

# 102 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

## 一、依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

## 二、目的

旨在提昇牙醫醫療服務品質，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

102 年 1 月 1 日至 102 年 12 月 31 日止。

## 四、年度執行目標

本計畫以至少達成 72,600 服務人次為執行目標。

## 五、預算來源

102 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」專款項目下支應，其經費為 4.23 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同意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：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：

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、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、染色體異常或其他經中央衛生主管機關認定之障礙(需為新制評鑑為第1類及第7類者)等身心障礙者。其中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，餘以內政部身障類別認定(詳附件2)，符合資格者會於IC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)提供服務。

(二)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 年內不得有違約記點(查屬行政疏失者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分。

(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. 接受 6 學分以上身心障礙等相關之教育訓練。
- C. 醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(查屬行政疏失者不在此限)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。

(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有滿 1 年以上之臨床經驗。
- B. 每位醫師須接受 6 學分以上身心障礙之教育訓練。
- C. 醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(查屬行政疏失者不在此限)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或牙醫團體且有至少 2 位以上符合醫師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或特殊教育學校等內部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、生理監視器等) 單位，提

供牙醫醫療服務。

2. 醫師前往提供服務前需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，醫療費用需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（查屬行政疏失者不在此限）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. 牙醫團體組成醫療團者，需定期於每年 6 月期間提供所屬縣市公會，醫療團至服務單位提供牙醫服務之執行成效及相關作業情形書面報告乙份。
5. 由醫學中心、參與行政院衛生署「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或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），提供「特定需求者」醫療服務。醫療服務方式限於在長期臥床患者床邊及患者無法移動至固定診療椅等情形下提供；「特定需求者」醫療服務之對象、申請、支付及申報規定等，均與到宅牙醫醫療服務相同。

#### \*\*到宅牙醫醫療服務

1. 服務對象須同時符合以下條件：

- (1) 本計畫之特定障礙類別需符合居家照護條件—患者有口腔醫療之需要，但因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時 50% 以上活動限制在床上，行動困難無法自行至醫療院所治療，且居家照護患者須由主治醫師轉介。
- (2) 醫師提出口腔醫療需求評估及治療計畫，經中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會）初核，並彙送保險人分區業務組核可者。

2. 由醫學中心、參與行政院衛生署「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所，且符合進階照護院所訂資格之醫師，至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服

務。

3. 醫師資格與進階照護院所相同。提供到宅牙醫醫療服務之牙科設備，應配置攜帶式洗牙機、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、氧氣筒需有節流裝置、氧氣面罩等）、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備、健保 IC 卡讀寫卡相關設備。
4. 醫師前往提供服務前需事先向當地衛生主管機關完成支援報備之申請；並檢具當地衛生主管機關報備函向牙醫全聯會申請初核，並經保險人分區業務組核定後，始得至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務，醫療費用需帶回執業登記院所申報。

(三)支付及申報規定：

1. 到宅及特定需求者醫療服務，每點支付金額以 1 元計。
2. 院所、醫療團牙醫醫療服務，除麻醉項目外之醫療費用，極重度身障患者得加 7 成申報、重度患者得加 5 成申報、中度患者及中度以上精神疾病患者得加 3 成申報、輕度患者得加 1 成申報。
3. 預算係按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足時，則先扣除先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、到宅醫療服務、特定需求者醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之費用以每點 1 元「定額支付」後，其餘項目採浮動點值，且每點支付金額不高於 1 元。若全年預算尚有結餘，以全年預算扣除上述「定額支付」項目後，其餘項目採浮動點值結算，惟每點金額不高於 1 元。
4. 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：
  - (1) 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
  - (2) 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
  - (3) 到宅醫療服務：FS，請填報詳細醫療服務項目，醫令類別為 4。
  - (4) 特定需求者服務：FU，請填報詳細醫療服務項目，醫令類別為 4。

5. 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 500 點，每 90 天申報 1 次為限，支付標準編號為 P30002)。
6. 醫療團巡迴醫療服務，得採論次加論量支付方式計酬，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數，每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，每小時 2400 點(內含護理費，支付標準編號為 P30001)，另平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用。
7. 醫療團服務之限制規定如下：(不適用於特定需求者醫療服務)
  - (1) 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。
  - (2) 每診次申報點數以不超過 3 萬點(含論次支付點數)為原則，若遇特殊情形超過 3 萬點以上者，需於該次申報時說明特殊異常之情形。
  - (3) 至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院或特殊教育學校等單位，提供醫療服務之規定：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的人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，需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醫療給付費用總額研商會議討論通過者除外。)
  - (4) 服務須登錄 IC 卡，就醫序號請依 IC 卡相關作業規定辦理。
8. 到宅及特定需求者醫療服務之支付與限制規定如下：
  - (1) 採論次支付點數，每次支付 1900 點(內含診察、護理、給藥、所有處置、塗氟及材料及口腔清潔宣導資料等費用，支付標準編號為 P30003，且不得收取交通費外之自費費用)，並不得再依身障等級別計算加成申報費用。
  - (2) 醫師執行醫療服務每日達 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 次為限，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。

