

106 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

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

三、實施期間

106 年 1 月 1 日至 106 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 106,350 服務人次為執行目標。

五、預算來源

106 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應，其經費為 4.73 億元。

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】。

(二) 申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。
3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

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

(五) 申請程序：

1. 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全民健康保險保險人（以下稱保險人）提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
2. 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。
3. 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：

屬肢體障礙（限腦性麻痺及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)、發展遲緩兒童、失能老人（非屬上述身心障礙者）等身心障礙者。其中：

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

- 2.失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者（須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本），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。

(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 3 年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。
- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅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中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)認證通過。

- C.醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

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 3 年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。
- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅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 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫

事服務機構停止特約以上之處分。

****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、特殊教育學校或政府立案收容發展遲緩兒童之機構以及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）等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。
2. 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。
3. 醫師資格：
 - (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。
 - (2) 自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗，並接受 6 學分以上身心障礙等相關之教育訓練且 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。
4. 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：
 - (1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。
 - (2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中

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

(3)牙醫服務內容及設備：

- A.基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。
- B.提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。

**到宅牙醫醫療服務

1.服務對象須符合下列條件之一：

(1)符合本計畫之特定身心障礙類別(且同時符合下列條件)：

- A.病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。
- B.有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。

(2)屬「失能老人長照補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，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，行動困難無法自行至醫療院所就醫之患者。

(3)屬全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象且符合上列(1)或(2)者。

- 2.符合本計畫到宅牙醫醫療服務之適用對象首次接受訪視或醫療服務時，由醫師提出申請，經牙醫全聯會核可者，始得至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務，醫療費用須帶回執業登記院所申報。
- 3.院所及醫師資格：由各縣市牙醫公會、醫學中心、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」之醫院或參與本計畫之照護院所，且須為修習到宅牙醫醫療相關課程之醫師，至服務對象所在之居所（家中）提供牙醫醫療服務。
- 4.牙醫服務內容及設備：
 - (1)基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。
 - (2)提供到宅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【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、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：

- (1)加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身障患者得加 9 成、重度患者得加 7 成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加 3 成、輕度患者（含失能老人）得加 1 成。
- (2)氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次。
- (3)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 2400 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。

(4)到宅及特定需求者牙醫服務：

A.到宅牙醫服務：採論次支付方式，每一案 5700 點，支付標準編號為 P30005（內含護理費、口腔預防保健，且不得收取其它自費項目），不得再依身障等級別計算加成費用，由各醫師帶回執業院所申報。

B.特定需求者牙醫服務：得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 1900 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。

C.醫師執行牙醫醫療服務每日達 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，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。

D.訪視費項目（支付標準編號為 P30006）：醫師為評估患者是否符合到宅牙醫醫療條件，於本計畫收案前訪視該患者得申報本項費用，惟須經牙醫全聯會核可，方可執行；每一個案訪視費用 1553 點，每年限申報一次，並不得再依身障等級別計算加成費用。申報本項費用時，應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由，訪視醫師以本保險特約醫事服務機構之醫師為限。

(5)每點支付金額：本預算係按季均分及結算。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. 費用申報之規定：

(1) 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號

(一) 填報如下：

A. 院所內服務：

非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

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

C. 到宅醫療服務：

極重度 FS、重度 FY、中度：L4

失能老人：L2

D. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

失能老人：L3

(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. 到宅牙醫醫療服務對象符合失能老人長照補助辦法補助者，應檢附各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本。

C. 屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇

定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(3)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄全民健康保險憑證（以下稱健保卡），就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若患者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.每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過的部分不予支付。

C.至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校或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)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四) 申請程序：

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

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

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

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

- (1)申請書格式如【附件 3】。
- (2)2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷等相關資料紙本（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。
- (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫）。
- (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (5)牙醫師證書正反面影本一份。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：

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

A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】

B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位之立案證明、同意函、簡介、身障者名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面

