

99 年度牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案施行地區一覽表 (執業計畫)

保險人業務組別	縣市別	鄉鎮別	分類級數	保險人業務組別	縣市別	鄉鎮別	分類級數	
台北業務組	台北縣	石碇鄉	2	高屏業務組	屏東縣	三地門鄉	3	
		坪林鄉	2			瑪家鄉	3	
	宜蘭縣	大同鄉	3			新埤鄉	2	
		南澳鄉	3			春日鄉	3	
	金門縣	烏坵鄉	4			獅子鄉	3	
		烈嶼鄉	4			牡丹鄉	3	
	連江縣	南竿鄉	4			竹田鄉	2	
		北竿鄉	4			崁頂鄉	2	
		莒光鄉	4			泰武鄉	3	
		東引鄉	4			枋山鄉	2	
	北區業務組	新竹縣	橫山鄉			2	佳冬鄉	2
			峨眉鄉			2	高雄縣	田寮鄉
五峰鄉			3	茂林鄉	3			
苗栗縣		泰安鄉	3	桃源鄉	3			
		獅潭鄉	2	那瑪夏鄉	3			
		造橋鄉	2	甲仙鄉	2			
中區業務組	台中縣	石岡鄉	2	六龜鄉	2			
	南投縣	中寮鄉	2	澎湖縣	白沙鄉	4		
南區業務組	嘉義縣	東石鄉	2	東區業務組	花蓮縣	豐濱鄉	2	
		大埔鄉	2			萬榮鄉	3	
		阿里山鄉	3			卓溪鄉	3	
		六腳鄉	2			台東縣	鹿野鄉	2
	臺南縣	龍崎鄉	2		達仁鄉		3	
		左鎮鄉	2		延平鄉		3	
		南化鄉	2		長濱鄉		2	
					海端鄉		3	
					卑南鄉		2	
					蘭嶼鄉		4	

*另延續 91~97 年計畫至 98 年繼續施行鄉鎮如下，共 29 位執業醫師：

台北業務組：台北縣（石門鄉、平溪鄉、貢寮鄉、烏來鄉）、宜蘭縣（員山鄉）

北區業務組：新竹縣（北埔鄉、尖石鄉）、苗栗縣（三灣鄉、頭屋鄉、西湖鄉、南庄鄉）

中區業務組：南投縣（仁愛鄉、信義鄉）、台中縣（和平鄉、和平鄉梨山地區）

南區業務組：嘉義縣（番路鄉）、台南縣（北門鄉、將軍鄉、七股鄉）

高屏業務組：高雄縣（杉林鄉）、屏東縣（霧台鄉、來義鄉）、澎湖縣（望安鄉、七美鄉）

東區業務組：花蓮縣（瑞穗鄉、壽豐鄉）、台東縣（綠島鄉、東河鄉、大武鄉）

「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」

月申請表

門診時段
 口腔衛生推廣
 巡迴醫療

_____年_____月 _____ 預定時段表

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

執業地點：_____縣_____鄉

診所名稱：_____牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

註：

1. 請於表格中同時填寫該月之「門診時段」及「口腔公共衛生推廣」服務及「巡迴醫療」服務時段。
2. 負責醫師執行巡迴醫療服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
3. 支援醫師支援該醫療院所執行巡迴醫療服務，不受門診時段限制，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
4. 每月「月申請表」應於前月十五日前以書面送至牙醫全聯會核准並函送本保險人之分區業務組核備。
5. 牙醫全聯會於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

99 年度牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案-執業計畫－巡迴點統計表

執業院所名稱：

印

醫事機構代號：

印

執業醫師：

日期： 年 月， 共計 診次

鄉鎮	級數	巡迴點(村.部落.學校等)	巡迴點地址	巡迴點負責人	負責人聯絡電話	預計巡迴日期

*每月應於前月十五日連同月申請表以書面函送至牙醫全聯會核准並函送本保險人之分區業務組核備。

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表（執業點用）
執行巡迴醫療服務論次費用

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

受理日期			受理編號							
醫事服務機構名稱			醫事服務機構代號							
編號	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
	P22001									
	P22002									
	P22003									
	P22004									
總計										