(3) 考量安全，醫師服務應以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周病控制基本處置、塗氟、非特定局部治療及特定局部治療服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。

9. 執行身心障礙者牙醫醫療服務時，得依患者看診情形，同意符合專科資格之麻醉科醫師支援基層院所。

10. 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。

11. 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時應檢附：

(1) 申請書格式如【附件 3】。

(2) 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) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。

2. 申請為進階照護院所時應檢附：

(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（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。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附：

(1) 申請書格式如【附件 5】申請時需包括縣市牙醫師公會評估表【附件 6】、身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校等醫療服務單位之立案證明、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、經費評估等內容書面紙本和電子檔，一併提供牙醫全聯會。

(2)每年度結束後 20 日內須繳交期末報告【附件 8】書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，得停止延續執行本計畫。

4. 申請提供到宅及特定需求者醫療服務時應檢附：

(1)申請書格式如【附件 13】。

(2)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)醫療服務之預定執行區域居所或身心障礙福利機構資料。

(4)個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】等書面紙本。

(5)醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(五)相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及相關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 日前將通過名單及到宅醫療服務個案申請(含轉介單【附件 18】、口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】及當地衛生主管機關報備支援同意函等)、特定需求者醫療服務個案申請(含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 21】及當地衛生主管機關報備支援同意函等)再函送保險人，由保險人分區業務組審理確認後，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】。

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 13】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，請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. 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務，請院所影印有效之身心障礙手冊或證明正、反面影本黏貼於病歷首頁，以備查驗。



4. 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。其餘案件仍需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。
5. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務應注意事項：(不適用於特定需求者醫療服務)
  - (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) 醫療團醫師每月 20 日前須檢附論次論量申請表【附件 10】、日報表【附件 11】併同門診費用申報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 3 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、未設牙科之精神科醫院或特殊教育學校等單位提供醫療服務時，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) 每一醫療團必需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，須影印有效之身心障礙手冊或證明正、反面影本黏貼於病歷首頁，以備查驗。
  - (8) 一位醫師應搭配至少一位助理或護理人員。
  - (9) 身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院或特殊教育學校等單位時，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 IC 卡登錄業務，依規定申報寫入 IC 卡，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 20】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，被牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第 1 次通知 2 個月內未改善或第 2 次通知 1 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。
6. 到宅醫療及特定需求者醫療服務應注意事項：
- (1)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)每月 5 日前提提供日報表【附件 16】、口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】等資料和檔案、轉介單【附件 18】及當地衛生主管機關報備支援同意函，送牙醫全聯會先行初審，再於 20 日前彙送本保險人之分區業務組核定。若有醫師異動，應具函敘明原因及備妥衛生主管機關核備函，通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。
  - (3)應詳實填寫就診紀錄【附件 19】留存於病患，並於院所製作實體

病歷留存，須影印有效之身心障礙手冊或證明正、反面影本黏貼於病歷首頁，以備查驗。

- (4)一位醫師應搭配至少一位護理人員。
  - (5)醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。
  - (6)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。
  - (7)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。
  - (8)醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。
  - (9)耗材應由醫療團隊自備。
  - (10)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。
  - (11)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。
  - (12)依保險人規定執行健保 IC 卡讀、寫卡作業。
  - (13)未遵守本試辦計畫相關規定，被牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第 1 次通知 2 個月內未改善或第 2 次通知 1 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。
7. 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確認後，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。
  8. 申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師每年須接受 4 學分以上之身心障礙相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重覆），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師累積超過 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。
  9. 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>)，俾利特殊身心障礙者查詢就醫。

- 八、本計畫依現行部分負擔規定辦理。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，部分負擔得予減免 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，送全民健康保險會備查。屬給付項目及支付標準之修訂，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