影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

- (2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。
- 4.首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務，醫師須檢送到宅醫療訪視或醫療服務申請表【附件 21】至牙醫全聯會核可後，由牙醫全聯會於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組備查。
- 5.申請提供特定需求者牙醫醫療服務，應檢附下列資料，一併提供牙醫全聯會：
 - (1)申請書格式如【附件 13】、日報表【附件 16】，預定前往提供牙醫醫療服務之機構簡介、立案證明、同意函等，另須檢附完成報備支援證明等書面。
 - (2)衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。
 - (3)每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 20】等書面紙本。
 - (4)牙醫師證書正反面影本一份。

(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；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】、【附

件 14】。特定需求者醫療服務個案申請以掛號郵寄至牙醫全聯會，經牙醫全聯會審查後，通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，函復院所及牙醫全聯會。首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視及醫療服務，醫師須檢送到宅醫療訪視或醫療服務申請表【附件 21】至牙醫全聯會核可後，由牙醫全聯會於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組備查。

2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】、【附件 5】及【附件 16】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：（不適用於到宅與特定需求者牙醫醫療服務）
 - (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，異動時亦同，並確實完成報備支援程序。
 - (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
 - (3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
 - (4) 醫療團至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構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)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。

- (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依患者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。
- (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構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)等單位時，必須有老師或熟悉該患者狀況的人陪同就診。
- (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記錄備查，並謹慎為之。
- (11)若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
- (12)耗材應由看診醫師自備。
- (13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
- (14)患者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患者情緒之責任，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，醫師及場次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，應於進階照護院所內方得執行。
- (17) 執行全身麻醉時，應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，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 19】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
- (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
- (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。

5. 到宅醫療及特定需求者牙醫醫療服務應注意事項：

- (1) 牙醫醫療服務之醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 15】。
- (2) 費用申報作業：執行特定需求者牙醫醫療服務之醫師，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送所屬本保險分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得暫停計畫執行。
- (3) 服務個案之申請及審核作業：每月申請特定需求者牙醫服務時，院所須檢送相關資料至牙醫全聯會先行初審，再由牙醫全聯會彙整後送本保險人之分區業務組核定：
 - A. 執行院所應提供申請書【附件 13】、日報表【附件 16】、口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 20】

及完成報備支援證明、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等。

B. 前述服務，若有醫師異動，應具函敘明原因及檢附報備支援證明，通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。

- (4) 首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務，醫師須檢送到宅醫療服務訪視或醫療服務申請表【附件 21】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組備查。
 - (5) 執行醫師應詳實填寫就診紀錄【附件 18】留存於病患，並於院所製作實體病歷留存，且須依患者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。
 - (6) 一位醫師需搭配至少一位醫護人員。
 - (7) 醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。
 - (8) 所有侵入性治療應取得病患家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療記錄備查。
 - (9) 本項服務若無法順利完成治療，應將患者轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
 - (10) 醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。
 - (11) 耗材應由醫療團隊自備。
 - (12) 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療團隊依相關法規妥善處理。
 - (13) 提供本項服務時，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。
 - (14) 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
 - (15) 未遵守本計畫相關規定，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，得由本保險之分區業務組核定暫停計畫執行。
6. 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。

7. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅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。
8. 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。
9. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 23】規定辦理。

八、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；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%。

