

113 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

三、實施期間：

113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日止。

四、預算來源：

- (一) 113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 310 百萬元。
- (二) 有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由該總額一般服務預算項下移撥 200 百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。

五、施行地區：

(一) 施行地區之分級：

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

1. 一級：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區，或山地地區但交通尚屬方便之牙醫醫療資源不足地區。
2. 二級：指山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。
3. 三級：指特殊困難地區(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困

難)之牙醫醫療資源不足地區。

4.四級：

(1)指極端特殊困難地區(以各縣市三級地區為基準計算，需額外一小時以上車程的地區，僅適用執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫)。

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

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

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

(三)巡迴計畫施行地區(詳附件 2)。

六、執行目標：

(一)執業計畫：

- 1.併同 91 年度起共減少 37 個牙醫醫療資源不足地區。
- 2.服務總天數達成 6,000 天、總服務人次達成 50,000 人次。

(二)巡迴計畫：

- 1.本年度至少組成 19 個醫療團。
- 2.本年度至少設立 23 個社區醫療站。
- 3.服務總天數達成 10,500 天、總服務人次達成 111,000 人次。

七、執行內容及方式：

(一)執業計畫：

執行內容須包含下列二類，總服務時數每週不得少於 30 小時：

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

(1)門診服務天數、時數：

保險醫事服務機構於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務(以

包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。

(2)門診時段：

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

(3)支援規定：

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

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

- ②支援醫師加入診察，執行本計畫之保險醫事服務機構均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於 7 日前以書面函知牙醫全聯會，並由牙醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查(含支援及被支援醫事服務機構所屬之保險人分區業務組)。該保險醫事服務機構所有支援醫師合計其門診時數(含巡迴醫療服務)不得超過該保險醫事服務機構總牙醫門診時數

的三分之一。

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

2.牙醫巡迴醫療服務：

(1)服務次數：

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

(2)服務項目：

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

(3)服務時段：

- ①巡迴醫療服務應於保險醫事服務機構報備門診服務之時段以外執行，支援醫師支援前開保險醫事服務機構執行本項服

務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並將該醫師姓名列入支援時段表。但支援醫師不得申報論次支付點數。

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

(二)巡迴計畫：

1.執行方式有二類：

(1)巡迴點醫療服務：

- ①對象：本計畫施行地區(詳附件 2)之國小及國中學童、教職員及當地民眾。
- ②服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 10-3)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。
- ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：
 - A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(以下稱 12-18 歲計畫)之收案對象牙醫醫療服務。

B. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)服務。

(2)社區醫療站醫療服務：

①由醫療團成員輪流排班，以維持每週 3 至 6 天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。

②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。

③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：

A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

B. 符合「12-18 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務。

C. 支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)服務。

④於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方式及診療期間。

(3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。

2.巡迴醫療服務之醫師、時段及地點名單：

(1)巡迴醫療團應依計畫申請書所列之醫師名單及巡迴地點進行巡迴服務；巡迴點及社區醫療站醫療服務之巡迴天數、時段、地

點，依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據。

- (2)如有變更或增減牙醫師名單及巡迴地點，應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於當月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。
 - (3)每月服務醫師、診療時段及地點，應由醫療團於前月 20 日前，以書面函送至當地衛生主管機關、所轄保險人分區業務組、牙醫全聯會(以電子檔為原則傳送)、巡迴點及服務醫師，並委請衛生所(室)、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務，則不予支付當次論次支付點數。
 - (4)巡迴醫療時段、地點及服務醫師若有異動(包含新增及取消)，應由巡迴醫療團所屬公會填寫其異動表(附件 3-6)，並於次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查，如未依期限送件，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
- 3.保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫及中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。

八、申請條件、文件及程序：

(一)申請條件：

- 1.通則：申請參與本方案之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。
- 2.執業計畫：
 - (1)申請本計畫之執業醫師，應為牙醫全聯會會員，且曾於全民健康保險醫事服務機構執業達二年(含)以上。
 - (2)申請本計畫之執業醫師有下列情事之一者，五年內不得再申請加入(前述期間之認定，以下列情事發生事實日起算)：