年 月 頁數：第 頁 共 頁

負責醫師姓名: _____
 醫事服務機構地址: _____
 電話: _____
 印信: _____

一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。
 二、診療人次：填寫當次診療之人次。
 三、給付別：執業計畫之巡迴醫療服務（時段以外）：
 P22002 每次服務每小時二級 1200 點。P22003 每次服務每小時三級 1500 點。
 P22004 每次服務每小時四級 3400 點，且第三時段以三級地區(每小時 1500 點支付) (離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第三時段仍以四級地區(每小時 3400 點)支付)。
 四、地點：請填至村里或學校名稱。
 五、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本保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期 年 月 日

99 年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業醫師巡迴醫療服務日工作紀錄表

醫師簽章：_____

執業
點用

姓名	生日	身分證字號	聯絡電話	治療項目		日期				巡迴地點	備註
				部位	健保代號	月/日	上午	下午	晚上		
合計											

備註：巡迴地點請填縣市、鄉鎮、村里或國小名稱

一式三聯、第一聯 送保險人分區業務組

第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會

第三聯 醫療院所自行留存

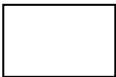
99 年牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫

「牙醫巡迴醫療服務」

執行表

申請日期 年 月 日

執業點用

醫事機構名稱：		健保代號：	
服務地點_____縣_____鄉 村 _____國小		地址：	
服務地段人員：		職稱：	聯絡電話：
執行日期_____年_____月_____日_____時_____分至_____時_____分 合計_____小時			
服務對象 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 幼稚園學童		服務人數_____人	
服務項目： <ul style="list-style-type: none"> (一) <input type="checkbox"/>一般治療 (二) <input type="checkbox"/>溝隙封劑與預防性樹脂填充使用 (三) <input type="checkbox"/>口腔衛生推廣服務 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A.正確刷牙及牙線指導 <input type="checkbox"/> B.含氟漱口水指導 <input type="checkbox"/> C.成人口腔癌篩檢 <input type="checkbox"/> D.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 <input type="checkbox"/> E.參與並配合當地社區的總體健康營造活動 <input type="checkbox"/> F.口腔衛生及疾病防制說明會 			
服務醫師姓名 _____ 簽名		附註： 1. 口腔衛生推廣服項目每月至多申報一次。 2. 服務地段人員應為同一人，並需簽名，如需說明處，請於表格空白部分填寫。 3. 執行照片三張。 4. 連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送所屬本保險人分區業務組。	
服務地段人員 _____ 簽名			
醫事機構名稱 _____  印			

全民健康保險

健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

日期： 年 月

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地址	聯絡電話	原因別
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 99 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 99 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 99 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 99 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 99 牙醫醫缺巡迴

服務地段人員：_____ (簽章) 職稱：_____

聯絡電話：_____

「牙醫巡迴醫療服務」臨時申請表

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

- (一) 一般治療
- (二) 溝隙封劑與預防性樹脂填充使用
- (三) 口腔衛生推廣服務
 - A. 正確刷牙及牙線指導
 - B. 含氟漱口水指導
 - C. 成人口腔癌篩檢
 - D. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查
 - E. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動
 - F. 口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：_____縣_____鄉

服務醫師：_____ 簽名

負責醫師：_____ 簽名

醫事機構名稱：_____

印

註：

1. 負責醫師執行此項服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
2. 支援醫師支援該醫療院所執行此項服務，不受門診時段限制，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
3. 此申請表應於執行前以傳真或書面函向牙醫全聯會及本保險人之分區業務組核准。
4. 牙醫全聯會於執行當月之次月十五日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

99 年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫

執業醫師休診單

本人：_____（姓名）因_____（事由）

將於____年____月____日____時起至____年____月____日____時止休診

合計____月____天____小時

門診補班，於①____月____日____時起至____月____日____時止

②____月____日____時起至____月____日____時止

③____月____日____時起至____月____日____時止

④____月____日____時起至____月____日____時止

合計____天____小時

執業地點：_____縣_____鄉

診所名稱：_____牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

99 年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫休診及補班規範

1. 依「99 年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫」之第七項執行內容及第十項相關規範辦理。
2. 本休診規範應於事前向牙醫全聯會及本保險人之分區業務組核備並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向牙醫全聯會及本保險人之分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。
3. 門診補班可於休診日前、後辦理，但限於當月完成。且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。
4. 跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底後三日，得於下個月前三日補班完成。