九、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。

十、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。

【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 2】

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障類別之區分與辨識

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		【有效期限】 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 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		身份證字號		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」院所名稱（全銜）： (1) 醫事機構代號： (2) 院所所屬層級別： ☐ 醫學中心 ☐ 區域醫院 ☐ 地區醫院 ☐ 基層診所 (3) 院所申請類別： ☐ 初級 ☐ 進階 (4) 院所基本資料： 1. 負責醫師姓名： 身分證字號： 2. 聯絡方式： 3. 聯絡地址： - (5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量： 甲. ☐ 有專用椅子 ☐ 無專用椅子 乙. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）： _____ _____					
(6) 是否曾申請過加入計畫： ☐ 有 ☐ 無					
二、「支援服務」院所名稱（全銜）： (1) 醫事機構代號： (2) 院所所屬層級別： ☐ 醫學中心 ☐ 區域醫院 ☐ 地區醫院 ☐ 基層診所（或 ☐ 同上） (3) 院所申請類別： ☐ 初級 ☐ 進階（或 ☐ 同上） (4) 院所基本資料： 1. 負責醫師姓名： 身分證字號： 2. 聯絡方式： 3. 聯絡地址： - (5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量： 甲. ☐ 有專用椅子 ☐ 無專用椅子 乙. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）： _____ _____					
(6) 是否曾申請過加入計畫： ☐ 有（年度：____） ☐ 無					

**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。
- (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、原申請加入院所名稱（全銜）： (1) 原醫事機構代號： (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 ☐ 醫事機構代號變更 ☐ 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) 變更後院所醫事機構代號： (4) 變更後院所負責人： 身分證字號：					

【附件5】

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：

- ☐ 縣市公會評估表
☐ 服務單位同意函，如：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）等
☐ 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、身障人員名冊及身心障礙類別輕重程度別等
☐ 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率
☐ 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的診療椅和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等
☐ 醫師服務排班表、☐ 後送醫療院所、☐ 感染管制 SOP 作業自評表【附件 22】

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	<pre> graph TD A([欲申請於院所中 執行特殊病患照 護服務者]) -- 無學分 --> B[參加身心障 礙教育訓練 之課程] A -- 有學分 --> C[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] B --> C C --> D[寄至牙醫全聯會審核] </pre>	1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。 1-2 請至牙醫全聯會網站 (www.cda.org.tw) 的下載專區，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 (身份證字號、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	<pre> graph TD D[寄至牙醫全聯會審核] --> E[檢查資料是否有備齊] E -- 不齊 --> F[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。] E -- 有齊 --> G[審核院所資格] G -- 不通過 --> H[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。] G -- 通過 --> I[名單提送保險人及分區業務組] </pre>	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	<pre> graph TD I[名單提送保險人及分區業務組] --> J([執行計畫]) </pre>	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。

附表

牙科醫療院所友善醫療環境評量表

評量日期			
醫療院所名稱			
醫療院所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

【必要項目】

項目	內容	檢核情形 (請打 V)
院所位置	(一)設置在 1 樓者	
	1	出入口地面平順(高度在 0.5 公分以下)，門口淨寬至少 75 公分以上，可方便輪椅、手持柺杖或助行器進出。
	2	出入口若有門檻或台階，高度在 0.5 公分以上，有作斜角處理、斜坡或提供斜坡板。
	(二)設置在地下室或 2 樓以上者	
	1	設置電梯者電梯機廂深度至少需有 110 公分以上，電梯門寬度至少 80 公分以上。
	2	設有電梯、昇降設施或坡道可通達。
大門	1	若有設置自動門專用無線觸摸開關，設置高度距離地面介於 80~90 公分，自動門前方保留一處輪椅可靠近操作按鍵的空間。
	2	大門加裝服務鈴，供行動不便者使用。
	3	大門無法加裝服務鈴，設有協助聯絡電話，以協助行動不便者。
室內通路	1	淨寬至少 90 公分以上，方便行動不便之民眾通行。
	2	淨寬至少 75 公分以上，方便行動不便之民眾通行。
	3	以自備行動工具協助民眾通行。
診療室	1	備有移位設施，協助無法自行移位之民眾，移動到診療椅。
	2	門淨寬至少 75 公分以上，內部空間方便行動不便者進出。
治療椅	1	至少有一台治療椅可調整座椅高度，離地面至 40-45 公分，且椅背可傾立，治療椅有一側保留至少 74 公分空間，方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。
	2	至少有一台治療椅可調整座椅高低，另該治療椅有一側保留空間，方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。
	3	至少有一台治療椅可調整座椅高低椅背可傾立。

