,191,095

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 37,191,095

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝ 42,875,000－ 37,191,095＝ 5,683,905

第 2 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝171,500,000/4＋ 5,683,905＝ 48,558,905

已支用點數： 34,686,849

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 34,686,849

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝ 48,558,905－ 34,686,849＝ 13,872,056

第 3 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝171,500,000/4＋ 13,872,056＝ 56,747,056

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝ 56,747,056－ 0＝ 56,747,056

第 4 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝171,500,000/4＋ 56,747,056＝ 99,622,056

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 99,622,056－ 0＝ 99,622,056

全年合計:預算＝171,500,000

已支用點數： 71,877,944

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝ 71,877,944

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝ 171,500,000－ 71,877,944

＝ 99,622,056

註:依據「114 年度全民健康保險 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」,預算按季均分及結算,每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘,則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算。

(四)超音波根管沖洗計畫

全年預算：144,800,000 元

第 1 季:預算= 144,800,000/4= 36,200,000

已支用點數：25,134,582

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 25,134,582

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額= 36,200,000－25,134,582= 11,065,418

第 2 季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 11,065,418= 47,265,418

已支用點數：27,904,350

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 27,904,350

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額= 47,265,418－27,904,350= 19,361,068

第 3 季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 19,361,068= 55,561,068

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額= 55,561,068－0= 55,561,068

第 4 季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 55,561,068= 91,761,068

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額= 91,761,068－0= 91,761,068

全年合計:預算= 144,800,000 元

已支用點數：53,038,932

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數= 53,038,932

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 144,800,000－53,038,932

= 91,761,068

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

(五)高風險疾病口腔照護計畫

全年預算＝2,800,000,000 元

第 1 季:預算＝2,800,000,000/4＝700,000,000

已支用點數：816,595,082

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝816,595,082

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝700,000,000－816,595,082＝-116,595,082

浮動點值＝(第 1 季預算－非浮動點數)／浮動點數＝(700,000,000－0)／816,595,082＝0.85721800

第 2 季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝2,800,000,000/4＋0＝700,000,000

已支用點數：863,705,983

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝863,705,983

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝700,000,000－863,705,983＝-163,705,983

浮動點值＝(第 2 季預算－非浮動點數)／浮動點數＝(700,000,000－0)／863,705,983＝0.81046098

第 3 季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝2,800,000,000/4＋0＝700,000,000

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝700,000,000－0＝700,000,000

第 4 季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝2,800,000,000/4＋700,000,000＝1,400,000,000

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝1,400,000,000－0＝1,400,000,000

全年合計:預算＝2,800,000,000 元

已支用點數：1,680,301,065

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝1,400,000,000

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝2,800,000,000－1,400,000,000

＝1,400,000,000

註：

1. 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。
2. 「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。
3. 依據 113 年 11 月 19 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 113 年度第 3 次會議決定「114 年度一般服務費用之地區預算分配方式」略以，各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額。

(六)特定疾病病人牙科就醫安全計畫

全年預算＝ 307,100,000 元

第 1 季:預算＝ 307,100,000/4＝ 76,775,000

已支用點數： 67,309,648

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 67,309,648

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝ 76,775,000－ 67,309,648＝ 9,465,352

第 2 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 307,100,000/4＋ 9,465,352＝ 86,240,352

已支用點數： 78,561,869

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 78,561,869

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝ 86,240,352－ 78,561,869＝ 7,678,483

第 3 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 307,100,000/4＋ 7,678,483＝ 84,453,483

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝ 84,453,483－ 0＝ 84,453,483

第 4 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 307,100,000/4＋ 84,453,483＝ 161,228,483

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 161,228,483－ 0＝ 161,228,483

全年合計:預算＝ 307,100,000 元

已支用點數： 145,871,517

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝ 145,871,517

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 307,100,000－ 145,871,517

＝ 161,228,483(E6)

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

全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(七)非齒源性口腔疼痛處置(114 年新增項目)

全年預算＝ 14,400,000 元

第 1 季:預算＝ 14,400,000/4＝ 3,600,000

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝ 3,600,000－ 0＝ 3,600,000

第 2 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 14,400,000/4＋ 3,600,000＝ 7,200,000

已支用點數： 651,172

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 651,172

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝ 7,200,000－ 651,172＝ 6,548,828

第 3 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 14,400,000/4＋ 6,548,828＝ 10,148,828

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝ 10,148,828－ 0＝ 10,148,828

第 4 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 14,400,000/4＋ 10,148,828＝ 13,748,828

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 13,748,828－ 0＝ 13,748,828

全年合計:預算＝ 14,400,000 元

已支用點數： 651,172

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝ 651,172

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 14,400,000－ 651,172

＝ 13,748,828(E7)

註：本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足，則採浮動點值結算。

(八)品質保證保留款(另行結算)

=106 年編列之品質保證保留款預算+114 年編列之品質保證保留款預算
 =(105 年 1-4 季牙醫一般服務醫療給付費用總額+各季校正投保人口預估成長率差值)×106 年品質保證保留款成長率(0.30%)+ 116,382,605
 =(8,887,743,719+ 47,814,126)×0.30%+(9,536,674,173+ 37,909,079)×0.30%+(10,232,725,814+ 44,641,542)×0.30%
 +(9,977,436,416+ 29,256,671)×0.30%+ 95,800,000
 = 26,806,674+ 28,723,750+ 30,832,102+ 30,020,079+ 95,800,000
 = 212,182,605

	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1.106 年編列之品質保證保留款預算	26,806,674	28,723,750	30,832,102	30,020,079	116,382,605
2.114 年編列之品質保證保留款預算	23,950,000	23,950,000	23,950,000	23,950,000	95,800,000
3.合計	50,756,674	52,673,750	54,782,102	53,970,079	212,182,605

※衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008A 公告「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款
 原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)與 114 年度之品質保證保留款(95.8 百萬元)合併運用(計 212.2 百萬元)。
 註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

三、各分區一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額:

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100% × 112 年各季人口風險因子(R_112)(四捨五入至整數位)

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1. 114 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算(D2)		11,430,501,316	12,247,585,050	13,154,191,865	12,801,125,862	49,633,404,093
2. 112 年人口風險因子(R_112)	臺北分區	0.37056	0.37139	0.37171	0.37181	
	北區分區	0.16651	0.16598	0.16655	0.16657	
	中區分區	0.18100	0.18079	0.18092	0.18071	
	南區分區	0.12521	0.12519	0.12475	0.12466	
	高屏分區	0.13752	0.13745	0.13692	0.13710	
	東區分區	0.01920	0.01920	0.01915	0.01915	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
3. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100%×(R_112)(註 1、2)	臺北分區	4,235,686,568	4,548,630,612	4,889,544,658	4,759,586,607	18,433,448,445
	北區分區	1,903,292,774	2,032,854,167	2,190,830,655	2,132,283,535	8,259,261,131
	中區分區	2,068,920,738	2,214,240,901	2,379,856,392	2,313,291,455	8,976,309,486
	南區分區	1,431,213,070	1,533,275,172	1,640,985,435	1,595,788,350	6,201,262,027
	高屏分區	1,571,922,541	1,683,430,565	1,801,071,950	1,755,034,356	6,811,459,412
	東區分區	219,465,625	235,153,633	251,902,775	245,141,559	951,663,592
	小計	11,430,501,316	12,247,585,050	13,154,191,865	12,801,125,862	49,633,404,093

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額：
 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=〔(D2 合計)× Ra－扣減與牙醫門診總額特殊醫療服務計畫重複之預算(B6)〕× R_112(四捨五入至整數位)
 +前一年分區保留款分配後結餘款(T)+114 年 4 項一般服務移撥專用費用支應高風險疾病口腔照護計畫預算
 不足款後之剩餘款(E11)

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.946284%	24.753232%	25.542684%	25.757800%	100%
2. 112 年人口風險因子(R_112)	臺北分區	0.37056	0.37139	0.37171	0.37181	
	北區分區	0.16651	0.16598	0.16655	0.16657	
	中區分區	0.18100	0.18079	0.18092	0.18071	
	南區分區	0.12521	0.12519	0.12475	0.12466	
	高屏分區	0.13752	0.13745	0.13692	0.13710	
	東區分區	0.01920	0.01920	0.01915	0.01915	
3. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=(D2)×Ra×(R_112)(註 1、2)		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註 2)(加總BD1)
	臺北分區	4,404,237,483	4,562,849,878	4,712,429,192	4,753,931,892	18,433,448,445
	北區分區	1,979,030,611	2,039,208,979	2,111,471,529	2,129,550,012	8,259,261,131
	中區分區	2,151,249,418	2,221,162,738	2,293,650,129	2,310,247,201	8,976,309,486
	南區分區	1,488,165,413	1,538,068,274	1,581,543,520	1,593,484,820	6,201,262,027
	高屏分區	1,634,474,144	1,688,693,060	1,735,831,172	1,752,461,036	6,811,459,412
	東區分區	228,198,833	235,888,736	242,778,023	244,798,000	951,663,592
	小計	11,885,355,902	12,285,871,665	12,677,703,565	12,784,472,961	49,633,404,093
4. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)(註 3)		0	0	0	0	0
5. 各分區支應「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」預算不足款(I)BI= I×R_112(註 3)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
6. 113 年分區保留款分配後結餘款(T)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	11,275,888	0	0	0	11,275,888
	小計	11,275,888	0	0	0	11,275,888
7. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註 4)	中區分區	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000
	高屏分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	小計	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000
8. 全年 114 年 4 項一般服務移撥專用費用 支應高風險疾病口腔照護計畫 預算不足款後之結餘款(E11) (註 5、註 6 及頁次 7)(第 4 季計算)					0	0
9. 各分區 114 年 4 項一般服務移撥 專用費用支應高風險疾病口腔 照護計畫預算不足款後之結餘 款(BE11) (BE11=(E11) × R_112) (第 4 季計算)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
10. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)+(T)+(Z) +(BE11)	臺北分區	4,404,237,483	4,562,849,878	4,712,429,192	4,753,931,892	18,433,448,445
	北區分區	1,979,030,611	2,039,208,979	2,111,471,529	2,129,550,012	8,259,261,131
	中區分區	2,156,249,418	2,226,162,738	2,298,650,129	2,315,247,201	8,996,309,486
	南區分區	1,488,165,413	1,538,068,274	1,581,543,520	1,593,484,820	6,201,262,027
	高屏分區	1,636,974,144	1,691,193,060	1,738,331,172	1,754,961,036	6,821,459,412
	東區分區	239,474,721	235,888,736	242,778,023	244,798,000	962,939,480
	小計	11,904,131,790	12,293,371,665	12,685,203,565	12,791,972,961	49,674,679,981

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額各別加總後與分區一般服務預算總額(D2)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額＝ 分區一般服務預算總額(D2)減去前五分區一般服務預算總額。
2. 為避免調整後各季各分區一般服務預算總額個別加總後(加總BD1)與調整前各季各分區一般服務預算總額加總(加總BD)產生之數元誤差，故調整後第 4 季各分區一般服務預算總額(BD1_q4)＝調整前全年各分區一般服務預算總額(加總BD)減去第 1-3 季調整後各分區一般服務預算總額(BD1_q1、BD1_q2、BD1_q3)＝加總BD－BD1_q1－BD1_q2－BD1_q3。
3. 依據 113 年 11 月 19 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 113 年度第 3 次會議決定略以，114 年度牙醫門診總額一般服務預算移撥 0.5 億元用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；。全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
4. 依據 113 年 11 月 19 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 113 年度第 3 次會議決定略以，114 年度牙醫門診總額一般服務預算移撥 0.3 億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元。
5. 依據 113 年 11 月 19 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 113 年度第 3 次會議決定略以，114 年度牙醫門診總額一般服務預算移撥 3.8 億元作為特定用途移撥款，用於醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用、特殊醫療服務計畫、弱勢鄉鎮醫療服務及該投保人口就醫率全國最高二區之保障款等 4 項定特用途，移撥經費若有剩餘優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。
6. 「114 年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」全年經費為 28 億元，本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。

四、各分區一般服務浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	3,781,656,455(BF)	0.96066125	-----	32,732,955	198,175
	2-北區分區	390,082,108	0.96066125	374,736,765	3,277,339	
	3-中區分區	229,817,986	0.96066125	220,777,234	1,978,101	
	4-南區分區	134,112,503	0.96066125	128,836,685	1,181,300	
	5-高屏分區	181,009,031	0.96066125	173,888,362	1,309,973	
	6-東區分區	23,611,894	0.96066125	22,683,032	300,983	
	7-合計	4,740,289,977(GF)		920,922,078(AF)	40,780,651(BG)	198,175(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	250,372,778	1.06364977	266,308,948	2,510,977	
	2-北區分區	1,480,471,922(BF)	1.06364977	-----	1,843,392	96,210
	3-中區分區	103,962,891	1.06364977	110,580,105	895,767	
	4-南區分區	68,212,263	1.06364977	72,553,958	568,575	
	5-高屏分區	41,294,005	1.06364977	43,922,359	302,513	
	6-東區分區	4,681,883	1.06364977	4,979,884	61,503	
	7-合計	1,948,995,742(GF)		498,345,254(AF)	6,182,727(BG)	96,210(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	75,838,240	1.02666169	77,860,216	748,900	
	2-北區分區	43,459,199	1.02666169	44,617,895	394,839	
	3-中區分區	1,941,630,779(BF)	1.02666169	-----	17,391,121	59,307
	4-南區分區	45,323,875	1.02666169	46,532,286	439,080	
	5-高屏分區	31,121,096	1.02666169	31,950,837	248,492	
	6-東區分區	3,080,126	1.02666169	3,162,247	38,238	
	7-合計	2,140,453,315(GF)		204,123,481(AF)	19,260,670(BG)	59,307(BJ)

程式代號：RGBI3408R01

114 年第 2 季

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:114/04—114/06

核付截止日期:114/09/30

列印日期：114/11/13

頁 次： 30

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	60,048,869	1.07971008	64,835,369	623,469	
	2-北區分區	27,382,393	1.07971008	29,565,046	258,438	
	3-中區分區	67,271,662	1.07971008	72,633,892	615,305	
	4-南區分區	1,197,759,706(BF)	1.07971008	-----	10,228,619	61,395
	5-高屏分區	67,971,504	1.07971008	73,389,518	541,757	
	6-東區分區	2,500,583	1.07971008	2,699,905	36,079	
	7-合計	1,422,934,717(GF)		243,123,730(AF)	12,303,667(BG)	61,395(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	44,636,355	1.06772182	47,659,210	448,451	
	2-北區分區	18,243,835	1.06772182	19,479,341	168,084	
	3-中區分區	32,173,081	1.06772182	34,351,901	296,354	
	4-南區分區	68,169,781	1.06772182	72,786,363	577,340	
	5-高屏分區	1,430,355,897(BF)	1.06772182	-----	-10,150,802	27,504
	6-東區分區	3,807,623	1.06772182	4,065,482	47,292	
	7-合計	1,597,386,572(GF)		178,342,297(AF)	-8,613,281(BG)	27,504(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,195,614	1.15178458	16,350,289	172,270	
	2-北區分區	4,582,116	1.15178458	5,277,611	63,343	
	3-中區分區	4,716,510	1.15178458	5,432,403	43,710	
	4-南區分區	3,239,979	1.15178458	3,731,758	42,740	
	5-高屏分區	6,590,913	1.15178458	7,591,312	61,464	
	6-東區分區	157,018,901(BF)	1.15178458	-----	1,893,425	14,359
	7-合計	190,344,033(GF)		38,383,373(AF)	2,276,952(BG)	14,359(BJ)

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

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)

— 投保該分區核定非浮動點數(BG)

— 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [4,562,849,878 — 920,922,078 — 40,780,651 — 198,175] / 3,781,656,455 = 0.95221473

北區分區 = [2,039,208,979 — 498,345,254 — 6,182,727 — 96,210] / 1,480,471,922 = 1.03655109

中區分區 = [2,226,162,738 — 204,123,481 — 19,260,670 — 59,307] / 1,941,630,779 = 1.03146247

南區分區 = [1,538,068,274 — 243,123,730 — 12,303,667 — 61,395] / 1,197,759,706 = 1.07081535

高屏分區 = [1,691,193,060 — 178,342,297 — -8,613,281 — 27,504] / 1,430,355,897 = 1.06367691

東區分區 = [235,888,736 — 38,383,373 — 2,276,952 — 14,359] / 157,018,901 = 1.24325193

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

— 核定非浮動點數(BG)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [12,293,371,665 — 72,191,386 — 456,950] / 12,040,404,356 = 1.01497616

4. 一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

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

臺北分區 = [4,562,849,878] / [4,740,289,977 + 40,780,651 + 198,175] = 0.95431779

北區分區 = [2,039,208,979] / [1,948,995,742 + 6,182,727 + 96,210] = 1.04292711

中區分區 = [2,226,162,738] / [2,140,453,315 + 19,260,670 + 59,307] = 1.03073908

南區分區 = [1,538,068,274] / [1,422,934,717 + 12,303,667 + 61,395] = 1.07160072

高屏分區 = [1,691,193,060] / [1,597,386,572 + -8,613,281 + 27,504] = 1.06444626

東區分區 = [235,888,736] / [190,344,033 + 2,276,952 + 14,359] = 1.22453508

5. 一般服務全區平均點值

= [12,293,371,665] / [12,040,404,356 + 72,191,386 + 456,950] = 1.01488634

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

＋專款專用暫結金額

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

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

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

臺北分區	＝〔 4,562,849,878＋ 404,566,209＋ 7,906,567＋ 2,311,508〕	
	／〔 4,740,289,977＋ 40,780,651＋ 198,175＋ 447,243,825＋ 7,906,567〕	＝0.95057977
北區分區	＝〔 2,039,208,979＋ 159,576,507＋ 4,838,476＋ 2,198,522〕	
	／〔 1,948,995,742＋ 6,182,727＋ 96,210＋ 169,848,274＋ 4,548,963〕	＝1.03575695
中區分區	＝〔 2,226,162,738＋ 253,982,854＋ 13,253,947＋ 2,468,999〕	
	／〔 2,140,453,315＋ 19,260,670＋ 59,307＋ 274,868,801＋ 12,909,813〕	＝1.01974080
南區分區	＝〔 1,538,068,274＋ 146,121,197＋ 10,556,648＋ 5,827,634〕	
	／〔 1,422,934,717＋ 12,303,667＋ 61,395＋ 158,987,945＋ 9,777,311〕	＝1.06016509
高屏分區	＝〔 1,691,193,060＋ 191,070,782＋ 15,720,934＋ 4,003,183〕	
	／〔 1,597,386,572＋ -8,613,281＋ 27,504＋ 207,320,950＋ 14,723,862〕	＝1.05033138
東區分區	＝〔 235,888,736＋ 42,135,683＋ 8,673,219＋ 848,301〕	
	／〔 190,344,033＋ 2,276,952＋ 14,359＋ 41,749,412＋ 7,531,205〕	＝1.18861913
全區	＝〔12,293,371,665＋ 1,197,453,232＋ 60,949,791＋ 17,658,147〕	
	／〔12,040,404,356＋ 72,191,386＋ 456,950＋ 1,300,019,207＋ 57,397,721〕	＝1.00734668

註：1. 專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案支付金額＋牙醫門診總額特殊醫療服務計畫＋12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫＋超音波根管沖洗計畫
＋高風險疾病口腔照護計畫＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋非齒源性口腔疼痛處置

2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋114年品質保證保留款預算/4。

=====

五、修正後一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額 12,285,871,665(BD1)

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=〔(D2 合計)× Ra—扣減與牙醫門診總額特殊醫療服務計畫重複之預算(B6)〕× R_112(四捨五入至整數位)
+前一年分區保留款分配後結餘款(T)+114 年 4 項一般服務移撥專用費用支應高風險疾病口腔照護計畫預算
不足款後之剩餘款(E11)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,562,849,878
調整後北區分區一般服務預算總額	=	2,039,208,979
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,226,162,738
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,538,068,274
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,691,193,060
調整後東區分區一般服務預算總額	=	235,888,736

總計		12,293,371,665

(二)保留款：

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

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

$$\text{臺北分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款}(T1) = 235,888,736 - [(190,344,033 + 2,276,952 + 14,359) \times 1.15] = 14,358,090$$

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

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

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

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

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

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

$$\text{東區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 27,820,589(P) + 14,358,090(T1) = 42,178,679$$

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

$$\text{修正後臺北分區一般服務預算總額} = 4,562,849,878(BD2) - 0 = 4,562,849,878$$

$$\text{修正後北區分區一般服務預算總額} = 2,039,208,979(BD2) - 0 = 2,039,208,979$$

$$\text{修正後中區分區一般服務預算總額} = 2,226,162,738(BD2) - 0 = 2,226,162,738$$

$$\text{修正後南區分區一般服務預算總額} = 1,538,068,274(BD2) - 0 = 1,538,068,274$$

$$\text{修正後高屏分區一般服務預算總額} = 1,691,193,060(BD2) - 0 = 1,691,193,060$$

$$\text{修正後東區分區一般服務預算總額} = 235,888,736(BD2) - 14,358,090 = 221,530,646$$

總計

12,279,013,575

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

六、修正後各分區一般服務點值之計算

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

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季點值(AF)

— 投保該分區核定非浮動點數(BG)

— 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 =[4,562,849,878 — 920,922,078 — 40,780,651 — 198,175]／ 3,781,656,455 = 0.95221473

北區分區 =[2,039,208,979 — 498,345,254 — 6,182,727 — 96,210]／ 1,480,471,922 = 1.03655109

中區分區 =[2,226,162,738 — 204,123,481 — 19,260,670 — 59,307]／ 1,941,630,779 = 1.03146247

南區分區 =[1,538,068,274 — 243,123,730 — 12,303,667 — 61,395]／ 1,197,759,706 = 1.07081535

高屏分區 =[1,691,193,060 — 178,342,297 — -8,613,281 — 27,504]／ 1,430,355,897 = 1.06367691

東區分區 =[221,530,646 — 38,383,373 — 2,276,952 — 14,359]／ 157,018,901 = 1.15181014

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

— 核定非浮動點數(BG)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

=[12,279,013,575 — 72,191,386 — 456,950]／12,040,404,356 = 1.01378366

3. 修正後一般服務分區平均點值=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

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

臺北分區 =[4,562,849,878]／[4,740,289,977 + 40,780,651 + 198,175] = 0.95431779

北區分區 =[2,039,208,979]／[1,948,995,742 + 6,182,727 + 96,210] = 1.04292711

中區分區 =[2,226,162,738]／[2,140,453,315 + 19,260,670 + 59,307] = 1.03073908

南區分區 =[1,538,068,274]／[1,422,934,717 + 12,303,667 + 61,395] = 1.07160072

高屏分區 =[1,691,193,060]／[1,597,386,572 + -8,613,281 + 27,504] = 1.06444626

東區分區 =[221,530,646]／[190,344,033 + 2,276,952 + 14,359] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

=[12,279,013,575]／[12,040,404,356 + 72,191,386 + 456,950] = 1.01370100

5. 修正後牙醫門診總額平均點值＝加總〔依調整後分區一般服務預算總額(BD3)＋專款專用暫結金額 十 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額十移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額〕 〃加總〔一般服務核定浮動點數(GF)十核定非浮動點數(BG)十自墊核退點數(BJ) 十 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)十移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數〕					
臺北分區	＝〔	4,562,849,878＋	404,566,209＋	7,906,567＋	2,311,508〕
	〃〔	4,740,289,977＋	40,780,651＋	198,175＋	447,243,825＋
					7,906,567〕＝0.95057977
北區分區	＝〔	2,039,208,979＋	159,576,507＋	4,838,476＋	2,198,522〕
	〃〔	1,948,995,742＋	6,182,727＋	96,210＋	169,848,274＋
					4,548,963〕＝1.03575695
中區分區	＝〔	2,226,162,738＋	253,982,854＋	13,253,947＋	2,468,999〕
	〃〔	2,140,453,315＋	19,260,670＋	59,307＋	274,868,801＋
					12,909,813〕＝1.01974080
南區分區	＝〔	1,538,068,274＋	146,121,197＋	10,556,648＋	5,827,634〕
	〃〔	1,422,934,717＋	12,303,667＋	61,395＋	158,987,945＋
					9,777,311〕＝1.06016509
高屏分區	＝〔	1,691,193,060＋	191,070,782＋	15,720,934＋	4,003,183〕
	〃〔	1,597,386,572＋	-8,613,281＋	27,504＋	207,320,950＋
					14,723,862〕＝1.05033138
東區分區	＝〔	221,530,646＋	42,135,683＋	8,673,219＋	848,301〕
	〃〔	190,344,033＋	2,276,952＋	14,359＋	41,749,412＋
					7,531,205〕＝1.12926757
全區	＝〔	12,279,013,575＋	1,197,453,232＋	60,949,791＋	17,658,147〕
	〃〔	12,040,404,356＋	72,191,386＋	456,950＋	1,300,019,207＋
					57,397,721〕＝1.00628079

註：1. 專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案支付金額十牙醫門診總額特殊醫療服務計畫十12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫十超音波根管沖洗計畫
 十高風險疾病口腔照護計畫十品質保證保留款預算十特定疾病病人牙科就醫安全計畫十非齒源性口腔疼痛處置

2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算十114年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 114/03(含)以前：於 114/07/01～114/09/30 期間核付者。

費用年月 114/04～114/06：於 114/04/01～114/09/30 期間核付者。

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

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組、

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：115 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

說明：

- 一、依據全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 105 年度第 1 次會議決議，以「近 3 年各季核定點數平均占率」進行一般服務預算四季重分配。
- 二、依據 114 年 11 月 6 日牙全會牙全岳字第 00567 號函所送 115 年度牙醫門診總額地區預算分配，115 年一般服務部門六分區預算各季預算重分配方式如下(頁次討 1-2)：
＝一般服務部門分區預算×111~113 年各季結算核定點數(浮動＋非浮動核定點數＋核退自墊金額)占率之年平均值。
- 三、108-113 年各季核定點數占率如下表：

季別	108 年占率	109 年占率	109 年第 1~2 季點數 處理後占率	110 年占率
Q1	23.82%	47.49%	23.74%	25.41%
Q2	24.74%		23.74%	20.99%
Q3	25.58%	26.73%	26.73%	25.90%
Q4	25.86%	25.79%	25.79%	27.71%
合計	100.00%	100%	100%	100.00%

備註：

1.核定點數=浮動核定點數+非浮動核定點數+自墊核退點數。

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

季別	111 年占率	112 年占率	113 年占率
Q1	24.49%	23.96%	24.46%
Q2	23.15%	24.81%	24.94%
Q3	26.20%	25.60%	25.44%
Q4	26.16%	25.62%	25.16%
合計	100.00%	100.00%	100.00%

四、牙全會 114 年 11 月 6 日所送 115 年度牙醫門診總額地區預算分配(詳頁次討 1-1)，115 年地區預算分配方式係以 111-113 年各季核定點數平均占率計算，重分配後占率如下：第 1 季 24.30136152%、第 2 季 24.32129716%、第 3 季 25.74067877%、第 4 季 25.63666255%，研擬採牙全會之建議。

五、「111-113 年」、「107-108、112 年」、「108、112-113 年」之三年年平均占率如下：

季別	111-113 年 平均占率	107-108、112 年 平均占率	108、112-113 年 平均占率
Q1	24.30136152%	23.94628436%	24.08613826%
Q2	24.32129716%	24.75323230%	24.83503739%
Q3	25.74067877%	25.54268447%	25.53990569%
Q4	25.63666255%	25.75779887%	25.53891866%
合計	100%	100%	100%

六、115 年牙醫門診一般服務之點值保障項目比照 114 年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，其他不保障。

決 定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。

說明：

- 一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，以每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 二、115 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

會議次別	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	3 月 3 日 星期二 (下午)	5 月 26 日 星期二 (下午)	8 月 25 日 星期二 (下午)	11 月 24 日 星期二 (下午)	12 月 8 日 星期二 (下午)

決定：

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關 115 年度牙醫門診總額地區預算分配，提請討論。

說明：

- 一、依據牙全會第15屆第9次牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理，並提送衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)第7屆114年第9次委員會議。
- 二、本次地區預算分配方式調整，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥2.7億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥0.8億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥0.3億元，共3.8億元。

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費2.7億元由一般服務支應，經費使用如下：

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

2. 計算方式：

一般費用執行數113年Q1為0.4億，114年Q1為0.47億，成長率為17.5%。113年全年執行數為1.92億，預估114年全年執行數為 $1.92 \text{ 億} \times (1+17.5\%) = 2.26 \text{ 億}$ 。推估115年執行數為 $2.26 \times (1+17.5\%) = 2.66 \text{ 億}$ ，由一般支出經費2.7億元。

