

# 104 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

## 第一項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫

### 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：

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

### 三、實施期間：

104 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日止。

### 四、預算來源：

104 年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 280 百萬元。

### 五、施行地區：

本計畫施行地區(詳附件 1)。

註：若執業醫師退出本計畫，則開放該鄉執業服務或巡迴服務申請。

### 六、執行目標及施行地區分類：

#### (一)執行目標：

- 1.本計畫併同 91 年度起共以減少 35 個牙醫醫療資源不足地區為目標。
- 2.本計畫服務總天數以達成 5,600 天、總服務人次以達成 50,000 人次為目標。

#### (二)施行地區之分類：

為鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業，提供牙醫醫療服務，本計畫施行地區分四級執行，以保障承作本計畫之費用。下列牙醫醫療資源不足地區之級數，係由各縣市牙醫師公會會同當地衛生主管機關評估後，提供全民健康保險保險人(以下稱保險人)作為計畫施行地區分級之依據。

- 1.一級：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。

- 2.二級：指偏遠平地鄉（指該鄉之鄉公所離最近平地鄉公所車程一小時）之牙醫醫療資源不足地區，或山地地區但交通尚屬方便者。
- 3.三級：指特殊偏遠平地鄉，或山地、離島地區之牙醫醫療資源不足地區。
- 4.四級：指特殊困難地區(離島地區需包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。

註:申請四級地區之巡迴醫療點時，需提具體理由(離島地區需包船、山地地區有特殊交通困難者)，並經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)評估後送所轄保險人分區業務組核定。

## 七、執行內容及方式：

執行本計畫之牙醫保險醫事服務機構，其服務項目分下列二類：

(一)執業地點門診服務（分四級「牙醫醫療資源不足地區」執行並保障其承作本計畫之費用）：

### 1.門診服務時數：

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

### 2.門診天數、時段：

(1)依保險醫事服務機構申請計畫書（附件 3-2）所列之時間表為依據。

(2)門診時段若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診。

(3)門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診/巡迴時段異動表（附件 2-1）、執業醫師休診單（附件 2-2）於異動或休診前月 15 日之前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。另，如有休診，應於當月完成補班(跨月休診則個別於當月完成補班)，且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。

(4)當月未達原訂工作天數或診察時數者，依實際工作天數與原訂工作天數之比例或實際診察時數與原訂診察時數之比例，由保險人分區業務組依實際情況衡酌核減醫療費用，如有不可抗力之事由（重大傷病、天災等）不在此限。

### 3. 支援規定：

(1) 執行本計畫之保險醫事服務機構負責醫師不得支援其他醫事服務機構，且不得申報非本計畫內容之健保醫療費用(具專科資格且經核准者除外，詳註)。

(2) 支援醫師加入診察，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並於 7 日前以書面函知牙醫全聯會，並由牙醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查(含支援及被支援醫事服務機構所屬之保險人分區業務組)，該保險醫事服務機構所有支援醫師合計其門診時數(含巡迴醫療服務)不得超過該保險醫事服務機構總牙醫門診時數的三分之一。

註 1：若因特殊情況需支援醫師代理負責醫師時，需依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備，並向牙醫全聯會提出申請，由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定，該支援醫師仍受門診時數不得超過該醫事服務機構牙醫總門診時數三分之一的限制，惟請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理。

註 2：本計畫保險醫事服務機構之負責醫師，且具衛生福利部認定之專科醫師資格者，得於缺乏該專科人力之地區支援其他醫事服務機構，惟需向牙醫全聯會提出申請，且需由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定，並得自保險人分區業務組核定日起於執業門診時段外開始支援。

#### (二) 牙醫巡迴醫療服務：

##### 1. 巡迴醫療服務之次數規定：

除寒暑假外，執行本計畫之保險醫事服務機構每月至少提供 2 次牙醫巡迴醫療服務(此 2 次不包含口腔衛生推廣服務)。經查每月執行少於 2 次且未於巡迴點執行者，除不得申請該月巡迴醫療費用外，並列入下年度參與本計畫評估條件，若有特殊情況經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定者不在