【其他項目】

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

備註：

1. 名詞說明

- 「行動不便者」是指輪椅使用者、視覺障礙者、手持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	<pre> graph TD A([欲申請至醫療服務單位中提供服務者]) -- 無學分 --> B[參加身心障礙教育訓練之課程] A -- 有學分 --> C[由各縣市牙醫師公會向牙醫全聯會提出醫療團之申請] B --> C </pre>	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) 的檔案下載專區其他項，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	<pre> graph TD D[檢查資料是否有備齊] -- 齊全 --> E[至牙醫全聯會口頭報告審核其資格] D -- 缺件 --> D E -- 未通過 --> D E -- 通過 --> F[名單提送保險人及分區業務組] </pre>	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	<pre> graph TD G([執行計畫]) </pre>	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：

身心障礙福利機構/未設牙科之精神科醫院/特殊教育學校/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），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，先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。 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障人員名單。 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 護送身障者返回教室或看護場所。 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： 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、支付別：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 2400 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）。 三、特定需者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 1900 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。 四、診療人次：填寫當次診療之人次。 五、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						

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、
 I. 其他(非特殊計畫 16 案件適用對象之身心障礙患者)。

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

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】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

- 特定需求者牙醫醫療服務申請書

一、醫療院所名稱（全銜）：醫事機構代號：

二、所屬層級別：

☐各縣市牙醫師公會組成醫療團

☐醫學中心

☐參與衛生福利部「特殊需求牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院

☐參與本計畫之「進階照護院所」

三、院所負責醫師姓名：

身分證字號：

四、參與醫師（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	申請項目	備註
			☐ 新增 ☐ 異動	
			☐ 新增 ☐ 異動	

五、執行區域或服務機構：

六、院所電話：（）

傳真：（）

七、聯絡人姓名：電話：

八、e-mail address：

九、地址：□□□-□□

十、執行醫療服務時可提供身心障礙使用之設備名稱、數量、規格：（詳述）

甲、

乙、

丙、

丁、

十一、有無違規紀錄：☐無☐記點☐扣減☐停止特約☐終止特約

十二、是否曾申請加入計畫過：☐有（年度：____），執行日期：☐無

【附件 14】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
到宅醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<pre> graph TD 1([1 申請到宅醫療服務]) -- 無學分 --> 2[2-2 參加身心障礙教育訓練之課程] 1 -- 有學分 --> 3[3 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療訪視之申請] 2 --> 3 </pre>	1-1 由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心、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」之醫院或參與本計畫之照護院所經提出至特定身心障礙或失能老人行動不便患者住家提供牙醫醫療服務。 1-2 請於保險人網站（www.nhi.gov.tw）的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程無學分者請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬縣市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 填寫好申請表【附件 21】
申請中段	<pre> graph TD 4[4 查資料是否有備齊] -- 齊全 --> 5[5 牙醫全聯會通知審核結果] 4 -- 缺件 --> 4 5 -- 未通過 --> 4 5 -- 核可 --> 6[6 名單提送保險人及分區業務組並副知院所] </pre>	4-1 將申請資料寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊。 5 牙醫全聯會通知院所審核結果。 6 彙整通過者名單以公文方式提送保險人分區業務組備查並副知院所。
申請完成	<pre> graph TD 7([7 符合執行計畫資格]) </pre>	7 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