①曾經因本計畫考核列入輔導，複核後仍未達標準而停止執行本計畫者。

②曾於不同鄉鎮(區)申請參與本計畫，累計兩次計畫執行未滿三年者。

(3)經牙醫全聯會及保險人分區業務組查證有醫療模式異常紀錄且報經牙醫全聯會及保險人審核不予通過者，不得加入。

(4)於本計畫執行期間，已有保險醫事服務機構延續或牙醫師新申請辦理本計畫之鄉鎮(區)，不再受理其他牙醫師申辦本計畫，另屬延續辦理本計畫者，無須重新提出申請。

3.巡迴計畫：

(1)醫療團：由各縣市牙醫師公會、牙醫全聯會所屬牙醫門診醫療服務審查執行會之各分區分會、教學醫院所組成；醫療團規模大小，由當地牙醫師公會規劃、協調。

(2)醫療團成員：參與成員應為牙醫全聯會會員，且曾於本保險醫事服務機構執業達一年(含)以上。

(二)申請須檢附之相關文件：

1.執業計畫：

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

2.巡迴計畫：

自本方案公告日起，首次申請參與本計畫之醫療團或已核定之醫療團，應將申請參與醫療團之醫師及巡迴地點名單，與申請書、計畫書書面資料(格式及內容如附件 4-3、4-4)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔為原則傳送備查。

(三)申請程序：

1.通則：

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

果。

(2)保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，10 個工作日內函復執業計畫申請人及巡迴醫療團核定結果。

2.執業計畫：

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

3.巡迴計畫：

經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行巡迴醫療服務。

九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則：

1.執業計畫：

(1)執業地點門診服務：

①每月保障額度已包含基本承作費用、定額變動費用及風險分擔醫療費用，依施行地區分級設定如下：

A.一級地區：每月為 22 萬點。

B.二級地區：每月為 24 萬點。

C.三級地區：每月為 30 萬點。

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

②保障額度核付管控原則：

A.年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算;負責醫師如曾為同一鄉鎮(區)已歇業保險醫事服務機構之負責醫師或三年內曾執行本計畫但因故自行退出計畫者，其年限計算應新、舊保險醫事服務機構合併計算。

B.每月總服務量依施行地區分級管控如下：

a.一級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 35%，未達者核付保障額度之 35%。

b.二級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 25%，未達者核付保障額度之 40%。

c.三級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 20%，未達者核付保障額度之 50%。

C.依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。

D.門診時段如遇重大天然災害有公布停止上班(課)或特殊情形時，由保險人分區業務組依實際情況衡酌門診時段比率，以計算調整管控額度百分比。

E.前開每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算，不含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)之案件。

③保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底止未滿1個月者，則按診療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。

④執行本計畫滿三年者，如前一年度之每月總服務量累計2個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後，核定該診所停止執行本計畫。

⑤本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

⑥核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少1元計算。每月總服務量低於本計畫設定保障額度及其管控標準者，以核付管控原則計算；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付。

⑦結算：每家保險醫事服務機構每月至少依本計畫之保障額度核付管控原則支領醫療費用；核定點數(含部分負擔)超過保障額度者，則依該區當季每點支付金額至少1元計算；核定點數(含部分負擔)低於保障額度者，則依該區當季之浮動點

值，每點支付金額最高1元計算。

- ⑧負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數，如有牙醫師支援代理，則請假期間依計畫規定支付相關醫療費用及保障額度；若請假期間無支援醫師代理者，保險人不予支付保障額度。

(2)牙醫巡迴醫療服務：

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

②論次支付點數：

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

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

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

C. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。

D. 另若為離島保險醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。

③巡迴醫療服務時數之計算：

A. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限。

B. 每天服務時數：

- a. 屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該

巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。

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

C. 每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為依準。

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

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

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

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

⑥執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次支付點數以30%支付。

⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過2.5

萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、12-18歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)、論次支付點數及代辦案件費用。超過2.5萬點的部份，不予支付。

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

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

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

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

②根管治療(以下稱Endo)案件申報點數占率 $\geq 20\%$ 。

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

2.巡迴計畫：

(1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列方式申報費用：

①「加成申報」：醫療費用須帶回執業登記保險醫事服務機構申報。

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

B. 屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、12-18歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)

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

A. 論次支付點數：

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

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

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

c. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。

d. 另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。

e. 特定地區/巡迴點升級：如因天災、政策或歷史等因素搬移至他處者或交通較困難者，地區分級得以升級，詳附件 2 之註。

B. 巡迴醫療服務時數之計算：

a. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限，巡迴點及社區醫療站設於衛生所(室)而有特殊需求者，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，不在此限。

b. 每天服務時數：

④屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；

如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴醫師於該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。

