

## 98 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額 特殊服務項目醫療服務試辦計畫

### 一、 依據

修訂 全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)97年10月17日費協字第142次會議決議及行政院衛生署97年12月26日衛署健保字第0970052789號核定函。

### 二、 目的

本試辦計畫之實施，在於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中度以上身心障礙者牙醫醫療服務。

### 三、 實施期間

修訂 98年1月1日至98年12月31日止。

### 四、 預算來源及支付範圍

修訂 (一) 本計畫預算依費協會委員會議之決議辦理。

(二) 支付標準及每點支付金額：

1. 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之支付標準如附件 1，每點支付金額為 1 元。

修訂 2. 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務每點支付金額，第 1 季至第 3 季每點支付金額以 1 元暫付，第 4 季於年度結束後結算，重度以上身心障礙(不含精神疾病)者每點支付金額以不超過 1.5 元優先結算，中度身心障礙者暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務每點支付金額再以不超過 1.3 元結算。

3. 執行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，支付標準代碼為 P30002)。

修訂 4. 醫療團至身心障礙福利機構服務或支援未設牙科之精神科醫院及有特殊需求的啓智學校，得採論次加論量方式計算，由各醫師執業之院所申報論量及論次費用，每位醫師每 1 時段診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，每小時 2400 元(內含護理費，支付標準代碼為 P30001)，如 1 時段診次服務人次未超過 1 人次，則僅以 1 小時支付。

修訂

5. 醫療團服務限制及規定如下：

(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。

(2) 每診次申報點數以不超過 3 萬元(不含論次費用)為原則。

(3) 每一被支援之機構，每週牙醫排診不得超過 3 診次。

(4) 服務須過 IC 卡，就醫序號請依 IC 卡相關作業規定辦理。

46. 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（採論次+論量計），論次之計算方式如第 3 點。

修訂

57. 本計畫申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)，除先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者填報 F4 外，中度以上身心障礙者依下填報：

(1) 非精神疾病者

院所內治療：重度以上- F5；中度- F7

醫療團支援：重度以上- F8；中度- F9

(2) 精神疾病者

院所內治療：重度以上- FC；中度- FD

醫療團支援：重度以上- FE；中度- FF

68. 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。

79. 本計畫服務量不納入門診合理量計算。

五、適用範圍：

(一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：包括唇裂(Cleft lip)、

修訂

顎裂(Cleft palate)、唇顎裂(Cleft lip and palate)、顏面裂(Facial Cleft)及其他經事前審查核准之先天性唇顎裂病患適用範圍詳附件 1 支付標準通則二。

(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：對於持有中度以上身心障礙手冊之患者提供牙醫醫療服務；施行全身麻醉者，亦屬本服務項目。

六、申請條件

(一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

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。

修訂

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）。

（二）中度以上身心障礙者牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護診所

(1) 醫師資格：1 位以上自執業執照取得後有 5 年以上臨床經驗之醫師，並接受 6 小時以上身心障礙等相關之教育訓練。

(2) 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

2. 進階照護院所

修訂

(1) 院所資格：可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。

(2) 醫師資格：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應有 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後應有 2 年以上之臨床經驗。

(3) 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。

修訂

(4) 每位醫師需接受 6 小時以上身心障礙之教育訓練。

（三）醫療團

1. 由各縣市牙醫師公會或牙醫團體組成醫療團，定期至身心障礙福利機構服務或支援未設牙科之精神科醫院及有特殊需求的啓智學校，醫師前往支援前需事先向當地衛生局及健保分局報備，醫療費用得帶回院所申報。惟參加醫療團之醫師其院所設備若未符合前項 1、2 之規定，於院所內執行之醫療費用不適用本計畫之加成規定。

修訂

2. 醫師資格：自執業執照取得後應有 5 年以上之臨床經驗，並接受 6 小時以上身心障礙等相關之教育訓練。

## 七、申請程序

- (一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：採個案事前審查。(下列已敘明故刪除)

新增

1. 院所應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙醫全聯會)申請核備，並由牙醫全聯會報送中央健康保險局(以下簡稱健保局)各分局核定，異動時相同，申請書格式如附件 2。

修訂

12. 病患因病情需要由上述申請醫院向保險人提出事前審查：施行本項齒顎矯正裝置，須個案事先報經中央健康保險局(以下簡稱健保局)轄區分局同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。

2. 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，直接開立給付，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