此限；若將病患自巡迴點帶回診所看診者，該次服務不得申請論次費用，且不列入每月至少 2 次巡迴醫療之次數計算。

## 2. 巡迴醫療服務項目：

(1) 一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔

(2) 口腔衛生推廣服務：每家保險醫事服務機構每月至多申報 3 小時

① 正確刷牙及牙線使用指導

② 含氟漱口水使用指導

③ 家戶訪視及口腔疾病和口腔衛生檢查

④ 參與並配合當地社區的總體健康營造活動

⑤ 口腔衛生及疾病防治說明會

3. 巡迴醫療服務應於保險醫事服務機構報備門診服務之時段以外執行，支援醫師支援前開保險醫事服務機構執行本項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並將該醫師姓名列入支援時段表。但支援醫師不得申報論次費用。

4. 執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務，該保險醫事服務機構應於前月 15 日前，填寫月申請表(附件 2-3)及執業計畫巡迴點統計表(附件 2-4)並註明門診服務時段和本項服務巡迴地點及時段，以書面函送牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估需另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送所轄保險人分區業務組核定後執行。保險醫事服務機構得於核定通知到達之日起 30 日內，檢附完整相關資料向所轄保險人分區業務組申請複審，並以一次為限。

5. 巡迴時段有異動應填寫門診/巡迴時段異動表(附件 2-1)與臨時申請表(附件 2-5)，以書面函送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。

(三) 執行本計畫之保險醫事服務機構，總服務時數(包括執業地點門診服務及牙醫巡迴醫療服務)每週不得少於 30 小時。

## 八、申請條件及申請程序：

### (一)申請條件：

1. 申請本計畫之執業醫師，應為牙醫全聯會會員，且曾於全民健康保險醫事服務機構執業達2年(含)以上，其於2年內未曾有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；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. 曾經因本計畫考核列入輔導，複核後仍未達標準而停止執行本計畫者，5年內不得再申請加入。
3. 由牙醫全聯會及保險人分區業務組查證有醫療模式異常紀錄且報經牙醫全聯會及保險人審核不予通過者，不得加入。

### (二)申請程序及須檢附之相關文件：

1. 自本計畫公告日起，符合申請條件之牙醫師應檢送申請書(附件3-1)、計畫書書面資料(附件3-2)、申請之醫療資源不足地區鄉鎮公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。
  2. 牙醫全聯會於公告日起，即受理牙醫師申請；於受理申請後45個工作日內(以郵戳為憑)完成資料評估，並於評估完成後10個工作日內函報所轄保險人分區業務組評估結果，保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後10個工作日內，函復申請人核定結果。
  3. 收到保險人分區業務組核定函者，應依醫師法相關規定辦理執業登記，並於該核定函發文日起30個工作日內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。超過30個工作日未完成簽約事宜者，得另重新提出申請及審核。
- (三)於本計畫執行期間，已有保險醫事服務機構延續或牙醫師新申請辦理執業服務計畫之鄉鎮，不再受理其他牙醫師申辦此項服務計畫，另延續辦理本計畫者亦毋須重新提出申請。

## 九、醫療費用申報、支付及審查：

### (一)執業地點門診費用支付原則：

- 1.按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準與全民健康保險藥物給付項目及支付標準申報醫療費用。
- 2.以該區核定點數及每點支付金額計算，但每點支付金額至少 1 元，每月依牙醫醫療資源不足地區分級設定保障額度計算，如申報點數超過保障額度者，以實際申報點數計算；本醫療費用已包含基本承作費用、定額變動費用及風險分擔醫療費用。
- 3.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。
- 4.分級設定保障額度如下：
  - (1)一級地區保障額度：每月為 19 萬點。
  - (2)二級地區保障額度：每月為 22 萬點。
  - (3)三級地區保障額度：每月為 24 萬點。
  - (4)四級地區保障額度：每月為 28 萬點。
  - (5)前開保障額度點數須扣除「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」案件申報點數。
- 5.管控原則：
  - (1)年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算。
  - (2)每月總服務量(包含門診、巡迴醫療服務量，不含代辦案件；以「核定點數(含部分負擔)」計算)採分級管控，原則如下：
    - ①一級地區：滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 55%，未達者以實際核定點數(含部分負擔)核付，惟至少核付保障額度之 20%。
    - ②二級地區：滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 35%，未達者核付保障額度之 35%。
    - ③三級地區：滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 25%，未達者核付保障額度之 30%。

④四級地區：滿一年者，第二年起總服務量須達保障額度 20%，未達者核付保障額度之 50%。

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

(3)各項主要處置醫令之管控，以每季全國主要處置醫令分布進行評估，絕對指標如下：

①OD 案件申報點數占率(計算公式：OD 案件申報點數/處置申報點數)