## 【附件 1】

### 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

-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，需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)<br>Orthodontic Examination, Partial(dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography)<br>註：施行本項檢查不需要事前審查，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)<br>Orthodontic Examination, Total 【dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posteroanterior views)】<br>註：施行本項檢查不需事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每兩年限施行乙次。 |      | ✓    | ✓    | ✓    | 3000  |
| 92103B | 活動牙齒矯正裝置(單顎)<br>Removable orthodontic appliance(one jaw)   |      | ✓    | ✓    | ✓    | 4806  |
| 92104B | 活動牙齒矯正裝置(雙顎)<br>Removable orthodontic appliance(two jaws)  |      | ✓    | ✓    | ✓    | 7209  |
| 92105B | 空間維持器(單側)，固定或活動式<br>Space maintainer, unilateral<br>註：限上下顎各施行乙次為原則。  |      | ✓    | ✓    | ✓    | 1500  |
| 92106B | 空間維持器(雙側)，固定或活動式<br>Space maintainer, bilateral<br>註：限上下顎各施行乙次為原則。   |      | ✓    | ✓    | ✓    | 2500  |
| 92107B | 單齒矯正裝置及直接粘著裝置<br>Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth  |      | ✓    | ✓    | ✓    | 800   |
| 92108B | 環鈎，彈力線或唇面弧線，每件<br>Clasp, Finger spring or labial arch, per piece   |      | ✓    | ✓    | ✓    | 348   |
| 92109B | 亞克力基板Acrylic plate   |      | ✓    | ✓    | ✓    | 2000  |
| 92110B | 咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate  |      | ✓    | ✓    | ✓    | 1867  |
| 92111B | 矯正調整及矯正追蹤檢查(次) Orthodontic adjustment<br>註：1. 以每三個月實施乙次為限。<br>2. 不得與92115B~92124B項目合併申報  |      | ✓    | ✓    | ✓    | 1000  |
| 92112B | 面罩A Facial mask A<br>註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術(Distracted Osteogenesis)之裝置。   |      | ✓    | ✓    | ✓    | 12476 |
| 92113B | 面罩B Facial mask B<br>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<br>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<br>Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws)<br>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。<br>2. 第一次支付申報時間及基本、選擇性診療項目如下：<br>(1)申報時間：事前審查經本局同意後，至完成裝置矯正器。<br>(2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。<br>(3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。<br>(4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。<br>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<br>Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)  |      | ✓    | ✓    | ✓    | 4973  |
| 92118B | 恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次支付<br>Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws)<br>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。<br>2. 申報時間、基本診療項目如下：<br>(1)申報時間：第一次支付後160天。<br>(2)基本診療項目：6次以上矯正調整。<br>(3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第1次支付申報日期作為審查依據。<br>(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<br>Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)  |      | ✓    | ✓    | ✓    | 4973  |
| 92120B | 恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付<br>Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws)<br>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。<br>2. 申報時間、基本診療項目如下：<br>(1)申報時間：第二次支付後160天。<br>(2)基本診療項目：6次以上矯正調整。<br>(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。<br>(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<br>Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)  |      | ✓    | ✓    | ✓    | 6631  |
| 92122B | 恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付<br>Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws)<br>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。<br>2. 申報時間、基本診療項目如下：<br>(1)申報時間：第三次支付後160天。<br>(2)基本診療項目：6次以上矯正調整。<br>(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。<br>(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<br>Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)  |      | ✓    | ✓    | ✓    | 9946  |
| 92124B | 恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付<br>Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws)<br>註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下：<br>1. 申報時間：第五次支付後至完成治療。<br>2. 基本診療項目：<br>(1)矯正調整至完成治療。<br>(2)完成治療配戴維持器。<br>3. 完成治療之臨床表徵：<br>(1)齒列排列整齊，穩定咬合。<br>(2)前牙無倒咬或開咬情形。<br>(3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。<br>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。<br>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<br>Surgical stent for orthognathic surgery<br>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  |
|--------|---|------|------|------|------|-------|
| 90112C | 特殊狀況橡皮障防濕裝置<br>Rubber dam appliance<br>註：1. 治療需要時，需使用橡皮障防濕裝置費(限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務申報)。<br>2. 使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證(X光片或相片費用已內含)。<br>3. 含張口器費用。                | ✓    | ✓    | ✓    | ✓    | 250   |
| 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<br>Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral<br>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。<br>2. 須檢附治療前後照片與病歷記錄。<br>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<br>nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral<br>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。<br>2. 須檢附治療前後照片與病歷記錄。<br>3. 不得與92125B併報。 |      | ✓    | ✓    | ✓    | 15000 |
| 92128B | 鼻型齒槽骨矯正定期調整<br>Nasoalveolar molding, adjustment<br>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。<br>2. 須檢附治療前後照片與病歷記錄。<br>3. 7日內不得重覆申報。<br>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：<br>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) |