99 年度「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫」
門診時段異動表

(一) 原門診時段：____年____月

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

合計____天____小時/週

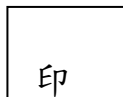
(二) 新門診時段____年____月起

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

合計____天____小時/週

執業地點：____縣____鄉

診所名稱：____牙醫診所



健保代號：

執業醫師簽名：

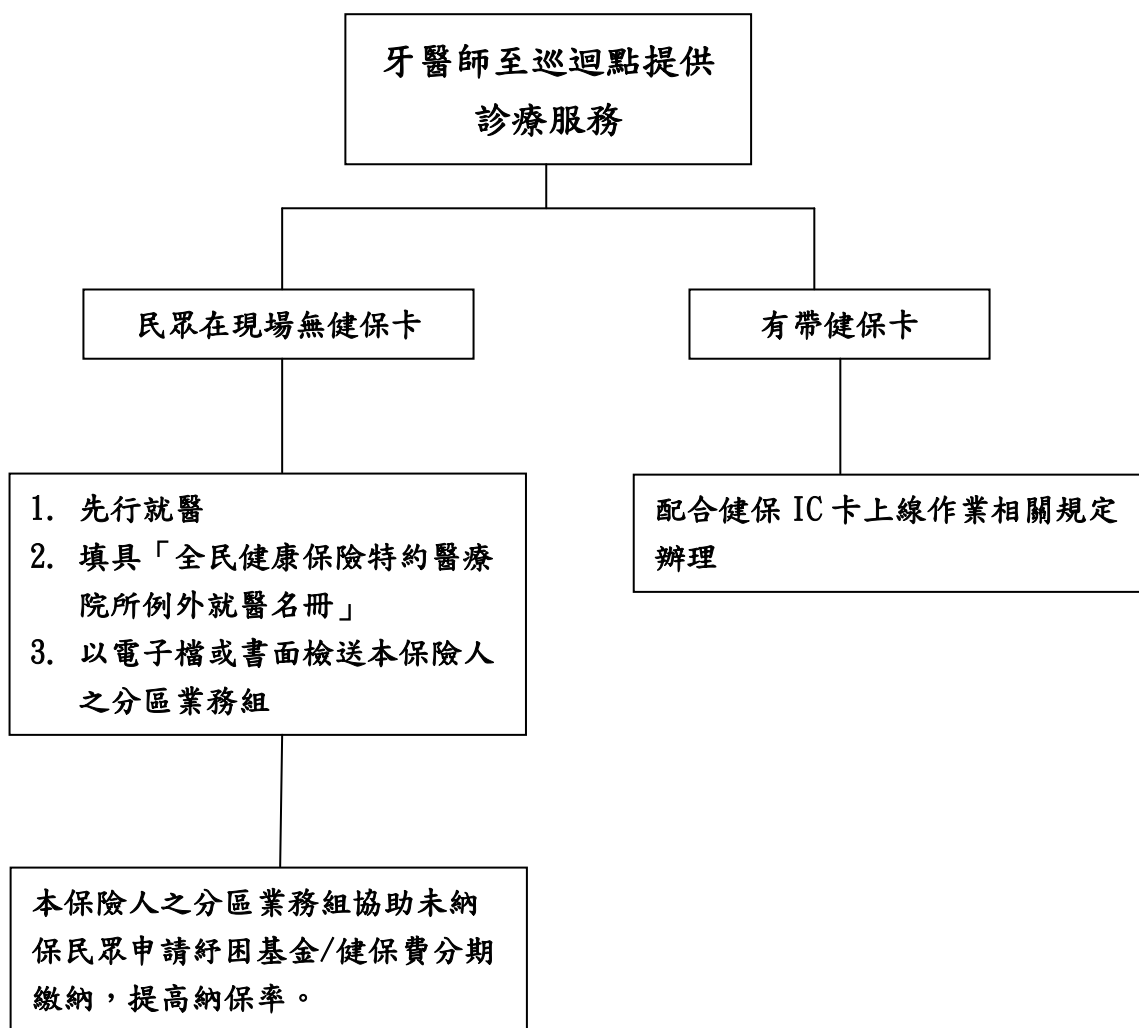


日期：中華民國____年____月____日

門診時段異動表：

1. 依「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫」之第七項執行內容及第十項相關規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月十五日之前送至牙醫全聯會及本保險人之分區業務組核備。