特定需求者醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<pre> graph TD 1([1 申請特定需求者醫療服務]) -- 無學分 --> 2[2-2 參加身心障礙教育訓練之課程] 1 -- 有學分 --> 3[3-1 由符合資格之醫療院所提出醫療團隊之申請] 2 --> 3 </pre>	1-1 由各縣市牙醫師公會醫療團組成、醫學中心、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」之醫院或參與本計畫之進階照護院所組成團隊經提出特定身心障礙或失能老人行動不便患者提供牙醫醫療服務。 1-2 請於保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程學分者請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬縣市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 填寫好申請書（以特定需求者醫療團隊為單位），並於申請書【附件 13】後附上： - 日報表【附件 16】、每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】。 - 個案健康狀況評估表【附件 20】等書面紙本。 - 預定前往提供醫療服務之身心障礙福利機構簡介及立案證明、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）、機構同意函等，另須檢附當地衛生主管機關報備支援證明等書面。 - 牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）、醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本，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等書面文件各一份。
申請中段	<pre> graph TD 4[4 查資料是否有備齊] -- 齊全 --> 5[5 若有需要至牙醫全聯會口頭報告] 4 -- 缺件 --> 未通過1[未通過] 5 -- 齊全 --> 6[6 名單提送保險人及分區業務組] 5 -- 未通過 --> 未通過1 </pre>	4-1 每月將申請資料寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 若有需要醫療團隊須至牙醫全聯會進行口頭報告。 5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人分區業務組。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地點未符合本計畫者，會依保險人相關通知或核定文，行文給申請院所告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。
申請完成	<pre> graph TD 6[6 名單提送保險人及分區業務組] --> 7([7 符合執行計畫資格]) </pre>	7-1 收到保險人回覆函後其醫療團隊（醫師）符合執行計畫資格。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

【附件 15】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
執行到宅醫療服務流程圖

階段	流程	A、醫師負責部份	B、病患家屬負責部份
執行醫療服務——前	受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫療需求 ↓ 醫師至臥床患者居所執行醫療服務訪視或醫療 ↓ 每次出診前置作業 ↓ 醫師事前準備 A-1 及 A-4 之各項事前執行工作 患者家屬於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 事前準備工作	A-1 受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫療需求個案。 A-2 提出到宅個案訪視或醫療之申請。 A-3 到宅醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。 A-4 事前聯繫病患家屬確實了解患者就醫前的身體狀況。 A-5 至個案住宅時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。	B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知到宅醫療團隊之服務醫師。 B-2 若醫師有執行侵入性治療行為，請病患家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，俾利醫師為患者進行醫療服務。 B-3 家屬責任：由熟悉之看護或家屬陪同就診並協助安撫病患情緒，事前告知醫師病患是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。
執行醫療服務——中	每一到宅個案申請皆須符合 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、陪同患者就診(B-4 至 B-5)。	A-6 視醫療需求詳實記載。 A-7 陪同醫護人員協助醫師安撫患者情緒，完成治療。 A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療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 醫師應於診療期間注意病生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送醫院所接手辦理。 註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病患家屬或監護人書面同意書。	B-4 協助醫師完成治療 B-5 接受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 IC 卡等作業 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 ↓ 結束此次到宅醫療服務	A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由醫療團隊自行妥善處理。 A-12 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。	B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。 B-7 家屬應於平時固定為病患做口腔清潔，以維持口腔衛生。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