計畫適用代碼：01、05、06、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】<br>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】<br>└─ ICF 對應碼 |    |   |      |      |       |
| ICD診斷     | 3899【02】<br>└─ 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試辦計畫  
- 特定身心障礙者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： |       |  |      |  |
| <b>【申請院所基本資料】</b>  |             |       |  |      |  |
| 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： <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 基層診所                                 |             |       |  |      |  |
| (3) 院所申請類別： <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 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： <input type="text"/> - <input type="text"/>   |             |       |  |      |  |
| (5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：(請簡述內容)  |             |       |  |      |  |
| 甲. <input type="checkbox"/> 有專用椅子 <input type="checkbox"/> 無專用椅子   |             |       |  |      |  |
| 乙. 牙科門診—急救、氧氣設備：_____  |             |       |  |      |  |
| (6) 是否曾申請過加入計畫： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 基層診所 (或 <input type="checkbox"/> 同上) |             |       |  |      |  |
| (3) 院所申請類別： <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 進階 (或 <input type="checkbox"/> 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： <input type="text"/> - <input type="text"/>   |             |       |  |      |  |
| (5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：(請詳簡述內容)   |             |       |  |      |  |
| 甲. <input type="checkbox"/> 有專用椅子 <input type="checkbox"/> 無專用椅子   |             |       |  |      |  |
| 乙. 牙科門診—急救、氧氣設備：_____  |             |       |  |      |  |
| (6) 是否曾申請過加入計畫： <input type="checkbox"/> 有 (年度：____) <input type="checkbox"/> 無  |             |       |  |      |  |

【附件 4】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
- 特定身心障礙者牙醫醫療服務變更申請書（院所內服務）

|   |             |       |  |      |  |
|---|-------------|-------|--|------|--|
| 申請<br>醫師姓名  |             | 身分證字號 |  | 出生年月 |  |
| 變更後<br>聯絡方式   | 電話：( ) 、手機： |       |  |      |  |
| <b>【申請變更院所基本資料】</b>   |             |       |  |      |  |
| <p>一、原申請加入院所名稱（全銜）：</p> <p>(1) 原醫事機構代號：</p> <p>(2) 原申請院所類別：<input type="checkbox"/>執業登記院所 <input type="checkbox"/>支援服務院所</p> <p>(3) 原申請變更原因，如下：(請勾選)</p> <p><input type="checkbox"/>執業登記異動</p> <p><input type="checkbox"/>院所名稱變更、醫師姓名變更</p> <p><input type="checkbox"/>醫事機構代號變更</p> <p><input type="checkbox"/>醫師已離職不在診所服務（醫師姓名：_____或身分證字號_____）</p> <p><input type="checkbox"/>醫師不再繼續執行計畫，要取消資格</p> |             |       |  |      |  |
| <p>二、申請變更後內容：</p> <p>(1) 變更後院所名稱：</p> <p>(2) 變更後院所類別：<input type="checkbox"/>執業登記院所 <input type="checkbox"/>支援服務院所</p> <p>(3) 變更後院所醫事機構代號：</p> <p>(4) 變更後院所負責人：_____身分證字號：_____</p>   |             |       |  |      |  |

【附件5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
-特定身心障礙者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、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校等）

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相關設備、氧氣、急救藥品、生理監視器等

醫師服務排班表、後送醫療院所

五、醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

| 本保險分區別 | 姓名 | 身分證字號 | 醫事機構代號 | 醫事機構名稱 | 郵遞區號 | 院所地址 | 電話 | 相關教育訓練<br>(檢附學分證明) | 備註  |
|--------|----|-------|--------|--------|------|------|----|--------------------|---|
|        |    |       |        |        |      |      |    |                    | <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 新增 |
|        |    |       |        |        |      |      |    |                    |   |