(二)「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥0.8億元，以舒緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題。

(三)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥0.3億元，移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為0.2億元及0.1億元。

(四)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各區人口風險因子(R值)分配至

各區。

三、115年牙醫門診總額醫療給付費用各項定義及計算方式說明

- (一)115年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額。
- (二)醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用專用移撥款。
- (三)全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫移撥款。
- (四)中區及高屏投保人口就醫率全國最高二區之保障款。
- (五)115年各季一般服務部門分配至各分區預算。
- (六)115年一般服務部門六分區預算分配方式如下：
$$=[115\text{年各季一般服務部門分配至各分區預算}] \times 100\% \times 113\text{年各分區人口風險因子}。$$
- (七)115年一般服務部門六分區預算各季預算重分配方式如下：
$$= \text{一般服務部門分區預算} \times 111 \sim 113\text{年各季結算核定點數}(\text{浮動} + \text{非浮動核定點數} + \text{核退自墊金額}) \text{占率之年平均值}。$$
- (八)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

本署意見：

本案業經114年11月19日「衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第9次委員會議」決議通過，總計移撥3.8億元。將依會議決議報健保會備查。

決 議：

討論事項第二案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

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

說明：

一、依據 15-9 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、修訂支付標準文字：詳附件 1(頁次討 2-3)。

(一)於牙醫醫療資源不足地區之巡迴醫療，執行乳牙玻璃離子體充填(89011C)治療頻率由一年一次縮短為半年一次。

(二)修訂牙醫急症處置-每次門診限申報一次(92093B)之適應症。

(三)附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則醫療費用不列入計算之範圍。

三、115 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(1.893%)，959 百萬。調升項目費用點數及建議順序：詳附件 2(頁次討 2-9)；各項成本分析及作業流程表，詳附件 3(頁次討 2-13)。

(一)擬調升 90004C(齒內治療緊急處理)，自 150 點調升為 300 點。

(二)擬調升(92093B)牙醫急症處置-每次門診限申報一次，自 1,500 點調升為 3,000 點。

(三)擬調升(90003C)恆牙根管治療(三根)自 4,290 點調升為 4,530 點、(90019C)恆牙根管治療四根自 5,720 點調升為 6,000 點、(90020C)恆牙根管治療五根(含以上)自 7,130 點調升為 7,500 點。

(四)擬調升感管診察費 00305C~00310C、00315C~00317C 及特殊計畫之感管診察費 00318C、00311C~00314C，調升 19 點(特殊計畫之感管診察費費用由特殊計畫專款支應)。

(五)擬將原 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)拆分為「週六牙醫門診疼痛緊急處理-每次門診限申報一次(92094C)」及「週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次(92XXXXC)」，並刪除醫師看診天數上限、不得併報非緊急診療項目等規定，修訂適應症等文字，預估增加經費 158.11 百萬。

本署意見：

一、有關前開說明二修訂支付標準文字(同附件 1，頁次討 2-3) 一節，說明如下：

- (一)玻璃離子體充填(89011C)支付標準項目修訂於牙醫醫療資源不足地區之巡迴醫療，執行乳牙治療頻率由一年一次縮短為半年一次：本項涉醫療專業，本署尊重，預估將增加預算支出 6.4 萬點。
- (二)牙醫急症處置-每次門診限申報一次(92093B)新增適應症：考量係在原有之適應症下補充，使其臻於完整，本項涉醫療專業，本署尊重。
- (三)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(92094C)拆分，新增適應症及刪除看診天數 26 日限制：考量係在原有之適應症下補充，使其臻於完整；為鼓勵假日開診本署同意刪除看診天數限制。
- (四)牙醫相對合理門診點數給付原則醫療費用不列入計算之範圍配合「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」新增特定治療項目「JV-收容對象醫療服務計畫-矯正機關內通訊診療」。另刪除多文字「唾液腺摘取術(每部位)(92161B)」：本署尊重。

二、有關說明三調升支付標準點數一節：

查 115 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率所增加之預算 9.59 億元，惟牙全會修訂版本所需經費需 10.57 億元，超過預算，考量預算有限，建議縮小調整幅度，如其中感管診察費點數建議由調升 19 點修正為 12 點，財務評估如下：

- (一)一般服務預算整體約增加 7.86 億元。
- (二)牙醫特殊醫療服務計畫(專款) 約增加 5.55 百萬點(附件 4，頁次討 2-25)，擬併牙醫特殊醫療服務計畫(討論事項第五案)討論。

擬 辦：會議決議通過修訂之支付標準，擬依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決 議：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

一、文字修訂

(一)修訂第三部牙醫

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
第三章 牙科處置及手術					
89011C	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同顆牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C）費用，以同一院所為限。 <u>2.若為牙醫醫療資源不足地區執行之巡迴醫療，乳牙治療以半年一次為限。</u> <u>23.</u> 應於病歷詳列充填牙面部位。	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同顆牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，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。	偏鄉巡迴醫療環境受限，充填治療易受操作條件、學童配合度及材料特性影響，致治療成效與穩定性不佳。且自費贖復與空間維持器在偏鄉經濟弱勢有執行困難。為維護偏鄉學童口腔齒列功能完整，延長乳牙使用年限，提升醫療品質，建議醫缺地區執行之巡迴醫療，乳	經統計112年及113年執行牙不足之巡迴醫療（案件分類14、特定治療項目（一）為F2、特定治療項目（二）為F3者）醫療費用為3.2萬點及4.5萬點，申報頻率縮短及以成長率41.6%估算約為6.4萬元。本項涉及醫療專業，本署予以尊重。	6.4萬

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
			牙玻璃離子體充填治療改為半年一次為限。		
92043C	顳顎關節脫臼整復－<u>無固定</u> Closed reduction of TMJ dislocation Without fixation 註： 1.年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。 <u>2.本項目局部麻醉費用已內含。</u>	顳顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation－無固定 Without fixation 註：年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。	依據健保署電子郵件辦理：考量現行表格呈現方式有解讀上的誤解，建議將兩項目分開，以明確規範。	表格呈現方式修正，本署無意見。	無
92044B	<u>顳顎關節脫臼整復－有固定</u> <u>Closed reduction of TMJ dislocation With fixation</u> 註： 1.申報費用應檢附手術紀錄。 2.本項目局部麻醉費用已內含	－有固定 With fixation 註： 1.申報費用應檢附手術紀錄。 2.本項目局部麻醉費用已內含。			
92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(ICD-10-CM：K03.81,K04.1-K04.99,K05.0-,K05.2-)。 -ICD-10-CM(2023年版)：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-,	牙醫急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(ICD-10-CM：K03.81, K04.1-K04.99,K05.0-,K05.2-)。 -ICD-10-CM(2023年版)：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99,	建議修訂適應症更臻完整。	適應症的訂定涉及醫療專業，本署予以尊重。	無

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	K05.2-, <u>M27.2, J01.00</u>(自一百十四年一月一日起適用)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-, S02.2-、<u>S02.3-、S02.4-、S02.6-、S02.8-</u>)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840)。 -ICD-10-CM(2023年版)：K91.840, K91.870, K91.872 (自一百十四年一月一日起適用)。 (4)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212, <u>L03.90</u>)。 (6)口腔及顏面撕裂傷、<u>顏面骨折</u>(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-, <u>S09.93XZ, S02.92XA</u>)。 2.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。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、	K05.0-, K05.2-(自一百十四年一月一日起適用)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840)。 -ICD-10-CM(2023年版)：K91.840, K91.870, K91.872 (自一百十四年一月一日起適用)。 (4)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-)。 2.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。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、			

討 2-5

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	92012C、92043C、92066C、92071C、92094C、92096C。	92012C、92043C、92066C、92071C、92094C、92096C。			
92094C	~~週六、日及國定假日牙醫門診急症處置疼痛緊急處理~~-每次門診限申報一次 ~~Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays~~ <u>Dental urgent management on Saturdays</u> 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(排除當天執行院所外醫療服務之天數)。~~ <u>13.</u>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專款計畫(方案)之外展點時間登錄，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。) <u>24.</u>適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，<u>經藥物控制不佳者無法自我緩解</u>(ICD-10-CM：K03.81,K04.1-K04.99,K05.0-,K05.2-)。 -ICD-10-CM(2023 年版)：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-,	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays 註： 1.限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天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專款計畫(方案)之外展點時間登錄，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(ICD-10-CM：K03.81,K04.1-K04.99,K05.0-,K05.2-)。 -ICD-10-CM(2023 年版)：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-,	1.為滿足民眾假日就醫需求，將原92094C 支付標準拆分為週六、週日及國定假日兩項。 2.看診天數的計算為個別院所各別醫師計算，考量醫師實際看診及院所開診情形，無需特別設立，故建議刪除看診天數之限制。 3.建議修訂適應症更臻完整。 4.考量本項屬急症處置，故當次不得合併申報其他急症處置。		

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	K05.2-<u>M27.2, J01.00</u> (自一百十四年一月一日起適用)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-<u>S02.2-、S02.3-、S02.4-、S02.6-、S02.8-</u>)。 <u>(3)牙齒龜裂、補綴物脫落或斷裂影響咀嚼進食者。</u> <u>(4)</u>拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840)。 -ICD-10-CM(2023 年版)：K91.840, K91.870, K91.872 (自一百十四年一月一日起適用)。 <u>(4)</u>下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。 <u>(5)</u>顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212, <u>L03.90</u>)。 <u>(6)</u>口腔及顏面撕裂傷、<u>顏面骨折</u>(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-, <u>S09.93XZ, S02.92XA</u>)。 <u>(8)軟組織潰瘍，疼痛無法自行緩解者。</u> <u>35.</u>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。 <u>46.</u>不得同時申報<u>34001C</u>→<u>34002C</u>→90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、	K05.2-(自一百十四年一月一日起適用)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840)。 -ICD-10-CM(2023 年版)：K91.840, K91.870, K91.872 (自一百十四年一月一日起適用)。 (4)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(ICD-10-CM：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			

編號	修訂內容	原內容	牙全會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
	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)。	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)。			
92XXXC (另列)	<u>週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次</u> <u>Dental urgent management on Sundays or in the national holidays</u> <u>註：</u> <u>1.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。</u> <u>2.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間及專款計畫(方案)之外展點時間登錄，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。)</u>				

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

依據中央健康保險署 7/22 召開預擬「115 年牙醫門診總額協商因素與專款項目計畫」，115 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(1.893%)，959 百萬點。預估各項調升費用如下：

➤ 簡表：

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計 (百萬)
1	90004C	齒內治療緊急處理	150	300	29,475,000	29.48
2	92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次	1,500	3,000	29,103,003	29.10
3	90003C	恆牙根管治療(三根)	4290	4530	79,655,760	103.80
	90003C	恆牙根管治療(三根)-65 歲以上+30%	4290	4530	4,101,192	
	90019C	恆牙根管治療(四根)	5720	6000	18,768,227	
	90019C	恆牙根管治療(四根)-65 歲以上+30%	5720	6000	708,841	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)	7130	7500	553,848	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)-65 歲以上+30%	7130	7500	7,992	
4 感管 +19	00305C	感管診察費 20 人以下-交付調劑	362	381	104,814,002	736.55
	00306C	感管診察費 20 人以下-自行調劑	362	381	518,630,401	
	00307C	感管診察費超過 20 人-交付調劑	162	181	8,274,304	
	00308C	感管診察費超過 20 人-自行調劑	162	181	32,751,193	
	00309C	感管診察費山地離島-交付調劑	392	411	580,203	
	00310C	感管診察費山地離島-自行調劑	392	411	4,770,706	
	00315C	感管環口全景 X 光片	642	661	62,925,163	
	00316C	感管年度 X 光片診察	642	661	3,787,004	
	00317C	感管高齶齒年度 X 光診察	642	661	13,946	
5	92XXXXC (自 92094C 拆分)	週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次	800	800	158,109,409	158.11
合計					1,057,030,192	1057.03

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計 (百萬)
特殊 16 專案 支應	00318C	感管自閉症、失智症及極重度	762	781	960,672	8.79
	00311C	感管重度診察費	662	681	5,087,865	
	00312C	感管中度(非精神疾病)診察費	562	581	1,143,427	
	00313C	感管中度精神疾病	462	481	1,032,460	
	00314C	感管輕度(非精神疾病)及失能老人	462	481	564,866	
合計					8,789,290	8.79

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	112 年 醫令數(C)	113 年 醫令數 (D)	113 年較 112 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 115 年 醫令數 (F)=(D)*(1+E)*(1+E)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
1	90004C	齒內治療緊急處理	150	300	214,314	196,500	0.00%	196,500	29,475,000	29.48
2	92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次	1,500	3,000	17,681	18,237	3%	19,402	29,103,003	29.10
3	90003C	恆牙根管治療(三根)	4,290	4,530	346,415	331,899	0.00%	331,899	79,655,760	103.80
	90003C	恆牙根管治療(三根)－65 歲以上+30%	4,290	4,530	57,582	56,961	0.00%	56,961	4,101,192	
	90019C	恆牙根管治療(四根)	5,720	6,000	66,207	66,480	0.41%	67,029	18,768,227	
	90019C	恆牙根管治療(四根)－65 歲以上+30%	5,720	6,000	7,593	7,865	3.58%	8,439	708,841	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)	7,130	7,500	911	1,075	18%	1,497	553,848	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)－65 歲以上+30%	7,130	7,500	72	72	0.00%	72	7,992	
4 感管 +19	00305C	感管診察費 20 人以下-交付調劑	362	381	5,058,768	5,206,970	2.93%	5,516,526	104,814,002	736.55
	00306C	感管診察費 20 人以下-自行調劑	362	381	23,471,593	24,682,918	5.16%	27,296,337	518,630,401	
	00307C	感管診察費超過 20 人-交付調劑	162	181	166,187	229,117	37.87%	435,490	8,274,304	
	00308C	感管診察費超過 20 人-自行調劑	162	181	704,296	949,135	34.76%	1,723,747	32,751,193	
	00309C	感管診察費山地離島-交付調劑	392	411	30,873	30,537	0.00%	30,537	580,203	
	00310C	感管診察費山地離島-自行調劑	392	411	204,690	219,116	7.05%	251,090	4,770,706	
	00315C	感管環口全景 X 光片	642	661	2,397,508	2,670,117	11.37%	3,311,851	62,925,163	
	00316C	感管年度 X 光片診察	642	661	206,813	199,316	0.00%	199,316	3,787,004	
	00317C	感管高齶齒年度 X 光診察	642	661	533	593	11.26%	734	13,946	

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	112 年 醫令數(C)	113 年 醫令數 (D)	113 年較 112 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 115 年 醫令數 (F)=(D)*(1+E) (1+E)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
5	92XXXC	週日及國定假日牙醫門診處理-每次 門診限申報一次	800	800	168,162	177,463	5.53%	197,637	158,109,409	158,11
合計										1,057.03

註：

1.成長率為負值時，以零成長估算。

2.推估 65 歲以上根管治療增加點數：

(1)90003C：112 年、113 年 65 歲以上申報 90003C 件數分別為 57,582 件以及 56,961 件，115 年預估申報件數為 56,961 萬件，115 年全年增加 4.10 百萬點 $(56,961 * (4,530 - 4,290) * 0.3 = 4,101,192)$ 。

(2)90019C：112 年、113 年 65 歲以上申報 90019C 分別為 7,593 件以及 7,865 件，115 年預估申報 90019C 為 8,439 件，115 年全年增加 0.7 百萬點 $(8,439 * (6,000 - 5,720) * 0.3 = 708,876)$ 。

(3)90020C：112 年及 113 年申報 72 件，115 年預估申報 90020C 為 72 件，115 年全年增加 0.7 百萬點 $(72 * (7,500 - 7,130) * 0.3 = 7,992)$ 。

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	112 年醫令 數(C)	113 年醫令 數 (D)	113 年較 112 年成長 率 (E)=(D-C)/C	預估 115 年 醫令數 (F)=(D)*(1+E) *(1+E)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B- A)) <i>*加成之成數</i>	小計
特殊 16 專案 支應	00318C	感管自閉症、失智症及極重度	762	781	-	24,077	0.00%	24,077	960,672	8.79 百萬
	00311C	感管重度診察費	662	681	59,489	79,305	33.31%	140,938	5,087,865	
	00312C	感管中度(非精神疾病)診察費	562	581	35,571	37,027	4.09%	40,120	1,143,427	
	00313C	感管中度精神疾病	462	481	23,755	27,343	15.10%	36,227	1,032,460	
	00314C	感管輕度(非精神疾病)及失能老人	462	481	21,258	21,782	2.46%	22,869	564,866	

備註：1.成長率為負值時，以零成長估算。

2.依照 114 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，加成：

- 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。
- d.輕度病人（含失能老人）得加3成。

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

醫療院所名稱：
醫事機構代號：

診療項目名稱：齒內治療緊急處理

支付標準編號：90004C

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

一、用人成本	人員別	人數 (A) (整位數)	每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)	成本合計 (E=ΣD) (整位數)			
	1.主治醫師以上	1	39.10	20	782	900			
2.住院醫師					0				
3.護產人員					0				
4.醫事人員					0				
5.行政人員(牙科助理)			5.90	20	118				
6.工友、技工									
二、不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)	成本合計 (I=ΣH) (整位數)			
						0			
三、計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本 (F) (整位數)		634.8				
	本次免填								
四、醫療設備折舊費用	按時間計算	名稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)
		牙醫治療椅		350000	7	0.35	15	5.25	7
		牙醫X光PASC系統		250000	10	0.17	5	0.85	
		高速手機		15000	1	0.1	10	1	
	其他	名稱	計算方式說明						
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用×Y%=									
六、房屋折舊	按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)	
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明						
七、維修費用	名稱	計算方式說明					成本小計	合計成本	
八、轉代檢費用	名稱	計算方式說明					成本小計 (整位數)	合計成本	
直接成本合計									
九、作業及管理費用(直接成本×X%)									
成本總計								907	

註：本表X，為表一的X

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：齒內治療緊急處理

支付標準編號：90004C

作業流程	一.前期 1 病患主訴與檢察 2 檢查確定診斷 3 牙齒髓腔開擴	→ 二.中期 1 齶齒移除及牙齒髓腔開擴 2 移除感染組織及髓腔牙髓組織 3	→ 三.後期: 1 根管清創及根管初步修型 2 3
設備	牙科治療椅 牙醫X光機 高速手機		
人力	主治醫師(5分) 牙科助理(5分)	主治醫師(10分) 牙科助理(10分)	主治醫師(5分) 牙科助理(5分)
檢體數			

填表說明：

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

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

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

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

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

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

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

醫療院所名稱：
醫事機構代號：
診療項目名稱：牙醫急症處理-每次門診限申報一次
支付標準編號：92093B
院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

直 接 成 本	一、 用人 成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)		每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)		耗用時間(分) (C) (整位數)		成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)							
		1.主治醫師以上		1		39.10		40		1,564		3,279							
		2.住院醫師		1		16.50		45		743									
		3.護理人員(護理人員)		1		7.60		50		380									
		4.醫事人員		1		8.00		15		120									
		5.行政人員(牙科助理)		2		5.90		40		472									
		6.工友、技工				4.60													
	二、不 計價材 料或藥 品成本	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)							
		1.麻藥管		管		15.00		4.5		68		768							
		2.可吸收縫線		條		100.00		2		200									
		3.電燒器械組		組		450.00		1		500									
	三、計 價材料或 藥品成本	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		不計算									
		本 次 免 填																	
	四、醫 療設 備折 舊費 用	按 時 間 計 算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折 舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間(分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)	89								
													1.牙科治療椅		500,000	7	0.99	60	59
													2.根尖X光機		100,000	7	0.99	10	10
													3.三合一生理監測儀		98,000	7	0.33	15	5
													4.血壓機		60,000	5	0.33	5	2
5.光纖手機電動馬達組														120,000	5	0.15	30	5	
6.牙科手術包														5,000	3	0.15	25	5	
7.牙科縫合包														3,500	3	0.15	10	3	
其 他		名 稱	計算方式說明																
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用×Y%=																			
六、 房屋 折舊	按時間計算	平方公尺 或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折 舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)											
		一坪160																	
	其他	平方公尺 或坪數	計算方式說明																
七、維 修費用	名稱		計算方式說明						成本小計	合計成本									
八、轉 代檢費 用	名稱		計算方式說明						成本小計 (整位數)	合計成本									
直接成本合計										4,136									
九、作業及管理費用(直接成本×X%)																			
成本總計																			

註：本表X，為表一的X

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

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：牙醫急症處置-每次門診限申報一次

支付標準編號：92093B

	一.前期 →	二.中期 →	三.後期：
作業流程	1 評估檢傷分類 2 醫師初步診治與全身系統性疾病評估 3 治療部位消毒 4 治療同意書	1 麻醉 2 治療部位清創 3 傷口清理縫合 4 與病症有關之牙科需求治療 5 止血 6 傷口包紮	1 出血監控 2 疼痛控制 3 生命徵象監控 4 評估是否轉住院 5 進一步治療 6 預約回診
設備	1 根尖X光機(5分) 2 三合一生理監測儀(5分) 3 血壓機(2.5分)	1 麻藥注射器(3分) 2 牙科手術器械包(20分) 3 縫合相關手術器械包(10分) 4 牙科疾病相關治療器械(10分) 5 止血紗布或骨蠟(3分) 6 紗布或繃帶(3分)	1 三合一生理監測儀(10分) 2 血壓機(2.5分) 3 根尖X光機(5分) 4 麻藥(5分)
人力	1 主治醫師(10分) 2 住院醫師(10分) 3 護理人員(15分) 4 醫事人員(10分) 5 2位行政人員(各10分)	1 主治醫師(25分) 2 住院醫師(25分) 3 護理人員(25分) 4 2位行政人員(各20分)	1 主治醫師(5分) 2 住院醫師(10分) 3 護理人員(10分) 4 醫事人員(5分) 5 2位行政人員(各10分)
檢體數			

填表說明：

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

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

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

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

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表三、成本分析表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：根管治療(三根)

支付標準編號：90003C

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

直接成本	一、用人成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)	每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)	成本合計 (E=ΣD) (整位數)	
		1.主治醫師以上		1	39.10	120	4692	5459	
		2.住院醫師							
		3.護士人員							
		4.醫事人員							
		5.行政人員(牙科助理)			5.90	130	767		
		6.工友、技工							
	二、診療材料或藥品成本	品名		單位	單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)	成本合計 (I=ΣH) (整位數)	
		1.張口器		1	467.00	1	467	2467	
		2.鑲嵌旋轉器械		1PCS(4支X500)	2000.00	1	2000		
	三、診療材料或藥品成本	品名		單位	單位成本 (F) (整位數)	634.8			
		本 次 免 填							
	四、醫療設備折舊費用	按時間計算	名稱	購置年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)
牙醫治療椅				600000	7	0.19	70	13.3	318.3
X-smart motor				20000	10	5.50	30	165	
牙醫X光機				140000	10	14.00	10	140	
其他		名稱	計算方式說明						
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用×Y% =									
六、房屋折舊	按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年 限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)	
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明						
七、維修費用	名稱		計算方式說明				成本小計	合計成本	
八、轉代檢費用	名稱		計算方式說明				成本小計 (整位數)	合計成本	
直接成本合計									
九、作業及管理費用(直接成本×X%)									
成本總計								8244.3	

註：本表X，為表一的X

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱 根管治療(三根)

支付標準編號 90003C

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

填表說明：

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

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

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

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

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

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

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

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱： 根管治療(4根)

支付標準編號： 90019C

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

直接成本	一、用人成本	人員別		人數 (A) (整位數)	每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)	成本合計 (E=ΣD) (整位數)		
		1.主治醫師以上		1	39.10	180	7038	8100		
		2.住院醫師								
		3.護產人員								
		4.醫事人員								
		5.行政人員(牙科助理)		1	5.90	130	1062			
		6.工友、技工								
		品名		單位	單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)	成本合計 (I=ΣH) (整位數)		
		1.張口器		1	467.00	1	467	3467		
		2.鑲嵌旋轉器械		1PCS(6支X500)	3000.00	1	3000			
	三、診療材料或藥品成本	品名		單位	單位成本 (F) (整位數)	634.8				
		本次免填								
	四、醫療設備折舊費用	按時間計算	名稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)
			牙醫治療椅		600000	7	0.19	70	13.3	318.3
X-smart motor				20000	10	5.50	30	165		
牙醫X光機				140000	10	14.00	10	140		
其他		名稱	計算方式說明							
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用 ×Ⅹ% =										
六、房屋折舊		按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)	
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明							
七、維修費用	名稱		計算方式說明				成本小計	合計成本		
八、轉代檢費用	名稱		計算方式說明				成本小計 (整位數)	合計成本		
直接成本合計										
九、作業及管理費用(直接成本 × Ⅹ%)										
成本總計							11885.3			

註：本表Ⅹ，為表一的Ⅹ

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱 根管治療(4根)

支付標準編號：90019C

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

填表說明：

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

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

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

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

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

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

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

醫療院所名稱：
醫事機構代號：

診療項目名稱： 根管治療(五根(含)以上)
支付標準編號： 90020C

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

直接成本	一、用人成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)	每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)	耗用時間(分) (C) (整位數)	成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)
		1.主治醫師以上		1	39.10	210	8211		9450
		2.住院醫師							
		3.護理人員							
		4.醫事人員							
		5.行政人員(牙科助理)			5.90	210	1239		
		6.工友、技工							
	二、材料成本	品 名		單 位	單位成本 (F) (整位數)	消耗數量 (G) (小數點1位)	成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)
		1.張口器		1	467.00	1	467		3467
		2.鑲嵌機轉器械		1PCS(6支X500)	3000.00	1	3000		
	三、診療材料或藥品成本	品 名		單 位	單位成本 (F) (整位數)	634.8			
本 次 免 填									
四、醫療設備折舊費用	按時間計算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (J) (小數點2位)	佔用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)
		牙醫治療椅		600000	7	0.19	70	13.3	318.3
		X-smart motor		20000	10	5.50	30	165	
		牙醫X光機		140000	10	14.00	10	140	
	其他	名 稱	計算方式說明						
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用×1% =									
六、房屋折舊	按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折舊金額 (N) (小數點2位)	佔用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)	
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明						
七、維修費用	名稱		計算方式說明					成本小計	合計成本
八、轉代檢費用	名稱		計算方式說明					成本小計 (整位數)	合計成本
直接成本合計									
九、作業及管理費用(直接成本×1%)									
成本總計							13235.3		

註：本表X，為表一的X

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱 根管治療(五根(含)以上)

支付標準編號 90020C

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

填表說明：

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

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

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

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

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

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目 成本分析表

項目名稱：符合加強感染管制之牙科門診診察費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

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

003-2作業流程

診療項目名稱：符合加強感染管制之牙科門診診療費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程提供醫事機構名稱：

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

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員將於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

依據中央健康保險署 7/22 召開預擬「115 年牙醫門診總額協商因素與專款項目計畫」，115 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(1.893%)，959 百萬點。預估各項調升費用如下：

➤ 簡表：

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計 (百萬)
1	90004C	齒內治療緊急處理	150	300	29,475,000	29.48
2	92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次	1,500	3,000	29,103,000	29.10
3	90003C	恆牙根管治療(三根)	4290	4,530	79,655,760	103.80
	90003C	恆牙根管治療(三根)-65 歲以上+30%	4290	4,530	4,101,192	
	90019C	恆牙根管治療(四根)	5720	6,000	18,768,120	
	90019C	恆牙根管治療(四根)-65 歲以上+30%	5720	6,000	708,876	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)	7130	7,500	553,890	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)-65 歲以上+30%	7130	7,500	7,992	
4 感管 +12	00305C	感管診察費 20 人以下-交付調劑	362	374	66,198,312	465.19
	00306C	感管診察費 20 人以下-自行調劑	362	374	327,556,044	
	00307C	感管診察費超過 20 人-交付調劑	162	174	5,225,880	
	00308C	感管診察費超過 20 人-自行調劑	162	174	20,684,964	
	00309C	感管診察費山地離島-交付調劑	392	404	366,444	
	00310C	感管診察費山地離島-自行調劑	392	404	3,013,080	
	00315C	感管環口全景 X 光片	642	654	39,742,212	
	00316C	感管年度 X 光片診察	642	654	2,391,792	
	00317C	感管高齶齒年度 X 光診察	642	654	8,808	
5	92XXXXC (自 92094C 拆分)	週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次	800	800	158,109,600	158.11
合計					785,670,966	785.67

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計 (百萬)
特殊 16 專案 支應	00318C	感管自閉症、失智症及極重度	762	776	606,740	5.55
	00311C	感管重度診察費	662	674	3,213,386	
	00312C	感管中度(非精神疾病)診察費	562	574	722,160	
	00313C	感管中度精神疾病	462	474	652,086	
	00314C	感管輕度(非精神疾病)及失能老人	462	474	356,756	