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案之過卡困難 作業流程圖



全民健康保險牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案之過卡困難
作業辦理原則

IC 卡狀況	能否給予治療	能否申報	附帶條件及建議
有健保卡， 可過卡	可	可	無
有健保卡， 無法過卡 (硬體設備 限制)	可	可	<p>巡迴醫療須配合健保 IC 卡上線作業 相關規定如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 使用具電池的連線型讀卡機，外出前可先於院內進行開機認證後，再攜帶外出使用。 2. 除特約醫療院所日常使用的連接健保醫療網線路外，另外申請一組連接「健保醫療網」的撥接帳號，攜帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單機獨立型讀卡機，赴外地時就近商借電話線路連線，以撥接方式進行開機認證。 3. 若上述方案均不可行，始列為異常狀況處理，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼” F000” 申報。
沒帶卡	可	可	<p>倘有特殊原因未攜帶健保 IC 卡者，依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」後同意以健保身分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」申報。特約醫療院所應將「例外就醫名冊」之電子檔或書面資料檢送本保險人之分區業務組，辦理後續查保作業。</p>

99 年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫

申請書

一、 姓 名：

二、 身分證字號：

三、 牙醫師證號：

四、 各級公會資歷（請簡列三項）：

- 1.
- 2.
- 3.

五、對牙醫界活動參與及貢獻（國內、外，山地離島偏遠地區醫療，口衛服務，

社區醫療服務等）（請簡列三項）

- 1.
- 2.
- 3.

六、聯絡電話：()

七、聯絡地址：

八、執業地點： 縣 鄉

九、預定執業時間： 年 月

十、診所名稱：

十一、原服務醫療院所地點：_____縣（市） 市（鄉鎮）

十二、原服務醫療院所名稱：_____

十三、門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

十四、「巡迴醫療服務」服務時間 共____小時/週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

十五、請據實詳填是否違反醫師法、醫療法或健保等相關法規之情事：

十六、各地方公會及分區委員會意見（請勿填寫）

牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫之計畫書內容

一、前言：請敘述執業動機，包括執業地點之醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。

二、目的：分點具體列述執業所要達成之目標。

三、執業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

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

項目	內容
人口	
面積	
村落	
學校數(國中、小學)	

說明：

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

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

(四) 請檢附執業地點鄉公所執業推薦函。

四、執行計畫：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

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

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A 4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

「牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案」評選審查 作業要點

- 一、本作業要點依牙醫全聯會第八屆第二次全民健保牙醫門診總額委員會決議辦理之。
- 二、本作業要點基於公平、公正、公開之原則，目的在評選優秀之牙醫師及巡迴團隊至牙醫醫療資源缺乏地區執行醫療服務，均衡牙醫醫療資源，促使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。
- 三、評選審查小組成員中理事長及總額委員會主任委員為當然成員，其他成員包括總額委員會相關人員，六分區代表及離島代表。
- 四、牙醫全聯會於公告後三十日內（以郵戳為憑）收齊申請案件，並於公告後四十五日內進行審查，審查後十日內以函回覆審查結果，經審查通過並收到回覆函者，執業醫師依醫師法相關規定辦理執業登記後，持牙醫全聯會之同意函向全民健康保險保險人簽訂醫事服務機構合約。巡迴團隊亦依醫師法相關規定辦理後，即可執行巡迴醫療服務。
- 五、資格審查：
 - （一）申請條件：
 1. 申請執業醫師應為牙醫全聯會會員，達到執業年資兩年，且 3 年內不得有停止特約以上之處分。
 2. 計畫執行時經本會查察有違約遭停止特約以上處分者，牙醫全聯會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後停止執行本計畫。
 - （二）申請巡迴醫療服務團隊依計畫申請資格規定。
 - （三）依本計畫第五項之執行地區及目標所列內容為依據，不分區執行。
 - （四）執業設點以鄉、鎮為單位，巡迴則以牙醫醫療資源缺乏地區之鄉、鎮合成區域為單位，並以不跨區為原則。
- 六、書面審查
 - （一）執業：
 1. 地區優先次序：
 - （1）未實施「本試辦計畫」－執業及巡迴之離島、山地鄉鎮。
 - （2）未實施「本試辦計畫」－執業及巡迴之平地鄉鎮。
 - （3）已實施「本試辦計畫」－巡迴惟仍無執業之離島、山地鄉鎮。
 - （4）醫療資源缺乏且單一牙醫執業之離島、山地鄉鎮（九十一年至九十七年通過