六、變更醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

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

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

【附件6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫-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試辦計畫  
院所申請流程圖

| 階段   | 流程  | 說明   |
|------|---|--|
| 申請前段 | <p>1 欲申請於院所中執行特殊病患照護服務者</p> <p>無學分</p> <p>2 參加身心障礙教育訓練之課程</p> <p>有學分</p> <p>3 填妥申請書並附上醫師個人學經歷等相關資料及身心障礙教育訓練之學分影本</p> <p>寄至牙醫全聯會審核</p> | <p>1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。</p> <p>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。</p> <p>2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。</p> <p>3-1 填寫好院所之申請表 (以院所為單位)，且於申請表後需附上：</p> <p>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)</p> <p>b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p> |
| 申請中段 | <p>4 檢查資料是否有備齊</p> <p>不齊</p> <p>有齊</p> <p>5 審核院所資格</p> <p>不通過</p> <p>通過</p> <p>6 名單提送保險人及分區業務組</p>                                    | <p>4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主 (每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會)。其未齊之資料僅保存半年。</p> <p>5-1 將由醫師審核初級院所資格，進階院所需負責人或醫師須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。</p> <p>5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所持有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。</p> <p>6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。</p>  |
| 申請後  | <p>7 執行計畫</p>   | <p>7-1 申請院所收到保險人回复函文後，院所可執行此計畫。(此計畫為年度計畫)</p> <p>7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。</p>  |



全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

醫療團申請流程圖

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

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

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
- 特定身心障礙者牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

\*執行醫療服務單位的，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<br>醫師數 | 總診次 | 總時數 | 總服務<br>人次 | 論次費用 | 論量費用 | 論次論量<br>費用小計 |
|-----|-----------|-----|-----|-----------|------|------|--------------|
| 1月  |           |     |     |           |      |      |              |
| 2月  |           |     |     |           |      |      |              |
| 3月  |           |     |     |           |      |      |              |
| 4月  |           |     |     |           |      |      |              |
| 5月  |           |     |     |           |      |      |              |
| 6月  |           |     |     |           |      |      |              |
| 7月  |           |     |     |           |      |      |              |
| 8月  |           |     |     |           |      |      |              |
| 9月  |           |     |     |           |      |      |              |
| 10月 |           |     |     |           |      |      |              |
| 11月 |           |     |     |           |      |      |              |
| 12月 |           |     |     |           |      |      |              |
| 總計  |           |     |     |           |      |      |              |

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

## 五、下年度延續執行計畫申請

### (一)醫師人力

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

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，需由申請單位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 9】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
醫療團執行身心障礙牙科服務流程圖

| 階段      | 流程   | A、醫療團負責部份  | B、醫療服務單位負責部份   |
|---------|--|--|--|
| 執行醫療服務前 | <p>組織一醫療團至執行醫療服務單位</p> <p>每次出團前置作業</p> <p>醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作</p> <p>機構、醫院或學校等，於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 中之各項事前工作</p> | <p>A-1 每次至執行醫療服務單位前，先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。</p> <p>A-2 至提供醫療服務單位時，將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。</p>                  | <p>B-1 事前須匯集前往提供醫療服務單位中有醫療需求或必需回診之身障人員名單。</p> <p>B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。</p> <p>B-3 製作名冊、IC 卡、殘障手冊影本或其他事前文書準備工作。</p>               |
| 執行醫療服務中 | <p>診療期間每位患者皆須由 A-3 至 A-7 之步驟。若無執行 A-7 之步驟，將無法申請健保費用。</p> <p>診療期間務必由熟悉看護、保育人員或教師陪同於患者旁邊(B-4 至 B-6)。</p>                 | <p>A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單(檢查部分)。</p> <p>A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。</p> <p>A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。</p> <p>A-6 完成醫療紀錄單之記載。</p> <p>A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。</p> | <p>B-4 機構、醫院、學校等單位責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。</p> <p>B-5 協助醫師完成治療。</p> <p>B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。</p> |
| 執行醫療服務後 | <p>醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。</p> <p>依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。</p> <p>結束此次醫療團之服務。</p>   | <p>A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。</p>   | <p>B-7 護送身障者返回教室或看護診所。</p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>  |

【附件 10】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
 特定身心障礙牙醫醫療服務報酬論次論量申請表

| 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        | 請領人姓名  | 診治醫師     | 身分證字號 | 支付別      | 日期  | 地點     | 服務時間(小時) | 診療人次 | 申請金額 | 核減額  | 核定額 |
| 1.        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 2.        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 3.        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 4.        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 5.        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 6.        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 7.        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 8.        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 9.        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 10.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 11.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 12.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 13.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 14.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 15.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 16.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 17.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 18.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 19.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 20.       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 本頁小計      |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 總表        | 項目     | 申請次數     | 診療人次  | 服務時間(小時) | 每次申請金額  | 申請金額總數 | 核減次數     | 核減金額 | 核定次數 | 核定金額 |     |
|           | 支付別    |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
|           | P30001 |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 總計        |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 負責醫師姓名：   |        |          |       |          | 一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。<br>二、支付別：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（平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用）。<br>三、診療人次：填寫當次診療之人次。<br>四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報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」。<br>填表日期      年    月    日 |        |          |      |      |      |     |
| 醫事服務機構地址： |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 電話：       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |
| 印信：       |        |          |       |          |   |        |          |      |      |      |     |