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計 (百萬)
合計					5,551,128	5.55

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	112 年 醫令數(C)	113 年 醫令數 (D)	113 年較 112 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 115 年 醫令數 (F)=(D)*(1+E)*(1+E)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
1	90004C	齒內治療緊急處理	150	300	214,314	196,500	0.00%	196,500	29,475,000	29.48
2	92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次	1,500	3,000	17,681	18,237	3%	19,402	29,103,000	29.10
3	90003C	恆牙根管治療(三根)	4,290	4,530	346,415	331,899	0.00%	331,899	79,655,760	103.80
	90003C	恆牙根管治療(三根)－65 歲以上+30%	4,290	4,530	57,582	56,961	0.00%	56,961	4,101,192	
	90019C	恆牙根管治療(四根)	5,720	6,000	66,207	66,480	0.41%	67,029	18,768,120	
	90019C	恆牙根管治療(四根)－65 歲以上+30%	5,720	6,000	7,593	7,865	3.58%	8,439	708,876	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)	7,130	7,500	911	1,075	18%	1,497	553,890	
	90020C	恆牙根管治療(五根(含)以上)－65 歲以上+30%	7,130	7,500	72	72	0.00%	72	7,992	
4 感管 +12	00305C	感管診察費 20 人以下-交付調劑	362	374	5,058,768	5,206,970	2.93%	5,516,526	66,198,312	465.19
	00306C	感管診察費 20 人以下-自行調劑	362	374	23,471,593	24,682,918	5.16%	27,296,337	327,556,044	
	00307C	感管診察費超過 20 人-交付調劑	162	174	166,187	229,117	37.87%	435,490	5,225,880	
	00308C	感管診察費超過 20 人-自行調劑	162	174	704,296	949,135	34.76%	1,723,747	20,684,964	
	00309C	感管診察費山地離島-交付調劑	392	404	30,873	30,537	0.00%	30,537	366,444	
	00310C	感管診察費山地離島-自行調劑	392	404	204,690	219,116	7.05%	251,090	3,013,080	
	00315C	感管環口全景 X 光片	642	654	2,397,508	2,670,117	11.37%	3,311,851	39,742,212	
	00316C	感管年度 X 光片診察	642	654	206,813	199,316	0.00%	199,316	2,391,792	
	00317C	感管高齶齒年度 X 光診察	642	654	533	593	11.26%	734	8,808	

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	112 年 醫令數(C)	113 年 醫令數 (D)	113 年較 112 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 115 年 醫令數 (F)=(D)*(1+E) (1+E)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
5	92XXXC	週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次	800	800	168,162	177,463	5.53%	197,637	158,109,600	158.11
合計										785.67

- 註：
- 成長率為負值時，以零成長估算。
 - 推估 65 歲以上根管治療增加點數：
 - (1)90003C：112 年、113 年 65 歲以上申報 90003C 件數分別為 57,582 件以及 56,961 件，115 年預估申報件數為 56,961 萬件，115 年全年增加 4.10 百萬點 $(56,961 \times (4,530 - 4,290) \times 0.3 = 4,101,192)$ 。
 - (2)90019C：112 年、113 年 65 歲以上申報 90019C 分別為 7,593 件以及 7,865 件，115 年預估申報 90019C 為 8,439 件，115 年全年增加 0.7 百萬點 $(8,439 \times (6,000 - 5,720) \times 0.3 = 708,876)$ 。
 - (3)90020C：112 年及 113 年申報 72 件，115 年預估申報 90020C 為 72 件，115 年全年增加 0.7 百萬點 $(72 \times (7,500 - 7,130) \times 0.3 = 7,992)$ 。

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	112 年醫令 數(C)	113 年醫令 數 (D)	113 年較 112 年成長 率 (E)=(D-C)/C	預估 115 年 醫令數 (F)=(D)*(1+E) *(1+E)	預估 115 年 增加經費 (G)=(F)*(B- A)) <i>*加成之成數</i>	小計
特殊 16 專案 支應	00318C	感管自閉症、失智症及極重度	762	776	-	24,077	0.00%	24,077	606,740	5.55 百萬
	00311C	感管重度診察費	662	674	59,489	79,305	33.31%	140,938	3,213,386	
	00312C	感管中度(非精神疾病)診察費	562	574	35,571	37,027	4.09%	40,120	722,160	
	00313C	感管中度精神疾病	462	474	23,755	27,343	15.10%	36,227	652,086	
	00314C	感管輕度(非精神疾病)及失能老人	462	474	21,258	21,782	2.46%	22,869	356,756	

備註：1.成長率為負值時，以零成長估算。

2.依照 114 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，加成：

- 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。
- d.輕度病人（含失能老人）得加3成。

週日及國定假日增開牙醫院所門診所需「額外」增加費用 行政人員(助理)薪資及醫師費用

- 行政人員(助理):依據勞基法第 39 條:雇主經徵得勞工同意於休假日工作者,工資應加倍發給。
- ◆ 以一位牙醫助理或行政人員平均薪資薪資 38,000 元為例。
 - (1) 大部分的牙醫院所每名牙醫師都會配置一名跟診助理以及櫃檯助理,考量仍有部分醫師只配置一名跟診助理兼櫃檯助理。
→以平均每位牙醫師配置 1.5 位行政人員或助理計算。
 - (2) 依每月工作日計算(含例假、休息日、特休)薪資\$38,000 需要 1.5 個助理÷30 天,每天所需的助理薪資成本是\$1900。除以平均牙醫師每日病人數 6.0957=311.695 元
→週日及國定假日開診平均每位病人所增加助理之薪資成本。
- 一般牙醫師與其他行業一樣,皆習慣於周間工作,如要在週日及國定假日額外增加開診。絕大多數牙醫師意願不足,在此以勞基法類似之觀念,將醫師之人力成本費用加倍發給。
- ◆ 以醫師人力成本 39.1 元/分鐘 X 每位病人平均看診時間 21 分鐘
=39.1*21=821.1 元→平均每位病人所增加醫師之費用

綜上,牙醫門診總額週日及國定例假日額外增開門診所需之行政人員及醫師之成本合計=311.695+821.1,共 1132.795 元/每位病人

討論事項第三案

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「115 年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據 114 年 11 月 6 日牙全會牙全岳字第 00567 號函辦理(附件 1，頁次討 3-3 頁)。
- 二、修訂內容重點摘要如下，修訂對照表詳附件 2(頁次討 3-4)：
 - (一)修訂計畫預算為 424.4 百萬元及計畫預算相關條文。
 - (二)執行目標之執行計畫院所數占率提高至 6 成。
 - (三)修訂同一療程申報之文字規定。
 - (四)修訂醫師自我考評表-十、失智症注意事項。

本署意見：

- 一、依據健保會 114 年 9 月 24 日 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，115 年本計畫於專款編列 424.4 百萬元，請本署辦理事項如下：
 - (一)會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 115 年 7 月前提報健保會。
 - (二)本計畫以 3 年為檢討期限(113-115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 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。
- 二、修訂對照表如附件(頁次討 3-3)。

擬辦：

擬報衛生福利部核定後，公告自 115 年 1 月 1 日生效。

決議：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：

電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 11 月 6 日

發文字號：牙全岳字第 00567 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

總收文 114 年 11 月 7 日收到
健保醫字

中央健康保險署

署 1140058172

第一頁 共一頁

114~~5~~年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫修訂對照表

修訂後條文	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(未修訂)	一、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	一、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	未修訂
(未修訂)	二、目的 藉由本計畫之實施，對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。	二、目的 藉由本計畫之實施，對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。	未修訂
三、實施期間： ~~114~~ 115 年 1 月 1 日起至 ~~114~~ 115 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： ~~114~~ 115 年 1 月 1 日起至 ~~114~~ 115 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。	牙全會說明： 修訂年度
四、預算來源： ~~114~~ 115 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，全年經費為 ~~307.1~~ 424.4 百萬元。	四、預算來源： ~~114~~ 115 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，全年經費為 ~~307.1~~ 424.4 百萬元。	四、預算來源： 114 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，全年經費為 307.1 百萬元。	牙全會說明： 修訂年度、依 115 年總額協商結論修訂預算。

修訂後條文	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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 <u>36</u> 成。	五、年度執行目標： 執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 <u>36</u> 成。	五、年度執行目標： 執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達3成。	<u>牙全會說明：</u> 修訂執行目標 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會修訂建議。
(未修訂)	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	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	未修訂

修訂後條文	修訂後條文(牙全會版本)				原條文	備註
	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。				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。	
(未修訂)	七、給付項目及支付標準：				七、給付項目及支付標準：	未修訂
	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
	P3 60 1C	特定疾病病人牙科就醫安全註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 血液透析及腹膜透析病人。 7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 9. 帕金森氏症病人。	V	V	V	V
	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
	P3 60 1C	特定疾病病人牙科就醫安全註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 血液透析及腹膜透析病人。 7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 9. 帕金森氏症病人。	V	V	V	V

修訂後條文	修訂後條文(牙全會版本)					原條文					備註
		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。 (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)。 (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。 (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。					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。 (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)。 (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。 (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。				
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、	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、					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、					

修訂後條文	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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至健保醫療資訊雲端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	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至健保醫療資訊雲端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	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至健保醫療資訊雲端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至健保醫	

修訂後條文	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
程卡號並且至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢即可申報 P3601C，不得<u>為申報</u> <u>P3601C</u>另取卡號。 (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<u>留流</u>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；<u>全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。</u>	程卡號並且至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢即可申報 P3601C，<u>不得另取卡號不須另取卡號申報，且不得為申報</u> <u>P3601C</u>另取卡號。 (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；<u>全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。</u>	療資訊雲端查詢系統查詢即可申報 P3601C，不得另取卡號。 (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。	<u>牙全會說明：</u> 修訂文字，更加明確。 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會修訂建議，酌修文字。 <u>牙全會說明：</u> 新增預算不足由一般服務移撥結餘款支應以及文字酌修。 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會修訂建議，酌修文字。
(未修訂)	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。	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。	未修訂

修訂後條文	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
	(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	(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	

修訂後條文	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
	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代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10代碼為 I20-I25。	足夠數據再予以分析其降低比率。 (三)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。 1. 服用抗凝血劑的病人，有申報中風或心肌梗塞代碼或死亡的比率。 2. 服用抗凝血劑的病人，且於牙科看診有申報 P3601C，有申報中風或心肌梗塞代碼或死亡的比率。 [註]： (1)中風 ICD-10代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10代碼為 I20-I25。	
(未修訂)	十、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，	十、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於	未修訂

修訂後條文	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
	至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。	不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。	
(未修訂)	十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	未修訂

特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表

填表日期：____年____月____日

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

【前言】

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

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	一、糖尿病 (降血糖藥物)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 掌握病人血糖監控狀況，病人六個月內之糖化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)的血糖值病歷評估及追蹤(HbA1c數值，<7%代表血糖值控制良好)。 4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含糖尿病用藥、心血管用藥、腎臟性疾病、眼科疾病用藥。 5. 病人牙科治療當天，服藥及用餐狀況了解及詢問。 6. 打胰島素之病人，因降血糖速度較快，要準備糖果或含糖飲料以預防低血糖。 7. 術前預防性投藥(視病情狀況需要)。 8. 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. 確認病人六個月內血糖控制的狀況，AC sugar(空腹血糖)較高但仍在70-200 mg/dL，經由牙醫師評估仍可接受手術。
2. 若AC sugar(空腹血糖)>300mg/dL且HbA1c(糖化血紅素)>9%則不建議執行侵入性治療。
3. 病人年紀偏大、病史較長，若病情需要必須執行侵入性治療，則必須告知病人風險並由牙醫師審慎評估。

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

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		4.病人牙科治療前三個月之用藥，含心血管用藥、抗凝血劑用藥及全身狀況追蹤及評估。 5.病人牙科治療當天高血壓藥物服藥狀況了解及詢問。 6.術後流血狀況監控。 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： $\geq 140/90$ mmHg 但 $< 160/100$ 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)	8. 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。 9. 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。 10. 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。 11. 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。 12. 術後流血狀況監測。 13. 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用如果有合併其他多重藥物，應更審慎評估。

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

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	五、癌症(抗 癌藥物)	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 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. 若癌症仍在治療中，若僅為簡單、緊急的處置，院所應自行評估是否有能力執行。如需進行牙科手術或侵入性、大範圍的治療或牽涉到用藥，建議回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療。
2. 癌症療程若已結束，半年後病情沒有太大的變化，可考慮於診所進行牙科治療。

3. 若病人長期服用抗癌藥物，需進行牙科治療時，建議轉診回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療，或不要進行太侵入性或太久的牙科治療。
4. 病人曾接受放射線治療，如口腔癌等，即便是治療完成後數年的追蹤，侵犯性手術如拔牙等的問題，仍可能造成放射線性骨壞死。
5. 另外如乳癌、多發性骨髓瘤、攝護腺癌、肺癌等，使用抗骨吸收的藥物預防遠端骨轉移時，這與使用預防骨質疏鬆的病人一樣，即便他的癌症相關治療已經結束，進行牙科手術仍可能會造成顎骨壞死。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	六、血液透析及腹膜透析病人	(一)血液透析： 1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 原則上非洗腎日做牙科處置，洗腎日不建議執行侵入性牙科處置。 5. 容易感染，注意術後。 6. 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。 (二)腹膜透析： 1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 容易感染，盡量減少傷口範圍，注意術後。 5. 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。

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

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	七、器官移植病人	1.查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2.告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3.病人一年之內施打或服用抗排斥藥物、免疫抑制劑、抗凝血用藥狀況評估及追蹤。 4.病人半年內的內科及系統性用藥及身體狀況追蹤及評估。 5.術前預防性投藥。 6.術後流血狀況監控。 7.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)】

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

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

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	九、帕金森氏症 (備註：114 年新增)	1. 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. 在接受牙科治療時牙醫需要注意以下幾點： (1)牙科診療時間盡量短，約診時間安排在早上。 (2)姿勢性低血壓或體位性低血壓：可能由單胺氧化酶抑制劑與卡比多巴-左旋多巴(DHIVY)的併用所致，當患者突然從牙科就診椅上站起時，可能會導致低血壓和增加跌倒風險，進行牙科治療時，應謹慎地讓帕金森氏症患者從就診椅上起身。 (3)若患者有步行或姿勢反射方面的障礙，當他在室內移動或是要坐上診療椅時，必須注意他的腳部安全性。 (4)若遇到有吞嚥障礙的患者時，一開始就盡量讓患者以

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		坐姿方式來接受治療，減少患者有噎到或誤嚥等情況。 (5)有服用左旋多巴的患者在接受含有腎上腺素的牙科麻藥注射時，可能會出現精神運動性躁動或症狀暫時加重，必要時宜以不含有腎上腺素的牙科麻藥注射。 (6)味覺改變或口腔灼熱感：這是像卡比多巴/左旋多巴這類藥物的常見副作用，在無牙患者身上尤為明顯，可以跟患者說明，讓患者放心，這與他們的假牙或牙科治療無關。 4. 帕金森氏症患者因為臉部缺乏表情變化(面具般容貌)，因此必須透過出聲詢問，或是監控生命跡象等方式來觀察患者狀況。 5. 帕金森患者可能會因為運動障礙、顫抖與同時進行兩種動作等的協同動作出現障礙現象，導致其無法自行清潔口腔甚至無法配合臨床上的診療。 6. 醫療決策制定宜與病患、監護人或家屬共同商討決定。 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. 帕金森氏症(Parkinson's disease)是一種影響中樞神經系統的慢性及進行性神經退化疾病，其主要症狀和致病機轉如下：
2. 主要症狀
 - (1) 靜止性震顫：手指、手腕或下巴在靜止時不自主地顫動，是帕金森氏症的典型症狀之一。
 - (2) 動作遲緩(運動遲緩)：病人的動作變得緩慢，並且開始動作時需要更多的時間，這一症狀被稱為「運動遲緩」或「動作緩慢」(Bradykinesia)。
 - (3) 肌肉僵硬：肌肉的僵硬和不靈活感，特別是在四肢和頸部，這種症狀會導致活動受限和疼痛。
 - (4) 姿勢不穩和步態異常：平衡和協調能力受損，可能導致姿勢不穩和行走困難。病人可能會有「小步走」(shuffling gait)或「凍結步態」(freezing of gait)。
 - (5) 面部表情減少：面部表情減少或變得呆板，被稱為「面具樣表情」(masked face)。
 - (6) 自主神經功能異常：如便秘、尿失禁、低血壓和多汗等。
 - (7) 睡眠障礙：包括失眠、快速眼動睡眠行為障礙(REM sleep behavior disorder)等。
 - (8) 精神症狀：如抑鬱、焦慮和認知功能障礙，包括記憶力下降和注意力集中困難。
3. 補充說明-帕金森症候群(Parkinsonism)是指一組具有帕金森氏症類似症狀的疾病或狀況。它包含了帕金森氏症和其他具類似症狀的神經系統疾病。

4. 帕金森氏症的常見症狀包括震顫、肌肉僵硬、動作緩慢(bradykinesia)、(dyskinesia)、平衡力和協調性受損、說話聲音微弱(hypophonia)、面無表情(hypomimia)、抑鬱、焦慮和睡眠障礙。
5. 帕金森氏症患者常有口乾(xerostomia)、多涎(sialorrhea)、吞嚥困難(dysphagia)、面部震顫和說話障礙。
6. 帕金森氏症治療藥物與牙科藥物的交互作用及注意事項：
Lidocaine：可能影響心血管系統，需注意監測血壓和心率。
7. 局部麻醉藥物與單胺氧化酶-B(MAO-B)抑制劑之間可能會產生藥物交互作用。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	十、失智症 (備註：114 年新增)	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. 牙科治療安排注意事項： (1) 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。 (2) 看診前先去廁所，治療時間不宜超過45分鐘過長。 (3) 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。 (4) 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。 4. 用藥注意事項： (1) 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。 (2) 若藥物是用糖基底的，那齧齒的風險就會增加，可要求內科醫師開出無糖代替品。牙醫也可使用Chlorhexidine和氟化物，以防止在齒頸部的齧齒。 (3) 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。 5. 治療時注意噎咳。 6. 病人移位時須注意。 7. 醫療決策制定宜與病患、監護人或家屬共同商討決定。 8. 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. 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(Creutzfeldt-Jakob disease)、柯沙科夫症候群(Korsakoff syndrome)和其他疾病相關的失智症。雖然症狀可能因疾病而異，但與其相關的失智症類似，包括記憶喪失、判斷能力受損、人格改變以及無法執行日常活動等症狀。

3. 失智症治療藥物與牙科治療中可能使用藥物間之交互作用：

✧ 抗精神病藥物：

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

鎮靜劑可能增強中樞神經系統抑制作用，需調整劑量。

☆ 抗抑鬱藥物：

與某些抗生素可能增加QT間期延長風險。

止痛藥可能與抗抑鬱藥物產生藥物交互作用，需調整劑量。

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

【背景說明(參考事項)】

1. 甲狀腺機能亢進臨床表現

(1)症狀

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

(2)徵候

- A. 躁動、焦慮
- B. 暖而濕的手掌
- C. 瞪、眼瞼運動遲滯

D. 微顫抖、反射增加

E. 波形不規則的不規則心跳(心房顫動的一個徵候)、脈壓增加及較少見的高心輸出心衰竭。

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

3. 甲狀腺功能檢驗項目及正常值

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

4. 甲狀腺風暴(thyroid storm)

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

甲狀腺風暴的症狀非常嚴重且多樣：

高燒：通常超過 39°C(102.2°F)

心動過速：心率超過 140 次/分鐘

心律不整：如心房顫動

高血壓：血壓顯著升高，隨後可能會出現低血壓和休克

胃腸道症狀：嘔吐、腹瀉、黃疸

中樞神經系統症狀：極度焦慮、譫妄、昏迷、癲癇

其他症狀：脫水、心力衰竭

甲狀腺風暴的致病機轉

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

代謝率劇增：導致高熱和心動過速。

交感神經系統反應增強：加劇心臟和中樞神經系統症狀。

循環系統過載：引發高血壓、心律不整和心力衰竭。

緊急處理步驟

穩定病人生命體徵

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

5. 甲狀腺機能低下臨床表現症狀：

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

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	十二、與牙科治療相關之自體免疫性疾病 (備註：114 年新增)	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： (1) 免疫抑制劑(如 Methotrexate, Cyclosporine)： 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。 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。 (2) 類固醇(如 Prednisolone)：

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		A.長期使用類固醇可能導致骨質疏鬆，影響齒槽骨健康。 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。 (3)非類固醇消炎藥(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)NSAIDs,如 Ibuprofen)：與免疫抑制劑或類固醇合用時需注意胃腸道出血的風險。可引起口腔潰瘍或加重已有的口腔潰瘍。 (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。 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) 非類固醇抗發炎藥(NSAIDs)與眼科用抗發炎藥：

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發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
	十三、其他未明示之疾病	1. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 遵循原開藥醫師開立之醫囑。 4. 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。

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：

(請將以下之回覆單撕下，交予病人帶回！感謝！)

回覆單

病人_____，經本院評估後：

☐建議病人可暫停服用_____藥物，請於處置前_____天開始停藥。

☐建議病人不可停用_____藥物。

原因：_____。

☐建議病人至原就診院所執行牙科相關處置。

此致 OOOO牙醫診所

負責醫師：

院所電話：

傳真電話：

討論事項第四案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據114年11月6日牙全會牙全岳字第00567號函辦理(附件1，頁次討4-3頁)。
- 二、修訂對照表詳附件2(頁次討4-4)。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
 - (一)預算修訂為 4,255.8 百萬。
 - (二)115 年執行目標修訂如下：
 1. 「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達225萬人次、照護人數不低於99萬人。
 2. 「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於270萬人次、照護人數不低於143萬人。

本署意見：

- 一、依據健保會 114 年 9 月 24 日 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，115 年本計畫於專款編列 4,255.8 百萬元(較 114 年增加 1455.8 百萬元)，請本署辦理事項如下：
 - (一)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於 115 年 4 月前提出專案報告。
 - (二)專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應。
 - (三)本計畫以 4 年為檢討期限(112-115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 4 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。
- 二、修訂對照表如頁次討 4-5。

(一)實施期間、預算來源、執行目標配合 115 年總額協商結果修訂。

(二)牙周病之診斷碼配合 ICD-10-CM 2023 年改版修訂。

三、本計畫擬報衛生福利部核定後實施。

決 議：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：

電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 11 月 6 日

發文字號：牙全岳字第 00567 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療
服務審查執行會 主委決行

總收文 114 年 11 月 7 日收到
健保醫字

中央健康保險署

署 1140058172

第一頁 共一頁

114~~5~~年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫修訂對照表

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(未修訂)	一、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	一、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	未修訂
(未修訂)	二、目的 針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。	二、目的 針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。	未修訂
三、實施期間： ~~114~~ 115 年 1 月 1 日起至 ~~114~~ 115 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： ~~114~~ 115 年 1 月 1 日起至 ~~114~~ 115 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。	牙全會說明： 修訂年度
四、預算來源： (一) ~~114~~ 115 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為	四、預算來源： (一) ~~114~~ 115 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為	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「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 2,800	牙全會說明： 修訂年度，依 115 年協商結

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
~~2,800~~<u>4,255.8</u> 百萬元。 (二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。	~~2,800~~<u>4,255.8</u> 百萬元。 (二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。	百萬元。 (二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。	論修訂預算。 <u>本署說明：</u> 尊重牙全會修訂意見。
五、執行目標： (一)~~114~~<u>115</u> 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C) 達 ~~150~~<u>225</u> 萬人次、照護人數不低於 ~~66~~<u>99</u> 萬人。 (二)~~114~~<u>115</u> 「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 ~~189~~<u>270</u> 萬人次、	五、執行目標： (一)~~114~~<u>115</u> 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C) 達 ~~150~~<u>225</u> 萬人次、照護人數不低於 ~~66~~<u>99</u> 萬人。 (二)~~114~~<u>115</u> 「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 ~~189~~<u>270</u> 萬人次、	五、執行目標： (一)114 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次、照護人數不低於 66 萬人。 (二)114 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 189 萬人次、照	<u>牙全會說明：</u> 修訂年度及依 115 年協商結論執行目標。 <u>本署說明：</u>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
照護人數不低於 ~~100~~ <u>143</u> 萬人。	照護人數不低於 ~~100~~ <u>143</u> 萬人。	護人數不低於 100 萬人。	尊重牙全會修訂意見。
六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。	六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。	六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。	未修訂
七、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二)本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採	七、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二)本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；	七、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二)本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採	<u>牙全會說明：</u> 刪除移撥經費相關文字。 <u>本署說明：</u> 尊重牙全會修訂意見。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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； ~~全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。~~	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； ~~全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。~~	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；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。	
八、預期效益之評估指標： (一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。 分子：當年度高	八、預期效益之評估指標： (一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。 分子：當年度高	八、預期效益之評估指標： (一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。 分子：當年度高	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
風險疾病 病人之填 補顆數(牙 位歸戶)。 分母：當年度高 風險疾病病人之 就醫人數。 公式：分子/分 母。 2.年度高風險疾病病 人平均牙齒填補增 加率。 分子：(當年度高 風險疾病 病人的平 均牙齒填 補顆數)— (前一年度 高風險疾 病病人的 平均牙齒 填補顆	風險疾病 病人之填 補顆數(牙 位歸戶)。 分母：當年度高 風險疾病病人之 就醫人數。 公式：分子/分 母。 2.年度高風險疾病病 人平均牙齒填補增 加率。 分子：(當年度高 風險疾病 病人的平 均牙齒填 補顆數)— (前一年度 高風險疾 病病人的 平均牙齒 填補顆	風險疾病 病人之填 補顆數(牙 位歸戶)。 分母：當年度高 風險疾病病人之 就醫人數。 公式：分子/分 母。 2.年度高風險疾病病 人平均牙齒填補增 加率。 分子：(當年度高 風險疾病 病人的平 均牙齒填 補顆數)— (前一年度 高風險疾 病病人的 平均牙齒 填補顆	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
數)。 分母：前一年度 高風險疾 病病人的 平均牙齒 填補顆 數。 公式：分子/分母 *100%。 (三)65 歲以上接受照護病 人(註 1)3 年後(116 年執 行完，自 117 年起)，因 牙周病被拔牙的每人平 均拔牙顆數較該年度比 較族群(註 2)減少。 註： 1.65 歲以上接受照護 病人為「連續 3 年 每年至少執行 2 次 或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。	數)。 分母：前一年度 高風險疾 病病人的 平均牙齒 填補顆 數。 公式：分子/分母 *100%。 (三)65 歲以上接受照護病 人(註 1)3 年後(116 年執 行完，自 117 年起)，因 牙周病被拔牙的每人平 均拔牙顆數較該年度比 較族群(註 2)減少。 註： 1.65 歲以上接受照護 病人為「連續 3 年 每年至少執行 2 次 或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。	數)。 分母：前一年度 高風險疾 病病人的 平均牙齒 填補顆 數。 公式：分子/分母 *100%。 (三)65 歲以上接受照護病 人(註 1)3 年後(116 年執 行完，自 117 年起)，因 牙周病被拔牙的每人平 均拔牙顆數較該年度比 較族群(註 2)減少。 註： 1.65 歲以上接受照護 病人為「連續 3 年 每年至少執行 2 次 或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。	<u>牙全會說 明：</u> 配合 2023 年版 ICD- 10-CM 修 訂指標定 義。 <u>本署說 明：</u> 尊重牙全 會修訂意 見。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
2. 該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。 3. 牙周病之 ICD-10-CM 碼為： K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.20(侵襲性牙周炎)。 K05.21~~2~~(侵襲性牙周炎，局部)。 K05.22~~2~~(侵襲性牙周炎，一般性)。 K05.30(慢性牙周炎)。 K05.31~~2~~(慢性牙周炎，局部性)。 K05.32~~2~~(慢性牙周炎，一般性)。 K05.4(牙周病)。	2. 該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。 3. 牙周病之 ICD-10-CM 碼為： K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.20(侵襲性牙周炎)。 K05.21~~2~~(侵襲性牙周炎，局部)。 K05.22~~2~~(侵襲性牙周炎，一般性)。 K05.30(慢性牙周炎)。 K05.31~~2~~(慢性牙周炎，局部性)。 K05.32~~2~~(慢性牙周炎，一般性)。 K05.4(牙周病)。	2. 該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。 3. 牙周病之 ICD-10-CM 碼為： K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)。 K05.20(侵襲性牙周炎)。 K05.21(侵襲性牙周炎，局部)。 K05.22(侵襲性牙周炎，一般性)。 K05.30(慢性牙周炎)。 K05.31(慢性牙周炎，局部性)。 K05.32(慢性牙周炎，一般性)。 K05.4(牙周病)。	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(未修訂)	九、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告實施日期辦理。	九、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告實施日期辦理。	未修訂
(未修訂)	十、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付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，由保險人逕行修正公告。	十、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	未修訂