②牙周案件申報點數占率(計算公式：牙周案件申報點數/處置申報點數)

註：①OD 案件申報點數占率+②牙周案件申報點數占率，需達到處置申報點數占率的 40%。

③Endo 案件申報點數占率—需達到 2%

(計算公式：Endo 案件申報點數/處置申報點數)

(4)每季執行資料由保險人提供牙醫全聯會分析，未達上述任一絕對指標之保險醫事服務機構，經牙醫全聯會及保險人確認者，列為年度首要考核對象。

6.核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少 1 元計算。每月低於本計畫執行度認定標準，設定保障額度者，以保障額度計；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付。

7.結算：每位醫師每月至少依本計畫分級管控之保障額度支領醫療費用；申報點數超過保障額度者，則依該區每點支付金額以至少每點 1 元計算。

8.請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數，若由支援醫師代理，則產假期間依計畫規定支付相關醫療費用；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。

(二)牙醫巡迴醫療服務費用支付原則：

1.執業門診時段外提供之巡迴醫療服務得申請論次費用(執行「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」者除外)，該次巡迴醫療服務所產生醫療費用則併入醫事服務機構申報。

- 2.本巡迴醫療服務之支付方式:同一時段同一地點以支付一位牙醫師費用為原則。
- (1)每次服務每小時支付點數：二級地區支付 1,500 點、三級地區支付 2,400 點、四級地區支付 3,400 點。本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。另若為離島醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次費用以三級地區計算。
- (2)巡迴醫療服務時數之計算：
- ①每診次服務時間：
- 每診次以 3 小時為限；二至三級地區每天以 6 小時為限；四級地區每天以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以三級地區(每小時 2,400 點)支付。如經牙醫全聯會及保險人審查通過者，第 7 小時之後仍以四級地區(每小時 3,400 點)支付，惟需包船前往的離島地區不在此限。
- ②每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為依準。
- ③本項服務時間係以實際醫療時間計算，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。
- (3)巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於 3 人，計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療。巡迴醫療每月平均就診人次不足 3 人時，則將當月總看診人次依照 3 人一個分段，不滿則由保險人分區業務組核減一次論次費用。
- 例：假設當月有 10 次巡迴醫療時段，總人次為 25 人，故當月平均看診人次為 2.5 人（不滿 3 人），但依方案規定，總看診人次至少需 30 人才可達到平均人次為 3 人，計算以 3 人為一個分段（ $25 \div 3 = 8.34$ ），則核發 8 次費用。
- 3.執業醫師至鄰近鄉鎮執行巡迴醫療服務時，得申報論次費用，前述鄰近鄉鎮應為本方案公告之鄉鎮。另牙醫全聯會應優先鼓勵每月總服務量保障額度偏低之保險醫事服務機構，增加巡迴醫療次數。
- 4.執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月總服務量依地



區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次費用以 30% 支付。

#### 5. 申報規定：

牙醫巡迴醫療服務執行完成後，應檢附下列申報表單資料連同門診費用申報，於次月 20 日前，寄至所轄保險人分區業務組核定。

#### 6. 申報表單：

(1) 醫療報酬申請表(附件 2-6)：費用申報時，請將本表置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」，另影本寄牙醫全聯會。

(2) 巡迴醫療之日工作紀錄表(附件 2-7)：影本寄牙醫全聯會。

(3) 牙醫巡迴醫療服務執行表(附件 2-8)：請詳細填寫表格資料，如有需要說明處，請於表格空白部分填寫。

(4) 公文(經牙醫全聯會評估並由所轄保險人分區業務組同意之事前申請表、同意函及醫事人員報備支援同意函)。

(5) 彩色照片(可彩色列印，不限相片紙)：

每一診次執行彩色照片三張〔附日期(不可手寫)、服務醫師、巡迴地點、施行狀況且照片內容與申報時所勾選之服務項目相符〕。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次費用。

7. 服務量管控：每月平均每 1 診次申報點數(申請點數+部分負擔)以不超過 2 萬點為原則(不含論次費用及代辦案件費用)，超過 2 萬點的部份不予支付。

#### (三) 申報與審查：

1. 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

2. 門診醫療費用點數申報格式：點數清單段欄位 IDd1「案件分類」請填報「14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。