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 - 特定身心障礙牙醫醫療服務日報表  
醫療團提供醫療服務日期：

| 流水號 <u>序號</u> | 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. 領有身障手冊之罕病患者、L. 重度以上肢體障礙、M. 重度以上視障者、I. 其他(非特定計畫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試辦計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

| 基本資料  |    |    |    |              |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |
|---|----|----|----|--------------|----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|------|
| 姓名：   |    |    |    | 出生年月日：       |    |    |    |    |    |    | 監護人： |    |    |    |    |      |
| 地址：   |    |    |    |              |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |
| 醫病史 (MedialHistory)   |    |    |    |              |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |
| 父母：   |    |    |    | 殘障手冊資料或影本黏貼處 |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |
| 親屬：   |    |    |    |              |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |
| 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 |
| <b>填表說明：D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled</b> |    |    |    |              |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

診療紀錄

| 日期 | 診療項目 (健保代號) | 簽名 |
|----|-------------|----|
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |
|    |             |    |



【附件 13】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

- 特定身心障礙者牙醫醫療服務申請書（到宅或特定需求者醫療服務）

提供服務方式：到宅 特定需求者醫療

一、醫療院所名稱（全銜）： 醫事機構代號：

二、所屬層級別：

醫學中心

參與行政院衛生署「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」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 |
|----|------|-------|---|----|
|    |      |       | <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 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、執行到宅或特定需求者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、 有無違規紀錄：無記點扣減停止特約終止特約

十一、是否曾申請加入計畫過：有（年度：\_\_\_\_），執行日期：無

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
到宅醫療申請流程圖

| 階段   | 流程 | 說明  |
|------|----|---|
| 申請前段 |    | <p>1-1 由醫學中心、參與行政院衛生署「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本試辦計畫之進階照護院所組成團隊經提出至特定身心障礙且行動不便患者住家提供牙醫醫療服務。</p> <p>1-2 請於保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 的檔案下載區其他項，下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬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。</p> <p>3-1 填寫好申請書（以到宅醫療團隊為單位），並於申請書後附上：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>b. 到宅醫療之預定執行區域服務地點</li> <li>c. 身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面及檔案</li> <li>d. 身心障礙教育訓練之學分證明影本</li> </ul> |
| 申請中段 |    | <p>4-1 每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會。</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。</p> <p>5-1 醫療團隊負責人須至全聯會進行口頭報告。</p> <p>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。</p> <p>6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。</p>   |
| 申請完成 |    | <p>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）</p> <p>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。</p>  |

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
執行到宅醫療個案服務流程圖

| 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 | <p>受理身心障礙患者居家照護<br/>主治醫師轉介</p> <p>↓</p> <p>醫師至臥床患者居所執行<br/>醫療服務審核</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">醫師事前準備<br/>A-1 及 A-6 之<br/>各項事前執行<br/>工作</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">患者家屬於事<br/>前須準備<br/>B-1、B-2 及<br/>B-3 中事前準<br/>備工作</div> </div> | <p>A-1 受理身心障礙患者居家照護主治醫師轉介需求個案。</p> <p>A-2 提出到宅個案醫療之申請。</p> <p>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 5 日前提送到宅個案至牙醫全聯會初審，待保險人及分區業務組相關通知或核定文後，方可執行到宅醫療。</p> <p>A-4 到宅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。</p> <p>A-5 到宅醫療團隊執行時間自保險人核定通過日起。</p> <p>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。</p> <p>A-7 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。</p> | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> |
| 執行醫療服務——中 | <p>每一到宅個案申請皆須符合 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。</p> <p>↓</p> <p>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)。</p>  | <p>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。</p> <p>A-9 陪同護士協助醫師安撫患者情緒，完成治療。</p> <p>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。</p> <p>A-11 依健保局規定執行健保 IC 卡讀、寫卡作業。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>   | <p>B-4 協助醫師完成治療</p> <p>B-5 接受醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</p>   |
| 執行醫療服務——後 | <p>醫療器械設備及健保 IC 卡等作業</p> <p>↓</p> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行<br/>事後工作</p> <p>↓</p> <p>結束此次到宅醫療服務</p>  | <p>A-13 醫療器械相關設備及健保 IC 卡讀、寫卡等作業。</p> <p>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。</p> <p>A-15 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。</p>   | <p>B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。</p> <p>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。</p>  |