全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」
給付項目及支付標準

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
91090C	高風險疾病病人牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)心血管疾病病人。 (3)血液透析及腹膜透析病人。 (4)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (5)惡性腫瘤病人。 (6)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.每九十天限申報一次。 3.本項支付點數含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	v	v	v	v	820
P7302C	齲齒經驗之高風險病人氟化物治療 Full mouth topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險病人，提供本項診療服務。 2.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。	v	v	v	v	500

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	(7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 (8)曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人 (含當次)。 3.每九十天限申報一次。 4.本項支付點數含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C。					
89204C	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth —單面 single surface	v	v	v	v	900
89205C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,050
	註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報前牙複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C ~ 89012C，89014C ~ 89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以二面為限。					

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
89208C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth —單面 single surface	v	v	v	v	1,000
89209C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,200
89210C	—三面 three surfaces 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同類牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C ~ 89012C，89014C ~ 89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1,400
89212C	高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。	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
	(6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C ~ 89012C，89014C ~ 89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以三面為限。					
89214C	高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1,600

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
89215C	高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1,850

討論事項第五案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案，提請討論。

說明：

一、依據114年11月6日牙全會牙全岳字第00567號函辦理(附件1，頁次討5-10)。

二、修訂對照表詳附件2(頁次討5-11)。

三、修訂內容重點摘要如下：

(一)增修醫療團牙醫醫療服務：

1. 新增「失能老人」適用對象條件：年滿80以上長者。
2. 修訂醫療團論次點數自每小時2,400點調升至3,500點。

(二)增修居家牙醫醫療服務：

1. 擴大收案條件：放寬所有「接受長期照顧服務補助辦法」補助對象。
2. 修訂每位牙醫師每診4人次，每日最多2診8人次為限，且每月以80人次為限。
3. 新增居家個案得以2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務，且每位居家個案每年以申報3次為限，同步新增醫令，支付點數3,400點。
4. 增修給付項目及支付標準：
 - (1)新增山地離島及醫療資源不足之牙醫師訪視費及醫療服務費。
 - (2)調升牙醫師訪視費，並比照西醫訪視費同步調升。
 - (3)修訂居家醫療服務費支付點數自 5,700 點調升至 6,800 點；其他病人自 3,800 點調升至 4,500 點。

本署意見：

- 一、依據健保會 114 年 9 月 24 日 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，115 年本計畫於專款編列 955.9 百萬元(較 114

年增加 100 百萬元)，請本署辦理事項如下：

- (一)檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能。
- (二)持續監測本計畫適用對象(包含：不同障礙別、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。

二、有關增修醫療團牙醫醫療服務之財務評估：

- (一)醫療團牙醫醫療服務「失能老人」適用對象條件，新增年滿 80 歲以上長者(附件 2，頁次討 5-17)：

(1) 依據社會及家庭署老人福利機構統計資料(含長期照護型機構、養護型機構、失智照顧型機構、安養機構)，114 年截至 9 月實際進住人數共 50,861 人，以長期照顧十年計畫 2.0-113 年長照服務使用者人口學特性估算，65 歲以上者占長照服務使用者 88.94%，又依國家發展委員會 2025 年全國推估人口統計，65 歲以上者占總人口 20.02%，其中 80 歲以上者約占 65 歲以上人口之 20.19%。推估 114 年符合本項修訂之適用對象共 $50,861 * 88.94\% * 20.19\% = 9134$ 人。

(2) 查 114 年 1-9 醫療團共服務失能老人 635 人次，申報點數 3.38 百萬點，其中 80 歲以上者共 450 人，申報醫療費用 2.4 百萬點。推估 114 年老人福利機構 80 歲以上住民，其醫療團就醫率約 $450 / 9134 * 100\% = 4.93\%$ 。

(3) 以 115 年預估 65 歲以上人口數計算，115 年老人福利機構住民約 52,867 人，推估 115 年增加適用對象 $52,867 * 88.94\% * 20.19\% = 9,493$ 人，以就醫率 4.93% 計算，推估增加醫療費用 0.13 百萬點。

- (二)醫療團看診每位醫師每小時支給費用(P30001)、特定需求者牙醫醫療服務論次費用(P30003)自每小時 2,400 點修訂為 3,500 點。(附件 2，頁次討 5-31、5-32)。

1. 財務評估：

(1) 查牙醫不足改善方案論次點數如下表，請考慮支付衡平性。

地區分級	平日		假日	
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數
一級地區	P22002	2,100 點	P22005	2,400 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

(2) 現有P30001、P30003申報診次及113年醫令數量5.04%成長率估算，115年P30001申報次數約27,260次，考量115年總額協商結果係以論次費用每小時3,000點估算，建議依協商結果調整，約增加 $(3,000-2,400)*27,260=16.35$ 百萬點。

三、有關增修居家牙醫醫療服務：

(一)擴大收案條件：「長期照顧服務申請及給付辦法」補助對象(長照個案)。(附件 2，頁次討 5-53、5-61)

1. 財務評估：

- (1) 衛生福利部於114年6月19日公告「長期照顧服務申請及給付辦法」修正案，原服務對象為65歲以上老人(但具原住民身分者為55歲以上)、領有身心障礙證明者、50歲以上失智症者，修訂後取消失智症者年齡限制，及評估期間符合衛生福利部中央健康保險署公告之急性後期整合照護計畫(PAC)之收案對象。
- (2) 本項收案條件原為「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(輕、中、重度失能老人)，依據依據衛福部長期照顧司估算，約增加6,000位適用對象。
- (3) 依據 2000年人口及住宅普查報告結果，65歲以上者長照需求率為12.7%，另依據國發會中華民國人口中推估人口統計數據，114、115年65歲以上人口共分別為4,673,503

人及4,857,771人，推估65歲以上失能人數分別約593,535人及616,937人。以114年1-9月失能老人接受居家牙醫醫療服務共637人推估，全年接受服務約849人，就醫率0.14%。115年以就醫率0.14%推估服務人數共864人。本項修訂約增加服務人數15人。

2. 擬議：

考量擴大補助對象為長照個案增加之服務人數不多，且原補助對象亦包含在內，推估造成之財務影響應不大，爰尊重牙全會建議。

(二)居家牙醫醫療服務每位牙醫師每診4人次，每日最多2診8人次為限，且每月以80人次為限(附件2，頁次討5-57)：

1. 財務評估：

(1) 現行計畫規定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。

(2) 114年1-9月共申報居家牙醫醫療服務費用19,385,885點，其中經6折支付之點數約106,020點，推估114全年申報共25,847,846點。本項修訂後增加支付點數約 $(106020/9*12)/0.6*0.4=0.09$ 百萬點。

(3) 查「全民健康居家醫療照護整合計畫」現行給付內容，醫師訪視以每日8人次為原則，每月以180人次為限，無超過特定人次打折給付相關規範。

2. 擬議：尊重牙全會建議。

(三)新增居家個案得以2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務，且每位居家個案每年以申報3次為限，同步新增醫令，支付點數3,400點。(附件2，頁次討5-55)

1. 財務評估：

查113年居家牙醫服務人數共1,873人，114年1-9月共1,942

人，推估114全年執行數2,589人。以114年成長率預估115年全年服務人數約3,579人，推估115年約增加 $3,400 \times 3,579 \times 3 = 36.5$ 百萬點。

2. 擬議：尊重牙全會建議。

(四)居家牙醫醫療服務費支付點數：

病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上(P30005)自5,700點調升至6,800點；其他病人(P30007)自3,800點調升至4,500點(附件2，頁次討5-96)。

1. 財務評估：

查113年及114年1-9月居家牙醫醫療服務費(P30005、P30007)申報情形如下表，經統計114年1-9月P30005、P30007服務人次分別為3326人及2人，推估114年全年服務人次執行數分別為4435及3人，以114年成長率預估115年全年服務人次分別為5188人及4人，115年約增加 $(6,800 - 5,700) \times 5188 + (4,500 - 3,800) \times 4 = 5.7$ 百萬點。

費用年	醫令代碼	服務人次	服務人數	醫療費用點數
113	P30005	3791	1,774	21,400,650
113	P30007	5	4	19,000
114	P30005	3326	1,871	18,904,620
114	P30007	2	2	7,600

2. 擬議：尊重牙全會建議。

(五)調升牙醫師訪視費，並比照西醫訪視費同步調升。

查「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」已於115年度總額預算爭取經費，作為調升訪視費及相關支付點數，建議俟其調整後，配合調整。

(六)新增山地離島及醫療資源不足之牙醫師訪視費及醫療服務費(附件2，頁次討5-96)：

1. 財務評估：

- (1) 查「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」現行給付內容，醫師訪視費用依執行區域分為一般地區及山地離島地區(未納入醫療資源不足地區)，山地離島區加3.2成(2,051點)給付，而牙醫醫療資源不足地區亦依交通、車程及偏遠程度區分4級。
- (2) 依據114年1-9月居家醫療服務提供情形，院所屬「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之山地離島地區及「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」醫療資源不足地區者，僅1家院所，位於花蓮縣光復鄉，申報牙醫師訪視費(醫令代碼P30006)2人次及居家牙醫醫療服務費(醫令代碼P30005)24人次，共139,906點。以113年居家醫療醫令數量成長率16.37%計算，推估114全年申報P30006醫令數本項修訂推估增加醫療服務費70,374點(【2051-1553】*2*【1+16.37%】+【8160-5700】*24*【1+16.37%】)。

2. 擬議：同意牙全會建議。

四、有關新增醫療團服務場域：

- (一)本署於114年10月13日以健保醫字第1140665039號函請衛生福利部護理及健康照護司、衛生福利部長期照顧司、衛生福利部心理健康司衛生福利部社會及家庭署、國軍退除役官兵輔導委員會等單位協助調查業管機構牙特計畫醫療團服務需求，彙整結果如下表：

	114 年	115 年
護理之家	1. 仁堡護理之家 2. 高雄市立凱旋醫院附設大寮精神護理之家 3. 宏恩醫院附設護理之家 4. 佶園護理之家 5. 賢德醫院附設護理之家	1. 仁堡護理之家 2. 高雄市立凱旋醫院附設大寮精神護理之家 3. 宏恩醫院附設護理之家 4. 佶園護理之家 5. 賢德醫院附設護理之家

	6. 名揚護理之家	6. 名揚護理之家 7. 吉康護理之家 8. 佳合護理之家
長照機構	1 常樂長照社團法人附設 彰化縣私立常樂住宿長 照機構 2.佛教慈濟醫療財團法人 附設嘉義縣私立大林慈 濟住宿長照機構 3.寶島長照社團法人附設 嘉義縣私立寶島嘉中住 宿長照機構	1.常樂長照社團法人附設 彰化縣私立常樂住宿長 照機構 2.佛教慈濟醫療財團法人 附設嘉義縣私立大林慈 濟住宿長照機構 3.寶島長照社團法人附設 嘉義縣私立寶島嘉中住 宿長照機構 4.四季常照長照社團法人 附設澎湖縣私立四季常照 住宿長照機構 5.祥復長照社團法人附設 苗栗縣私立祥復綜合長照 機構 6.長春園長照社團法人附 設屏東縣私立長春園住 宿長照機構 7.恩典長照社團法人附設 新北市私立恩典住宿長照 機構
精神護理之家	-	1.臺中榮民總醫院埔里分 院附設精神護理之家 2.私立至善園精神護理之 家

(二)本計畫醫療團服務一般護理之家由 6 家增加至 8 家，長照機構由 3 家加至 7 家，另增加精神護理之家(由衛生福利部心理健康司擇定 2 家為限)共 2 家，請牙全會協助組成醫療團提供服務。。

(三)財務評估：

以新增 1 家醫療團所需費用約為 200 萬，推估約需 200 萬*8 家=16 百萬。

五、有關調升特殊計畫之感管診察費 00318C、00311C~00314C：調升 12 點，本計畫專款支出增加約 5.55 百萬點(詳頁次討 2-28)。

六、綜上，本次相關點數調整，預估將增加 80.39 百萬元(附表)，在預算額度(100 百萬)內。本署建議除醫療團論次點數依 115 年總額協商需求，由每小時 2,400 點修訂為 3,000 點，並建議增列醫療團服務場域外，餘尊重牙全會建議。

附表、調整支付標準相關點數及修訂收案條件之財務評估

單位：百萬點

項目	修訂內容	預估增加預算
1.醫療團牙醫醫療服務	1.1 新增醫療團牙醫醫療服務「失能老人」適用對象條件，年滿 80 歲以上長者。	0.13
	1.2 醫療團論次點數(P30001、P30003)由每小時 2,400 點修訂為 3,000 點。	16.35
	1.3 新增醫療團服務場域	16
2 居家牙醫醫療服務	2.1 擴大收案條件：「長期照顧服務申請及給付辦法」補助對象	影響不大
	2.2 每位牙醫師每診 4 人次，每日最多 2 診 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。	0.09
	2.3 新增居家個案得以 2 個月內多執行 1 次居家牙醫醫療服務，且每位居家個案每年以申報 3 次為限，同步新增醫令，支付點數 3,400 點。	36.5

	2.4 居家牙醫醫療服務費支付點數：P30005 自 5,700 點調升至 6,800 點；P30007 自 3,800 點調升至 4,500。	5.7
	2.5 調升牙醫師訪視費，並比照西醫訪視費同步調升。	俟居家整合計畫調整後，配合調整。
	2.6 新增山地離島及醫療資源不足之牙醫師訪視費及醫療服務費	0.07
3.感管診察費		5.55
合計		80.39

七、修訂對照表詳附件 2(頁次討 5-7)。

擬 辦：會議決議通過修訂計畫之支付標準，擬依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決 議：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：

電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 11 月 6 日

發文字號：牙全岳字第 00567 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療
服務審查執行會 主委決行

總收文 114 年 11 月 7 日收到
健保醫字

中央健康保險署

署 1140058172

114~~115~~ 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂對照表

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(未修訂)	(未修訂)	一、依據 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	未修訂
(未修訂)	(未修訂)	二、目的 旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。	未修訂
三、實施期間 自公告生效日起至 114 ~~115~~ 年 12 月 31 日止。	三、實施期間 自公告生效日起至 114 ~~115~~ 年 12 月 31 日止。	三、實施期間 自公告生效日起至 114 年 12 月 31 日止。	修訂年度
(未修訂)	(未修訂)	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。	未修訂
五、預算來源 (一)本計畫全年經費為 <u>9.559</u> 億元，其中○○○億元由 114 ~~115~~ 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。	五、預算來源 (一)本計畫全年經費為 <u>9.559</u> 億元，其中○○○億元由 114 ~~115~~ 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	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	依 115 年總額協商結果修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(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。~~	~~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。~~	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。	
(未修訂)	(未修訂)	六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務： (一)適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。 (二)申請條件： 1. 醫院資格：必須設置有整形外科(或口腔外科)、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。 2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上(至少 1 位專任醫師)會同牙科矯正醫師實施。 3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置(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。	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		(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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。 3. 前項事前審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X光片、治療計畫(包括整個療程費用及時間)，如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。 4. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。	
七、 特定身心障礙者牙醫醫療服務： (一) 適用對象須符合下列條件之一： 1. 屬肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、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	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	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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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	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	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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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	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	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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，<u>或 80 歲以上長者</u>，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。	本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，<u>或 80 歲以上長者</u>，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。	(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。	<u>牙全會說明：</u> 增修失能老人條件，因應就業服務法第 46 條修訂，自 114 年 8 月 1 日起，年滿 80 歲以上長者，免除巴氏量表評估，不論失能狀態，僅提供身分證明即可申請外籍家庭看護工。 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會修訂建議。
(未修訂)	(未修訂)	(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件： **院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請： 1. 初級照護院所 (1) 院所資格： A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。 B. 院所須二年內未曾	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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。	
(未修訂)	(未修訂)	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	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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。	
(未修訂)	(未修訂)	**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(由衛生福利部長期照顧司擇定 3 家為限)等單	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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：	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		(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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		護院所且符合進階照 護院所資格之醫師組 成醫療團，至身心障 礙福利機構 (不含未 獲主管機關許可立案 為身心障礙福利機構 之安養中心)、衛生福 利部所屬老人福利機 構(或經衛生福利部 社會及家庭署擇定設 置口腔診察服務據點 之私立財團法人、公 立或公設民營之老人 福利機構)，為長期臥 床且無法移動至固定 診療椅之病人，在病 人床邊提供牙醫醫療 服務。 (3) 牙醫服務內容及設 備： A. 基於安全考量，以 提供牙周病緊急處 理、牙周敷料、牙 結石清除、牙周暨 齦齒控制基本處 置、塗氟、非特定 局部治療、特定局 部治療、簡單性拔 牙及單面蛀牙填補 等服務為限，其他	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	(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	(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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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。 d. 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	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： C. 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。 d. 輕度病人（含失能老人）得加 3 成。 D. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫	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。 d. 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)得加 2 成。 (2) 本計畫不得併報全民健康保險牙醫門診總	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
醫不足改善方案之巡迴計畫)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	醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)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	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，	<u>牙全會說明：</u> 修訂本計畫不得併報之專案名稱 <u>本署建議：</u> 尊重牙全會修訂意見。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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~~<u>3,000</u> 點(內含護理費),每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間),平均每小時至少服務 1 人次,服務時間未達 1 小時及每小	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: D. 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。 E. 論次項目(支付代碼為 P30001):每小時 ~~2,400~~<u>3,500</u> 點(內含護理費),每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間),平均每小時至少服務 1 人次,服務時間	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牙醫醫	牙全會說明: 修訂醫療團論次項目,每小時 3,500 點。 本署建議: 建議依 115 年牙醫總額協商結果,調整為每小時 3,000 點。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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~~<u>3,000</u> 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未	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。 F. 牙醫不足改善方案之巡迴計畫牙醫醫療服務：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~~<u>3,500</u> 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人	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	牙全會說明： 修訂特定需求者論次項目，每小時 3,500 點。 本署建議： 建議依 115 年牙醫總額協商結果，調整為每小時 3,000 點。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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。	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。 a. 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。	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。	
(未修訂)	(未修訂)	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	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		-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 之巡迴計畫服務： 非精神疾病者：極	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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、	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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(由衛生福利部長照司擇定)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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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。	
(未修訂)	(未修訂)	(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	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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(由衛生福利部長照司擇定)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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	(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	(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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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	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	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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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	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	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	<u>牙全會說明：</u> 附件 10 同步修訂論次點數。 <u>本署說明：</u> 尊重牙全會修訂建議。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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	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	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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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	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	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	牙全會說明： 附件 14 修訂年度。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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。	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。	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。	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(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	(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	(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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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	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	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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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	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	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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
育課程(每年再進修課程不得重複,執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分),並檢附積分證明後,得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30 (含)學分後,得繼續執行此計畫;惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。 7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位(如:機構、學校或未設牙科之精神科醫院等),應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊,置放於保險人全球資訊網網站(http://www.nhi.gov.tw)及牙醫全聯會網站(http://www.cda.org.tw),俾利民眾查詢就醫。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	育課程(每年再進修課程不得重複,執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分),並檢附積分證明後,得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30 (含)學分後,得繼續執行此計畫;惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。 7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位(如:機構、學校或未設牙科之精神科醫院等),應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊,置放於保險人全球資訊網網站(http://www.nhi.gov.tw)及牙醫全聯會網站(http://www.cda.org.tw),俾利民眾查詢就醫。 8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物,標示看診地點與時間等,揭示於明顯	育課程(每年再進修課程不得重複,執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分),並檢附積分證明後,得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30 (含)學分後,得繼續執行此計畫;惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。 7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位(如:機構、學校或未設牙科之精神科醫院等),應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊,置放於保險人全球資訊網網站(http://www.nhi.gov.tw)及牙醫全聯會網站(http://www.cda.org.tw),俾利民眾查詢就醫。 8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物,標示看診地點與時間等,揭示於明顯	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。	處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。	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。	八、居家牙醫醫療服務： (一) 醫療服務提供者資格： 1.醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。 2.特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。	八、居家牙醫醫療服務： (一) 醫療服務提供者資格： 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。	未修訂
(二) 收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。 1.全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。 3.特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限	(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	(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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)或發展遲緩兒童等。 (三)「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱長照個案)，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。	制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)或發展遲緩兒童等。 4.「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱長照個案)，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。	制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)或發展遲緩兒童等。 4.「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百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。	<u>牙全會說明</u>： 放寬所有長照服務補助對象。 本署說明： 詳頁次討5-3。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(未修訂)	(未修訂)	(三)收案及審核程序： 1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務(含訪視)前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。 2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。	未修訂
(四)照護內容： 1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齦齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。 2. <u>上述醫療服務(P30005、P3XXX、P30007、P3XXX)提供完成後，經</u>	(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、牙周暨齦齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。 (1) <u>上述醫療服務(P30005、P3XXX、P30007、P3XXX)提</u>	(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、牙周暨齦齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。	牙全會說明：

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<u>牙醫師評估居家個案有齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、特定局部治療、簡單性口內切開排膿等醫療需求時，得以2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務。</u> 3.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。	<u>供完成後，經牙醫師評估居家個案有齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、特定局部治療、簡單性口內切開排膿等醫療需求時，得以2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務。</u> 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。	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。	新增居家醫療經醫師評估後，有需求齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、特定局部治療、簡單性口內切開排膿等醫療需求之照護內容 <u>本署意見：</u> 詳頁次討 5-4。
(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	(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	(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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
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、<u>失能老人長照個案</u> 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。	畫」【附件 16】。 3.醫療費用申報： (4) 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、<u>失能老人長照個案</u> 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】。 (5) 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。 (6) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。	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	<u>牙全會說明</u>： 同步修訂「長照個案」類別名稱。 <u>本署意見</u>： 尊重牙全會修地定建議。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
4.本計畫服務量不列入門診合理量計算。 (五) 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。	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。	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 ~~每日診達54人次以上~~ ，自第5人次起按6折支付，每日最多2診8人次為限，且每月以80人次為限。 3. <u>同一個案接受居家牙醫醫療服務，因口腔狀況所需，經牙醫師評估後，得以2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務，且每年以申報3次為限。</u>	(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 ~~每日診達54人次以上~~ ，自第5人次起按6折支付，每日最多2診8人次為限，且每月以80人次為限。 3. <u>同一個案接受居家牙醫醫療服務，因口腔狀況所需，經牙醫師評估後，得以2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務，且每年以申報3次為限。</u>	(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。	<u>牙全會說明：</u> 一、新增修訂居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件17】(1)新增「山地離島及醫療不足地區牙醫師訪視費及醫療服務費」之給付項目(2)修訂牙醫師訪視費及醫療服務費點數。 二、修訂居家每日每診人次。 三、新增居家個案得2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務。 <u>本署說明：</u> 詳頁次討5-4。
(未修訂)	(未修訂)	(七) 相關規範： 1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件18】。 2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件15】至牙醫全聯會，由	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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,且須將病人身份影印本及計畫所須之證明文件,黏貼於病歷首頁,以備查驗。 5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		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。	
(未修訂)	(未修訂)	九、點值結算方式： (一)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。 (二)全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	未修訂
十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第3目「特定身心障礙者」或第4目「 ~~失能老人~~ 長照個案」者之居	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~~ 長照個案」者之居	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	牙全會說明： 修訂「收案條件」第4目「長照個案」 本署意見： 尊重牙全會修訂建議。

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。	家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。	療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。	
(未修訂)	(未修訂)	十一、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之1月1日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。	未修訂
(未修訂)	(未修訂)	十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。	未修訂

【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	環鉤，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基底板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	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：

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

【附件 2-1】

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

與舊制身心障礙類別之區分與辨識

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

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

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

備註說明：

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

二、新制身心障礙證明樣張如下

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

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

- (一) 障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。
- (二) 障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧註記其對應之ICF編碼。
- (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)，不得再申報。	√	√	√	√	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。	√ √	√ √	√ √	√ √	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。	√ √ √	√ √ √	√ √ √	√ √ √	1,000 1,200 1,400
89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	√	√	√	√	1,450

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
89314C	特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	V	V	V	V	1,600
89315C	特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	V	V	V	V	1,850

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務加入申請書（院所內服務）

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

****備註：**寄送地址:104-76 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收

- (1)「**初級院所**」應檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。每月 5 日前將資料郵寄至牙全會，由牙醫全聯會彙整名單送保險人分區業務組審理核定後，保險人以公告或行文通知院所。
- (2)「**進階院所**」須事前檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份、2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷相關資料紙本、設備需求照片或圖片、身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份等資料後，待牙全會初審後再請申請院所親自面試。

【附件 4】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務變更申請書（院所內服務）

申請 醫師姓名		身分證字號		出生年月	
變更後 聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請變更院所基本資料】					
一、原申請加入院所： (1) 原院所名稱（全銜）： (2) 原申請院所類別： ☐ 執業登記院所 ☐ 支援服務院所 (3) 原申請變更原因，如下：（請勾選） ☐ 執業登記異動（日期： ） ☐ 院所名稱變更、醫師姓名變更 ☐ 醫師已離職不在診所服務（醫師姓名： _____或身分證字號 _____） ☐ 醫師不再繼續執行計畫，要取消資格					
二、申請變更後內容： (1) 變更後院所名稱： (2) 變更後院所類別： ☐ 執業登記院所 ☐ 支援服務院所 (3) 變更後院所負責人： 身分證字號：					

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

一、公會別：

二、申請服務單位（全銜）：

三、醫療團負責或代表醫師：_____

四、申請檢附資料：(申請牙醫不足改善方案之巡迴計畫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
									☐ 取消 ☐ 新增

六、變更醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

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

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

【附件 6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表
(醫療團)

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

_____ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

☐同意

☐不同意，原因：_____

☐其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

地址：

*簽章需簽署用印（大小章）

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	1 欲申請於院所中執行特殊病患照護服務者 2 無學分 參加身心障礙教育訓練之課程 有學分 3 填妥申請書並附上醫師個人學經歷等相關資料及身心障礙教育訓練之學分影本 寄至牙醫全聯會審核	1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。 1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 下載本計畫全文且詳讀。 2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。 3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後須附上： a. 醫師個人學經歷等相關資料（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明） b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。
申請中段	4 檢查資料是否有備齊 有齊 不齊 5 審核院所資格 通過 不通過 6 名單提送保險人及分區業務組	4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主（每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會）。其未齊之資料僅保存半年。 5-1 將由醫師審核初級院所資格，進階院所負責人或醫師須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。 5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所待有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。 6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。
申請後	7 執行計畫	7-1 申請院所收到保險人回復函文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。 7-3 若院所有意願規劃友善醫療環境，附表「牙科醫療院所友善醫療環境評量表」可供設置參考。

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、手持柺杖或助行器之民眾。
- 「廁所」的無障礙標準請參考「建築物無障礙設施設計規範 第五章」
- 「室內通路」是指通往各室內空間之路徑。

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

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

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

4. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示院所醫療環境之提供情況。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

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

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

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

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

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

執行醫療服務地點報備支援代號：

*執行機構/特教學校/精神科醫院，人數：_____ 人

（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

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

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續

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

(二)下年度預定執行方式

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

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

【附件 8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

____年____月 ～ ____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

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

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

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

【附件 9】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團執行牙科服務流程圖

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

【附件 10】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務報酬論次申請表

受理日期					受理編號					
醫事服務機構名稱					醫事服務機構代號					
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數				
	支付別									
	P30001									
	P30003									
	總計									
負責醫師姓名：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別： 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 <u>2,400</u> <u>3,500</u> 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）。 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 <u>2,400</u> <u>3,500</u> 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						
醫事服務機構地址：										
電話：										
印信：										

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

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

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

備註：障礙類別代號如下：

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

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																	
姓名：				出生年月日：								監護人：					
地址：																	
醫病史 (MedialHistory)																	
父母：				相關證明影本黏貼處													
親屬：				備註：若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。													
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
口腔發現 (oralfinding)																	
上顎：				5	5	5	5	5	6	6	6	6	6				
	1	1	1	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
乳牙牙冠	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	3	4	5	6	7	8
恆牙牙冠																	
醫療需求																	
下顎：				8	8	8	8	8	7	7	7	7	7				
	4	4	4	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	3	37	38	
乳牙牙冠	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6			
恆牙牙冠																	
醫療需求																	

填表說明：D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
診療紀錄

[illegible]

身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

(一) 基本資料：

姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女	出生 日期	年 月 日
障礙程度	☐ 輕 度	☐ 中 度	☐ 重 度	☐ 極 重 度	