(1) 門診醫療：欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」。

(2) 巡迴醫療：欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫

醫療資源不足地區執業計畫)」，欄位 IDd5 「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次費用。

3.巡迴醫療須配合全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴醫療服務。另依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，其相關作業流程與辦理原則詳如附件 4 及附件 5。如有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，需填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊(附件 2-9)，並由醫療院所自存備查，毋須寄送所轄保險人分區業務組。未依健保卡相關規定作業，經保險人分區業務組審核，不符資格者，不予支付。

4.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%。

5.本計畫之服務量不列入門診合理量計算。

6.本計畫不列入「104 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計算。

#### 十、相關規範：

(一)保險醫事服務機構至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X 光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染控制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 天內完成。

(二)執行巡迴醫療服務時，至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至 45 度)，替代牙科治療台使用。

- (三)保險醫事服務機構應至少聘請一名牙醫專任助理（應有加保紀錄）。參與本計畫醫事人員於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。
- (四)保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底止未滿1個月者，則按診療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。
- (五)保險醫事服務機構得廣泛的提供當地之醫療服務，配合交通流線於適當之地點設置若干處臨時或流動之醫療工作站，工作站之時間表、地點及電話應檢送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查，並於執業執照登記60天內設置完成，使當地居民能獲得就醫之便利性及可近性。
- (六)保險醫事服務機構應執行牙醫全聯會交付之口腔衛生工作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣、口腔癌篩檢及家戶訪視並配合當地牙醫師公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫全聯會所製作之計畫說明宣導及意見回覆卡，並於年底繳交執行報告。
- (七)執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，應按醫師法及全民健保相關規定不得再領取牙醫全聯會及地方衛生主管機關辦理之口腔保健費用。
- (八)執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，應評估當地人口數、學童數、部落分布及地理交通狀況，做適當適時之調配。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況評估其巡迴醫療服務次數。
- (九)保險人分區業務組及牙醫全聯會各分區分會將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段提供服務，經電訪3次，未依所訂門診時段提供服務且無具體原因者，經保險人分區業務組函文通知改善3次，而未改善者，則依「(十)違規處理」第2款辦理。
- (十)違規處理：
- 1.如有違反本計畫第七點執行內容及方式第(一)項之第1、2款及第(三)項，或第十點相關規範之第(五)項，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會及保險人依違規情節輕重，評估該保險醫事服務機構下年度執行資格。

- 2.如有違反本計畫第七點執行內容及方式第(一)項之第3款，或第十點相關規範之第(一)、(七)、(八)、(九)項，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會報請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定即終止該保險醫事服務機構執行本計畫。
- 3.如無故休診兩星期者或請假休診兩個月[不含請產假之負責醫師(其產假期間比照「公務人員請假規則」之婉假日數)]者，由牙醫全聯會轉請所轄保險人分區業務組終止該醫事服務機構執行本計畫。
- 4.如經牙醫全聯會及保險人分區業務組查察有違約並遭停止特約以上處分者，自保險人第一次處分函所載之停約日起即停止執行本計畫(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。因此款規定經保險人分區業務組停止執行本計畫者，得於收到該函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所需文件，向保險人分區業務組提起申復。

(十一)計畫考核：依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核作業要點」(詳附件 6)辦理。

(十二)以上規範如有未盡事宜，經保險人與牙醫全聯會共同修訂後，由保險人公告執行。

十一、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點(詳附件 7)。

## 十二、執行報告：

執行本計畫者除應每季以電子檔為原則提供執行情形之醫療報酬申請表(附件 2-6)予牙醫全聯會外，於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告至牙醫全聯會。執行報告之格式及內容，詳附件 8(執行報告第三點自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據；另由牙醫全聯會將本計畫執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險牙醫醫療給付費用總額研商會議報告。

十三、本計畫之專款預算，按季均分。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季經費若超出預算來源時，則先扣除本計畫「定額支付」後，本計畫之「論次支付」、第二項「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之「論次支付」、「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算暫付，且每點金額不高於1元。全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

十四、原103年執行本計畫者，若符合104年度本計畫公告之施行地區者，其實施日期追溯至104年1月1日起，至104年度本計畫公告實施日之次月止。

十五、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，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，由保險人逕行修正公告。