【附件 16】

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月份全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫服務日報表

執行單位（全銜）：\_\_\_\_\_

（到宅醫療或特定需求者醫療服務專用）

| 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. 領有身障手冊之罕病患者、L. 重度肢體障礙、M. 重度視障者

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) 牙周病控制基本處置、(5) 塗氟、(6) 非特定局部治療、(7) 特定局部治療。

【附件 17】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

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： <input type="checkbox"/> 到宅醫療服務 <input type="checkbox"/> 特定需求者醫療服務   |  |    |    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |
| 地址：  |  |    |    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |
| 醫病史 (MedialHistory)  |  |    |    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |
| 父母：  |  |    |    | 殘障手冊資料或影本黏貼處 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |
| 親屬：  |  |    |    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |
| 本人：  |  |    |    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |
| 特別注意事項：  |  |    |    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |
| 牙醫病史   |  |    |    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |
| 以往治療內容簡述   |  |    |    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |
| 上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理 (2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料牙結石清除 ( <input type="checkbox"/> 全口 <input type="checkbox"/> 局部) (3) <input type="checkbox"/> 牙周病控制基本處置 (4) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療 (5) <input type="checkbox"/> 特定局部治療 (6) <input type="checkbox"/> 塗氟<br>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  |  |    |    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |      |



【附件 18】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
 特定身心障礙牙醫醫療服務-到宅醫療個案需求轉介單

提出轉介需求單位：\_\_\_\_\_ 提出轉介日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日  
 或提出轉介需求醫師：\_\_\_\_\_（親簽）電話：\_\_\_\_\_、傳真：\_\_\_\_\_

|                      |   |   |    |    |   |   |   |       |    |   |  |
|----------------------|---|---|----|----|---|---|---|-------|----|---|--|
| 患者基本資料               | 姓名  |   | 出生 | 民國 | 年 | 月 | 日 | 歲     | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |  |
|                      | 緊急聯絡人   |   | 電話 |    |   |   |   | 關係    | 健保 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |
|                      | 身份別   | <input type="checkbox"/> 1 一般 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 身障手冊 <input type="checkbox"/> 5 其他_____ |    |    |   |   |   |       |    |   |  |
|                      | 戶籍地址  |   |    |    |   |   |   |       |    |   |  |
|                      | 現住址   |   |    |    |   |   |   | 身分證字號 |    |   |  |
| 個案口腔需求摘要<br>(個案情況)   | <input type="checkbox"/> 疑似牙齦出血紅腫等異常情況 <input type="checkbox"/> 疑有口腔衛生狀況不佳情況<br><input type="checkbox"/> 其他需轉介牙科處理_____ |   |    |    |   |   |   |       |    |   |  |
| 患者目前身心健康狀況<br>(個案情況) |   |   |    |    |   |   |   |       |    |   |  |

受理轉介需求單位：\_\_\_\_\_ 受理轉介需求日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

受理轉介需求醫師：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

接案結果：申請提供服務：\_\_\_\_\_

無法提供服務原因：\_\_\_\_\_

再轉介之建議：\_\_\_\_\_

註：無法提供或再轉介建議時，本單請送還轉介需求單位醫師轉知病人或另請其他牙醫師評估重填本欄。

接案者（簽章）：\_\_\_\_\_

\*如收案申請提供到宅服務，請院所 5 日前彙整次月排班表，併個案醫療需求評估及治療計畫資料及醫師報備支援衛生主管機關核備函，送牙醫全聯會初審，再彙送保險人及分區業務組核定，醫師異動應具函敘明原因及備妥衛生主管機關核備函通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。

【附件 19】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
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：   | 殘障手冊資料或影本黏貼處 |      |
| 親屬：   |              |      |
| 本人：   |              |      |
| 特別注意事項：   |              |      |
| 牙醫病史  |              |      |
|   |              |      |
| <input type="checkbox"/> 到宅服務或 <input type="checkbox"/> 特定需求者服務<br>服務日期： 年 月 日<br>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 |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">           填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled         </div> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |

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)  牙周病控制基本處置
- (五)  塗氟
- (六)  非特定局部治療
- (七)  特定局部治療