⑥屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。

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

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

C. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)服務與 12-18 歲計畫收案對象及社區醫療站提供牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。

(2)服務量管控：

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

②每位醫師每月平均每診次申請點數(含加成)以不超過 3 萬點為限，惟三級與四級地區不在此限；不含牙醫特殊服務計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)及「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目(91090C)案件、論次支

付點數及代辦案件費用。超過 3 萬點的部分，不予支付。

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

- ④成立滿二年之社區醫療站及巡迴點(無牙醫鄉不受此限)：

A. 一級地區每巡迴地點每月平均每診次就醫人次連續三個月低於 3 人者、二級地區(含)以上每巡迴地點每月平均每診次就醫人次連續三個月低於 2 人者，應由醫療團提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用(註:上述每診次係以 3 小時為原則，如有診次為非 3 小時者，按比例以平均每小時就醫人次計算及執行)。

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

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

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

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

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

B. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 \geq 95%。

C. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 \geq 89%。

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

- A. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及 X 光機設備，且須定期維護，並符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」。
- B. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。
- C. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 $\geq 95\%$ 。
- D. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 $\geq 89\%$ 。
- E. 每年須於社區醫療站完成 12 件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件：90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。

③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明：

A. 定義：

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

B. 計算說明：

a. 恆牙填補 2 年保存率：

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

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

指標計算： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$

b. 乳牙填補 1 年 6 個月保存率：

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

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

指標計算：1－(分子 / 分母)

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

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

⑤前述指標之資料來源：指標 A 項由牙醫全聯會於 114 年 1 月底前提報名單予保險人進行結算作業，指標 B 至 E 項由保險人於 114 年 1 月底前進行結算作業。

3.本方案點值結算方式：

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

(二)申報及審查：

1.通則：

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

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

格者，不予支付。

(3)保險對象應自行負擔之醫療費用：

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

(4)本方案服務量不列入門診合理量計算。

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

2.門診醫療費用點數申報格式：

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

(2)特定治療項目代號：

①執業計畫：

A. 門診醫療：

a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」。

b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F2。

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

非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

自閉症、失智症：LN

特定治療項目代號(二)填報 F2

d.申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2。

B. 巡迴醫療：

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

②巡迴計畫：

A. 巡迴點：

- a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。
- b. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LM。
- c. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F3。

B. 社區醫療站：

- a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「FT(社區醫療站)」。
- b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT。
- c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下：
非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

特定治療項目代號(二)填報 FT

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

(3)自費特材群組序號/其他特殊註記：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp21 請填報「DMH」。

(4)支付成數：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp8 請填報「120」。

(5)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。

3.論次支付點數之申報：

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

(2)申報檢附資料：

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

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

②公文：執業計畫診所應提供經牙醫全聯會評估並由所轄保險人分區業務組同意之事前申請表、同意函；執行巡迴醫療服

務之院所應提供醫事人員報備支援同意函。

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

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

十、相關規範：

(一)通則：

1.巡迴醫療服務：

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

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

(二)執業計畫：

1.保險醫事服務機構至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療

台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X 光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染管制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 天內完成。

- 2.保險醫事服務機構應至少聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。
- 3.保險醫事服務機構可配合交通流線於適當之地點設置巡迴點，並於執業執照登記 60 天內設置完成。
- 4.保險醫事服務機構應執行牙醫全聯會交付之口腔衛生工作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣及家戶訪視並配合當地牙醫師公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫全聯會所製作之計畫說明宣導及意見回覆卡，並於年底繳交執行報告。
- 5.保險醫事服務機構執行巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分布及地理交通狀況，做適當適時之調配。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況評估其巡迴醫療服務次數。
- 6.保險人分區業務組及牙醫全聯會各分區分會將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段提供服務，經電訪 3 次，未依所訂門診時段提供服務且無具體原因者，經保險人分區業務組函文通知改善 3 次，而未改善者，則依本規範「7.違規處理」第 2 款辦理。

7.違規處理：

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

者除外)，由牙醫全聯會轉請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定終止該保險醫事服務機構執行本計畫。