## 第二項 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫

### 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：

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

### 三、實施期間：

104 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日止。

### 四、預算來源：

(一)104 年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 280 百萬元。

(二)有關「核實申報(加成前點數)」費用，由牙醫總額一般服務部門預算項下移撥 2 億元，預算按季均分，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付，當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足時，則採浮動點值結算。至第 4 季結算後，若預算有餘額，餘額回歸一般服務部門。

### 五、執行地區：

本計畫施行範圍，詳如附件 9。

### 六、執行目標及執行方式：

#### (一)目標：

- 1.本年度以至少組成 18 個醫療團為目標。
- 2.本年度以至少設立 14 個社區醫療站為目標。
- 3.本計畫服務總天數以達成 6,000 天、總服務人次以達成 100,000 人次為目標。

#### (二)執行方式有二：

##### 1.巡迴醫療服務：

(1)對象：以本計畫公告之牙醫醫療資源不足地區之國小及國中學童、教職員及

當地民眾為服務對象。

(2)服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 12-2)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。

## 2.社區醫療站：

(1)設立於本計畫公告之牙醫醫療資源不足地區。

(2)由醫療團成員輪流排班，以維持每週3至6天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。如為必要設置之社區醫療站地區，因其居民人數少故須減少排班天數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。

(三)巡迴醫療服務及社區醫療站之巡迴天數、時段、地點，依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據。

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

## 七、申請資格：

(一)各縣市牙醫師公會、中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)所屬牙醫門診醫療服務審查執行會之各分區分會、教學醫院所組成之醫療團；醫療團規模大小，由當地牙醫師公會規劃、協調。

(二)所組成之醫療團成員應為牙醫全聯會會員，且曾於全民健保特約醫事服務機構執業達1年(含)以上，其2年內未曾有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；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)。

## 八、申請程序及須檢附之相關文件：

(一)受理收件：自本計畫公告日起，首次申請參與本計畫之醫療團或已核定之醫療團，應將申請參與醫療團之醫師及巡迴地點名單，與申請書、計畫書書面資料

(格式及內容如附件 10-1、10-2)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔為原則傳送備查。

(二)資料評估：牙醫全聯會收齊申請案件後，於 45 個工作日內完成醫療團所提報巡迴地點及醫師之資料評估，評估完成後 10 個工作日內函知所轄保險人分區業務組評估結果。

(三)審查結果：由保險人分區業務組收到牙醫全聯會所提報巡迴地點及醫師之評估結果 10 個工作日內函復醫療團核定結果；經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起訖期間執行巡迴醫療服務。

## 九、醫療費用申報、支付及審查：

(一)支付原則：本計畫得依下列兩種方式之一申報費用。

1.「核實申報」：醫療費用需帶回執業登記醫事服務機構申報。每件醫療費用點數加計 2 成支付，加成前點數由一般服務預算支應；加成部分，納入本方案專款支應，每點金額以 1 元暫付，餘依全民健康保險相關規定辦理。

2.「核實加論次」申報：醫療費用需帶回執業登記醫事服務機構申報。除依前述核實申報加成規定外，符合下列資格者得依第(2)點採論次支付點數申報。

(1)資格：符合下列條件，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，即可申請此方式申報〔二級無牙醫鄉、三級以上(含)之地區不在此限〕：

①該醫療團及所屬成員成立 1 年且無違規者。

②該醫療團申請前，該學校前兩年(含)內之口腔健康狀況及醫療需求調查表(詳附件 12-2)完成齲齒填補率達 80% 以上者。

③醫療團於「非學校」地區執行巡迴醫療業務時，得依本計畫該施行地區之分級申報論次支付點數。

④提出申請時，需附相關口腔公共衛生計劃，並於該單位每 2 個月至少執行 1 次口腔衛生服務。

(2)依下列施行地區分類之級數，申報論次支付點數：



①每次服務每小時：二級地區支付 1,500 點、三級地區支付 2,400 點、四級地區支付 3,400 點；本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以三級地區計算。

②巡迴醫療服務時數之計算：

每診次以 3 小時為限；二至三級地區每天以 6 小時為限；四級地區每天以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以三級地區(每小時 2400 點)支付。如經牙醫全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以四級地區(每小時 3400 點)支付，惟需包船前往的離島地區不在此限。跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。