(二) 洗牙記錄：第一次： 月 日，第二次： 月 日，第三次： 月 日

註：口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙 2 次以上。

(三) 檢查方式說明：

1: 牙菌斑平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙菌斑堆積狀況以「0」,代表無或微量;「1」表示目視可見牙菌斑。

牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

2: 牙齦炎平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙齦炎狀況以「0」,代表無牙齦炎;「1」表示有牙齦發炎。

牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

註：口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average)及牙齦炎平均值(Gingival Index Average)皆在 0.5(含)以下。

(四) 檢查結果：(全口分為 6 區)

1. 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數()/總區數(無牙區須扣除)()=()

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
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	

*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

【附件 14】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 醫療團院所之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

114~~115~~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

【附件 15】 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

首次訪視或首次提供居家牙醫醫療服務申請表

申請日期____年____月____日、序號：____

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

【附件 16】

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

基本資料																	
姓名：				出生日期： 年 月 日										監護人：			
居家病人來源： ☐ 居家西醫主治醫師評估連結 ☐ 自行申請 ☐ 醫院協助申請 ☐ 其他																	
居住地址：																	
醫病史 (Medical History)																	
父母：									相關證明影本(請附於後)								
親屬：									(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書。								
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
以往治療內容簡述																	
上次施行治療項目：(1) ☐ 牙周病緊急處理、(2) ☐ 牙周敷料、(3)牙結石清除(☐ 全口或 ☐ 局部)、(4) ☐ 牙周暨齦齒控制基本處置、(5) ☐ 塗氟、(6) ☐ 非特定局部治療、(7) ☐ 特定局部治療、(8) ☐ 簡單性拔牙、(9) ☐ 單面蛀牙填補																	
治療時間： 年 月 日																	
口腔現況																	
上顎：					5	5	5	5	5	6	6	6	6	6			
		1	1	1	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：					8	8	8	8	8	7	7	7	7	7			
		4	4	4	5	4	3	2	1	3	3	3	3	3	3	37	38
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6		
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=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：

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 <u>P3XXX</u>	牙醫師訪視費(次) <u>山地離島及醫療資源不足地區牙醫師訪視費(次)</u> 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。	<u>1553</u> <u>2051</u>
P30005 <u>P3XXX</u>	居家牙醫醫療服務費 病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上： 居家牙醫醫療服務費(次) <u>山地離島及醫療資源不足地區居家牙醫醫療服務費(次)</u>	~~5700~~ <u>6800</u> <u>8160</u>
P30007 <u>P3XXX</u>	其他病人： 居家牙醫醫療服務費(次) <u>山地離島及醫療資源不足地區居家牙醫醫療服務費(次)</u> 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~~ <u>4500</u> <u>5400</u>
<u>P3XXX</u> <u>P3XXX</u>	<u>居家病人因口腔狀況不佳，有二個月內治療需求：</u> <u>居家牙醫醫療服務費(次)</u> <u>山地離島及醫療資源不足地區居家牙醫醫療服務費(次)</u> 註： 1. <u>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。</u> 2. <u>本項目應於 P30005、P3XXX、P30007、P3XXX 其中一項完成申報後，才得以申報。</u> 3. <u>每一病人以每年申報三次為限，並依全民健康保險醫療</u>	<u>3400</u> <u>4080</u>

編號	診療項目	支付點數
	<u>服務給付項目及支付標準規定施行。</u> <u>4. 限處置醫令 90004C、91001C、92066C、92071C。</u> <u>5. 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述治療內容。</u>	
P5410C	評估出院病人居家醫療照護需求(次) 註： 6. 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。 7. 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。 8. 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	受理居家牙醫醫療服務需求 ↓ 牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務 ↓ 每次出診前置作業 ↓ 牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作 病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作	A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。 A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。 A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。 A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。 A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。	B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。 B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。 B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病人是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。
執行醫療服務——中	每一居家病人之牙醫醫療服務皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。 診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。	A-6 視醫療需求詳實記載。 A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。 A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程內容或術後注意事項及下次回診日期。 A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 A-10 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。 註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。	B-4 協助牙醫師完成治療 B-5 接受牙醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。
執行醫療服務——後	醫療器械設備及健保卡等作業 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 ↓ 結束居家牙醫醫療服務	A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。 A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。	B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。 B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。

討論事項第六案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據 114 年 11 月 6 日牙全會牙全岳字第 00567 號函辦理(附件 1，頁次討 6-2)。
- 二、修訂對照表詳附件 2(頁次討 6-3)。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
 - (一) 修訂計畫名稱為「青少年口腔提升照護試辦計畫」。
 - (二) 修訂執行目標達 619,000 服務人次及全年經費 240 百萬元。
 - (三) 評估指標修訂為提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。

本署意見：

- 一、依據健保會 114 年 9 月 24 日 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，115 年本計畫於專款編列 240.0 百萬元，請本署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。
- 二、修訂對照表如附件 2(頁次討 6-3)，另收案條件之診斷碼配合 ICD-10 修改。

擬辦：擬報衛生福利部核定後公告。

決議：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：

電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 11 月 6 日

發文字號：牙全岳字第 00567 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會
收對章(265)

理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療
服務審查執行會 主委決行

總收文 114 年 11 月 7 日收到
健保醫字

中央健康保險署

第 1140058172

第一頁 共一頁

~~114~~115年度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

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
(未修訂)	一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	未修訂
(未修訂)	二、目的： 藉由本計畫之實施，提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率，透過早期發現、介入治療及衛教，維護自然牙齒品質，減少齲齒，降低未來根管治療及拔牙發生機率，提升青少年口腔健康。	二、目的： 藉由本計畫之實施，提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率，透過早期發現、介入治療及衛教，維護自然牙齒品質，減少齲齒，降低未來根管治療及拔牙發生機率，提升青少年口腔健康。	未修訂
三、實施期間： ~~114~~ <u>115</u> 年1月1日至 ~~114~~ <u>115</u> 年12月31日止。	三、實施期間： ~~114~~ <u>115</u> 年1月1日至 ~~114~~ <u>115</u> 年12月31日止。	四、實施期間：114年1月1日至114年12月31日止。	修訂實施期間
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 <u>619,000</u> 服務人次為執行目標。	四、年度執行目標： 本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」、「青少年齲齒氟化物治療（P7102C）」合計 <u>619,000</u> 服務人次為執行目標。	五、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。	牙全會說明： 依115年牙醫門診總額談判協商結果修訂照護人次。 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會修訂建議。

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
五、預算來源： (一) ~~114~~<u>115</u>年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「<del>12~18歲</del>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<u>240</u>百萬元。 (二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C 及 P7102C)之費用由本計畫預算支應，除全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。 (三) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。	五、預算來源： (一) ~~114~~<u>115</u>年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「<del>12~18歲</del>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<u>240</u>百萬元。 (二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C 及 P7102C)之費用由本計畫預算支應，除全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之執業計畫〔詳本計畫八之(四)〕。 (三) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。	五、預算來源： (一) 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。	<u>牙全會說明：</u> 1. 依115年牙醫門診總額談判協商結果修改預算。 2. 修訂計畫名稱。 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會修訂建議。

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
六、收案條件： 12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K03.89、K00.4、K03.6、K06.1、前三碼為 K02-、K05-)。	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、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K03.89、K00.4、K03.6、K06.1、前三碼為 K02-、K05-)。	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、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K03.89、K00.4、K03.6、K06.1、前三碼為 K02、K05)。	<u>牙全會說明：</u> 配合2023版 ICD-10-CM 編碼表達方式。 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會修訂建議。
(未修訂)	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	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	未修訂

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)			原內容	備註	
	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。			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：			(二)診療項目及支付標準：		
	編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數
	P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報 X 光攝影(費用另計，限申報 34001C 及 34002C)。	300	P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報 X 光攝影(費用另計，限申報 34001C 及 34002C)。	300

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)			原內容			備註
		3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C。			3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C。		
	P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常者申報。 2. 須附一年內診斷X光片(費用另計，限申報34001C及34002C))或照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟	500	P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、齒質先天性發育異常者申報。 2. 須附一年內診斷X光片(費用另計，限申報34001C及34002C))或照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟	500	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)			原內容			備註
		化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報本項後九十天內不得再申報92072C、92051B、P30002及P7302C。			化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報本項後九十天內不得再申報92072C、92051B、P30002及P7302C。		
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	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			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			

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
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	報格式： 3.案件分類：請填報「19」。 4. 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	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	修訂計畫名稱

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
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)」。	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)」。	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)」。	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
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。	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。	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。	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
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： 1.提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。 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、	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： 1.提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。 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、	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： 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、	<u>牙全會說明：</u> 依114-8健保會決議，修訂評估指標12歲至18歲青少年就醫率不低於60%。 <u>本署意見：</u> 尊重牙全會修訂建議。

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
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。	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。	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。	
(未修訂)	十、新年度計畫公告前，延用前 一年度計畫；新年度計畫依 保險人公告實施日期辦理，	十、新年度計畫公告前，延用前 一年度計畫；新年度計畫依 保險人公告實施日期辦理，	未修訂

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	備註
	至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。	至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。	
(未修訂)	十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	未修訂

討論事項第七案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：因花蓮縣光復鄉馬太鞍溪堰塞湖洪災影響，巡迴醫療業務執行困難及負擔增加，建請調整災害期間巡迴醫療論次支付點數由二級提高為三級，以反映實際作業風險與工作量，擬請討論。

說明：

- 一、依據 114 年 11 月 6 日牙全會牙全岳字第 00567 號函辦理(附件 1，頁次討 7-3)。
- 二、近期光復地區受洪災影響，部分道路中斷或受損，導致巡迴醫療交通需繞道行駛，行程距離與時間大幅增加，且往返過程伴隨交通與安全風險。同時，災後當地醫療需求急遽上升，巡迴醫療人力調度不易，部分行程需兼辦緊急醫療救助作業。
- 三、為確保民眾口腔急症與基本需求獲得滿足及災後醫療服務不中斷，以花蓮縣光復鄉大進國小巡迴點提供口腔醫療服務之據點，自 114 年 10 月 9 日起增設每週三次門診，開放當地民眾進入就醫。
- 四、綜上所述，為反映光復鄉災害期間巡迴醫療實際執行之負擔及風險，建請將「花蓮縣光復鄉大進國小」巡迴醫療服務論次支付點數由現行二級提高為三級。

本署意見：

針對牙全會提案調整光復地區災害期間巡迴醫療論次支付點數，評估說明如下：

- 一、花蓮縣光復鄉大進國小已為 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巡迴點，現行院所每月巡迴一次、每次三小時、每月支付論次點數 8,100 點($2,700 \times 3 = 8,100$)，如以三級支付點數(3,700 點)計算，約需增加 3,000 點($(3,700 - 2,700) \times 3$)；如自 10 月 9 日起每週增設三次門診，持續至年底約 13 週，以三級支付點數(3,700 點)計算，約需 43.29 萬點($3,700 \times 3 \times 13$)。

時)*3(每週三次)*13=432900)。

二、以 114 年 1-9 月資料推估，巡迴論次費用約 163 百萬點、巡迴加成費用約 37 百萬點、執業計畫約 69 百萬點、品質獎勵金 12 百萬點(以 113 年計算)，共 280 百萬點，以 114 年度預算 323.8 百萬元，增加費用尚足以支應。

決 議：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：

電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 11 月 6 日

發文字號：牙全岳字第 00567 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療
服務審查執行會 主委決行

總收文 114 年 11 月 7 日收到

健保醫字

中央健康保險署

署 1140058172

第一頁 共一頁

討論事項第八案

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

說明：

一、依據 15-9 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

二、修訂對照表詳附件 1(頁次討 8-3)。

三、修訂內容重點摘要如下：

(一)一般服務預算項下移撥270百萬元支應。

(二)近年偶有天災或其他突發事件發生，可能造成巡迴醫療路線受阻、需繞道行駛，導致行程距離與時間增加，並增加交通及安全風險。同時，災後期間當地醫療需求常有急遽上升的情形，巡迴醫療人力調度亦更為困難，部分行程須兼辦緊急醫療救助。為反映此類特殊情況下醫療執行的實際負擔與風險，爰修訂本條，增列「因天災等造成醫缺巡迴繞路、增加交通路程與風險，或合併緊急醫療救助」之情形，得以升一級計算論次支付點數（四級地區以假日論次計算），並明訂需檢附佐證資料及報備程序。

(三)申請升級的地區：

1. 台中市新社區福民國小(1→2 級地區)

2. 雲林縣古坑鄉草嶺國小(1→2 級地區)

3. 嘉義縣阿里山鄉達邦衛生室、山美衛生室、阿里山衛生所(3→4 級地區)

4. 高雄市六龜區寶來里巡迴點(2→3 級地區)

(四)附件5-3—「巡迴計畫申請書」六、巡迴點資訊表格中「連絡電話」更改為「聯絡資訊(包含聯絡人、電話)」。

本署意見：

一、針對牙全會建議方案修訂內容，說明如下：

(一)114年預算為323.8百萬元，依114年9月24日115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，115年預算維持323.8百萬元。另修正巡迴計畫加成前醫療費用點數由一般服

務預算項下移撥270百萬元（增加50百萬元）支應：同意依牙全會建議增加移撥支應費用。

- (二)新增因天災等造成醫缺巡迴繞路、增加交通路程與風險，或合併緊急醫療救助之情形，得以升一級計算論次支付點數（四級地區以假日論次計算），並需先經牙全會醫缺小組及本署分區業務組核備通過（頁次討8-60）：為反映醫師至災區提供巡迴服務投入之人力及各項成本，爰同意參採該建議，惟考量醫療資源合理利用，建議應增訂前述升級支付適用起迄日之規定。
- (三)附件3—巡迴計畫施行地區一覽表修訂施行地區：兩個巡迴點由一級升至二級、一個巡迴點由二級升至三級、三個巡迴點由三級升至四級：推估全年論次費用約需增加10.7萬點（頁次討8-121~126、討8-133），於115年預算額度內尚足以支應，同意參採該建議。
- (四)其他包含計畫年度修訂、配合青少年口腔計畫酌修方案文字及巡迴計畫申請書填寫欄位資訊調整提案屬實務執行面作業修訂，同意參採建議。

二、另綜整本署各分區業務組修訂建議如下：

- (一)增訂執業計畫於月中退出之保障額度計算方式，院所非於月底退出本方案執業計畫時，該月保障額度以參與計畫日數占該月日曆日數之比例計算，管控額度之百分比不變（頁次討8-37）。
- (二)修訂巡迴及執業計畫須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」文字：原規定執業及巡迴計畫須分別符合「牙醫院所感染管制SOP作業細則」及「巡迴感染管制SOP作業細則」，文字修改為符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」（頁次討8-110、8-112~113），不影響原巡迴醫療之考評項目及作業。

決 議：

115 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案修訂意見

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
(無修改)	(無修改)	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
(無修改)	(無修改)	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。	
114115 年 1 月 1 日至 114115 年 12 月 31 日止。	114115 年 1 月 1 日至 114115 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 114 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日止。	【牙全會建議】 修訂年度。
(一) 114115 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 220270 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	(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 220270 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	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，	【本署建議】 修訂年度，另依據 114 年 9 月 24 日 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，115 年預算同為 323.8 百萬元 【牙全會建議】 建議增加一般服務預算。 【本署說明】 依據 114Q1 及 113 年巡迴計畫論量費用推估，114 年論量費用為

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
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。	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。	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。	212.2 百萬元，並依 114 年成長率推估，115 年論量費用為 244.0 百萬元，已超過移撥之 220 百萬元，爰同意參採該建議。
(無修改)	(無修改)	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。	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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。	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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(詳附件 1)。 (二)執業計畫施行地區：以「無牙醫鄉」為優先(詳附件 2)；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 3)。	
(無修改)	(無修改)	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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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。	
(無修改)	(無修改)	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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 4-1)、執業醫師休診單(附件 4-2)於異動或休診前月 15 日之前送牙醫全聯	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		時數可全數由 支援醫師代 理。	
(無修改)	(無修改)	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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 4-3)及執業計畫巡迴點統計表(附件 4-4)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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 4-1)與臨時申請表(附件 4-5)，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，	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 3)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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
B.符合「全民健康保險牙醫門診總	B.符合「全民健康保險牙醫門診總	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11-3)，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	【牙全會建議】

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
額 ~~12 歲至 18 歲~~ 青少年口腔提升照護試辦計畫」(以下稱 ~~12-18 歲青少年口腔~~ 計畫)之收案對象牙醫醫療服務。	額 ~~12 歲至 18 歲~~ 青少年口腔提升照護試辦計畫」(以下稱 ~~12-18 歲青少年口腔~~ 計畫)之收案對象牙醫醫療服務。	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	因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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。 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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		病病人牙 科就醫安 全計畫)之 適用對象 牙醫醫療 服務。 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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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」	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
B.符合「 12-18歲青少年口腔 計畫」之收案對象牙醫醫療服務。	B.符合「 12-18歲青少年口腔 計畫」之收案對象牙醫醫療服務。	(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	【牙全會建議】因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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。 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。 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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 4-6)，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。	
(無修改)	(無修改)	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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 5-1)、計畫書書面資料(附件 5-2)、申請之醫療資源不足	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 5-3、5-4)，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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 6)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。	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
(新增，以下項次順延) D.保險服務醫師機構非於月底退出本方案時，該月保障額度以該月參與計畫日數占日曆日數之比例計算，管控額度之百分比不變。		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，第二年須達保障額度	【本署說明】 明定執業計畫參與院所非於月底退出計畫時保障額度之計算方式。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
F.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 歲青少年口腔計畫、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。	F.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 歲青少年口腔計畫、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。	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%。	【牙全會建議】 因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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。	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註			
		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。 <table><tr><td></td><td>平日</td><td>假日</td></tr></table>		平日	假日	
	平日	假日				

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文					備註
		地區 分級	申報代 碼	支付點 數	申報代 碼	支付點 數	
		一級 地區	P22002	2,100 點	P22005	2,400 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					

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
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 歲青少年口腔計畫、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。	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 歲青少年口腔計畫、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。	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。	【牙全會建議】因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
超過 2.8 萬點的部份，不予支付。	超過 2.8 萬點的部份，不予支付。	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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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，	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 ÷ 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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 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 ≥ 70%。 A. OD 案件為支付標準第三章第一節「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。	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		B. 牙周案件 為支付標準 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 三章第三節 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。	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
B.屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、12-18歲青少年口腔計畫、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。	B.屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、12-18歲青少年口腔計畫、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。	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	【牙全會建議】 因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註																								
		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。 <table><tr><td rowspan="2">地區分級</td><td colspan="2">平日</td><td colspan="2">假日</td></tr><tr><td>申報代碼</td><td>支付點數</td><td>申報代碼</td><td>支付點數</td></tr><tr><td>一級地區</td><td>P22002</td><td>2,100 點</td><td>P22005</td><td>2,400 點</td></tr><tr><td>二級地區</td><td>P22003</td><td>2,700 點</td><td>P22006</td><td>3,000 點</td></tr><tr><td>三級地區</td><td>P22004</td><td>3,700 點</td><td>P22007</td><td>4,000 點</td></tr></table>	地區分級	平日		假日		申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數	一級地區	P22002	2,100 點	P22005	2,400 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	
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	2,100 點	P22005	2,400 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																							
(新增)	(新增)		【牙全會建議】																								

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文					備註
f.因天災等造成醫缺巡迴繞路、增加交通路程與風險，或合併緊急醫療救助，論次支付點數以升一級計算，惟四級地區以假日論次支付點數計算。醫療院所須提供佐證資料報備牙全會醫缺小組及各分區業務組，由其核備通過並訂定適用本規定之起迄日。	f.因天災等造成醫缺巡迴繞路、增加交通路程與風險，或合併緊急醫療救助，論次支付點數以升一級計算，惟四級地區以假日論次支付點數計算，須提供佐證資料並報備牙全會醫缺小組及各分區業務組核備通過。	四級地區	P22008	4,300 點	P22009	4,600 點	近年偶有天災或其他突發事件發生，可能造成巡迴醫療路線受阻、需繞道行駛或改變交通工具，導致行程距離與時間增加，並增加交通及安全風險。同時，災後期間當地醫療需求常有急遽上升的情形，巡迴醫療人力調度亦更為困難，部分行程須兼辦緊急醫療救助。為反映此類特殊情況下醫療執行的實際負擔與風險，爰修訂本條，以作為未來發生類似情形時之適用依據。 【本署說明】 為反映醫師於災區服務之人力及成本投入，同意牙全會意見，惟建議增訂前述支付點數升級適用起迄日之規定，以確保經費執行及管控。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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)，	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
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 歲青少年口腔計畫收案對象、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。	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 歲青少年口腔計畫收案對象、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。	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3之註。 B.巡迴醫療服務時數之計算： a.每診次服務時間：每	【牙全會建議】 因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
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 歲青少年口腔計畫、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	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 歲青少年口腔計畫、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	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	【牙全會建議】 因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
點的部分，不予支付。	點的部分，不予支付。	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，	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		24 小 時 (含) 以 上 且 每 小 時 平 均 人 次 達 人 (含) 以 上 之 條 件 , 並 經 牙 醫 全 聯 會	6 8

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		及保險人審查通過。 ⑥屬三級或四級地區：每天服務時數以9小時為限，惟第7小	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		位 計 算)，每 診次間 至少相 隔半小 時，且 不 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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 ≥95%。 C. 每位醫師	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 類牙申 報銀粉 充填、 玻璃離	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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：同類牙申報銀粉充填、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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		對象同一恆牙牙位歸戶，統計執行牙體復形醫令之牙位數。 指標計算：1－ (分子 / 分母) b.乳牙填補 1 年 6 個月保存率： 分子 (同牙位再補之牙位數)：以分母之牙位追蹤 1 年半 (545 天) 內重覆執	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		行牙體 復形醫 令牙位 數。 分 母 (乳牙 牙體復 形總牙 位數): 依同一 醫師當 年度在 巡迴點 / 社 區 醫療站 同保險 對象同 一乳牙 牙位歸 戶, 統 計執行 牙體復 形醫令 之牙位 數。 指標計 算: 1— (分子 / 分母)	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		※ 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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		(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」	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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。	
(無修改)	(無修改)	(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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 7)，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。	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		(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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
d.申報「 ~~12-18歲~~ 青少年口腔計畫」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。	d.申報「 ~~12-18歲~~ 青少年口腔計畫」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。	醫安全計畫)。 b.申報支付標準牙周病統合治療方案案件者，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	【牙全會建議】 因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
c.申報「 12-18 歲青少年口腔 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。	c.申報「 12-18 歲青少年口腔 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。	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)	【牙全會建議】 因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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、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)	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	【牙全會建議】

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
b.申報「12-18歲青少年口腔計畫」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。 d.申報「12-18歲青少年口腔計畫」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。	b.申報「12-18歲青少年口腔計畫」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。 d.申報「12-18歲青少年口腔計畫」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。	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)	因應計畫修訂名稱。 【牙全會建議】 因應計畫修訂名稱。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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，	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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(	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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。	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		料： ①醫療報酬申請表(附件 8-1)：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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 8-2)： 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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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。	
(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 作業細則牙醫門診加強感染管制實施方案 」 外展點 相關規定。	(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 作業細則牙醫門診加強感染管制實施方案 」相關規定。	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	【本署高屏區建議】 建議修改為比照「牙醫門診加強感染管制實施方案」，理由為：「巡迴感染管制 SOP 作業細則」為該方案附件 3。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 10 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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
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「牙醫門診加強感染管制實施方案」；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。	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 作業細則牙醫門診加強感染管制實施方案；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。	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	【本署高屏區建議】建議修改為比照「牙醫門診加強感染管制實施方案」，理由為：「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」僅為該方案附件 1，未囊括院所整體之感染管制 SOP 規範。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
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，並須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」外展點相關規定。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。	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。並須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」相關規定。	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	【本署高屏區建議】 建議新增醫不足執業計畫院所執行巡迴醫療服務時，亦應比照「牙醫門診加強感染管制實施方案」外展點相關規定。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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9)辦理。 (三)巡迴計畫： 1.巡迴醫療團之醫師名單及巡迴地點等巡迴服務相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢。 2.醫療團實際診療診次與報備診次之執行率低於85%者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。 3.醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		會口腔衛生活動。 4.本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，如有特殊情況可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。 5.管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理： (1)訪視時如發現保險醫事服務機構疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。 (2)訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 90%	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。 (3)訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全聯會得報請保險人停止該醫師執行本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。	
(無修改)	(無修改)	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 8-1)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 11-1 (執行報告第三項自我評鑑部分請依送審	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		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 11-2)及學童口腔健康狀況調查統計表(附件 11-4)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 11-4)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。	

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
		(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 113114 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 114115 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 114115 年 1 月 1 日起，至 114115 年度本方案公告實施日之次月底止。	十二、原 113114 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 114115 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 114115 年 1 月 1 日起，至 114115 年度本方案公告實施日之次月底止。	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。	【牙全會建議】 修訂年度
(無修改)	(無修改)	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。	
*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 114115 年度本方案施行地區(附件 2、3)，不得提出申請。		[附件 1]原住民族地區一覽表 *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。	【本署建議】 修訂年度。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
114115 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-執業計畫施行地區一覽表 蘭嶼鄉* *係指延續 91~113114 年計畫至 114115 年繼續施行鄉鎮，共 1716 名執業醫師。		[附件 2]執業計畫施行地區一覽表 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-執業計畫施行地區一覽表 蘭嶼鄉* *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。	【本署建議】 修訂年度，另蘭嶼衛生所業於 114 年 6 月 15 日退出計畫。
114115 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 ◎指部分村里或巡迴地點級數與該鄉鎮不同： -臺中市新社區 (福民國小) 為 2 級地區。	◎指部分村里或巡迴地點級數與該鄉鎮不同： -臺中市新社區 (福民國小) 為 2 級地區。	[附件 3]巡迴計畫施行地區一覽表 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	【本署建議】 修訂年度
-雲林縣古坑鄉 (草嶺國小) 為 2 級地區。	-雲林縣古坑鄉 (草嶺國小) 為 2 級地區。	(臺中市新社區(1 級地區))	【牙全會建議】 巡迴點升級 (臺中市新社區福民國小) A.距離台中市政府約 40 公里，車程時間約 1 小時。 B.海拔高度 560 公尺 C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道和產業道路才能到達。 新社區福民國小位處台中市東勢區、新社區和和平區交界的白毛台山區。
		(雲林縣古坑鄉(1 級地區))	(雲林縣古坑鄉草嶺國小) A.距離雲林縣政府約 38 公里，車程時間約 1 小時。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
			B.海拔高度 837 公尺 C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道和產業道路才能到達。 D.山路蜿蜒，下雨天視線不良、山嵐霧氣茫茫有時能見度只有 10-20 公尺，尤其偶有大車擋道車速慢，車程又要再增加時間。颱風、地震、豪大雨後還有路陷、落石、山體崩塌的危險。 建請將此地點分類級數，由 1 級升為 2 級。
-嘉義縣阿里山鄉（十字國小、山美國小、 山美衛生室 、來吉社區發展協會、來吉國小、阿里山國民中小學、 阿里山衛生所 、香林國小、達邦國小、達邦國小里佳分校、 達邦衛生室 、樂野社區）為 4 級地區。	-嘉義縣阿里山鄉（十字國小、山美國小、 山美衛生室 、來吉社區發展協會、來吉國小、阿里山國民中小學、 阿里山衛生所 、香林國小、達邦國小、達邦國小里佳分校、 達邦衛生室 、樂野社區）為 4 級地區。	(嘉義縣阿里山鄉(3 級地區))	(嘉義縣阿里山鄉達邦衛生室) A.距離嘉義縣政府約 72 公里，車程時間約 1 小時 37 分。 B.海拔高度 948 公尺 C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道和產業道路才能到達。 D.山路蜿蜒，下雨天視線不良、山嵐霧氣茫茫有時能見度只有 10-20 公尺，尤其是回程天

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
			黑加上起霧，實為艱辛，偶有大車擋道車速慢，車程又要再增加時間。颱風、地震、豪大雨後還有路陷、落石、山體崩塌的危險。 E.阿里山鄉為原住民族地區 (嘉義縣阿里山鄉山美衛生室) A.距離嘉義縣政府約 63.8 公里，車程時間約 1 小時 18 分。 B.海拔高度 480 公尺 C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道和產業道路才能到達。 D.山路蜿蜒，下雨天視線不良、山嵐霧氣茫茫有時能見度只有 10-20 公尺，尤其是回程天黑加上起霧，實為艱辛，偶有大車擋道車速慢，車程又要再增加時間。颱風、地震、豪大雨後還有路陷、落石、山體崩塌的危險。 E.阿里山鄉為原住民族地區