8.計畫考核：依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核作業要點」(詳附件 8)辦理。

(三)巡迴計畫：

- 1.巡迴醫療團之醫師名單及巡迴地點等巡迴服務相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢。
- 2.醫療團實際診療診次與報備診次之執行率低於 85%者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。
- 3.醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公會口腔衛生活動。
- 4.本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，如有特殊情況可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。
- 5.管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理：
 - (1)訪視時如發現保險醫事服務機構疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。
 - (2)訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 90%者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。
 - (3)訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全聯會得報請保險人停止該醫師執行本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。

十一、執行報告及評核報告：

(一)執行報告：

1.執業計畫：

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

行報告內容將做為下年度審查之依據。

2.巡迴計畫：

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

(二)評核報告：

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

十二、原 112 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 113 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 113 年 1 月 1 日起，至 113 年度本方案公告實施日之次月底止。

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。

113 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-執業計畫

施行地區一覽表

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

*係指延續 91~112 年計畫至 113 年繼續施行鄉鎮，共 18 名執業醫師。

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

| 保險人 業務組別 | 縣市別 | 鄉鎮區 | 地區級數 | 保險人 業務組別 | 縣市別 | 鄉鎮區 | 地區級數 |
|-------------|-----|--------------------------|------|-------------|-----|--------------------------------------|------|
| 臺北 | 新北市 | 烏來區 | 3 | 中區 | 台中市 | 和平區 | 3 |
| | | 萬里區 | 1 | | | 大安區 | 1 |
| | | 石碇區 | 1 | | | 新社區 | 1 |
| | | 坪林區 | 1 | | | 石岡區 | 1 |
| | | 石門區 | 1 | | 彰化縣 | 芳苑鄉 | 1 |
| | | 平溪區 | 1 | | | 竹塘鄉 | 1 |
| | | 貢寮區 | 1 | | | 大城鄉 | 1 |
| | | 雙溪區 | 1 | | | 線西鄉 | 1 |
| | | 三峽區 (插角地區) | 1 | | | 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 | 2 |
| | | 壯圍鄉 | 1 | | | 中寮鄉 | 1 |
| | | 三星鄉 | 1 | | | 信義鄉 | 2 |
| | | 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) | 1 | | | 鹿谷鄉 | 1 |
| | | 冬山鄉(東城 村、得安 村、大進村) | 1 | | | 古坑鄉 | 1 |
| | 金門縣 | 烏坵鄉 | 3 | 南區 | 雲林縣 | 東勢鄉 | 1 |
| | | | | | | 二崙鄉 | 1 |
| 北區 | 連江縣 | 南竿鄉 | 3 | | | 元長鄉 | 1 |
| | | 北竿鄉 | 3 | | | 四湖鄉 | 1 |
| | | 莒光鄉 | 3 | | | 口湖鄉 | 1 |
| | | 東引鄉 | 3 | | | 水林鄉 | 1 |
| | 桃園市 | 復興區◎ | 2 | | | 台西鄉 | 1 |
| | | 觀音區 | 1 | | | 林內鄉 | 1 |
| | | 新屋區 | 1 | | | 褒忠鄉 | 1 |
| | | 峨眉鄉 | 1 | | | 麥寮鄉 | 1 |
| | | 尖石鄉 | 2 | | | 土庫鎮(後 埔、埤腳、 崙內、新 庄、奮起 里) | 1 |
| | | 五峰鄉◎ | 2 | | | 莿桐鄉 (六合村) | 1 |
| | | 橫山鄉 | 1 | | 嘉義縣 | 東石鄉 | 1 |
| | | 新埔鎮 | 1 | | | 番路鄉◎ | 1 |
| | 苗栗縣 | 南庄鄉 | 1 | | | 大埔鄉 | 2 |
| | | 頭屋鄉 | 1 | | | 阿里山鄉◎ | 3 |
| | | 西湖鄉 | 1 | | | 布袋鎮 | 1 |
| | | 泰安鄉 | 2 | | | 六腳鄉 | 1 |
| | | 獅潭鄉 | 1 | | | 竹崎鄉 | 2 |
| | | | | | | 梅山鄉◎ | 2 |
| | | | | | | 溪口鄉 | 1 |
| | | | | | | 鹿草鄉 | 1 |