修訂

(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：應檢附相關資料，送牙醫全聯會審查，異動時亦同，申請流程表如附件 5，注意事項詳附件 6：

1. 初級照護診所應檢附：

- (1) 申請書(格式如附件 23)。
- (2) 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)。
- (3) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。

2. 進階照護院所應檢附：

- (1) 申請書(格式如附件 23)。
- (2) 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)。

- (3) 身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面資料及檔案(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A 4版面, 由左而右, 由上而下, (標) 楷書1 4號字型, 橫式書寫)。
- (4) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。

### 3. 醫療團應檢附:

新增

(1) 身心障礙福利機構服務或支援未設牙科之精神科醫院及有特殊需求的啓智學校之立案證明、同意函、院所簡介、院生口腔狀況、牙科設備、牙科治療計畫。

(2) 依附件 34 格式彙整名單暨醫師服務排班表。

新增

(3) 每月 20 日前須檢附論次論量表 (格式如附件 7) 暨日報表 (格式如附件 8), 併門診費用申報正本寄所屬轄區分局、副本送牙醫全聯會核備。未繳交者, 經催繳 3 個月內仍未改善者, 得暫停計畫執行。

新增

(4) 每年度應檢附自我評分表格 (設備、人力、器材、申報費用、處置內容、排班表、醫療需求、看診人次等)。各醫療團應於年度開始前提出預估醫療需求量及申報量, 由牙醫全聯會評估審核通過後執行之。若有違規或異常者, 得停止計畫執行。

## 八、受理資格審查

先天性唇顎裂、顛顏畸形及中度以上身心障礙者牙醫醫療服務:

修訂

1. 請每月 5 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫師全聯會, 牙醫師全聯會審查後, 於每月 20 日前將名單函送健保局, 由健保局各分局審理確認後, 健保局以公告或行文通知相關院所;申請者得於核定後之次丹起迄期間執行本項服務。

修訂

2. 醫療團醫師名單若有異動, 應於每月 5 日前函報, 並得於次月生效。

3. 院所代碼如有變更, 請函報牙醫師公會全聯會及健保局分局辦理本計畫起迄日期變更作業。

4. 申請本計畫資格為 3 年內不得違約記點或扣減, 或 6 年內不得有停止

特約以上之處分。

修訂

5. 計畫執行時經由本會查察有違約記點或扣減者，本會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後停止執行本計畫，並於 3 年內不得再申請本計畫。計畫執行時若有違約遭停止特約以上處分者，本會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後停止執行本計畫，並於 6 年內不得再申請此計畫。牙醫全聯會將相關名單函送健保局，由健保局各分局審理確認後，另行文相關院所。

修訂

6. 上述 4、5 點若是申請醫療團則歸於違規之醫師不得參與此計畫，若是申請院所則申請院所及醫師皆不得違規。如違規可歸責於醫師則該醫師不得參與本計畫，如不可歸責則僅院所負責醫師不得參與，惟醫師可提出申復，經確認後始得繼續執行本計畫。

7. 有鑑於因身心障礙患者進行診療較困難，且進行診療時偶有突發狀況，醫師更應充實應變之專業知識與技能，以即時做出迅速且正確之急救行為，保障身心障礙患者就醫安全及權益，故參與此計畫者，每年須接受再進修課程。

修訂

8. 本計畫為年度計畫請申請者於每年公告後重新申請。且申請本計畫提供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教育課程，檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。累積超過 30 學分後，可自由選修。

9. 辦理身心障礙再教育訓練課程，須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。入門課程由各縣市牙醫師公會辦理（課程表請函報全聯會）；進階課程開放各單位辦理。

修訂

九、計畫年度執行目標：98 年度執行目標預計達 45000 服務人次。

修訂

十、本計畫由健保局公告後實施，修正時亦同。惟97 年度原有計畫延續至98 年度執行，且符合98 年公告之計畫申請者，其實施日期追溯至98 年 1 月 1 日起，至98 年度本計畫公告實施日之次月止。

[附件 1]

先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務(齒顎矯正)給付試辦計畫支付標準  
通則：

- 一、本項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)、呼吸終止症候群、小臉症、顏面不對稱並領有身心障礙手冊者。
  - （二）骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇腭裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。
  - （三）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、因病情需要施行本項齒顎矯正裝置，須個案事先報經健保局同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，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，得個案事先報經中央健康保險局同意後，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） 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） 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：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer, bilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	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	環鈎，彈力線或唇面弧線，每件 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	矯正調整或及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.如為矯正追蹤檢查以每三個月實施乙次為限每次調整或追蹤檢查限定開立一次。 <b>2.不得與92115B~92124B項目合併申報</b>		✓	✓	✓	1000