醫療資源缺乏地區執業計畫者除外)。

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

(二) 巡迴：

- 1.是否尊重並知會當地牙醫師公會。
 - 2.計劃內容。
 - 3.生活圈及流動路線考量。
 - 4.分區內若有兩個以上團隊巡迴區域，或某些巡迴點重疊時，以已設點並已進行醫療服務團隊優先。
 - 5.評估巡迴區域大小、服務地點點數，醫師人數及設備。
 - 6.離島及山地偏遠地區優先考量。
- 七、面試審查一就執業醫師個人背景，熱忱度，未來規劃和對當地背景之熟悉做評選。巡迴醫療團隊若有必要亦要請負責醫師做說明。
- 八、如有未盡事宜或變更事項，均依牙醫全聯會總額執行委員會決議辦理。

99 年度牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案執業計畫 考核辦法

一、前言

醫療資源缺乏地區執業計畫自 91 年實施以來，已有 42 個「醫療資源缺乏地區」申請通過並已執行，如何符合以當地居民口腔健康為中心，提供一個有效、積極、安全性的醫療體系，一直是牙醫全聯會在計畫實施所要努力的，在兼顧醫事管理和人性管理之下，須訂定一個具鼓勵性質，但又不曾忽視「醫療資源缺乏地區」居民就醫權利及醫療品質的辦法。

二、對象

1. 本執業計畫之醫師，且執業滿一年。
2. 本執業計畫之醫師，曾被民眾投訴或申報狀況異常。
3. 上年度執業考核結果列為觀察或輔導之醫師。
4. 由牙醫全聯會分區執委會提報需考核之醫師。

三、考核人員

實地抽查成員：包括本保險人之分區業務組及牙醫全聯會相關人員。

四、考核方式

符合對象條件之診所，由牙醫全聯會配合本保險人之分區業務組訂定時間並派車至審查診所。

五、考核辦法：

(一) 電話及實地審查考核評分表

1. 依地理位置、道路便利、人口和部落多少分佈就執行困難度及需求度評核：
 - 甲〈人口多、道路便利平地鄉鎮〉：北縣貢寮，彰化芳苑，嘉義六腳，南縣北門，南縣南化，高縣內門，屏縣新埤。
 - 乙〈山地或平地偏遠鄉鎮〉：北縣石門、平溪、石碇，竹縣衡山、北埔、峨眉、三灣、頭屋，南縣左鎮、將軍、七股，屏縣泰武，花縣卓溪、瑞穗、壽豐，東縣東河。
 - 丙〈山地艱困及離島鄉鎮〉：投縣仁愛，中縣和平，屏縣霧台，澎湖望安、七美，東縣綠島，金門烈嶼。
2. 診所外在環境評核：(共 8 分)
 - (1) 執業地點是否為該鄉道路便利、人口集中之地。
 - (2) 診所招牌是否明顯、清楚。

(3)門前告示是否明確標示診療科目、時段。

(4)居家和診所的距離。

3.診所內部設備、環境評估：(共 7 分)

(1)基本設施完備：包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒鍋、定壓機、X光機、電腦週邊設備。

(2)診療器材：牙體復形、口腔外科、根管治療、洗牙機...等。

(3)室內環境及診療動線：乾淨、明亮，診療動線流暢。

(4)聘用牙醫助理一名以上。

4.是否合乎牙醫院所感染控制 S O P 作業細則：(共 27 分)

(1)硬體設備：洗手、滅菌設備，空調系統...等。

(2)軟體部分：醫護人員需穿戴防護裝置，醫療廢棄物應依法分類處理...等。

5.其他「巡迴醫療」執行狀況評核 (共 8 分)

(1)執行時段符合計劃規定，並按時執行。

(2)每月至多單獨申報一次「口腔衛生推廣」其成效？

(3)巡迴醫療每週服務地點是否適當？

(4)巡迴醫療的診療設備及牙材。

6.執業內容－專業考核 (共 30 分)

(1)診療項目(質)是否符合當地醫療需求。

(2)診療量是否符合當地醫療需求。

(3)醫師溝通能力及融入社區環境之程度。

7.執業地點民眾滿意度調查 (10~20 名) (共 10 分)

(1)是否知道該院所的設置？

(2)民眾利用該院所作牙科診療的比例。

(3)在該院所診療後的回診率。

(4)醫師的服務態度。

8.實地審查前電話抽查評核(由全民健康保險保險人評核)(共 10 分)

(1)醫師執業診療時段值勤情形？

(2)醫師其他診療時段值勤情形？

(3)依執行表地段人員執行情形？

(4)當地小學或鄉公所人員反應情形。

(二)綜合討論及評分：(共 100 分)