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

註-因天災、政策或歷史等因素遷移他處者：

-屏東縣泰武鄉(吾拉魯滋社區及泰武國小)實際座落於屏東縣萬巒鄉，為2級地區。

-屏東縣霧台鄉(百合部落園區、霧台國小勵古百合分校)實際座落於屏東縣長治鄉，為2級地區。

◎指部分村里或巡迴地點級數與該鄉鎮不同：

-嘉義縣番路鄉(公田村、大湖村)為2級地區。

-台南市南化區(關山里)為2級地區。

-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。

-嘉義縣梅山鄉(仁和國小、太和分校)為3級地區。

-高雄市六龜區(寶來國小、寶來國中)為3級地區。

-嘉義縣阿里山鄉(達邦國小里佳分校)為4級地區。

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

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

| | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 上 午 時 間 | | | | | | | |
| 下 午 時 間 | | | | | | | |
| 晚 上 時 間 | | | | | | | |

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

| | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 上 午 時 間 | | | | | | | |
| 下 午 時 間 | | | | | | | |
| 晚 上 時 間 | | | | | | | |

(三) 新增或取消巡迴診療時段：

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

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

醫事機構代號：

印

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國_____年_____月_____日

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

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫

執業醫師休診單

本人：_____（姓名）因_____（事由）

將於____年____月____日____時起至____年____月____日____時止休診
合計____月____天____小時

門診補班，於①____月____日____時起至____月____日____時止
②____月____日____時起至____月____日____時止
③____月____日____時起至____月____日____時止
④____月____日____時起至____月____日____時止
合計____天____小時

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

醫事機構代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫休診及補班規範：

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

牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫

「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」

月申請表

☐ 門診時段
☐ 口腔衛生推廣
☐ 巡迴醫療

_____年_____月

預定時段表

合計：共 _____ 小時

| | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 上 午 時 間 | | | | | | | |
| 下 午 時 間 | | | | | | | |
| 晚 上 時 間 | | | | | | | |

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

醫事機構代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

註：

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

牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫

「牙醫巡迴醫療服務」臨時申請表

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

（一）☐一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔

（二）☐口腔衛生推廣服務

- ☐A.正確刷牙及牙線指導
- ☐B.含氟漱口水指導
- ☐C.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查
- ☐D.參與並配合當地社區的總體健康營造活動
- ☐E.口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

服務醫師：_____簽名

負責醫師：_____簽名

醫事機構名稱：_____

印

註：

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

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫

巡迴時段、地點及服務醫師異動表

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

(一) 新增巡迴診療時段、地點及服務醫師：

| 巡迴日期 (星期) | 巡迴時段 | 巡迴鄉鎮 | 巡迴地點 | 巡迴醫師 |
|---------------|------|------|------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(二) 取消巡迴診療時段、地點及服務醫師：

| 巡迴日期 (星期) | 巡迴時段 | 巡迴鄉鎮 | 巡迴地點 | 巡迴醫師 |
|---------------|------|------|------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

日期：中華民國____年____月____日

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫
申請書

一、姓 名：

二、身分證統一編號：

三、牙醫師證號：

四、各級公會資歷（請簡列三項）：

（一）

（二）

（三）

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

（一）

（二）

（三）

六、聯絡電話：（ ）

七、聯絡地址：

八、預定執業地點： 縣市 鄉鎮區 路 （請附上該地點照片）

九、預定巡迴地點： 縣市 鄉鎮區 巡迴點名稱：

聯絡電話：

十、預定執業時間： 年 月

十一、診所名稱：

十二、原服務醫療院所地點： _____縣（市） _____市（鄉鎮區）

十三、原服務醫療院所名稱： _____

十四、門診服務時間（請填寫門診時段）：共 _____ 小時／週

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

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

十五、「巡迴醫療服務」服務時間 共 _____ 小時/週

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

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

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

十六、請據實詳填是否違反醫師法、醫療法或健保等相關法規之情事：

十七、各地方公會及分區審查執行會意見（請勿填寫）：

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業計畫 計畫書內容

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

二、目的：分點具體列述執業所要達成之目標。

三、執業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

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

| 項目 | 內容 |
|------------|----|
| 人口 | |
| 面積 | |
| 村落 | |
| 學校數（國中、小學） | |

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

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

(四) 請檢附執業地點鄉公所執業推薦函。

四、執行計畫：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

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

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

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫 申請書

一、 申請單位(_____醫療團)： (公會、分會、教學醫院)