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
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(Distracted 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	<u>恆</u> 牙期牙齒矯正（單顎）第一次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	6631
92116B	<u>恆</u> 牙期牙齒矯正（雙顎）第一次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次給付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次給付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經本局同意後，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。 <b><u>3. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。</u></b>		✓	✓	✓	12000
92117B	<u>恆</u> 牙期牙齒矯正（單顎）第二次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	4973
92118B	<u>恆</u> 牙期牙齒矯正（雙顎）第二次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第一次給付後六個月。 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作為審查依據。 <b><u>4. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。</u></b>		✓	✓	✓	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
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	4973
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第二次給付後六個月。 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作為審查依據。 <b>4. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。</b>		✓	✓	✓	7236
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第三次給付後六個月。 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作為審查依據。 <b>4. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。</b>		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	9946
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次給付 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：第四次給付後至完成治療。 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。 <b>5. 內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。</b>		✓	✓	✓	15000

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
92125B	<p>正顎手術術前牙板</p> <p>Surgical stent for orthognathic surgery</p> <p>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。</p>		✓	✓	✓	5000
90112C	<p>橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance</p> <p>註：</p> <p>1. 銀粉、複合樹脂及玻璃離子體充填時(限中度以上身心障礙患者)。</p> <p>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。</p> <p>3. 含張口器費用。</p>	✓	✓	✓	✓	250
92126B	<p>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</p> <p>nasoalveolar molding, impression &amp; nasoalveolar molding plate, unilateral</p> <p>註：</p> <p>1. 適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，須合併手術才可申報。</p> <p>2. 須檢附治療前後照片與病歷記錄。</p> <p>3. 不得與92125B併報。</p> <p>4. <u>經本特殊醫療計畫核備同意院所方可申報。</u></p>		✓	✓	✓	12000

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
92127B	<p>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 &amp; nasoalveolar molding plate,bilateral</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 適應症範圍雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙，須合併手術才可申報。</li> <li>2. 須檢附治療前後照片與病歷記錄。</li> <li>3. 不得與92125B併報。</li> <li>4. <u>經本特殊醫療計畫核備同意院所方可申報。</u></li> </ol>		✓	✓	✓	15000
92128B	<p>鼻型齒槽骨矯正定期調整 nasoalveolar molding, adjustment</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 須檢附治療前後照片與病歷記錄。</li> <li>3. 7日內不得重覆申報。</li> <li>4. 同一病例申報次數以8次為上限。</li> <li>5. <u>經本特殊醫療計畫核備同意院所方可申報。</u></li> </ol>		✓	✓	✓	1000

[附件 2]

先天性唇顎裂及顛顏畸形者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書(新增)

(以院所為單位)

- 一、 醫療院所名稱：\_\_\_\_\_ 代號：\_\_\_\_\_
- 二、 所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所
- 三、 院所負責醫師姓名：\_\_\_\_\_身份證字號：\_\_\_\_\_
- 四、 院所電話：( ) \_\_\_\_\_ 傳真：( ) \_\_\_\_\_
- 五、 聯絡人姓名：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_
- 六、 e-mail address：\_\_\_\_\_
- 七、 地址：\_\_\_\_\_
- 八、 設置科別及相關人員：\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 九、 牙科門診設備：\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 十、 各分科醫師數：\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

十一、申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師 ID	醫師姓名	分科別

十一、有無違規紀錄：無 記點 扣減 停止特約 終止特約

十二、是否曾申請過：有，執行日期：\_\_\_\_\_ 無

診所申請類別

初級 進階

[附件 2 3]

中度以上身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書

(以院所為單位)

一、醫療院所名稱：\_\_\_\_\_ 代號：\_\_\_\_\_

二、所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

三、院所負責醫師姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

四、申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

1、姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

2、姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

3、姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

五、院所電話：( ) \_\_\_\_\_ 傳真：( ) \_\_\_\_\_

六、聯絡人姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

七、e-mail address：\_\_\_\_\_

八、地址：\_\_\_\_\_

九、目前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、 \_\_\_\_\_

丙、 \_\_\_\_\_

丁、 \_\_\_\_\_

戊、 \_\_\_\_\_

十、即將採購之設備名稱：

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、是否曾申請過：有，執行日期：\_\_\_\_\_ 無

[附件3 4]