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
			(嘉義縣阿里山鄉阿里山衛生所) A.距離嘉義縣政府約 60.6 公里，車程時間約 1 小時 15 分。 B.海拔高度 1153 公尺 C.此地點非國道、省道可直接到達，需走鄉道才能到達。 D.山路蜿蜒，下雨天視線不良、山嵐霧氣茫茫有時能見度只有 10-20 公尺，尤其是回程天黑加上起霧，實為艱辛，偶有遊覽車擋道車速慢，車程又要再增加時間。颱風、地震、豪大雨後還有路陷、落石、山體崩塌的危險。 E.阿里山鄉為原住民族地區
-高雄市六龜區 (寶來里巡迴點、寶來國小、寶來國中) 為 3 級地區。	-高雄市六龜區 (寶來里巡迴點、寶來國小、寶來國中) 為 3 級地區。	(高雄市六龜區(2 級地區))	(高雄市六龜區寶來里巡迴點) A.距離高雄市政府約 87 公里，車程時間約 2 小時。 B.海拔高度 600 公尺 D.易受風災、天候影響
			【本署說明】 依 114 年 1-9 月申報資料估算，如以上六巡迴點升級，全年約增加 10.7 萬點，115 年預

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
			算尚足支應。
[附件 5-3]巡迴計畫申請書 六、巡迴點資訊 聯絡電話聯絡資訊(包含聯絡人、電話)	[附件 5-3]巡迴計畫申請書 六、巡迴點資訊 聯絡電話聯絡資訊(包含聯絡人、電話)	[附件 5-3]巡迴計畫申請書 六、巡迴點資訊 聯絡電話	【牙全會建議】 為了解當地情況，請提供巡迴點聯絡人資訊，以利後續聯繫與協助。修訂表格內容。
二、預算來源 114115 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。 [附件 11-1] 114115 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 114115 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 [附件 11-2] 114115 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 [附件 11-3] 114115 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)		[附件 10]標示製作作業說明 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。 [附件 11-1] 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 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 [附件 11-2] 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 [附件 11-3] 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)	【本署建議】 修訂年度。

115 年度建議條文(本署建議版)	115 年度條文(牙全會/分區建議版)	114 年度條文	備註
[附件 11-4] 114115 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		[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	

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	台東縣	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
	三地門鄉		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 114115 年度本方案施行地區(附件 2、3)，不得提出申請。

114115 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-執業計畫 施行地區一覽表

保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數	
臺北	新北市	石碇區*	1	南區	雲林縣	口湖鄉	1	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		嘉義縣	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		台南市	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				卑南鄉	1
		新竹縣	五峰鄉			2	杉林區		1		大武鄉	2
	橫山鄉		1			甲仙區	1					
	尖石鄉		2			桃源區	3					
	峨眉鄉		1			那瑪夏區	4					
	苗栗縣	三灣鄉*	1			茂林區	2					
		南庄鄉*	1		內門區	1						
		獅潭鄉	1		屏東縣	三地門鄉	2					
		頭屋鄉	1			霧台鄉	3					
		泰安鄉	2			瑪家鄉*	2					
	西湖鄉*	1	竹田鄉			1						
	中區	台中市	石岡區*			1	泰武鄉		2			
			和平區* (梨山地區)			3	崁頂鄉		1			
彰化縣		竹塘鄉	1	新埤鄉		1						
		南投	中寮鄉	1	枋山鄉	1						
信義鄉*			3	春日鄉	2							
				獅子鄉	2							
			牡丹鄉	2								
			滿州鄉	1								
			車城鄉	1								
			萬巒鄉	1								
			澎湖	望安鄉	3							

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
	縣	仁愛鄉	3		湖 縣	七美鄉	3				
		集集鎮*	1			白沙鄉*	3				
		鹿谷鄉	1								

*係指延續 91~113114 年計畫至 114115 年繼續施行鄉鎮，共 1716 名執業醫師。

114115 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	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	烏來區	3	北區	苗栗縣	獅潭鄉	1	
		萬里區	1	中區	台中市	和平區	3	
		石碇區	1			大安區	1	
		坪林區	1			新社區	1	
		石門區	1			石岡區	1	
		平溪區	1			彰化縣	芳苑鄉	1
		貢寮區	1		竹塘鄉		1	
		雙溪區	1		大城鄉		1	
		三峽區	1		線西鄉		1	
		(插角地區)			埔鹽鄉		1	
	宜蘭縣	南澳鄉◎	2		埤頭鄉		1	
		員山鄉	1		福興鄉		1	
		大同鄉◎	2		南投縣	仁愛鄉	3	
		壯圍鄉	1			中寮鄉	1	
		三星鄉	1			信義鄉	3	
		頭城鎮(東北 角海岸地區)	1			國姓鄉	1	
		蘇澳鎮(大南 澳地區)◎	1			魚池鄉	1	
		礁溪鄉(龍潭 村、匏崙村、 玉田村)	1			鹿谷鄉	1	
		冬山鄉(東城 村、得安村、 大進村)	1			雲林縣	古坑鄉	1
		金門縣	烏坵鄉		3		東勢鄉	1
	連江縣		南竿鄉		3		二崙鄉	1
			北竿鄉	3	元長鄉		1	
			莒光鄉	3	四湖鄉		1	
			東引鄉	3	口湖鄉		1	
	桃園市	復興區◎	2	南區	水林鄉		1	
		觀音區	1		台西鄉		1	
		新屋區	1		林內鄉		1	
		新竹縣	峨眉鄉		1		褒忠鄉	1
			尖石鄉		2		麥寮鄉	1
			五峰鄉◎		2		土庫鎮(後埔 、埤腳、崙內 、新庄、奮起 里)	1
			橫山鄉		1		莿桐鄉 (六合村)	1
		嘉義縣	東石鄉		1		番路鄉◎	1

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
		新埔鎮	1			大埔鄉	2
	苗栗縣	南庄鄉	1			阿里山鄉◎	3
		頭屋鄉	1			布袋鎮	1
		西湖鄉	1			六腳鄉	1
		泰安鄉◎	2			竹崎鄉◎	2

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
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			車城鄉	1
		大內區	1		澎湖縣	七美鄉	4
		南化區◎	1			湖西鄉	2
		龍崎區	1			白沙鄉	3
		左鎮區	1			望安鄉	4
		七股區	1			西嶼鄉	2
		鹽水區 (舊營里)	1			馬公市(虎井 島、桶盤島)	3
		山上區	1			壽豐鄉	1
		楠西區	1			豐濱鄉	2
		將軍區	1			萬榮鄉	2
	高雄市	田寮區	1		花蓮縣	秀林鄉◎	2
		杉林區	1			卓溪鄉	3
		茂林區	2			瑞穗鄉◎	2
		桃源區	3			新城鄉	1
		那瑪夏區	4			光復鄉	2
		甲仙區	2			富里鄉	2
		內門區	1			玉里鎮(河東地 區)	2
		六龜區◎	2			鳳林鎮	2
		三地門鄉	3		台東縣	卑南鄉	2
		瑪家鄉	2			太麻里鄉	2
	屏東縣	來義鄉	2			達仁鄉	3
		春日鄉◎	2				
		獅子鄉	3				
		牡丹鄉	3				

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
		竹田鄉	1			大武鄉	2
		崁頂鄉	1			延平鄉	2
		滿州鄉	2			長濱鄉	2
		枋山鄉	1			金峰鄉	2
		霧台鄉	3			海端鄉◎	2
		泰武鄉	2			蘭嶼鄉	3
東區	台東縣	綠島鄉	3	東區	台東縣	成功鎮(信義里、忠孝里)	2
		鹿野鄉	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。

-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。

◎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。

-宜蘭縣大同鄉(四季國小、南山國小)為3級地區。

-宜蘭縣南澳鄉(碧侯國小、澳花國小)為3級地區。

-桃園市復興區(三光國小、巴陵國小、光華國小、高義國小)為3級地區。

-新竹縣五峰鄉(桃山衛生室)為3級地區。

-苗栗縣泰安鄉(象鼻衛生室)為3級地區。

-臺中市新社區(福民國小)為2級地區。

-雲林縣古坑鄉(草嶺國小)為2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、仁和國小太和分校)為3級地區。

-嘉義縣番路鄉(公田村、大湖村)為2級地區。

-嘉義縣阿里山鄉(十字國小、山美國小、**山美衛生室**、來吉社區發展協會、來吉國小、阿里山國民中小學、**阿里山衛生所**、香林國小、達邦國小、達邦國小里佳分校、**達邦衛生室**、樂野社區)為4級地區。

-臺南市南化區(關山里)為2級地區。

-高雄市六龜區(**寶來里巡迴點**、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。

-臺東縣海端鄉(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。

**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

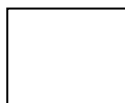
③____月____日____時起至____月____日____時止

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。

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：



執業醫師：



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 聯絡資訊 (包含聯 絡人、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
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 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 2,100 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 2,400 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

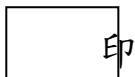
申請日期： 年 月 日

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 ☐ 成人 ☐ 國小學童 ☐ 幼稚園學童		服務人數____人	
服務項目： (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			

服務醫師姓名

簽名

醫事機構名稱_____



印

附註：

1. 口腔衛生推廣服務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，但又不曾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

(1)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。	☐ 非常便利(2分) ☐ 尚可(1分) ☐ 不便利(0分)
2、診所招牌是否明顯、清楚。	☐ 明顯(2分) ☐ 尚可(1分) ☐ 不明顯(0分)
3、門前告示是否明確標示診療科目、時段。	☐ 明確(2分) ☐ 尚可(1分) ☐ 不明確(0分)
4、居所和診所的距離。	☐ 接近(2分) ☐ 尚可(1分) ☐ 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 ☐有 ☐無 (2)高慢速機頭 ☐有 ☐無 (3)空壓機 ☐有 ☐無 (4)X 光機 ☐有 ☐無 (5)電腦及週邊設備 ☐有 ☐無 診療器材包括： (1)牙體復形 ☐有 ☐無 (2)口腔外科 ☐有 ☐無 (3)根管治療 ☐有 ☐無 (4)洗牙機 ☐有 ☐無
3、室內環境及診療動線：乾淨、明亮，診療動線流暢。	☐ 優良(2分) ☐ 尚可(1分) ☐ 待改進(0分)
4、是否聘用牙醫助理	☐ 一名且具備證照(2分) ☐ 一名(1分) ☐ 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	☐ 是(2 分) ☐ 否(0 分)
(2) 良好之通風空調系統	☐ 是(2 分) ☐ 否(0 分)
(3) 器具滅菌設備	☐ 完整(2 分) ☐ 尚可(1 分) ☐ 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	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
(2)醫師及助理人員穿戴防護裝置	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
(3)開診前及結束後應作管道消毒	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
(4)醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
(5)浸泡器械的清毒藥水乾淨並在有效期限內	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
(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	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 不完整(0 分)
(7)滅菌後器械之包裝存放應無再污染之虞	☐ 非常完整(3 分) ☐ 完整(2 分) ☐ 普通(1 分) ☐ 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。	☐ 是(2 分) ☐ 否
2、每月至多申報一次「口腔衛生推廣」？	☐ 是(2 分) ☐ 否
3、巡迴醫療每週服務地點是否適當？	☐ 是(2 分) ☐ 否
4、巡迴醫療的診療設備及牙材。	☐ 是(2 分) ☐ 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)

(2) (1)OD 案件申報點數占率
+

(3)牙周案件申報點數占率

(2)Endo 案件申報點數占率

(3)實地審查狀況(5 分)

2、診療量是否吻合當地醫療需求(10 分)

(4) (1)每月總申報點數占保障額度的比例

(5) (2)實地審查狀況(5 分)

3、醫師溝通能力及融入社區環境之程度(5 分)

☐ $\geq 55\%$ (4 分) ☐ $\geq 50\sim 55\%$ (3 分) ☐ $\geq 45\sim 50\%$ (2 分)
☐ $\geq 40\sim 45\%$ (1 分) ☐ $<40\%$ (0 分)

☐ $\geq 10\%$ (6 分) ☐ $\geq 8\sim 10\%$ (5 分) ☐ $\geq 6\sim 8\%$ (4 分)
☐ $\geq 4\sim 6\%$ (3 分) ☐ $\geq 2\sim 4\%$ (2 分) ☐ $<2\%$ (1 分)

☐ 特優(5 分) ☐ 優(4 分) ☐ 良(3 分)
☐ 普通(2 分)

理由

☐ $\geq 60\sim 70\%$ (5 分) ☐ $\geq 50\sim 60\%$ (4 分)
☐ $\geq 40\sim 50\%$ (3 分) ☐ $\geq 30\sim 40\%$ (2 分) ☐ $\geq 20\sim 30\%$ (0 分)
☐ $<20\%$ (0 分)

☐ 特優(5 分) ☐ 優(4 分) ☐ 良(3 分)
☐ 普通(2 分)

理由

☐ 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？		☐ 知道(2分) ☐ 不知道(0分) ☐ 是(3分),續問(2-1),(2-2) ☐ 否(0分),續問(2-3) ☐ 願意(2分) ☐ 不願意(0分) ☐ 滿意(3分) ☐ 尚可(1分) ☐ 不滿意(0分) ☐ 願意(5分) ☐ 會考慮(3分) ☐ 不願意(0分) ☐ 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		☐ 優良(4分) ☐ 尚可(3分) ☐ 待改進(1分) ☐ 優良(3分) ☐ 尚可(2分) ☐ 待改進(1分) ☐ 優良(3分) ☐ 尚可(2分) ☐ 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

六、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。

七、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。

八、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

九、標示製作內容及規格

(三) 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 (59.4 × 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)	A2 (59.4 × 42cm)	高度：7 公分 寬度：7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

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
板等)						

(四) 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

十、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

-----原始支出憑證黏貼處-----

H4115 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							

H4115 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。

114115 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。

114115 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			

(一)調查日期： 年 月 日
檢查者： 記錄者：

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

合計	D	M	F
合計	d	e	f

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

(二)調查日期： 年 月 日
檢查者： 記錄者：

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

合計	D	M	F
合計	d	e	f

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

(三)調查日期： 年 月 日
檢查者： 記錄者：

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

H4115 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。

討論事項第九案

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「115 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案，提請討論。

說明：

四、依據 114 年 11 月 6 日牙全會牙全岳字第 00567 號函辦理(附件 1，頁次討 9-2)。

五、修訂對照表詳附件 2(頁次討 9-3)。

本署意見：

一、於 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過本項 115 年給付為 97.0 百萬與原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)合併運用(計 213.4 百萬元)。

二、修訂重點：僅修訂年度。

三、查健保會針對全民健康保險 113 年度各總額部門執行成果發表評核(下稱評核會)紀錄(附件 3，頁次討 9-16)，其中精進作為之共識建議，涉品質保證保留款(下稱品保款)方案部分如下：牙醫品保款實施方案之指標選擇及指標值設定，努力提升鑑別度，值得肯定；惟部分指標鑑別度偏低，差異化不足，達成指標之院所占率高達 95%以上，建議未來可引入分級獎勵制度，設定核心及進階指標組合，或將診所、醫院按不同獎勵基礎計算，提升激勵效果。

四、113 年品保款發放情形及分布如附件 4(頁次討 9-27)。

五、另查 113 年品保款各項指標達成情形，指標 1A、2A、3B、4A 符合比例偏高(頁次討 9-30)，指標呈現鈍化之情形。請牙全會考量修訂指標，擬具提升品質及鑑別度的指標。

決議：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：

電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 11 月 6 日

發文字號：牙全岳字第 00567 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

總收文 114 年 11 月 7 日收到

健保局字

中央健康保險署

署 1140058172

第一頁 共一頁

115 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂對照表

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
(未修訂)	壹、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	壹、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	未修訂。
(未修訂)	貳、預算來源 全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	貳、預算來源 全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	未修訂。
(未修訂)	參、方案目的 本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。	參、方案目的 本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。	未修訂。
(未修訂)	肆、核發資格 一、牙醫門診特約醫療院所之當年度每個月(1月至12月)醫療費用已辦理第一次暫付且符合下列條件者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之	肆、核發資格 一、牙醫門診特約醫療院所之當年度每個月(1月至12月)醫療費用已辦理第一次暫付且符合下列條件者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之	未修訂。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
	醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算： (一)基層院所當年度執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)至少一件。 (二)醫院層級院所(排除兒童醫院)當年度執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之執行率須達牙醫就醫人次 1%以上。 二、有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：	醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算： (一)基層院所當年度執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)至少一件。 (二)醫院層級院所(排除兒童醫院)當年度執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之執行率須達牙醫就醫人次 1%以上。 二、有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
	(一)醫療行為異常暨違規院所： 1.牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。 2.保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者： (1)依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理	(一)醫療行為異常暨違規院所： 1.牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。 2.保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者： (1)依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
	辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條予以扣減其十倍醫療費用者。 (2)三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條予以停止特約者。 (3)五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、終止特約者。 [註]：上述(2)、(3)點之違規期間以全民健	辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條予以扣減其十倍醫療費用者。 (2)三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條予以停止特約者。 (3)五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、終止特約者。 [註]：上述(2)、(3)點之違規期間以全民健	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
	康保險人(以下稱保險人)第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者),倘停止或終止特約之期間為跨年度者,該期間涵蓋所屬之年度,均不予核發。 (二)院所全年度未每個月(1月至12月)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	康保險人(以下稱保險人)第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者),倘停止或終止特約之期間為跨年度者,該期間涵蓋所屬之年度,均不予核發。 (二)院所全年度未每個月(1月至12月)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
	者。	者。	
(未修訂)	伍、核發原則： 一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。 二、政策獎勵：共八項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。 三、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服	伍、核發原則： 一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。 二、政策獎勵：共八項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。 三、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服	未修訂。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
	務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。	務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。	
(未修訂)	陸、預算分配與支用 一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下： （一）該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服	陸、預算分配與支用 一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下： （一）該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服	未修訂。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
	務費)× 平均核付 率(該院所核定點 數/該院所申請點 數)×Σ 核算基礎 比率 (二)該院所核發品質 保證保留款金額= (該院所核算基礎 點數/Σ 各院所核 算基礎點數)× 當 年度品質保證保 留款 二、保險人依牙醫全聯會提 供本方案第肆點第二項 第(一)款第 1 目之特約 醫療院所名單，以及衛 生福利部口腔健康司 (以下稱口腔司)、衛生福 利部國民健康署(以下	務費)× 平均核付 率(該院所核定點 數/該院所申請點 數)×Σ 核算基礎 比率 (二)該院所核發品質 保證保留款金額= (該院所核算基礎 點數/Σ 各院所核 算基礎點數)× 當 年度品質保證保 留款 二、保險人依牙醫全聯會提 供本方案第肆點第二項 第(一)款第 1 目之特約 醫療院所名單，以及衛 生福利部口腔健康司 (以下稱口腔司)、衛生福 利部國民健康署(以下	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
	稱健康署)提供符合本 方案附表 2 政策獎勵指 標(三)及(四)之牙醫門 診特約醫療院所資料， 彙總辦理結算作業。	稱健康署)提供符合本 方案附表 2 政策獎勵指 標(三)及(四)之牙醫門 診特約醫療院所資料， 彙總辦理結算作業。	
(未修訂)	柒、其他事項 辦理本方案核發作業後，若 有未列入本方案核發名單之 特約醫療院所提出申復等行 政救濟事宜，案經審核同意 列入核發者，其核發金額將 自次年度牙醫門診總額品質 保留款項下優先支應，若次 年度無同項預算，則自當時 結算之當季牙醫門診總額一 般服務項目預算中支應。	柒、其他事項 辦理本方案核發作業後，若 有未列入本方案核發名單之 特約醫療院所提出申復等行 政救濟事宜，案經審核同意 列入核發者，其核發金額將 自次年度牙醫門診總額品質 保留款項下優先支應，若次 年度無同項預算，則自當時 結算之當季牙醫門診總額一 般服務項目預算中支應。	未修訂。
(未修訂)	捌、本方案由保險人與牙醫全聯 會共同研訂後，報請主管機 關核定後公告實施，並副知	捌、本方案由保險人與牙醫全聯 會共同研訂後，報請主管機 關核定後公告實施，並副知	未修訂。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	原條文	備註
	健保會。屬執行面之規定， 由保險人逕行修正公告。	健保會。屬執行面之規定， 由保險人逕行修正公告。	

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率 修訂年度	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率 $\leq 7\%$ 。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙牙冠顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。 e.備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)。 f.公式：(分子/分母) $\times 100\%$ 。 g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 ~~112~~ 113 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	15%	V	V
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 修訂年度	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 $\leq 10\%$ 者。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之乳牙顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所所有 5 歲 6 個月以上病患，實施牙齒填補之乳牙顆數。 e.公式：(分子/分母) $\times 100\%$ 。 f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(~~112~~ 113 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。 h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。	15%	V	V
(三) 恆牙根管治療	分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，且根管治療點數占總點數之百分比須大於 5 % 者： 1.恆牙根管治療完成半年後的保存率 $\geq 95\%$ 。 [註]a.資料範圍：醫療院所前一年度下半年與該年度上半年往後追溯半年所有根管治療醫令。 b.分子：醫療院所就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的	20%	V	V

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
	牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 c.分母:同時期各醫療院所申報根管治療之恆牙顆數。 d.計算: $1 - (\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%$ 。 e.該院所該年須有 12 個月的申報資料。 2.恆牙根管治療未完成率 < 30%。 [註]a.定義:恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上除以根管開擴及清創。 b.計算公式: $[1 - (90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C) / 90015C]$ 。 3.院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90098C)且其中 1 例同時同案件下申報應含橡皮障防濕裝置(90012C)。			
(四) 全口牙結石清除	分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準： 1.全口牙結石清除比率 > 20 %。 [註]a.分子：醫療院所申報 12 歲(含)以上全口牙結石清除術(醫令代碼 91004C+91005C+91017C+91089C+91090C)的人數。 b.分母：醫療院所牙醫門診病人數(12 歲(含)以上之病人數)。 c.計算：分子/分母 $\times 100\%$ 。 2.施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率 > 20%。 [註]a.分子：當年施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(醫令代碼 併同 91004C 之 91014C+91017C+91089C+91090C+併同 91004C 之 P7101C)的人數。 b.分母：全部全口牙結石清除人數。 c.計算：分子/分母 $\times 100\%$ 。 3.該院所當年度高風險疾病患者 ~~病人~~ 牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 12 件(含)以上。	20%	V	V
核算基礎小計		70%		

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 牙周病顧本計畫	該院所當年度特定牙周保存治療(91015C、91016C)及牙周病支持性治療(91018C)、特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆(91091C)合計申報件數在 15 件(含)以上。	3%	V	V
(二) 牙周病統合照護品質	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上，且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%。	5%	V	V
(三) 口腔癌篩檢	醫院當年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 12 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫。 [註]該筆處置醫療費用點數申報格式，就醫科別須為「40(牙科)、GA(口腔顎面外科)」	10%	V	
(四) 口腔癌篩檢、戒菸治療服務	該院所當年度口腔癌篩檢資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 4 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫，或提供健康署之戒菸治療服務。	2%		V
(五) 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	該院所須同時符合下列二項條件： 1. 每月於健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。 2. 當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數 ≥ 1 件（不含預防保健案件）。 [註]週日及國定假日之定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 所訂。	3%		V
(六) 月平均初核核減率	~~113~~ 114 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分比者。	3%		V
(七) 特殊醫療服務計畫	1.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上。	2%	V	V
	2.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上。	2%		V
(七) 氟化物治療	該院所當年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 30 件(含)以上。	10%	V	V
核算基礎小計			30%	30%

修訂
年度

全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果評核紀錄

(本紀錄僅供年度總額協商參考)

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 114 年 8 月

全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果評核紀錄

壹、時間

公開發表會議：114 年 7 月 14 日上午 9 時 10 分至下午 4 時 35 分

114 年 7 月 15 日上午 9 時至中午 12 時 40 分

評核內部會議：114 年 7 月 15 日下午 1 時 20 分至下午 3 時

貳、地點

公開發表會議：衛生福利部 1 樓大禮堂

評核內部會議：衛生福利部 2 樓 206 會議室

參、評核委員(依姓氏筆劃排序)

吳評核委員肖琪、周評核委員麗芳、林評核委員文德、胡評核委員峰賓、陳評核委員秀熙、黃評核委員心苑、戴評核委員桂英

肆、評核內部會議

一、主席(評核委員互相推選)：周評核委員麗芳

二、評核結果：經評核委員討論決定如下表

總額部門	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
評核等級	優	優	優	良

註：評核結果分五級：「特優」、「優」、「良」、「可」及「劣」級，評等「良」以上之總額部門，酌給品質保證保留款獎勵。

伍、評核委員評核意見(含評核內部會議及書面意見)

紀錄：盛培珠、劉于鳳、張薏云、陳思縉、林偉翔、藍珮如

一、評核委員對中央健康保險署(下稱健保署)及各總額部門(含其他預算)精進作為之整體建議(如附件一)，請健保署及各總額部門承辦團體，作為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並於 115 年評核報告針對「建議改進意見」部分提出參採情形說明。

二、彙整評核委員個別書面及口頭評論(含當天評論簡報)之評核建議(如附件二~七)，提供健保署及各總額部門執行健保總額預算及未來規劃研參。

對牙醫門診總額之評核建議

一、綜合性建議

(一)為落實「8020」提升國人自然牙之目標，可精進資料分析，加強成效評估及擬訂改善策略：

- 1.衛福部「110-112 年度我國成人及老年人口腔健康調查報告」顯示，18~75 歲以上各年齡層人口之恆齒狀況大多改善，但需注意 75 歲以上的「缺牙齒數」及「全口無牙率」看似退步，可能是平均餘命增加、超高齡人口所致，建議再細分 75~79 歲、80~84 歲、85 歲以上，以利了解實際原因及評估成效。另 75 歲以上「全口無牙率」大幅增加至 20.9%(104-105 年之調查為 9.9%)，應加註說明原因。
- 2.有關牙全會「各年齡層投保人口之平均拔牙顆數歷年比較」資料顯示，除了 80 歲以上年齡層外，所有年齡層都呈下降趨勢，建議 80 歲以上再細分為 80~84 歲、85 歲以上，以了解 80 歲以上長者實際拔牙顆數，亦可利用當年度水準估計終身拔牙顆數(即把每 10 歲 1 組年齡層的拔牙顆數 $\times 10$ ，將全部年齡層數值加總，估算當年度國人拔牙顆數)，凸顯自然牙保存成效。
- 3.目前健保的醫療利用資料，運用上仍有其限制，未來可考慮要求院所上傳標準化的牙齒圖表(Tooth charting)及牙周檢查記錄(如囊袋深度或牙周探測出血)等資料，以確認牙齒保存的情形，也可以彌補口腔健康調查 5 年調查 1 次之及時性差與信效度不足的缺點。

(二)為促進醫療利用公平性，請注意區域間之差異，建議呈現地區別醫療利用與成效分析，針對服務落差較大的部分，深入了解其背景與原因，並持續追蹤、檢討與改善。

二、年度重點項目執行成果與未來規劃

(一)整體而言，年度重點項目聚焦於國人牙周照護與高風險患者管理，整體方向明確，指標設定亦能有效回應健保資源分配，與提升國人口腔健康之期待。

(二)年度重點項目—國人牙周照護落實現況、改善情形

「減少有牙周治療者平均拔牙顆數」下降值得肯定，惟 112 年平均拔牙顆數(0.1457 顆)雖低於前 3 年平均(0.1524 顆)，仍高於 108 年(0.1348 顆)，尚有努力空間，建議進一步強化個案後續追蹤機制，並將「牙周治療拔牙率下降趨勢」納入績效指標。

(三)年度重點項目—高風險患者照護現況

1.113 年「申報高風險口腔照護項目院所參與率」92.86%，顯著高於目標值 79.36%，此指標可視為近期目標，建議未來仍應以健康結果訂定成效指標，例如「高風險患者牙齒保存率」、「高風險患者照護回診完成率」等，並納入風險調整機制，以確保區域間之公平性與可比較性。

2.部分地區 113 年「申報高風險口腔照護項目院所參與率」提升幅度較小(如高屏區)，建議加強輔導，提供更精準的資源與獎勵方案以提升參與意願，並建構高風險照護資訊平台，結合醫療資訊系統，進行持續追蹤與個案管理。

(四)111~113 年總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討及指標研修

1.總額核(決)定項目之 KPI 設計與預算分配能有效反映政策導向與臨床需求，執行成果多具成效，但仍應針對區域不均和參與落差持續追蹤、檢討與改善，以提升計畫整體覆蓋率與成效。

2.一般服務項目：

(1)特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆(112 年新增)、牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(108 年新增)、牙周顧本計畫(104 年新增)經費統籌運用：