二、 負責醫師：

三、 其他相關醫師：

四、 聯絡電話： ()

五、 聯絡地址：□□□

六、 巡迴點資訊

| 巡迴 縣市 | 鄉鎮 區 | 學校/巡迴點 名稱 | 聯絡 電話 | 地址 | 人數 | 醫療 費用 | 巡迴 期間 |
|----------|---------|--------------|----------|----|----|----------|----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

合計學校/巡迴點數：

總人數

總經費

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴計畫 計畫書內容

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

「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

評選審查作業要點

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

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

(二) 巡迴：

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

七、面試—就執業醫師個人背景，熱忱度，未來規劃和對當地背景之熟悉做評選。巡迴醫療團隊若有必要亦要請負責醫師做說明。

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

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

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

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 1,800 點。P22003 每次服務每小時二級 2,700 點。P22004 每次服務每小時三級 3,700 點。P22008 每次服務每小時四級 4,300 點。18:00 以後視為夜診，以假日論次支付點數申報。
 (二)假日：P22005 每次服務每小時一級 2,100 點。P22006 每次服務每小時二級 3,000 點。P22007 每次服務每小時三級 4,000 點。P22009 每次服務每小時四級 4,600 點。
 (三)一、二級每天以 6 小時、三、四級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以地區分級少一級之論次點數支付【離島須包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時仍以三、四級地區(平日每小時 3,700 點、4,300 點支付，假日每小時 4,000 點、4,600 點支付)】。
 四、地點：請填至村里或學校名稱。
 五、填寫時請依同一「醫事人員」、「支付別」集中申報。本申請表應於次月一日起六個月內連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。
 填表日期 年 月 日

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

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區

「口腔衛生推廣服務」及「牙醫巡迴醫療服務」執行表

☐執業計畫 ☐巡迴計畫

申請日期： 年 月 日

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

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

執業計畫考核作業要點

一、前言

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

二、對象

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

三、實地考核成員：包括保險人分區業務組及牙醫全聯會相關人員。

四、考核方式

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

五、考核辦法：

(一)應依地理位置、道路便利、人口和部落多少分佈就執行困難度及需求度評核：

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

(二)考核評分表如後(含實地考核評分表、民眾滿意度調查表及電話考評表)

六、綜合討論及評分

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

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

執業計畫實地考核評分表

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

| | |
|--|--|
| (三) 是否合乎牙醫院所感染管制 S O P 作業細則 (共 27 分) | |
| 1、硬體設備(6 分) (1) 具有適當之洗手設備 (2) 良好之通風空調系統 (3) 器具滅菌設備 | <input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否(0分) <input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否(0分) <input type="checkbox"/> 完整(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分) |
| 2、軟體部分(21 分) (1)病歷首頁中全身病史登載完整 (2)醫師及助理人員穿戴防護裝置 (3)開診前及結束後應作管道消毒 (4)醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理 (5)浸泡器械的清毒藥水乾淨並在有效期限內 (6)診所依感染管制 SOP 作業，製訂消毒流程表及紀錄表且登載完整 (7)滅菌後器械之包裝存放應無再污染之虞 | <input type="checkbox"/> 非常完整(3 分) <input type="checkbox"/> 完整(2 分) <input type="checkbox"/> 普通(1 分) <input type="checkbox"/> 不完整(0 分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3 分) <input type="checkbox"/> 完整(2 分) <input type="checkbox"/> 普通(1 分) <input type="checkbox"/> 不完整(0 分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3 分) <input type="checkbox"/> 完整(2 分) <input type="checkbox"/> 普通(1 分) <input type="checkbox"/> 不完整(0 分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3 分) <input type="checkbox"/> 完整(2 分) <input type="checkbox"/> 普通(1 分) <input type="checkbox"/> 不完整(0 分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3 分) <input type="checkbox"/> 完整(2 分) <input type="checkbox"/> 普通(1 分) <input type="checkbox"/> 不完整(0 分) <input type="checkbox"/> 非常完整(3 分) <input type="checkbox"/> 完整(2 分) <input type="checkbox"/> 普通(1 分) <input type="checkbox"/> 不完整(0 分) |
| (四) 巡迴醫療執行狀況評核 (共 8 分) | |
| 1、執行時段符合計劃規定，並按時執行。 2、每月至多申報一次「口腔衛生推廣」？ 3、巡迴醫療每週服務地點是否適當？ 4、巡迴醫療的診療設備及牙材。 | <input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否 |