(二)申報規定：

口腔衛生推廣及巡迴醫療服務執行完成後，檢附下列申報表單資料連同門診費用申報，於次月 20 日前寄至所轄保險人分區業務組核定，另口腔衛生推廣每月至多單獨申報一次。

1.申報表單：

(1)巡迴醫療報酬申請表(附件 11-1)：本申請表應於費用申報時，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」，另將影本寄所屬醫療團公會，並以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。

(2)巡迴醫療團月統計資料及排班表(附件 11-2)：影本寄所屬醫療團公會，並以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。

(3)牙醫巡迴醫療服務執行表格(附件 11-3)：請詳細填寫表格資料，如有需要說明處，請於表格空白部分填寫。

(4)巡迴醫療之日工作紀錄表(附件 11-4)，另將影本寄所屬醫療團公會留存備查。

(5)彩色照片(可彩色列印，不限相片紙)：

申請論次費用者，每一診次檢附執行巡迴醫療服務彩色照片三張〔附日期(不可手寫)、服務醫師、巡迴地點、施行狀況且照片內容與申報時所勾選之服務項目相符〕，如有不符合照片規定或無法辨識者，則核減該診次論次費用。

(6)醫事人員報備支援申請書。

2.以學校及所屬之村、部落為單位。

3.服務量管控：

(1)各醫療團需於年度計畫開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報請牙醫全聯會評估，且全年總申報點數不得超過評估結果之額度。

(2)每月平均每 1 診次申報點數(申請點數+部分負擔)以不超過 2 萬點為限(不含論次及代辦案件費用)，超過 2 萬點的部分不予支付。

(3)每位醫師每月巡迴醫療服務診次以不超過 12 次為原則。

(4)每位醫師每月申報本項服務總點數以 24 萬點為限(不含論次給付)，若申報總點數超過 24 萬點，則超過 24 萬點的部份不予支付。

(5)四級地區不在此限。

(三)申報與審查：

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

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段之欄位 IDd1「案件分類」請填報「14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」，欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」或「FT(社區醫療站)」，餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該診次論次費用。

3.巡迴醫療須配合全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關作業；巡迴點應備讀卡機

依照規定上傳就醫資料，若巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴醫療服務。另依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，其相關作業流程與辦理原則詳如附件 4 及附件 5。如有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，需填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊（附件 2-9），並由醫療院所自存備查，毋須寄所轄保險人分區業務組。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付。

4.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%。

5.本計畫服務量不列入門診合理量計算。

6.本計畫不列入「104 年度全民健保牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計算。

#### 十、相關規範：

(一)巡迴醫療團應依申請計畫書所列之巡迴地點及醫師名單進行巡迴服務，相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢；巡迴醫療團，如有變更或增減巡迴地點及牙醫師名單則於前月 25 日之前，以書面函報牙醫全聯會，並由牙醫全聯會函送相關名單予所轄保險人分區業務組核定。

(二)執行巡迴醫療服務時，至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至 45 度)，替代牙科治療台使用。

(三)每月的診療時段、地點服務醫師應由醫療團於前月月底之前，以書面函送至當地衛生主管機關、所轄保險人分區業務組、牙醫全聯會、巡迴點（學校或衛生所）及服務醫師，並委請衛生所、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務，則不予支付費用。

註：四級地區因氣候因素或特殊交通困難，導致未依原先訂定之時段作巡迴服

務，不在此限；但應於當月月底申報次月的診療時段、地點及服務醫師時，併同補報備更改之時段。

- (四)巡迴醫療時段若有異動，應由巡迴醫療團所屬公會填寫巡迴時段異動表（附件 11-5），並於前一月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。
- (五)醫療團需於每月 25 日前統計該醫療團前月巡迴醫療報酬申請表(附件 11-1)及統計資料及排班表（附件 11-2），並以書面函送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組。如連續 3 個月未繳交者、或實際診療診次與報備診次之執行率低於 85 %者，得經牙醫全聯會或所轄分區業務組重新評估後，由牙醫全聯會報請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定，即終止該醫療團執行本計畫。
- (六)醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公會口腔衛生活動。
- (七)本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，且由牙醫全聯會每年舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。
- (八)管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理：
1. 訪視時如發現醫事服務機構疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。
  2. 訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 90%者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。
  3. 訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全聯會得報請保險人停止該醫師參與本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。
- (九)醫療團或所屬服務醫師，如經保險人予以停止特約以上處分者，自保險人第一次處分函所載停約日起即停止執行本計畫(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。因此款規定經保險人分區業務組停止執行本計畫者，得於收