①特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆(91091C)113 年服務 1,439 人次，遠低於目標值 10 萬人次，凸顯預算配置與指標設定不符合臨床需求，建議檢討成效指標，強化療效與回饋機制。

②牙周病支持性治療(91018C)係以 108 年增加服務 35 萬人次進行評估，113 年已較 108 年增加 889,958 服務人次，建議更新指標並提高目標挑戰度。

(2)提升假日就醫可近性及急症處置服務：週六、日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)連續3年未達標，113年服務265,886人次，遠低於目標值412,089人次，建請檢視原因，並提出改善之道。

3.專款項目：

(1)高風險疾病口腔照護計畫自113年起合併3項計畫，簡化行政流程並提高資源整合效率，其評估指標「高風險疾病病人平均齲齒填補顆數」從112年2.87顆113年降至2.73顆(下降約4.88%)，顯示介入效果初顯，值得肯定。惟齲齒填補顆數的計算受申報內容正確性的影響，期待牙醫部門未來擬訂較具信效度的結果面指標。

(2)超音波根管沖洗計畫：

①超音波根管沖洗計畫113年執行97.9萬件，雖未達目標值144.8萬件，但預算執行率明顯提升，且具臨床價值，建議強化指導原則，持續提升院所參與度。

②本計畫自112年實施，其預期效益之評估指標需追蹤後續2年至2年半之根管再治療情形，故未提供比較數據。但據牙全會統計，因超音波根管沖洗新科技的導入，自112年起半年內他家醫事機構根管治療之再治療率已有明顯下降。

(3)特定疾病病人牙科就醫安全計畫：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率高達54.2%，超過目標值30%。但預期效益之評估指標尚未提出比較基準，無法進行比較，請牙全會儘速與健保署研議提出合理比較基準。

(4)12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

①本計畫評估指標「提高12~18歲青少年的牙醫就醫率」113年55.5%，未達目標值60%，請持續努力。

②青少年的就醫有兩種情形，一是牙齒健康有問題就醫，就醫愈多顯示青少年牙齒健康可能愈有問題，另外是進行預防保健，應加以提升。建議指標定義應更為精確，以確實

反映青少年口腔健康照護有所提升。

- ③牙醫部門關注牙醫醫療資源區域間的差異，值得肯定，建議下年度呈現不同牙醫醫療資源地區的青少年口腔預防保健執行情形。

三、一般服務項目執行績效

(一)就 112 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明

- 1.牙醫部門均已詳細回應執行情形與改進方向，值得肯定。惟部分議題如「病人參與」與「醫療資源分布公平性」之回應仍有具體化的空間，例如醫療資源分布公平性應有正面作為，可提出協助誘因設計、偏鄉人力支援等建議方案。
- 2.在回應提升假日就醫可近性及急症處置方面，應更明確呈現成效與地區別差異分析，並針對假日開診率低的地區進行重點輔導，考慮引入地區獎勵比率差異化制度，以鼓勵均衡發展。

(二)維護保險對象就醫權益

- 1.醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施：

醫療服務品質滿意度維持高水準，如「對整體醫療結果滿意度」與「對牙醫師治療過程滿意度」均超過 95%，「若是較為重要的治療決策或計畫，醫師有與病人共同討論的比率」113 年亦略升。但仍應注意區域間之差異，例如「對整體醫療結果滿意度」東區從 112 年 97.8%大幅下降至 113 年 79.9%，值得深入了解其背景與原因。

- 2.民眾付費情形及改善措施：

(1)113 年民眾整體自費比率較 112 年略降，但仍高於 109~111 年，且「對院所自費金額的感受」有 47.3%認為貴或非常貴，自費決定因素以「牙醫師建議」為主高達 61.0%，顯示牙醫師對自費誘因具有關鍵影響力。

(2)建議針對裝置假牙、植牙、醫療用之材料或耗材費用等高額項目，於治療前提供「簡明價目表」與「自費說明單」，落實告知義務，強化院所端價格資訊揭露與明示範例，提升透明度，避免糾紛與誤解。

3.就醫可近性與及時性之改善措施：

- (1)113 年「對看到(或預約)牙醫師的容易度」為 63.8%，未見改善，尤其北區自 112 年 62.6%至 113 年大幅下降到 52.6%，北區的全國牙醫人口比僅次於台北，但約診容易度卻是全國最低，且低於各區 10%以上，有必要進一步瞭解原因，找出因應之道，並釐清不同牙醫醫療資源地區牙醫師人力與約診容易度之間的關係。
- (2)113 年「不容易看到牙醫師」的主因為「病人很多不易掛號」高達 63.5%，雖較 110~112 年略降，但仍為最大障礙，宜檢討並改善。
- (3)113 年全國申報院所數成長 0.65%，申報牙醫師數成長 1.76%，但高屏區、東區每萬人口特約診所數為負成長、東區每萬人口申報醫師數為-2.65%，顯示偏遠地區牙醫人力資源不均，建議進行專案分析，並定期將調查結果提供地方衛生局與院所，促進地方自我改善，可透過巡迴醫療車、移動診所及鼓勵牙醫師赴偏鄉服務補助等機制，提升偏鄉民眾就醫可近性。
- (4)牙醫醫療資源不足地區之就醫率長期低於一般地區，應思考創新的服務方式，或利用全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案，結合醫院及鄰近牙醫資源，以提升該地區的牙醫就醫可近性。
- (5)113 年「在假日有就醫需求，無法就近找到其他診所就醫的比率」為 43.8%，以中區 67.5%、高屏區 64.2%比率最高，固然平日牙科採約診是合理的做法，但週六、週日看診家數 113 年較 112 年減少，對假日有急症需求的病人較為不便，建議檢討週末給付與診所人力安排，提高財務誘因，或協調診所於假日看急症。

4.民眾諮詢及抱怨處理

113 年民眾申訴案件數較前 1 年增加 54.2%，進一步分析申訴類別，最高為「疑有虛報醫療費用」占 40.1%，建議加強同儕管理；其次為「服務態度與醫療品質」占 35.0%，113 年較 112 年成長超

過 100%。建議針對民眾申訴轉介個案予以督導外，亦強化牙醫院所對申訴案件之回應率與時效。

(三)專業醫療服務品質之確保與提升

1.專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施：

- (1)部分牙醫專業醫療服務品質指標鈍化，如「牙體復形同牙位再補率」與「牙齒填補保存率」遠低於或高於監測值，且數值受申報行為的影響，已失去改善或提升的空間，建議另訂定能夠反映牙醫照護品質的結果面指標。
- (2)「牙周病統合治療方案後續追蹤治療率」近 3 年逐年上升，但仍未達 7 成，尚有努力空間，請強化病人衛教與回診誘因。
- (3)「半年內自家與他家再洗牙(牙結石清除)比率」平均值 3.25% 高於過去 4 年，建議分析原因，並進行適當防範措施。
- (4)宜加強偏鄉或高齡者等特殊族群之照護及牙結石清除率，例如東區「12 歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」明顯低於其他分區，請了解原因並設法提高。
- (5)牙醫部門積極透過牙周病治療改善高風險民眾(如糖尿病患者)的牙齒健康，進而降低民眾的住院及急診利用，顯示牙周統合整護計畫的成果。

2.品質保證保留款實施方案執行結果：

牙醫門診總額品保款實施方案在指標選擇及指標值設定，努力提升鑑別度，值得肯定。惟仍有部分指標鑑別度偏低，差異化不足，達成指標之院所占率高達 95%以上，建議未來可引入分級獎勵制度，設定核心及進階指標組合，或將診所、醫院按不同獎勵基礎計算，提升激勵效果。

(四)協商因素項目之執行情形

- 1.各項延續性協商項目推動穩健，並逐步內化為常規給付與管理機制，有助於提升口腔照護品質與促進特定疾病族群就醫公平性。惟部分協商項目執行誘因與實務配套不足，應透過簡化流程、增加獎勵誘因以提升執行率，對於執行率偏低項目，建議設計退出或重整機制。

- 2.提升假日就醫可近性及急症處置服務等協商項目，合計之 113 年申報點數較 112 年減少，預算執行率由 79.2%降至 68.8%，週六、日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)服務人次略降，可能與假日提供看診之院所家數減少有關，建議鼓勵牙醫診所於假日開診並提供加成誘因。

(五)總額之管理與執行績效

- 1.牙醫門診總額管理制度健全，醫療利用服務量成長趨於穩定，反映政策對資源使用合理性已有基本掌握，然醫療服務分布仍具地區落差，建議強化地區差異監測，並持續調整總額運作與誘因設計，以達成資源分配效率與公平性兼顧之目標。
- 2.醫療利用及費用管控情形：
113 年申報件數、申報點數、就醫人數、就醫率及平均每件費用點數等醫療利用均為正成長，反映民眾醫療需求持續上升，其中 113 年申報點數較 112 年成長 5.6%，解構醫療費用成長因素，就醫人數成長 0.9%、就醫者平均就醫次數成長 0.3%、每次就醫費用成長 4.4%，就醫者平均就醫次數及每次就醫費用應是總額管理的重點。
- 3.地區預算分配(含特定用途移撥款)之執行與管理：
地區預算分配之執行與管理尚稱合理，考量區域間之差異，由一般服務移撥特定用途移撥款，用於「投保人口就醫率全國最高二區之保障款(0.3 億元)」及「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(0.8 億元)」等項目，以穩定點值及保障弱勢鄉鎮民眾就醫權益。建議持續強化風險調整機制與服務量分布監測，並適度透過目標型補助，引導院所進駐及加強當地照護量能。
- 4.點值穩定度：
牙醫部門管理績效良好，藉由各項合理的管控措施，使點值穩定度高，各分區間雖有差異，但點值相對最低的台北區之平均浮動點值多年來至少維持 0.92 以上，值得肯定。

四、專款項目執行績效

- (一)就 112 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明整體性

建議

整體回應說明符合評核委員提出之建議，內容多具政策承諾與制度回應，部分回應可提供更具體說明，以提升說服力與可操作性。例如評核委員對於醫療資源不足地區改善方案所提出「對長期執行的醫療資源不足地區，加強監控執行成效，及當地居民口腔健康情形」之建議，未具體說明如何評估「口腔健康情形」或健康成效(如 DMFT、就醫頻率等)，回應內容略顯不足。

(二)部分專款項目如 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫、超音波根管沖洗計畫及特定疾病病人牙科就醫安全計畫，其執行率只有 5~6 成，建議深入了解原因，提出相關優化方案。

(三)有關超音波根管沖洗計畫、高風險疾病口腔照護計畫及特定疾病病人牙科就醫安全計畫等 3 項計畫之屆期檢討，請落實 113 年總額協定事項，以 3 年為檢討期限，由健保署會同牙醫部門滾動式檢討逐年成效，並請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(四)醫療資源不足地區改善方案

1.無牙醫鄉減少數 113 年較 112 年減少 3 個，較 110 年減少 10 個，該目標已連續 3 年未達標，建議思考有無更好的目標，以反映牙醫資源不足地區改善情形。

2.除了呈現巡迴服務人次、服務天數等利用情形外，應著重在醫療資源不足地區民眾的口腔預防保健利用，及口腔健康的結果，例如溝隙封填的執行率、恆齒齲齒指數(DMFT index)是否有改善，拔牙顆數是否減少等結果面數據。

(五)超音波根管沖洗計畫

1.超音波根管沖洗計畫之目的在於提升根管治療之清潔深度與治療成功率，然而其預算執行率較低(67.1%)，執行件數 97.7 萬件未達目標值 144.8 萬件，反映臨床端對於該技術之接受度與實務操作上仍存差距，宜尋求改善之道。

2.有關預期效益之評估指標未提供比較數據，建議依 113 年協定事項及本會 113 年第 1 次委員會會議決定(113.1.24)，請健保署會同牙

醫部門將其量化之執行結果，併同檢討計畫未來納入一般服務或退場時一併提出，作為重要參據。

(六)高風險疾病口腔照護計畫

113 年執行目標「服務高風險疾病病人執行牙結石清除-全口(91090C)」執行人次為 1,385,635 人次，遠高於目標值 80,000 人次(目標達成率 1,732%)，建議探討是否因 113 年修訂高風險疾病病人定義，特別是新增 65 歲以上者所致，並檢討 65 歲以上者是否都屬於高風險疾病病人。

(七)癌症治療品質改善計畫

癌症治療品質改善計畫預算執行率低(牙醫門診總額編列 10 百萬元，預算執行率僅 8.0%)，口腔癌追陽率 84%，未達目標值 90%，實有很大努力的空間。

表 1、113 年牙醫門診總額品質保證保留款預算數

年度	106 年	113 年	合計
預算	116,382,605	47,800,000	164,182,605

年度	112 年
申復金額	0

年度	總計
可支用預算	164,182,605

註：

1. 本預算係由原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。
2. 112 年牙醫品質保證保留款發放後之申復核發金額將自 113 年牙醫品質保證保留款項下優先支應。

表 2、113 年牙醫門診總額品質保證保留款指標核發及不核發家數統計

分區	各分區 院所家數 (A)=(B)+(C)+(D)	符合獎勵條件 且領取品保款 院所家數(B)	核發金額	未領取品保款			核發院所 家數百分比 (F)=(B)/(A)	不核發院所 家數百分比 (G)=(C+D+E)/(A)
				不符核發資 格 院所家數 (C)	指標達成 率為 0% 院所家數 (D)	達成指標 但未領取 品保款 院所家數 (E)		
臺北	2,826	2,489	58,681,865	334	3	-	88.1%	11.9%
北區	1,006	863	25,917,574	141	2	-	85.8%	14.2%
中區	1,409	1,267	33,139,281	137	5	-	89.9%	10.1%
南區	862	803	20,765,697	58	-	1	93.2%	6.8%
高屏	1,063	952	22,768,822	109	2	-	89.6%	10.4%
東區	130	122	2,909,446	8	-	-	93.8%	6.2%
總計	7,296	6,496	164,182,685	787	12	1	89.0%	11.0%

註：

1. 每家院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發 164,182,685 元，與預算相較差距 80 元。
2. 核發品保款資格：牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且非醫療行為異常暨違規院所及不符合加強感染管制院所者，得核發品質保證保留款。
3. 核發獎勵指標：分為專業獎勵共四項指標，核算基礎為 70%，詳方案附表 1；政策獎勵共六項指標，核算基礎為 30%，詳方案附表 2；加計獎勵指標共 1 項指標，核算基礎 2%，詳方案附表 3；前開三獎勵之核算基礎總計以 100% 為上限。
4. 達成指標但未領取品保款院所家數(E)：院所達成指標惟核算基礎點數為 0，故實際領取品保款金額為 0。

表 3、113 年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--分區別

核發比率 分區別		不予核發	0% < X < 20%	20% ≤ X < 40%	40% ≤ X < 60%	60% ≤ X < 80%	80% ≤ X < 100%	全部核發	總計
台北	家數	337	77	460	730	622	575	25	2,826
	家數占率	11.9%	2.7%	16.3%	25.8%	22.0%	20.3%	0.9%	100%
	核發金額	-	56,289	1,761,399	6,240,271	13,763,698	31,448,303	5,411,905	58,681,865
	金額占率	0%	0.10%	3.0%	10.6%	23.5%	53.6%	9.2%	100%
北區	家數	143	26	125	230	237	228	17	1,006
	家數占率	14.2%	2.6%	12.4%	22.9%	23.6%	22.7%	1.7%	100%
	核發金額	-	40,250	700,802	2,728,711	6,079,558	14,533,628	1,834,625	25,917,574
	金額占率	0%	0.16%	2.7%	10.5%	23.5%	56.1%	7.1%	100%
中區	家數	142	43	252	382	286	254	50	1,409
	家數占率	10.1%	3.1%	17.9%	27.1%	20.3%	18.0%	3.5%	100%
	核發金額	-	43,365	1,219,067	3,850,880	7,685,170	13,872,264	6,468,535	33,139,281
	金額占率	0%	0.13%	3.7%	11.6%	23.2%	41.9%	19.5%	100%
南區	家數	58	29	165	226	197	171	16	862
	家數占率	6.7%	3.4%	19.1%	26.2%	22.9%	19.8%	1.9%	100%
	核發金額	-	24,459	868,495	2,329,066	5,311,545	10,152,452	2,079,680	20,765,697
	金額占率	0%	0.12%	4.2%	11.2%	25.6%	48.9%	10.0%	100%
高屏	家數	111	37	217	312	197	166	23	1,063
	家數占率	10.4%	3.5%	20.4%	29.4%	18.5%	15.6%	2.2%	100%
	核發金額	-	37,963	1,013,998	3,456,275	5,918,980	8,816,840	3,524,766	22,768,822
	金額占率	0%	0.17%	4.5%	15.2%	26.0%	38.7%	15.5%	100%
東區	家數	8	5	18	31	42	22	4	130
	家數占率	6.2%	3.8%	13.8%	23.8%	32.3%	16.9%	3.1%	100%
	核發金額	-	1,212	79,558	352,427	1,230,638	1,048,132	197,479	2,909,446
	金額占率	0%	0.04%	2.7%	12.1%	42.3%	36.0%	6.8%	100%
總計	家數	799	217	1,237	1,911	1,581	1,416	135	7,296
	家數占率	11.0%	3.0%	17.0%	26.2%	21.7%	19.4%	1.9%	100%
	核發金額	-	203,538	5,643,319	18,957,630	39,989,589	79,871,619	19,516,990	164,182,685
	金額占率	0%	0.12%	3.4%	11.5%	24.4%	48.6%	11.9%	100%

註：不予核發包含 0%及不符資格，全部核發為 100%。

表 4、113 年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--層級別

核發比率 層級		不予核發	0% < X < 20%	20% ≤ X < 40%	40% ≤ X < 60%	60% ≤ X < 80%	80% ≤ X < 100%	全部核發	總計
醫學中心	家數	-	-	-	-	-	7	15	22
	家數占率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	31.8%	68.2%	100%
	核發金額	-	-	-	-	-	2,190,057	6,456,576	8,646,633
	金額占率	0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%	25.3%	74.7%	100%
區域醫院	家數	4	1	3	11	6	33	14	72
	家數占率	5.6%	1.4%	4.2%	15.3%	8.3%	45.8%	19.4%	100%
	核發金額	-	525	34,444	254,331	374,445	2,886,635	3,072,908	6,623,288
	金額占率	0%	0.01%	0.5%	3.8%	5.7%	43.6%	46.4%	100%
地區醫院	家數	22	2	9	12	17	19	7	88
	家數占率	25.0%	2.3%	10.2%	13.6%	19.3%	21.6%	8.0%	100%
	核發金額	-	1,036	36,671	86,013	420,468	1,123,469	997,684	2,665,341
	金額占率	0%	0.04%	1.4%	3.2%	15.8%	42.2%	37.4%	100%
基層診所	家數	773	214	1,225	1,888	1,558	1,357	99	7,114
	家數占率	10.9%	3.0%	17.2%	26.5%	21.9%	19.1%	1.4%	100%
	核發金額	-	201,977	5,572,204	18,617,286	39,194,676	73,671,458	8,989,822	146,247,423
	金額占率	0%	0.14%	3.8%	12.7%	26.8%	50.4%	6.1%	100%
總計	家數	799	217	1,237	1,911	1,581	1,416	135	7,296
	家數占率	11.0%	3.0%	17.0%	26.2%	21.7%	19.4%	1.9%	100%
	核發金額	-	203,538	5,643,319	18,957,630	39,989,589	79,871,619	19,516,990	164,182,685
	金額占率	0%	0.12%	3.4%	11.5%	24.4%	48.6%	11.9%	100%

註：不予核發包含 0%及不符資格，全部核發為 100%。

表 5、113 年牙醫品保款各項指標符合院所數--分區別

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
■ 核發本方案品保款								
	符合	2,489	863	1,267	803	952	122	6,496
		88.1%	85.8%	89.9%	93.2%	89.6%	93.8%	89.0%
	不符合	337	143	142	59	111	8	800
		11.9%	14.2%	10.1%	6.8%	10.4%	6.2%	11.0%
■符合本方案核發資格院所之各項指標分析(含專業、政策及加計指標)總家數：6,496								
◎ 專業獎勵：核發基礎為 70%，採累計方式。								
1	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 15%。	2,190	790	1,152	677	866	103	5,778
		77.5%	78.5%	81.8%	78.5%	81.5%	79.2%	79.2%
1A	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率≤7%。	2,739	995	1,382	799	977	117	7,009
		96.9%	98.9%	98.1%	92.7%	91.9%	90.0%	96.1%
1B	院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 111 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,450	873	1,274	792	981	124	6,494
		86.7%	86.8%	90.4%	91.9%	92.3%	95.4%	89.0%
1C	院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	2,540	889	1,270	790	1,010	120	6,619
		89.9%	88.4%	90.1%	91.6%	95.0%	92.3%	90.7%
2	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 15%。	868	513	616	366	409	60	2,832
		30.7%	51.0%	43.7%	42.5%	38.5%	46.2%	38.8%
2A	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率≤10%。	2,694	993	1,381	796	933	114	6,911
		95.3%	98.7%	98.0%	92.3%	87.8%	87.7%	94.7%
2B	院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(111 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,495	892	1,289	803	988	125	6,592
		88.3%	88.7%	91.5%	93.2%	92.9%	96.2%	90.4%
2C	院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。	1,002	569	691	443	526	72	3,303
		35.5%	56.6%	49.0%	51.4%	49.5%	55.4%	45.3%
3	恆牙根管治療分為下列 4 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	1,298	491	536	381	389	56	3,151
		45.9%	48.8%	38.0%	44.2%	36.6%	43.1%	43.2%
3A	恆牙根管治療完成半年後的保存率≥95%。	2,390	862	1,242	764	914	114	6,286
		84.6%	85.7%	88.1%	88.6%	86.0%	87.7%	86.2%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
3B	恆牙根管治療未完成率<30%。	2,713 96.0%	985 97.9%	1,391 98.7%	823 95.5%	1,037 97.6%	124 95.4%	7,073 96.9%
3C	院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90097C)且其中 1 例應含橡皮障防濕裝置(90012C)。	1,536 54.4%	562 55.9%	626 44.4%	451 52.3%	450 42.3%	61 46.9%	3,686 50.5%
3D	根管治療點數佔總點數之百分比須大於 5%者。	2,480 87.8%	902 89.7%	1,181 83.8%	732 84.9%	891 83.8%	110 84.6%	6,296 86.3%
4	全口牙結石清除分為下列 3 項次指標，每項指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	2,051 72.6%	695 69.1%	965 68.5%	548 63.6%	648 61.0%	96 73.8%	5,003 68.6%
4A	全口牙結石清除比率>20%。	2,793 98.8%	982 97.6%	1,380 97.9%	840 97.4%	1,045 98.3%	124 95.4%	7,164 98.2%
4B	施行全口牙結石清除，且併同牙周疾病控制基本處置(91014C)的執行率>20%。	2,335 82.6%	809 80.4%	1,076 76.4%	595 69.0%	725 68.2%	99 76.2%	5,639 77.3%
4C	該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 12 件(含)以上。	2,289 81.0%	834 82.9%	1,166 82.8%	720 83.5%	827 77.8%	112 86.2%	5,948 81.5%
◎ 政策獎勵：核發基礎為 30%，採累計方式。								
5	該院所當年度特定保存治療（91015C、91016C、91091C）及牙周病支持性治療（91018C）合計申報件數在 15 件(含)以上，獎勵 3%。	1,097 38.8%	403 40.1%	484 34.4%	315 36.5%	360 33.9%	48 36.9%	2,707 37.1%
6	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上，且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%，獎勵 5%。	1,109 39.2%	396 39.4%	477 33.9%	309 35.8%	358 33.7%	47 36.2%	2,696 37.0%
7	醫院當年度資料上傳(含紙本交付衛生局(所)並成功上傳)至少 12 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫，獎勵 10%(醫院適用)。	31 63.3%	15 51.7%	21 65.6%	18 69.2%	25 75.8%	6 46.2%	116 63.7%
8	每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務，分為下列 2 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 3%(診所適用)。	769 27.7%	272 27.8%	470 34.1%	375 44.9%	391 38.0%	37 31.6%	2,314 32.5%
8A	每月於健保資訊網服務系統(VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。	914 32.3%	310 30.8%	495 35.1%	399 46.3%	416 39.1%	44 33.8%	2,578 35.3%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
8B	週日或國定假日有提供牙醫醫療服務當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數≥1 件（不含預防保健案件）。	2,237	820	1,260	762	938	100	6,117
		79.2%	81.5%	89.4%	88.4%	88.2%	76.9%	83.8%
9	112 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者，獎勵 5%(診所適用)。	2,624	923	1,305	817	1,005	116	6,790
		94.5%	94.5%	94.8%	97.7%	97.6%	99.1%	95.4%
10A	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上，獎勵 2%(醫院、診所適用)。	254	126	267	159	166	48	1,020
		9.0%	12.5%	18.9%	18.4%	15.6%	36.9%	14.0%
10B	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上，獎勵 2%(診所適用)。	170	89	192	117	120	33	721
		6.1%	9.1%	13.9%	14.0%	11.7%	28.2%	10.1%
11	該院所當年度高風險疾病患者牙結清除- 全口(91090C)申報數 12 件(含)以上，獎勵 10%(醫院、診所適用)。	1,870	656	872	539	619	99	4,655
		66.2%	65.2%	61.9%	62.5%	58.2%	76.2%	63.8%
◎ 加計獎勵：共一項指標，核發基礎為 2%。								
12	下列 2 項指標任一達標，即可加計獎勵 2%(基層適用)	160	100	168	96	73	21	618
		5.8%	10.2%	12.2%	11.5%	7.1%	17.9%	8.7%
12A	當年度資料上傳(含紙本交付衛生局(所)並成功上傳)至少 4 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫。	154	94	163	95	69	21	596
		5.5%	9.6%	11.8%	11.4%	6.7%	17.9%	8.4%
12B	當年度提供戒菸治療服務。	11	7	7	3	7	0	35
		0.4%	0.7%	0.5%	0.4%	0.7%	0.0%	0.5%
■ 不符本方案核發品保款院所之原因分析							總家數：800	
◎ 不予核發資格								
0	不符合加強感染管制院所(申報感染管制診察費月數少於 12 個月者)。	252	78	84	44	80	7	545
		8.9%	7.8%	6.0%	5.1%	7.5%	5.4%	7.5%
1	本年度 12 月有 1 個(含)月以上費用未辦理第一次暫付者。	283	102	117	46	91	7	646
		10.0%	10.1%	8.3%	5.3%	8.6%	5.4%	8.9%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
2	本年度內經中央健康保險署違約記點者(一年內)處分日期: 113/01/01 - 113/12/31。	0	0	2	0	2	0	4
		0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.1%
3	本年度內經中央健康保險署處以扣減其十倍醫療費用者。處分日期:113/01/01 - 113/12/31。	2	5	2	1	0	0	10
		0.1%	0.5%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
4	經中央健康保險署停止特約者(三年內)處分起迄日: 111/01/01 - 113/12/31。	14	10	4	0	6	0	34
		0.5%	1.0%	0.3%	0.0%	0.6%	0.0%	0.5%
5	經中央健康保險署終止特約者(五年內)處分起迄日: 109/01/01 - 113/12/31。	1	2	1	0	1	0	5
		0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
6	特約醫療院所有異常醫療行為模式，經分區委員會輔導後，認其情節重大經決議提中華民國牙醫師公會全國聯合會報備者。	0	0	20	4	15	0	39
		0.0%	0.0%	1.4%	0.5%	1.4%	0.0%	0.5%
7	醫院層級院所當年度未執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。	11	4	2	2	1	1	21
		22.4%	13.8%	6.3%	7.7%	3.0%	7.7%	11.5%
◎ 符合核發資格，未領取品保款								
	指標達成率為 0%	3	2	5	0	2	0	12
		0.1%	0.2%	0.4%	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%
	達成指標，實際領取金額為 0 (註)	0	0	0	1	0	0	1
		0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.01%

註：依據 113 年品保款方案，「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。該院所皆申報專款案件，無一般案件，爰雖達成指標，實際領取金額為 0。

討論事項第十案

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「115 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」案，提請討論。

說明：

一、依據 114 年 11 月 6 日牙全會牙全岳字第 00567 號函辦理(附件 1，頁次討 10-4)。

二、修訂對照表詳附件 2(頁次討 10-5)。

三、修訂內容重點摘要如下：

(一)修訂適用鄉鎮篩選條件。

(二)修訂核發原則：

1. 當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務2件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計4%；其餘分區，加計2%。
2. 當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類A3、醫令代碼95、97)至少1件(含)者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計2%；其餘分區，加計1%。
3. 當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。