1. 特優：90 分以上，且無其他特殊狀況者，頒發獎牌以茲鼓勵。

2. 優：80 分以上。

3· 良：70～79 分。

4· 輔導：60～69 分，分區輔導一季，要求改善，並提出改善計畫書，覆核未達 70 分以上，終止合約。

5· 終止合約：59 分以下者，立即終止合約。

6· 連續兩年考核結果列為輔導即終止合約。

99 年度牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案

執業計畫 考核評分表

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

(三) 是否合乎牙醫院所感染控制 SOP 作業細則 (共 27 分)

1、硬體設備

(1) 具有適當之洗手設備

是(2分) 否

(2) 良好之通風空調系統

是(2分) 否

(3) 器具滅菌設備

完整(2分) 尚可(1分) 待改進

2、軟體部分

(1) 病歷首頁中全身病史登載完整

非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
不完整(0分)

(2) 醫師及助理人員穿戴防護裝置

非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
不完整(0分)

(3) 開診前及結束後應作管道消毒

非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
不完整(0分)

(4) 醫療廢棄物與毒性廢棄物依法
分類、貯存與處理

非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
不完整(0分)

(5) 浸泡器械的清毒藥水乾淨並在
有效期限內

非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
不完整(0分)

(6) 診所依感染控制 SOP 作業，製
訂消毒流程表及紀錄表且登載
完整

非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
不完整(0分)

(7) 滅菌後器械之包裝存放應無再
污染之虞

非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
不完整(0分)

(四) 巡迴醫療執行狀況評核 (共 8 分)

1、執行時段符合計劃規定，並按時執行。

是(2分) 否

2、每月至多申報一次「口腔衛生推廣」其成效？

是(2分) 否

3、巡迴醫療每週服務地點是否適當？

是(2分) 否

4、巡迴醫療的診療設備及牙材。

是(2分) 否

(五) 執業內容-專業考核 (共 30 分)

執業醫師簽名：

1、診療項目(質) 是否符合當地醫療需求 (10 分)

(1)OD 案件申報點數占率+
牙周案件申報點數占率

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

(2)Endo 案件申報點數占率

$\geq 10\%$ (6 分) $\geq 8\sim 10\%$ (5 分) $\geq 6\sim 8\%$ (4 分)
 $\geq 4\sim 6\%$ (3 分) $\geq 2\sim 4\%$ (2 分) $< 2\%$ (1 分)

(3)實地審查狀況(5 分)

特優(5 分) 優(4 分) 良(3 分)
 普通(2 分)

理由

2、診療量是否吻合當地醫療需求 (10 分)

(1)每月總申報點數占保障額
度的比例

$\geq 70\%$ (6 分) $\geq 60\sim 70\%$ (5 分) $\geq 50\sim 60\%$ (4 分)
 $\geq 40\sim 50\%$ (3 分) $\geq 30\sim 40\%$ (2 分) $\geq 20\sim 30\%$ (0 分)
 $< 20\%$ (0 分)

(2)實地審查狀況(5 分)

特優(5 分) 優(4 分) 良(3 分)
 普通(2 分)

理由

3、醫師溝通能力及融入社區環境之程度

優(5 分) 良(3 分) 普通(1 分)

(六) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)

將民眾評分表之結果平均後計分

得分

分

(七) 實地審查前電話抽查評核 (共 10 分)

將電話評分表之結果平均後計分

得分

分

得分

分

(八) 分數合計

總計

分

審查醫師簽名：

99 年度牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案

執業計畫 民眾滿意度調查

● 基本資料	
執業鄉鎮：	縣市 鄉 醫師
(五) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)	
(1) 是否知道該院所的設置?	<input type="checkbox"/> 知道(2分) <input type="checkbox"/> 不知道
(2) 是否願意至該院所治療牙齒?	<input type="checkbox"/> 願意(3分) <input type="checkbox"/> 不願意
(3) 診療後下次是否願意至該院所看牙?	<input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否
(4) 醫師的服務態度	<input type="checkbox"/> 滿意(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不滿意(0分)
得分	分

註:調查 10~20 名民眾，並將結果平均列入評分。

99 年度牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案

執業計畫 電話考核評分表

● 基本資料	
執業鄉鎮：	縣市 鄉 醫師
(六) 實地審查前電話抽查評核 (共 10 分)	
(1) 醫師執業診療時段值勤情形	<input type="checkbox"/> 優良(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(2分) <input type="checkbox"/> 待改進(1分)
(2) 醫師其他診療時段值勤情形	<input type="checkbox"/> 優良(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(2分) <input type="checkbox"/> 待改進(1分)
(3) 依執行表地段人員執行情形	<input type="checkbox"/> 優良(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)
(4) 當地小學或鄉公所人員反應情形	<input type="checkbox"/> 優良(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)
得分	分