(五) 執業內容-專業考核 (共 30 分)

執業醫師簽名：

1、診療項目(質) 是否符合當地

醫療需求 (15 分)

(1)OD 案件申報點數占率+
牙周案件申報點數占率

☐ $\geq 55\%$ (4 分) ☐ $\geq 50\sim 55\%$ (3 分) ☐ $\geq 45\sim 50\%$ (2 分)
☐ $\geq 40\sim 45\%$ (1 分) ☐ $< 40\%$ (0 分)

(2)Endo 案件申報點數占率

☐ $\geq 10\%$ (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)

(3)實地審查狀況(5 分)

☐ 特優 (5 分) ☐ 優 (4 分) ☐ 良 (3 分)
☐ 普通 (2 分)

理由

2、診療量是否吻合當地醫療需求 (10 分)

(1)每月總申報點數占保障額度的比例

☐ $\geq 60\sim 70\%$ (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)

(2)實地審查狀況(5 分)

☐ 特優 (5 分) ☐ 優 (4 分) ☐ 良 (3 分)
☐ 普通 (2 分)

理由

3、醫師溝通能力及融入社區環境之程度(5 分)

☐ 優 (5 分) ☐ 良 (3 分) ☐ 普通 (1 分)

(六) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)

將民眾評分表之結果平均後計分

得分

分

(七) 實地審查前電話抽查評核 (共 10 分)

將電話評分表之結果平均後計分

得分

分

(八)總計

分

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

民眾滿意度調查

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

註:實地考評當日調查 10~20 名民眾, 並將結果平均列入評分。

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

電話考評表

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

註:由保險人分區業務組進行評核。

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

一、適用對象

承作健保署牙醫總額醫療資源不足地區改善方案之巡迴醫療服務醫療院所。

二、預算來源

113 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

三、標示應包含下列內容

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

四、標示製作內容及規格

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

| 標示物類型 | 規格 | 標示內容及字體大小 | | | | |
|------------------|-------------------|------------------------|---|-------------|---------------------------|--------------|
| | | 全民健保標誌 | 全民健保西醫/ 中醫/牙醫巡迴 醫療服務/牙醫 特殊醫療服務 | 巡迴地點 及時間 | 主辦單位： 衛生福利部中 央健康保險署 | 承作醫療 院所名稱 |
| 海報 | A2 (59.4×42cm) | 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。

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

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報

☐立牌

☐直立旗

☐布條

☐其他

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

-----原始支出憑證黏貼處-----

113 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 | | | | | | | |

113 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。

113 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。

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

姓名：_____ 出生日期：____年____月____日 性別：☐1.男 ☐2.女
地區：學 校：學 號：

| | | | |
|----|--|--|--|
| 年級 | | | |
| 班別 | | | |

(一)調查日期： 年 月 日 (二)调查日期： 年 月 日 (三)调查日期： 年 月 日
檢查者： 記錄者： 檢查者： 記錄者： 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 |

| | |
|---------------|---------------|
| 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 |

| | |
|---------------|---------------|
| 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 |
| | | | |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 合計 | D | M | F |
| | | | |
| 合計 | d | e | f |
| | | | |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 合計 | D | M | F |
| | | | |
| 合計 | d | e | f |
| | | | |

1. 已完成填補類數 (A)：_____類
 2. 未完成填補類數 (B)：_____類
 3. 其他待診療類數：_____類
 4. 填補率：_____ % (A) / (A) + (B)
 5. 年度填補類數 _____類
 6. 年度拔除類數 _____類
1. 已完成填補類數 (A)：_____類
 2. 未完成填補類數 (B)：_____類
 3. 其他待診療類數：_____類
 4. 填補率：_____ % (A) / (A) + (B)
 5. 年度填補類數 _____類
 6. 年度拔除類數 _____類
1. 已完成填補類數 (A)：_____類
 2. 未完成填補類數 (B)：_____類
 3. 其他待診療類數：_____類
 4. 填補率：_____ % (A) / (A) + (B)
 5. 年度填補類數 _____類
 6. 年度拔除類數 _____類

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。

113 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 |
| 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。