到該函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所需文件，向保險人分區業務組提起申復。

(十)巡迴醫療服務之醫療團(牙醫師)應將「全民健保牙醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於明顯處。

(十一)參與本計畫醫事人員於執行巡迴醫療服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。

(十二) 以上規範如有未盡事宜，經保險人與牙醫全聯會共同修訂後，由保險人公告執行。

十一、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點(如附件 7)。

## 十二、執行報告：

(一)執行本計畫之巡迴醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告(附件 12-1)及學童口腔健康狀況調查統計表(附件 12-3)至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則；牙醫全聯會以電子檔為原則，提供保險人分區業務組彙整執行情形(附件 12-3)之統計報表。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。

(二)執行報告第十一點自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據；另由牙醫全聯會將本計畫執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險牙醫醫療給付費用總額研商會議報告。

十三、本計畫之專款預算，按季均分。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季經費若超出預算來源時，則先扣除第一項「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之「定額支付」後，第一項「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之「論次支付」、本計畫之「論次支付」、「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算暫付，且每點金額不高於 1 元。全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

十四、原 103 年執行本計畫者(含醫療團及參與巡迴服務之牙醫師)，若原巡迴服務施行地區符合 104 年度本計畫公告之施行地區者，其實施日期追溯至 104 年 1 月 1 日起，至 104 年度本計畫公告實施日之次月底止。

十五、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，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，由保險人逕行修正公告。

### 第三項 全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫

## 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、實施目的：

全民健康保險牙醫門診總額支付制度之六分區因點值不同，致某些分區內特殊醫療資源艱困及利用困難(不便)地區長期點值低落，進而影響當地民眾就醫權益，為提升當地牙醫醫療資源照護情形，特訂定本計畫。

## 三、預算來源：

104 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 5,000 萬元，按季各移撥 1,250 萬元。

## 四、實施時程：

104 年 1 月 1 日起至 104 年 12 月 31 日止。

## 五、實施對象：

隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構（以下稱保險醫事服務機構），結算當季內(第 1 季為 1、2、3 月；第 2 季為 4、5、6 月；第 3 季為 7、8、9 月；第 4 季為 10、11、12 月)，該保險醫事服務機構每月醫療費用已辦理第一次暫付且無本方案第八點所列情形者。

## 六、適用鄉鎮：

篩選條件如下：

- (一)戶籍人數小於 40,000，其醫師人口比低於 1：4,500 且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該分區醫師人口比低於 1:10,000 之鄉鎮。
- (二)不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。
- (三)依上開條件所列適用鄉鎮名單詳附件 13。

## 七、獎勵與分配方式：

### (一)獎勵方式

屬於實施對象之保險醫事服務機構納入該季結算之申報醫療點數(含送核、補報案件)，每位醫師每月在 50 萬點(含)以下之點數，以該區前一季平均點值計算，

每點支付金額最高補至 1 元 (結算年度與季別:104 年第 1 季至 104 年第 4 季)。

## (二)分配方式

1.本預算按季均分與結算，每點支付金額最高補至 1 元。季預算若有結餘，則流至次季繼續支用；全年預算若有結餘，則依 102 年第 4 季人口風險因子(R 值)分配回歸一般服務費用總額。季預算若有不足，則依其該季符合條件之申報醫療點數，計算每點獎勵金額。

## 2.核算基礎：

(1)醫療點數指納入該季結算之申報總醫療點數(含部分負擔、送核與補報案件)。

(2)下列項目費用，不列入計算：

①案件分類為 14、16，屬專款專用之試辦計畫項目。

②預防保健案件(案件分類為 A3)。

③職災代辦案件(案件分類為 B6)。

④特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。

## 八、醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發：

(一)執行牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫者。

(二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(99 年至 103 年)至當年(104 年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約 1 個月(含)以上處分者(以第 1 次處分函所載停約日為依據)。

(三)本計畫實施前一年(103 年)至當年(104 年)結算前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點(含)以上者。

(四)本計畫實施前一年(103 年)醫事服務機構平均月初核核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。醫事服務機構平均月初核核減率=醫事服務機構每月初核核減率之合計/醫事服務機構核定月數。

## 九、其他事項：



- (一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，案經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之當季全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當季獎勵之每點支付金額計算。
- (二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，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，由保險人逕行修正公告。