執行特定需求者醫療服務流程圖

階段	流程	A、醫師負責部份	B、病患家屬負責部份
執行醫療服務——前	受理身心障礙福利機構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） ↓ 醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核 ↓ 每次出診前置作業 ↓ 醫師事前準備 A-1 及 A-6 之各項事前執行工作 患者家屬於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 事前準備工作	A-1 受理身心障礙福利機構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）。 A-2 機構提出醫療服務之申請。 A-3 評估患者之生理狀況後，填妥病患口腔醫療需求評估及治療計畫資料，於每月提送特定需求者醫療服務至牙醫全聯會初審，待保險人及分區業務組相關通知或核定文後，方可提供該醫療服務。 A-4 特定需求者醫療服務經保險人核定得執行醫療服務後，並確實完成報備支援程序。 A-5 醫療團隊執行時間確定後，由保險人核定每案之申請日。 A-6 事前聯繫病患家屬確實了解患者就醫前的身體狀況，能否讓醫療團隊前往執行到宅醫療服務。 A-7 至身心障礙福利機構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）時，應事前備妥相關醫療設備器材架設擺放。	B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知醫療團隊之服務醫師。 B-2 若醫師有執行侵入性治療行為，請病患家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，俾利醫師為患者進行醫療服務。 B-3 家屬責任：由熟悉之看護或家屬陪同就診並協助安撫病患情緒，事前告知醫師病患是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。
執行醫療服務——中	↓ 每一個案申請皆須符合 A-1 至 A-12 之步驟。若無執行 A-11 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、保育人員或教師陪同患者就診（B-4 至 B-5）。	A-8 核視醫療需求記錄醫療紀錄單及就診醫療記錄詳實記載。 A-9 陪同護士協助醫師安撫患者情緒，完成治療。 A-10 醫療服務應事前明確告知家屬治療內容或術後注意事項及下次回診日期。 A-11 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 A-12 醫師應於診療期間注意病生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送醫院所接手辦理。 註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病患家屬或監護人書面同意書。	B-4 協助醫師完成治療 B-5 接受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 IC 卡等作業 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 ↓ 結束此次身心障礙福利機構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）醫療服務	A-13 醫療器械相關設備及健保卡讀、寫卡等作業。 A-14 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由醫療團隊自行妥善處理。 A-15 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。	B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。 B-7 家屬應於平時固定為病患做口腔清潔，以維持口腔衛生。

【附件 16】

_____年_____月份全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫特定需求者醫療服務日報表

執行單位（全銜）：_____

序號	障別代號	診治醫師	日期	病患姓名	身分證字號	聯絡電話	服務地址	護理人員	簡述施行治療內容

備註：1. 障礙類別或失能老人代號如下：

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障礙功能障礙者、L. 重度以上肢體障礙、M. 重度以上視覺障礙者、N. 失能老人、P. 重度以上重要器官失去功能者

2 施行治療項目，請敘述提供之處置內容。如下：

(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) 牙周暨齲齒控制基本處置、(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。

【附件 17】

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：						出生年月日：						監護人：					
提供服務方式： ☐ 特定需求者醫療服務																	
到宅個案來源： ☐ 全民健康保險居家醫療照護整合計畫 ☐ 自行申請 ☐ 醫院協助申請 ☐ 其他																	
地址：																	
醫病史 (MedialHistory)																	
父母：									相關證明影本黏貼處								
親屬：									備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面影本、(2) 到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本、(3) 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：應檢附診斷證明書或評估量表相關證明文件影本、(4) 全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象須符合本計畫之適用條件。								
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) ☐ 牙周暨齲齒控制基本處置、(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：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明:D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																	

治療計畫

一、患者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) ☐ 牙周暨齦齒控制基本處置
- (五) ☐ 塗氟
- (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

三、到宅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、此次到宅醫療個案，提供的醫療設備內容：

【建議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？

（檢附到宅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）

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

中華民國牙醫師公會全國聯合會初審意見

☐ 同意 ☐ 不同意原因：

【附件 18】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
身心障礙到宅服務或特定需求者服務醫療團就診紀錄(首頁)

基本資料		
姓名：	出生年月日：	監護人：
地址：		
醫病史 (Medical History)		
父母：	相關證明影本黏貼處	
親屬：	備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面影本、(2) 到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本、(3) 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、(4) 全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象須符合本計畫之適用條件。	
本人：		
特別注意事項：		
牙醫病史		
☐ 到宅服務或 ☐ 特定需求者服務 服務日期： 年 月 日 到達時間： 時 分 離開時間： 時 分		
續頁		

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

2. 施行治療內容項目 (請敘述處置內容)：

- (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
- (五) ☐ 塗氟
- (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