本署意見：

一、按牙全會所提修訂案，以 114 年第 2 季申報資料，進行財務評估如下：

(一)有關修訂適用鄉鎮篩選條件：

1. 修訂：調整牙醫師人口比

修正後	修正前
六、適用鄉鎮：篩選條件如下： (一) 戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1： <u>2,804</u> (全國平均值*2)且人口密度每平方	六、適用鄉鎮：篩選條件如下： (一) 戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1：2,876(全國平均值*2)且人口密度每平方

公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1: <u>5,608</u>(全國平均值*4)。 [註]: <u>113</u>年全國牙醫師人口比為1: <u>1,402</u>。 (二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。 (三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 <u>114</u> 年計畫起名單沿用 2 年(<u>115</u> 年計畫名單包含 <u>114</u> 年適用鄉鎮及 <u>115</u> 年適用鄉鎮)。	公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1:5,753(全國平均值*4)。 [註]: 112年全國牙醫師人口比為 1:1,438。 (二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。 (三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 113 年計畫起名單沿用 2 年(114 年計畫名單包含 113 年適用鄉鎮及 114 年適用鄉鎮)。

2. 影響情形：

(1)適用院所數：114 年原符合牙醫弱勢鄉鎮地區共 382 家，修訂後(減少苗栗縣大湖鄉及高雄市阿蓮區)減少 8 家(德藝牙醫診所、邦比牙醫診所、仁和牙醫診所、明大牙醫診所、豪美牙醫診所、阿蓮牙醫診所、新全安牙醫診所、大湖華歲牙醫診所)，共計 374 家牙醫診所；原符合核發原則且核發獎勵金者共 313 家，減少 7 家，共 306 家。

(2)財務評估：以 114 年第 2 季申報資料計算，共減少 157,788 元。

(二)有關「當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者」：

1. 修訂內容：

由每分區加計2%，修正為當季屬六分區中點值最低之分區，加計4%；其餘分區，加計2%。

2. 財務評估：

臺北區單季核發金額由20.4萬元增為40.7萬元(增加20.3萬元)；其餘五分區核發金額不變；全區共增加20.3萬元。

3. 各分區申報情形：

單位：家

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
適用院所數	63	46	50	107	94	22	382
符合院所數	9	11	20	41	26	7	114
<2 件	54	35	30	66	68	15	268
2-10 件	3	3	4	10	6	1	27
11-20 件	2	5	4	13	4	1	29
>20 件	4	3	12	18	16	5	58

(三)有關「當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者」：

1. 修訂內容：

由每分區1%，修正為當季屬六分區中點值最低之分區，加計2%；其餘分區，加計1%。

2. 財務評估：

臺北區單季核發金額由6.8萬元增為13.5萬元(增加6.7萬元)；其餘五分區核發金額不變；全區共增加6.7萬元。

3. 各分區申報情形：

單位：家

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
適用院所數	63	46	50	107	94	22	382
符合院所數	9	16	17	33	16	9	100
0 件	54	30	33	74	78	12	282
1 件	3	4	5	5	2	1	20
2 件	1	2	1	5	2	1	12
3 件	2	1	1	1	0	1	6
4 件以上	3	9	10	22	12	6	62

註：1.適用院所數：符合適用鄉鎮規範之院所數。

2.符合院所數：符合核發原則且有核發費用之院所數。

(四)有關「當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件

數 5 件(含)以上者」：

1. 修訂內容：

由每分區加計1%，修正為當季屬六分區中點值最低之分區，加計2%；其餘分區，加計1%。

2. 財務評估：

臺北區單季核發金額自8.1萬元增為16.2萬元(增加8.1萬元)；其餘五分區核發金額不變；全區共增加8.1萬元。

3. 各分區申報情形：

單位：家

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
適用院所數	63	46	50	107	94	22	382
符合院所數	10	35	25	55	33	12	170
<5 件	53	11	25	52	61	10	212
5-9 件	0	1	0	3	2	2	8
10-20 件	0	6	0	3	0	0	9
>20 件	10	28	25	49	31	10	153

註：1.適用院所數：符合適用鄉鎮規範之院所數。

2.符合院所數：符合核發原則且有核發費用之院所數。

(五)綜上，推估單季之核發金額約 17.85 百萬元(增加約 0.19 百萬元)，全年推估核發金額約 71.4 百萬元，考量計畫預算尚足以支應，尊重牙全會意見。

擬 辦：擬報衛生福利部核定後，自 115 年 1 月 1 日生效。

決 議：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：

電子郵件信箱：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 11 月 6 日

發文字號：牙全岳字第 00567 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 4 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會
姚軒章(265)

理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

總收文 114 年 11 月 7 日收到

健保醫字

中央健康保險署


 署 1140058172

第一頁 共一頁

114~~115~~ 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫修訂對照表

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
(未修訂)	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	本項未修訂
(未修訂)	二、實施目的： 為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。	二、實施目的： 為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。	本項未修訂
三、預算來源： 114 ~~115~~ 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移	三、預算來源： 114 ~~115~~ 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項	三、預算來源： 114 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，	修訂年度

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	
四、實施期間： ~~114~~ <u>115</u> 年 1 月 1 日起至 ~~114~~ <u>115</u> 年 12 月 31 日止。	四、實施期間： ~~114~~ <u>115</u> 年 1 月 1 日起至 ~~114~~ <u>115</u> 年 12 月 31 日止。	四、實施期間： 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。	修訂年度
(未修訂)	五、核發資格： 隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。	五、核發資格： 隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。	本項未修訂
六、適用鄉鎮：篩選條件如下：	六、適用鄉鎮：篩選條件如下：	六、適用鄉鎮：篩選條件如下：	牙全會說明：

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
(一) 戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1： <u>2,876</u><u>2,804</u>(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1：<u>5,753</u><u>5,608</u>(全國平均值*4)。 [註]：<u>112</u><u>113</u>年全國牙醫師人口比為1：<u>1,438</u><u>1,402</u>。 (二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。 (三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 <u>1134</u>年計畫起名單沿用 2 年(<u>1145</u>年計畫名單包含 <u>1134</u>年適用鄉鎮及 <u>1145</u>年適用鄉鎮)。	(四) 戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1： <u>2,876</u><u>2,804</u>(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1：<u>5,753</u><u>5,608</u>(全國平均值*4)。 [註]：<u>112</u><u>113</u>年全國牙醫師人口比為1：<u>1,438</u><u>1,402</u>。 (五) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。 (六) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 <u>1134</u>年計畫起名單沿用 2 年(<u>1145</u>年計畫名單包含 <u>1134</u>年適用鄉鎮及 <u>1145</u>年適用鄉鎮)。	(四) 戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1： 2,876(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1:5,753(全國平均值*4)。 [註]：112年全國牙醫師人口比為1:1,438。 (五) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。 (六) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 113 年計畫起名單沿用 2 年(114 年計畫名單包含 113 年適用鄉鎮及 114 年適用鄉鎮)。	1.修訂適用鄉鎮條件。 2.修訂年度及依篩選條件，更新適用鄉鎮附件。 3.資料以 113 年相關資料計算，減少鄉鎮：苗栗縣大湖鄉、高雄市阿蓮區。 本署意見： 尊重牙全會修訂建議。

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
七、核發原則： 支援牙醫師不納入計算。 (一)符合本計畫第五點之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，依下列原則加計核算比率，超過50萬點部分不加計。 1.當季屬六分區中點值最低之分區，加計 3%；其餘分區，加計 1%。 [註]：當季六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(112年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。 2.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特	七、核發原則： 支援牙醫師不納入計算。 (一)符合本計畫第五點之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，依下列原則加計核算比率，超過50萬點部分不加計。 1.當季屬六分區中點值最低之分區，加計 3%；其餘分區，加計 1%。 [註]：當季六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(112年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。 2.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特	七、核發原則： 支援牙醫師不納入計算。 (一)符合本計畫第五點之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，依下列原則加計核算比率，超過50萬點部分不加計。 1.當季屬六分區中點值最低之分區，加計 3%；其餘分區，加計 1%。 [註]：當季六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(112年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。 2.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特	<u>牙全會說明：</u> 1.修訂年度 2.符合特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，點值最低之分區提升加計費用為 3%。 3.符合口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查至少 1 件(含)者，點值最低之分區提升加計費用為 2%。 4.符合執行特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 申報件數 5 件(含)以上者，點值最低之

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，~~加計 2%~~<u>當季屬六分區中點值最低之分區，加計 4%；其餘分區，加計 2%。</u> 3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，~~加計 1%~~<u>當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。</u> 4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計	殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，~~加計 2%~~<u>當季屬六分區中點值最低之分區，加計 4%；其餘分區，加計 2%。</u> 3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，~~加計 1%~~<u>當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。</u> 4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計	殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，加計 2%。 3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，加計 1%。 4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計 2%。 5.當季該院所執行高風險	分區提升加計費用為 2%。 <u>本署意見：</u> 1.經以 114Q2 核發結果試算，推估單季之核發金額約 18.01 百萬(增加約 0.35 百萬)，全年推估核發金額約 72.04 百萬。 2.考量計畫預算尚足以支應，本署尊重牙全會之修訂意見。

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
2%。 5.當季該院所執行高風險疾病<u>患者病人</u>牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病<u>患者病人</u>牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。 6.當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，~~加計 1%~~<u>當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。</u> (二)當季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ 各診所該季原核發	2%。 5.當季該院所執行高風險疾病<u>患者病人</u>牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病<u>患者病人</u>牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。 6.當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，~~加計 1%~~<u>當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。</u> (二)當季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ 各診所該季原核發	疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。 6.當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。 (二)當季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ 各診所該季原核發金額)計算。 (三)不納入加計點數計算之案件： 1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。	

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
金額)計算。 (三)不納入加計點數計算之案件： 1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。 2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。 3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。 4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。	金額)計算。 (三)不納入加計點數計算之案件： 7. 預防保健案件(案件分類為 A3)。 8. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。 9. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。 10.特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。	2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。 3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。 4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。 5. 「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。 6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。 (四)本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每	

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
5. 「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。 6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。 (四)本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。	11. 「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」。 12.行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。 (四)本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。	點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。	
八、基層診所所有下列情形者，不予核發： (一)執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。 (二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保	八、基層診所所有下列情形者，不予核發： (一)執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。 (二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保	八、基層診所所有下列情形者，不予核發： (一)執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。 (二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保	修訂年度。

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(109110年至113114年)至當年(114115年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次核定違規函所載核定停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。 (三)本計畫實施前一年(113114年)至當年(114115年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點	險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(109110年至113114年)至當年(114115年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次核定違規函所載核定停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。 (三)本計畫實施前一年(113114年)至當年(114115年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點	險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(109 年至 113 年)至當年(114 年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次核定違規函所載核定停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。 (三)本計畫實施前一年(113 年)至當年(114 年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點(含)以上者。	

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
(含)以上者。 (四)本計畫實施前一年(113114年)基層診所平均月初核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。 (五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。	(含)以上者。 (四)本計畫實施前一年(113114年)基層診所平均月初核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。 (五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。	(四)本計畫實施前一年(113年)基層診所平均月初核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。 (五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。	
(未修訂)	九、其他事項： (一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政	九、其他事項： (一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行	未修訂

115 年計畫修訂內容	115 年計畫修訂內容	114 年計畫內容	備註
	救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。 (二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。 (二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

[附件]

**114~~115~~年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫
適用名單**

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
1	台北	宜蘭縣	三星鄉	21,179	147	2	10,590
2	台北	宜蘭縣	大同鄉	5,980	9	1	5,980
3	台北	宜蘭縣	五結鄉	41,600	1,070	4	10,400
4	台北	宜蘭縣	冬山鄉	53,117	665	3	17,706
5	台北	宜蘭縣	壯圍鄉	24,469	636	2	12,235
6	台北	宜蘭縣	南澳鄉	6,090	8	1	6,090
7	台北	宜蘭縣	員山鄉	31,986	286	2	15,993
8	台北	宜蘭縣	頭城鎮	27,982	277	8	3,498
9	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	35,399	349	11	3,218
10	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	36,882	414	4	9,221
11	台北	金門縣	金沙鎮	20,680	502	1	20,680
12	台北	金門縣	金城鎮	42,719	1,967	10	4,272
13	台北	金門縣	金湖鎮	31,209	748	7	4,458
14	台北	金門縣	金寧鄉	35,809	1,199	1	35,809
15	台北	金門縣	烈嶼鄉	12,538	783	1	12,538
16	台北	金門縣	烏坵鄉	646	538	0	無牙醫鄉
17	台北	連江縣	北竿鄉	3,062	309	1	3,062
18	台北	連江縣	東引鄉	1,555	409	2	778
19	台北	連江縣	南竿鄉	7,815	751	4	1,954
20	台北	連江縣	莒光鄉	1,518	323	1	1,518
21	台北	新北市	三芝區	22,080	335	3	7,360
22	台北	新北市	平溪區	4,049	57	0	無牙醫鄉
23	台北	新北市	石門區	10,397	203	0	無牙醫鄉
24	台北	新北市	石碇區	7,068	49	1	7,068
25	台北	新北市	坪林區	6,324	37	0	無牙醫鄉
26	台北	新北市	金山區	20,059	408	4	5,015
27	台北	新北市	烏來區	6,309	20	1	6,309
28	台北	新北市	貢寮區	10,719	107	0	無牙醫鄉
29	台北	新北市	瑞芳區	36,330	514	12	3,028
30	台北	新北市	萬里區	20,622	325	0	無牙醫鄉
31	台北	新北市	雙溪區	7,686	53	1	7,686
32	北區	苗栗縣	三義鄉	14,713	212	2	7,357
33	北區	苗栗縣	三灣鄉	5,814	111	1	5,814
34	北區	苗栗縣	公館鄉	30,871	432	6	5,145

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
35	北區	苗栗縣	西湖鄉	6,035	147	2	3,018
36	北區	苗栗縣	卓蘭鎮	14,890	195	3	4,963
37	北區	苗栗縣	南庄鄉	8,686	52	1	8,686
38	北區	苗栗縣	後龍鎮	33,701	445	9	3,745
39	北區	苗栗縣	泰安鄉	5,511	9	0	無牙醫鄉
40	北區	苗栗縣	通霄鎮	30,893	286	5	6,179
41	北區	苗栗縣	造橋鄉	11,582	241	1	11,582
42	北區	苗栗縣	獅潭鄉	4,008	50	0	無牙醫鄉
43	北區	苗栗縣	銅鑼鄉	16,265	208	2	8,133
44	北區	苗栗縣	頭屋鄉	9,627	183	0	無牙醫鄉
45	北區	桃園市	復興區	13,261	38	0	無牙醫鄉
46	北區	桃園市	新屋區	49,389	581	7	7,056
47	北區	新竹市	香山區	79,302	1,446	10	7,930
48	北區	新竹縣	五峰鄉	4,439	19	0	無牙醫鄉
49	北區	新竹縣	北埔鄉	8,396	166	1	8,396
50	北區	新竹縣	尖石鄉	9,523	18	0	無牙醫鄉
51	北區	新竹縣	芎林鄉	20,404	500	2	10,202
52	北區	新竹縣	峨眉鄉	5,081	109	0	無牙醫鄉
53	北區	新竹縣	新埔鎮	33,464	464	5	6,693
54	北區	新竹縣	橫山鄉	11,990	181	0	無牙醫鄉
55	北區	新竹縣	關西鎮	26,388	210	5	5,278
56	北區	新竹縣	寶山鄉	14,534	224	1	14,534
57	中區	南投縣	中寮鄉	13,194	90	0	無牙醫鄉
58	中區	南投縣	仁愛鄉	15,410	12	0	無牙醫鄉
59	中區	南投縣	水里鄉	15,800	148	3	5,267
60	中區	南投縣	名間鄉	35,133	423	4	8,783
61	中區	南投縣	信義鄉	15,169	11	2	7,585
62	中區	南投縣	國姓鄉	16,454	94	1	16,454
63	中區	南投縣	魚池鄉	14,414	119	2	7,207
64	中區	南投縣	鹿谷鄉	15,832	112	0	無牙醫鄉
65	中區	南投縣	集集鎮	9,776	197	1	9,776
66	中區	彰化縣	二水鄉	13,547	460	1	13,547
67	中區	彰化縣	大村鄉	39,474	1,282	5	7,895
68	中區	彰化縣	大城鄉	14,548	228	1	14,548
69	中區	彰化縣	永靖鄉	34,664	1,680	3	11,555
70	中區	彰化縣	田尾鄉	25,525	1,062	1	25,525
71	中區	彰化縣	竹塘鄉	14,160	336	0	無牙醫鄉
72	中區	彰化縣	伸港鄉	38,422	1,721	6	6,404

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
73	中區	彰化縣	社頭鄉	40,842	1,130	7	5,835
74	中區	彰化縣	芬園鄉	21,772	573	4	5,443
75	中區	彰化縣	芳苑鄉	30,614	335	1	30,614
76	中區	彰化縣	埔鹽鄉	30,546	791	2	15,273
77	中區	彰化縣	埤頭鄉	28,484	666	3	9,495
78	中區	彰化縣	溪州鄉	27,695	365	5	5,539
79	中區	彰化縣	線西鄉	16,182	895	1	16,182
80	中區	臺中市	大安區	17,793	649	1	17,793
81	中區	臺中市	外埔區	30,902	729	2	15,451
82	中區	臺中市	石岡區	13,877	762	1	13,877
83	中區	臺中市	和平區	10,656	10	2	5,328
84	中區	臺中市	新社區	22,849	332	3	7,616
85	南區	雲林縣	二崙鄉	24,642	414	0	無牙醫鄉
86	南區	雲林縣	口湖鄉	24,592	306	0	無牙醫鄉
87	南區	雲林縣	土庫鎮	27,361	558	5	5,472
88	南區	雲林縣	大埤鄉	17,794	395	4	4,449
89	南區	雲林縣	元長鄉	23,020	322	1	23,020
90	南區	雲林縣	水林鄉	22,426	307	1	22,426
91	南區	雲林縣	古坑鄉	29,554	177	2	14,777
92	南區	雲林縣	四湖鄉	20,698	268	2	10,349
93	南區	雲林縣	東勢鄉	13,197	273	2	6,599
94	南區	雲林縣	林內鄉	16,572	441	2	8,286
95	南區	雲林縣	崙背鄉	22,599	386	4	5,650
96	南區	雲林縣	麥寮鄉	50,001	624	6	8,334
97	南區	雲林縣	莿桐鄉	27,450	540	4	6,863
98	南區	雲林縣	臺西鄉	21,424	396	1	21,424
99	南區	雲林縣	褒忠鄉	11,777	318	3	3,926
100	南區	嘉義縣	大埔鄉	4,323	25	0	無牙醫鄉
101	南區	嘉義縣	中埔鄉	42,190	326	5	8,438
102	南區	嘉義縣	六腳鄉	20,497	329	0	無牙醫鄉
103	南區	嘉義縣	太保市	39,342	588	10	3,934
104	南區	嘉義縣	水上鄉	47,366	685	5	9,473
105	南區	嘉義縣	布袋鎮	24,121	391	3	8,040
106	南區	嘉義縣	竹崎鄉	32,759	202	6	5,460
107	南區	嘉義縣	東石鄉	22,201	272	0	無牙醫鄉
108	南區	嘉義縣	阿里山鄉	5,236	12	0	無牙醫鄉
109	南區	嘉義縣	梅山鄉	17,497	146	5	3,499
110	南區	嘉義縣	鹿草鄉	13,891	256	1	13,891

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
111	南區	嘉義縣	番路鄉	10,697	91	0	無牙醫鄉
112	南區	嘉義縣	新港鄉	29,617	448	5	5,923
113	南區	嘉義縣	溪口鄉	12,944	392	1	12,944
114	南區	嘉義縣	義竹鄉	16,163	204	4	4,041
115	南區	臺南市	七股區	20,760	188	1	20,760
116	南區	臺南市	下營區	22,077	658	6	3,680
117	南區	臺南市	大內區	8,588	122	1	8,588
118	南區	臺南市	山上區	6,916	248	0	無牙醫鄉
119	南區	臺南市	六甲區	21,110	313	3	7,037
120	南區	臺南市	北門區	9,712	220	1	9,712
121	南區	臺南市	左鎮區	4,124	55	0	無牙醫鄉
122	南區	臺南市	玉井區	12,830	168	3	4,277
123	南區	臺南市	白河區	25,393	201	9	2,821
124	南區	臺南市	安定區	29,842	954	1	29,842
125	南區	臺南市	西港區	25,004	740	4	6,251
126	南區	臺南市	官田區	20,669	292	3	6,890
127	南區	臺南市	東山區	18,836	151	1	18,836
128	南區	臺南市	南化區	7,786	45	0	無牙醫鄉
129	南區	臺南市	後壁區	21,292	295	3	7,097
130	南區	臺南市	將軍區	18,070	430	1	18,070
131	南區	臺南市	楠西區	8,532	78	1	8,532
132	南區	臺南市	學甲區	24,537	454	7	3,505
133	南區	臺南市	龍崎區	3,352	52	0	無牙醫鄉
134	南區	臺南市	關廟區	33,048	616	3	11,016
135	南區	臺南市	鹽水區	23,969	459	8	2,996
136	高屏	屏東縣	九如鄉	21,552	513	2	10,776
137	高屏	屏東縣	三地門鄉	7,683	39	0	無牙醫鄉
138	高屏	屏東縣	內埔鄉	52,646	643	10	5,265
139	高屏	屏東縣	竹田鄉	15,581	536	0	無牙醫鄉
140	高屏	屏東縣	牡丹鄉	4,707	26	0	無牙醫鄉
141	高屏	屏東縣	車城鄉	7,842	157	0	無牙醫鄉
142	高屏	屏東縣	里港鄉	25,347	368	4	6,337
143	高屏	屏東縣	佳冬鄉	17,591	568	1	17,591
144	高屏	屏東縣	來義鄉	7,355	44	2	3,678
145	高屏	屏東縣	枋山鄉	4,966	288	0	無牙醫鄉
146	高屏	屏東縣	枋寮鄉	22,593	391	6	3,766
147	高屏	屏東縣	長治鄉	29,229	733	3	9,743
148	高屏	屏東縣	南州鄉	9,698	511	2	4,849

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
149	高屏	屏東縣	恆春鎮	29,375	215	9	3,264
150	高屏	屏東縣	春日鄉	4,860	30	0	無牙醫鄉
151	高屏	屏東縣	崁頂鄉	14,932	478	0	無牙醫鄉
152	高屏	屏東縣	泰武鄉	5,259	44	0	無牙醫鄉
153	高屏	屏東縣	琉球鄉	12,190	1,792	2	6,095
154	高屏	屏東縣	高樹鄉	22,336	248	3	7,445
155	高屏	屏東縣	新埤鄉	9,177	156	0	無牙醫鄉
156	高屏	屏東縣	新園鄉	32,198	840	6	5,366
157	高屏	屏東縣	獅子鄉	4,905	16	0	無牙醫鄉
158	高屏	屏東縣	萬巒鄉	19,010	313	0	無牙醫鄉
159	高屏	屏東縣	滿州鄉	7,063	50	0	無牙醫鄉
160	高屏	屏東縣	瑪家鄉	6,696	85	1	6,696
161	高屏	屏東縣	霧臺鄉	3,235	12	0	無牙醫鄉
162	高屏	屏東縣	鹽埔鄉	23,529	366	2	11,765
163	高屏	高雄市	大樹區	40,163	600	5	8,033
164	高屏	高雄市	內門區	12,893	135	0	無牙醫鄉
165	高屏	高雄市	六龜區	11,511	59	3	3,837
166	高屏	高雄市	永安區	13,823	611	1	13,823
167	高屏	高雄市	田寮區	6,298	68	1	6,298
168	高屏	高雄市	甲仙區	5,412	44	0	無牙醫鄉
169	高屏	高雄市	杉林區	10,714	103	0	無牙醫鄉
170	高屏	高雄市	那瑪夏區	3,132	12	0	無牙醫鄉
171	高屏	高雄市	美濃區	36,545	304	4	9,136
172	高屏	高雄市	茂林區	1,869	10	0	無牙醫鄉
173	高屏	高雄市	茄萣區	28,959	1,837	4	7,240
174	高屏	高雄市	桃源區	4,190	5	1	4,190
175	高屏	高雄市	湖內區	29,396	1,458	4	7,349
176	高屏	高雄市	旗津區	25,587	14,755	5	5,117
177	高屏	高雄市	彌陀區	18,069	1,223	2	9,035
178	高屏	澎湖縣	七美鄉	3,931	563	0	無牙醫鄉
179	高屏	澎湖縣	白沙鄉	10,137	505	1	10,137
180	高屏	澎湖縣	西嶼鄉	8,207	439	1	8,207
181	高屏	澎湖縣	馬公市	64,078	1,885	31	2,067
182	高屏	澎湖縣	望安鄉	5,424	394	1	5,424
183	高屏	澎湖縣	湖西鄉	16,124	484	1	16,124
184	東區	花蓮縣	光復鄉	11,534	73	4	2,884
185	東區	花蓮縣	秀林鄉	17,095	10	1	17,095
186	東區	花蓮縣	卓溪鄉	5,919	6	0	無牙醫鄉

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
187	東區	花蓮縣	富里鄉	9,530	54	1	9,530
188	東區	花蓮縣	新城鄉	20,323	691	5	4,065
189	東區	花蓮縣	瑞穗鄉	10,584	78	0	無牙醫鄉
190	東區	花蓮縣	萬榮鄉	6,070	10	0	無牙醫鄉
191	東區	花蓮縣	壽豐鄉	16,737	77	1	16,737
192	東區	花蓮縣	鳳林鎮	10,306	86	2	5,153
193	東區	花蓮縣	豐濱鄉	4,147	26	1	4,147
194	東區	臺東縣	大武鄉	5,465	79	1	5,465
195	東區	臺東縣	太麻里鄉	10,569	109	1	10,569
196	東區	臺東縣	成功鎮	12,926	90	2	6,463
197	東區	臺東縣	池上鄉	7,696	93	2	3,848
198	東區	臺東縣	卑南鄉	16,472	40	1	16,472
199	東區	臺東縣	延平鄉	3,557	8	1	3,557
200	東區	臺東縣	東河鄉	7,822	37	0	無牙醫鄉
201	東區	臺東縣	金峰鄉	3,687	10	1	3,687
202	東區	臺東縣	長濱鄉	6,538	42	1	6,538
203	東區	臺東縣	海端鄉	4,300	5	1	4,300
204	東區	臺東縣	鹿野鄉	7,047	79	0	無牙醫鄉
205	東區	臺東縣	達仁鄉	3,409	11	0	無牙醫鄉
206	東區	臺東縣	綠島鄉	4,385	291	1	4,385
207	東區	臺東縣	關山鎮	7,954	135	2	3,977
208	東區	臺東縣	蘭嶼鄉	5,277	109	1	5,277

註 1：資料來源：戶籍人口數、土地面積(112.12 內政部內政統計資料)、牙醫師數

(衛生福利部 113 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計)

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

註 3：*為 115 年新增鄉鎮，資料以 113 年相關資料計算。

牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫核發情形(以 114 年 Q2 試算)

核發項目	1-臺北			2-北區			3-中區			4-南區			5-高屏			6-東區			核發金額合計
	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	院所數	符合數	核發金額	
1	63	49	1,196,774	46	40	403,692	50	41	430,500	107	87	997,952	94	80	808,433	22	16	145,849	3,983,200
2	63	9	407,199	46	11	252,729	50	20	457,526	107	41	1,194,454	94	26	660,887	22	7	155,119	3,127,914
3	63	9	135,103	46	16	175,612	50	17	241,775	107	33	476,951	94	16	199,487	22	9	76,786	1,305,714
4	63	21	454,757	46	26	589,234	50	26	653,097	107	55	1,523,756	94	48	1,224,083	22	13	234,868	4,679,795
5	63	31	307,938	46	36	388,041	50	32	369,311	107	69	901,981	94	60	696,386	22	15	131,512	2,795,169
6	63	10	161,774	46	35	389,204	50	25	316,866	107	55	732,533	94	33	413,903	22	12	104,166	2,118,446
合計	63	49	2,663,545	46	40	2,198,512	50	41	2,469,075	107	87	5,827,627	94	80	4,003,179	22	16	848,300	18,010,238

備註：

一、院所數：符合適用鄉鎮之院所數。

二、符合數：符合該項核發原則且有核發獎勵金之院所數。

三、核發項目：

1. 當季屬六分區中點值最低之分區加計 3%；其餘分區，加計 1%。
2. 當季該院所執行牙特計畫院所內牙醫服務 2 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 4%；其餘分區，加計 2%。
3. 當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查至少 1 件(含)者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。
4. 當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計 2%。
5. 當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。
6. 新增項目：當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。