註:由全民健康保險保險人進行評核。

99 年牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫

期末報告封面

一、姓 名：

二、身分證字號：

三、出生年月日： 年 月 日

四、牙醫師證號：

五、診所名稱：

六、聯絡電話：()

七、傳真電話：()

八、執業地點： 縣 鄉

九、門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

十、「公共衛生推廣」及「巡迴醫療」服務時間

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫期末報告內容

一、執業地區醫療需求分析：

1.地理環境、就醫便利性、就醫率、患者人口性別、年齡等分布情形

2.執業之各月健保申報量及各治療項統計（P1-P8）比例分析情況

各月健保申報量

	1 月	2 月	3 月	...	12 月	總計
申報點數				...		

各治療項統計（P1-P8）比例分析

	P1(%)	P2(%)	P3(%)	P4(%)	P5(%)	P7(%)	P8(%)
1 月							
2 月							
3 月							
...							
12 月							
總計							

3.口腔衛生服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

項目	日期	地點 (學校/村落)	人數	備註
一、家戶訪視				
二、正確刷牙及 牙線指導				
三、含氟漱口水指導				
四、口腔癌篩檢				
五、口腔衛生教育				

4.醫事人員人力分配：

姓名	身分證字號	出生年月日	學歷

二、執業所遇的問題及解決方針

1.交通流線及道路狀況：

2.當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景：

3.執業範圍、區域及執行困難之原因：

4.政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性

5.其他

三、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

四、檢討與建議（請詳實敘述）

五、未來的展望及願景（請詳實敘述）

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A 4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

99 年度牙醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案施行地區一覽表(巡迴計畫)

保險人業務組別	縣市別	鄉鎮別	分類級數	分區別	縣市別	鄉鎮別	分類級數
台北業務組	台北縣	烏來鄉	3 或 2	中區業務組	南投縣	仁愛鄉	3 或 2
		萬里鄉	2 或 1			中寮鄉	2 或 1
		石碇鄉	2 或 1			信義鄉	3 或 2
		坪林鄉	2 或 1			國姓鄉	2 或 1
		石門鄉	2 或 1		台中縣	和平鄉	3 或 2
		平溪鄉	2 或 1			大安鄉	2 或 1
		貢寮鄉	2 或 1			新社鄉	2 或 1
		雙溪鄉	2 或 1			石岡鄉	2 或 1
		三峽鎮插角地區	2 或 1		彰化縣	芳苑鄉	2 或 1
	宜蘭縣	南澳鄉	3 或 2	竹塘鄉		2 或 1	
		員山鄉	2 或 1	嘉義縣	東石鄉	2 或 1	
		大同鄉	3 或 2		番路鄉	2 或 1	
		壯圍鄉	2 或 1		大埔鄉	3 或 2	
	三星鄉	2 或 1	阿里山鄉		3 或 2		
	金門縣	金寧鎮	4 或 3		布袋鎮	2 或 1	
		烈嶼鄉	4 或 3		六腳鄉	2 或 1	
		烏坵鄉	4 或 3		竹崎鄉	3	
	連江縣	南竿鄉	4 或 3		梅山鄉	3	
		北竿鄉	4 或 3		溪口鄉	2	
		莒光鄉	4 或 3	臺南縣	玉井鄉	2 或 1	
		東引鄉	4 或 3		關廟鄉	2 或 1	
	北區業務組	新竹鄉	峨眉鄉		2 或 1	東山鄉	2 或 1
			尖石鄉	3 或 2	西港鄉	2 或 1	
			五峰鄉	3 或 2	後壁鄉	2 或 1	
			橫山鄉	2 或 1	大內鄉	2 或 1	
	桃園縣	復興鄉	3 或 2	南化鄉	2 或 1		
	苗栗縣	南庄鄉	2 或 1	龍崎鄉	2 或 1		
		頭屋鄉	2 或 1	左鎮鄉	2 或 1		
西湖鄉		2 或 1	雲林縣	古坑鄉	2 或 1		
泰安鄉		3 或 2		東勢鄉	2 或 1		
獅潭鄉		2 或 1		二崙鄉	2 或 1		
				元長鄉	2 或 1		