3. 本次治療後注意事項：

醫師簽名 (簽章)：

聯絡電話：

護士或助理簽名 (簽章)：

【附件 19】

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 20】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
特定需求者醫療服務一個案健康狀況評估表

第一部分：個案基本資料

1. 醫療需求申請單位名稱（全銜）：		
個案所在地址：		
個案申請人姓名：		
主要聯絡人：	與個案關係：	聯絡電話/手機：
主要照顧者：	與個案關係：	聯絡電話/手機：
2. 個案姓名：_____、年齡：_____歲		
3. 性別：1. ☐ 男 2. ☐ 女		
4. 出生年月日：民國（1. 前 2. 國） 年 月 日		
5. 身份證字號：		
6. 照護情形： ☐ 照護期內 ☐ 已超過照護期		
7. 是否有身心障礙手冊：（請 ☒ 勾選下列問題）		
(1) 0. ☐ 沒有 1. ☐ 申請中 2. ☐ 有		
(2) a. 障礙類別：1. ☐ 視覺障礙 2. ☐ 聽覺機能障礙 3. ☐ 平衡機能障礙 4. ☐ 慢性精神病患 5. ☐ 聲音機能或語言機能障礙 6. ☐ 肢體障礙 7. ☐ 智能障礙 8. ☐ 重要器官失去功能 9. ☐ 顏面損傷 10. ☐ 植物人 11. ☐ 失智症 12. ☐ 自閉症 13. ☐ 頑型（難治型）癲癇症 14. ☐ 多重障礙 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）		
b. 障礙等級 1. ☐ 輕度 2. ☐ 中度 3. ☐ 重度 4. ☐ 極重度		
c. 重新鑑定日期： / /		
7-1. 是否有失能老人證明文件：（請 ☒ 勾選下列問題）		
(1) 0. ☐ 沒有 1. ☐ 申請中 2. ☐ 有		
(2) 失能程度別： ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		
備註：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		
8. 提供牙醫醫療服務前，機構有無告知醫師個案身體狀況與其它特殊情形：		
☐ 1. 是，機構已事前告知個案身體狀況 ☐ 2. 未告知，機構未告知個案身體狀況		