中度以上身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書（以醫療團為單位）(修訂)

一、 公會別：

二、 申請教養院所：

三、 申請檢附資料：

教養院所同意函

教養院所介紹：院所簡介暨立案證明、院生數及身心障礙輕重程度別等

牙科治療計畫書：院生口腔現況、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率等

牙科診間設備表

醫師服務排班表

後送醫療院所

四、新增醫療團名單

分局別	姓名	身份證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	地址	電話	執行起迄日	相關教育訓練(檢附學分證明)	診所設備(含急救、氧氣設備)

全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫		
申請院所資格流程圖		97.09.24 訂
階段	流程	說明
申請前段	<p>1 申請於院所中執行服務特殊病患</p> <p>2 無學分 上身心障礙教育訓練之課程 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>1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。</p> <p>1-2 請至本會網站 (<a href="http://www.cda.org.tw">www.cda.org.tw</a>) 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 請電洽各地方公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬地方公會協助詢問鄰近公會，或請所屬地方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>
	<p>4 寄至本會審核</p> <p>檢查資料是否有備齊</p> <p>有齊</p> <p>5 審查醫師審核其資格</p> <p>通過</p> <p>6 名單提送健保局</p>	<p>4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至全聯會。</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全聯會）。其未齊之資料僅保存半年。</p> <p>5-1 將由審查醫師審核資格。</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中央健康保險局。</p>
申請後	<p>7 執行計畫</p>	<p>7-1 收到健保局覆文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫，請每年年初於計畫公告後，再提報本會或接受本會辦理再進修課程）</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醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫

醫療團資格申請流程圖

97.09.24 訂

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 醫師想加入醫療團或想成立新的醫療團。</p> <p>1-2 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 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，有哪些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全聯會申請。(資料部分需有該教養機構之同意函、簡介、牙科設備、院生口腔狀況、醫療計畫、每月預估點數、申請醫師之身心障礙相關六學分證書影本及醫療團申請書)</p>
申請中段		<p>4-1 地方公會每月 5 日前將申請資料寄至本會</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請地方公會將資料補齊，並依補齊資料日期為主 (每月 20 日前將申請資料寄至全聯會)。其未齊之資料僅保存半年。</p> <p>5-1 醫療團負責人須至全聯會進行口頭報告。</p> <p>5-2 若通過全聯會將名單送至健保局。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來申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，行文給所屬公會告知目前尚不能申請此計畫。</p> <p>6-1 整通過者名單以公文方式提送中央健康保險局。副本給各地方公會。</p>
申請後		<p>7-1 收到健保局回覆函後其醫療團 (醫師) 可執行此計畫。(此計畫為年度計畫，請每年年初於計畫公告後，再提報本會或接受本會辦理再進修課程)</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>

☆ 地方公會務必替執行醫療團之醫師向衛生主管機關報備至教養機構執行醫療服務。

☆ 執行醫療團之醫療服務時務必於教養機構當場過健保卡，再帶院所自行申報。

中華民國牙醫師公會全國聯合會

執行身心障礙牙科服務醫療團流程圖

97.09.24 訂

階段	流 程	97.09.24 訂	
		A、醫療團負責部份說明	B、教養機構負責部份說明
執行醫療服務前		<p>A-1 於每次至教養機構執行服務前準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至教養機構。</p> <p>A-2 至教養機構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 事前須匯集教養機構中有醫療需求或必需回診之院生名單。</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>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。</p>	<p>B-4 機構責任：由熟悉看護或保育人員或教師等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>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 護送院生返回教室或看護診場所。</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>

## 注意事項(新增)

97年9月24日訂

### ◎ 申請注意事項

#### 1. 申請流程：

##### (1) 醫療團：

- a. 備齊相關文件（教養機構同意函、教養機構立案證明影本、院所簡介、院生口腔狀況、牙科設備、牙科治療計畫等）、支援醫師名冊及排班表向全聯會申請審核（醫師資格之證明文件於第1次報備時應一併附上）。
- b. 醫療團代表至全聯會說明執行計畫。
- c. 審核通過後全聯會函文報備健保局。
- d. 醫療團以健保局回覆函、教養機構同意函、教養機構立案證明影本及院童名冊向地方衛生局申請許可函。
- e. 按排班時間表執行支援門診。