3. 本次治療後注意事項：

醫師簽名 (簽章)：

聯絡電話：

護士簽名 (簽章)：

【附件 20】

全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

看診醫師姓名：\_\_\_\_\_（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：

日期： 年 月 日

| 就醫日期 | 姓名 | 身分證號 | 出生日期 | 地 址 | 聯絡電話 | 原因別  | 備註 |
|------|----|------|------|-----|------|--|----|
|      |    |      |      |     |      | <input type="checkbox"/> 首次加保<br><input type="checkbox"/> 遺失補發或換發<br><input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療 |    |
|      |    |      |      |     |      | <input type="checkbox"/> 首次加保<br><input type="checkbox"/> 遺失補發或換發<br><input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療 |    |
|      |    |      |      |     |      | <input type="checkbox"/> 首次加保<br><input type="checkbox"/> 遺失補發或換發<br><input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療 |    |
|      |    |      |      |     |      | <input type="checkbox"/> 首次加保<br><input type="checkbox"/> 遺失補發或換發<br><input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療 |    |
|      |    |      |      |     |      | <input type="checkbox"/> 首次加保<br><input type="checkbox"/> 遺失補發或換發<br><input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療 |    |
|      |    |      |      |     |      | <input type="checkbox"/> 首次加保<br><input type="checkbox"/> 遺失補發或換發<br><input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療 |    |

\*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

服務地點人員：\_\_\_\_\_（簽章） 職稱：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

【附件 21】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
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. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 照護期內 <input type="checkbox"/> 已超過照護期  |
| 7. 是否有身心障礙手冊：（請 <input checked="" type="checkbox"/> 勾選下列問題）<br>(1) 0. <input type="checkbox"/> 沒有 1. <input type="checkbox"/> 申請中 2. <input type="checkbox"/> 有<br>(2) a. 障礙類別：1. <input type="checkbox"/> 視覺障礙 2. <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 3. <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 4. <input type="checkbox"/> 慢性精神病患 5. <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙 6. <input type="checkbox"/> 肢體障礙 7. <input type="checkbox"/> 智能障礙 8. <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 9. <input type="checkbox"/> 顏面損傷 10. <input type="checkbox"/> 植物人 11. <input type="checkbox"/> 失智症 12. <input type="checkbox"/> 自閉症 13. <input type="checkbox"/> 頑型（難治型）癲癇症 14. <input type="checkbox"/> 多重障礙 15. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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）<br>b. 障礙等級 1. <input type="checkbox"/> 輕度 2. <input type="checkbox"/> 中度 3. <input type="checkbox"/> 重度 4. <input type="checkbox"/> 極重度<br>c. 重新鑑定日期：____/____/____ |
| 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：<br><input type="checkbox"/> 1. 是，機構已事前告知個案身體狀況 <input type="checkbox"/> 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<br>(年、月) | 目前是否接<br>受治療  | 疾病名稱  | 發病時間<br>(年、月) | 目前是否接<br>受治療   |
|---|---------------|---|---|---------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 中風                |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 | 10. <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病                          |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是          |
| 2. <input type="checkbox"/> 高血壓               |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 | 11. <input type="checkbox"/> 巴金森氏症                          |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是          |
| 3. <input type="checkbox"/> 心臟病               |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 | 12. <input type="checkbox"/> 免疫疾病                           |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是          |
| 4. <input type="checkbox"/> 糖尿病               |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 | 13. <input type="checkbox"/> 失智症                            |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是          |
| 5. <input type="checkbox"/> 消化系統（肝、膽、<br>腸、胃） |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 | 14. <input type="checkbox"/> 傳染性疾病<br>(肺結核、愛滋<br>病、梅毒、B型肝炎) |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是<br>治療階段： |
| 6. <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病          |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 | 15. <input type="checkbox"/> 其他呼吸系<br>統疾病                   |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是          |
| 7. <input type="checkbox"/> 腎臟疾病              |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 | 16. <input type="checkbox"/> 腦性麻痺                           |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是          |
| 8. <input type="checkbox"/> 脊髓損傷              |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 | 17. <input type="checkbox"/> 癌症： 癌                          |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是          |
|   |               |   | 18. <input type="checkbox"/> 其他：                            |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是          |
| 9. <input type="checkbox"/> 骨骼系統(關節炎、骨<br>折)  |               | 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 | 19. <input type="checkbox"/> 以上皆無                           |               |  |

(9)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：\_\_\_\_\_）

(10)主要照護者知道個案有口腔醫療需求嗎？

1. 知道 2. 不知道

(11)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. 牙周病控制基本處置、5. 塗氟、6. 非特定局部治療、7. 特定局部治療。

(12)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)