第二部分：健康狀況（請☑勾選下列問題）

*個案身體健康狀況調查情形：

(1)意識狀態： 1. ☐清醒 2. ☐嗜睡 3. ☐混亂 4. ☐昏迷 5. ☐其他：

(2)皮膚狀況： 1. ☐正常

2. ☐異常；皮膚異常狀況

①☐過度乾燥有皮屑 ②☐淤青 ③☐有疹子 ④☐傷口（部位：

大小：；等級：類別：☐擦傷、割傷 ☐術後傷口 ☐燒

燙傷☐壓瘡☐其他慢性傷口：） ⑤☐其他

(3)目前是否接受其他特殊照護

0. ☐否

1. ☐是（①☐鼻胃管 ②☐氣切管 ③☐導尿管 ④☐呼吸器 ⑤☐傷口引流管

⑥☐造瘻部位 ⑦☐氧氣治療 ⑧☐其他）

(4)目前飲食型態：1. ☐一般飲食 2. ☐軟質 3. ☐流質 4. ☐特殊治療飲食： 5. ☐其他

(5)進食方式：1. ☐由口進食 2. ☐管灌 3. ☐其他

(6)營養狀況評估：

1. 身高：公分 2. 體重：公斤 3. BMI： 4. ☐無法評估

(7)疾病史

疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療
1. ☐ 中風		0. ☐ 否 1. ☐ 是	10. ☐ 泌尿道疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是
2. ☐ 高血壓		0. ☐ 否 1. ☐ 是	11. ☐ 巴金森氏症		0. ☐ 否 1. ☐ 是
3. ☐ 心臟病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	12. ☐ 免疫疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是
4. ☐ 糖尿病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	13. ☐ 失智症		0. ☐ 否 1. ☐ 是
5. ☐ 消化系統（肝、膽、 腸、胃）		0. ☐ 否 1. ☐ 是	14. ☐ 傳染性疾病 (肺結核、愛滋 病、梅毒、B型肝炎)		0. ☐ 否 1. ☐ 是 治療階段：
6. ☐ 慢性阻塞性肺疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	15. ☐ 其他呼吸系 統疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是
7. ☐ 腎臟疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	16. ☐ 腦性麻痺		0. ☐ 否 1. ☐ 是
8. ☐ 脊髓損傷		0. ☐ 否 1. ☐ 是	17. ☐ 癌症： 癌		0. ☐ 否 1. ☐ 是
			18. ☐ 其他：		0. ☐ 否 1. ☐ 是
9. ☐ 骨骼系統(關節炎、骨 折)		0. ☐ 否 1. ☐ 是	19. ☐ 以上皆無		

(8)身體狀況有無特殊情形：（請與照護者或申請單位確認）

1. ☐個案身體狀況可承受治療

2. ☐個案身體狀況無法承受治療（請說明原因：_____）

(9)主要照護者知道個案有口腔醫療需求嗎？

1. ☐知道 2. ☐不知道

(10)醫療提供單位施行治療項目：

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. ☐牙周暨齲齒控制基本處置 5. ☐塗氟 6. ☐非特定局部治療 7. ☐特定局部治療。

(11)評估日期： 年 月 日，時間：

協助評估者姓名：_____（親簽）與個案關係：_____

評估者姓名：_____醫師（親簽）

【附件 21】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
到宅醫療訪視或醫療服務申請表

申請日期____年____月____日、序號：____

患者基本資料		
申請項目： ☐ 訪視 ☐ 醫療服務		
姓名：	出生年月日：	監護人：
身分證字號：	連絡電話：	
住所地址：		
障礙類別：		
到宅個案來源： ☐ 全民健康保險居家醫療照護整合計畫 ☐ 自行申請 ☐ 醫院協助申請 ☐ 其他		
醫病史 (Medial History)		
父母：	相關證明影本黏貼處	
親屬：	備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本、(2) 到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(3) 全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象須符合本計畫之適用條件。	
本人：		
患者主訴或其他注意事項：		
申請院所基本資料		
醫療院所名稱(全銜)：		
醫事機構代號：		
一、到宅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、此次到宅醫療個案，提供的醫療設備內容：		
【建議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？		
(檢附到宅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 22】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 感染管制 SOP 作業自評表

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

服務單位：

A.硬體設備方面

項目	評分標準	自評	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，水龍頭避免手觸式設計。		
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.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。		
	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	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，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。		
	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。		
	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。		
4.門診結束後治療台消毒措施	C.治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。		
	B.符合C，定期全員宣導及遵循。		
	A.符合B，完備紀錄存檔。		

項目	評分標準	自評	備註
5.完善廢棄物處置 (註一)	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.制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。		
	B.符合C，定期全員宣導。		
	A.符合B，完備紀錄存檔。		
7.器械浸泡消毒 (註二)	C.選擇適當消毒劑及記錄有效期限。		
	B.符合C，消毒劑置固定容器及加蓋，並覆蓋器械。		
	A.符合B，記錄器械浸泡時間。		
8.器械滅菌消毒 (註二)	C.器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示消毒日期。		
	B.符合C，化學指示劑監測，並完整紀錄。		
	A.符合B，每週至少一次生物監測劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。		
9.感染管制流程製訂	C.須依牙科感染管制SOP，制訂看診前後感染控制流程、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。		
	A.符合B，完備紀錄存檔。		

註一：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作業細則步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5℃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。

註二：若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至院所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

註三：此自評表為本計畫醫療團使用，若欲申報加強感染管制之牙科門診診察費，須符合牙醫院所感染管制SOP作業考評表。

【附件 23】

全民健保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

106 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。

全民健保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

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

-----原始支出憑證黏貼處-----