##### (2) 院所：

- a. 填寫院所申請表，並附上醫師資格之證明文件（註：院所申請有設備限制，請詳讀本計畫）。
- b. 審核通過後全聯會函文報備健保局。
- c. 健保局回覆函後開始執行。

2. 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。
3. 醫療團應檢附排班表經全聯會審核同意後方得執行，如有異動需於每月5日前重新提送排班表重新核准後方可執行。
4. 應按排定支援時間看診，若無法提供服務應於事前向地方公會或醫療團報備核可。

5. 若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應依程序向全聯會提出反應。
6. 執行醫療行為者必需受過完整之訓練，並經由全聯會審核為具資格之醫師或醫療團體、具熟悉各類特殊患者之牙科治療需求之能力。
7. 申請本專案之所有院所及醫療團均應遵守相關規定。
8. 一個門診診次應以 3 小時為原則，請支援看診醫師和院方協調適當之看診人次。

### ◎ 醫療團執行身心障礙牙科服務注意事項

1. 就診記錄應詳實記錄並填寫，並於診所留存實體病歷。
2. 一位醫師應搭配至少一位助理或護理人員。
3. 必須有老師或熟悉該院院生狀況者陪同就診。
4. 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。
5. 若患者無法經教養院所中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
6. 耗材應由看診醫師自備。
7. 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由教養機構妥善處理。
8. 院生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院生情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
9. 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。

## ◎ 申報注意事項

1. 配合健保局政策執行 IC 卡過卡業務，並依規定申報寫入 IC 卡，無法過卡則以例外就醫名冊代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
2. 院所申報時，應檢附當次就醫之院童名冊併同申報資料向健保申報。
3. 醫療團至身心障礙福利機構服務，申報 P30001 需填寫全民健康保險牙醫總額專款專用醫療報酬論次論量申請表，每個小時 2400 元，若服務時間 3 個小時但無服務人次，請僅申報一個小時的費用，若持續 2 個月份無服務人次，應暫停該醫療團執行計畫。
4. 另申請論次費用時申請表為一式三份，請務必一份留存，一份寄至全聯會備查，一份寄至轄區健保分局。且須於此申請表後附上日報表（內容必須有病患姓名、身分證號碼、病歷號、處置內容及排班表）。若無依照規定報備將不核備該醫療團之排班表，其後衍生之費用申報及行政問題，由該醫療團成員自行負責。
5. 本計畫僅適用中度以上身心障礙者，若有輕度身心障礙患者請以一般病患申報。
6. 全聯會將不定期針對治療品質作評估，作為日後是否同意延續其支援任務之參考依據。若於分析後發現有異常醫療行為者得以暫停其計畫之施行，經查核後確有實証者則取消其資格。
7. 醫療行為應以院生之最大利益為考量，應盡量以最少的次數完成最多之治療，以減少院生不便及就診次數。
8. 執行全身麻醉時，醫師及場次設備應符合相關法令規定及支付標準表內容，應於進階照護院所內方得執行。
9. 申報全身麻醉費用應事前向健保局申請核准後方得執行。
10. 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。
11. 醫療團成員及排班時間表應由各地方公會配合醫療團成員辦理規劃。若有爭議或執行有異常狀況時，再由全聯會協調分配之。

[附件 7] 全民健康保險牙醫總額專款專用醫療報酬論次論量申請表  
 中度以上身心障礙牙醫醫療服務

受理日期		受理編號								
事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
編號	請領人姓名	請領人身分字號	給付別	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	項目類別	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
	P30001									
	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、診療人次：填寫當次診療之人次。 三、給付別：P30001 每次服務每小時 2400 元。 四、填寫時請依同一給付別集中申報，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所屬轄區分局門診組，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 轄區分局門診（醫療費用）組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

[附件 8]

醫療團日報表

序號	病歷編號	病患姓名	身分證號	卡號	診察費	健保費用	診治醫師

i. 日報表所需資料務必符合範例上之內容，若不符使用可請換至符合之格式或請自行增加列。

# 身心障礙福利機構

## 基本資料

姓名：

出生年月日：

監護人：

地址：

## 醫病史 (Medial 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

## 口腔發現 (oral finding)

上顎：		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	乳牙牙冠						
18		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	恆牙牙冠	
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	乳牙牙冠						
48		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	恆牙牙冠	
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