分區別	縣市別	鄉鎮別	分類級數	分區別	縣市別	鄉鎮別	分類級數	
南區業務組	雲林縣	四湖鄉	2 或 1	高屏業務組	澎湖縣	七美鄉	4 或 3	
		口湖鄉	2 或 1			湖西鄉	3	
		水林鄉	2 或 1			白沙鄉	4 或 3	
		台西鄉	2 或 1			望安鄉	4	
		林內鄉	2 或 1			西嶼鄉	3	
		褒忠鄉	2 或 1			馬公市虎井島	4 或 3	
高屏業務組	高雄縣	田寮鄉	2 或 1	東區業務組	台東縣	馬公市桶盤島	4 或 3	
		杉林鄉	2 或 1			卑南鄉	2 或 1	
		茂林鄉	3 或 2			太麻里鄉	2 或 1	
		桃源鄉	3 或 2			達仁鄉	3 或 2	
		那瑪夏鄉	3 或 2			大武鄉	2 或 1	
		甲仙鄉	2 或 1			延平鄉	3 或 2	
		內門鄉	2 或 1			長濱鄉	2 或 1	
	六龜鄉	2 或 1	金峰鄉			3 或 2		
	屏東縣	三地門鄉	3 或 2			海端鄉	3 或 2	
		瑪家鄉	3 或 2			蘭嶼鄉	4 或 3	
		來義鄉	3 或 2			綠島鄉	4 或 3	
		春日鄉	3 或 2			鹿野鄉	2 或 1	
		獅子鄉	3 或 2			花蓮縣	壽豐鄉	2 或 1
		牡丹鄉	3 或 2				豐濱鄉	2 或 1
		竹田鄉	2 或 1		萬榮鄉		3 或 2	
		崁頂鄉	2 或 1		秀林鄉		3 或 2	
		滿州鄉	2 或 1		卓溪鄉		3 或 2	
		枋山鄉	2 或 1		瑞穗鄉		2 或 1	
		霧台鄉	3 或 2		新城鄉		1	
		泰武鄉	3 或 2		光復鄉		2 或 1	
		新埤鄉	2 或 1		富里鄉		2 或 1	
		琉球鄉	3 或 2		玉里鎮河東地區		1	
		鹽埔鄉	2 或 1					
		佳冬鄉	2 或 1					
	萬巒鄉	2						

1：指平地鄉之醫療資源缺乏地區。

2：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醫療資源缺乏地區。

3：指山地鄉、離島地區之醫療資源缺乏地區。

4：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)之醫療資源缺乏地區。

註：各醫療團執行巡迴醫療之地點分級，由牙醫全聯會審查核定。

牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務日工作紀錄表 醫師簽章：_____

巡迴計畫用

姓名	生日	身分證字號	聯絡電話	治療項目		點數	日期				巡迴地點	備註
				部位	健保代號		月/日	上午	下午	晚上		
合計												

一式二聯 第一聯：送本保險人之分區業務組

第二聯巡迴醫療服務團體自行留存

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表（巡迴計畫用）
執行巡迴醫療服務論次費用

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

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
編號	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
	P22001									
	P22002									
	P22003									
	P22004									
總計										

年 月

頁數：第 頁 共 頁

負責醫師姓名: _____
 醫事服務機構地址: _____
 電話: _____
 印信: _____

- 一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。
- 二、診療人次：填寫當次診療之人次。
- 三、給付別：執業計畫之巡迴醫療服務（時段以外）：
 P22002 每次服務每小時二級 1200 點。 P22003 每次服務每小時三級 1500 點。
 P22004 每次服務每小時四級 3400 點，且第三時段以三級地區(每小時 1500 點支付) (離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第三時段仍以四級地區(每小時 3400 點)支付)。
- 四、地點：請填至村里或學校名稱。
- 五、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本保險人之分區業務組，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

牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫申請書

一、申請單位：(公會、分會、教學醫院或其他)

二、負責醫師：

三、其他相關醫師：

四、聯絡電話：()

五、聯絡地址：□□□

六、巡迴縣市鄉鎮	學校名稱	學童數	醫療費用	巡迴期間
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月

合計學校數：

總人數

總經費

牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫計畫書內容

- 一、前言：請敘述巡迴服務動機，包括巡迴服務鄉鎮、學校名稱、醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。
- 二、目的：分點具體列述巡迴服務所要達成之目標。
- 三、巡迴學校之現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
 - (一)巡迴服務學校之地區及人口分布：請具體詳述巡迴服務學校之地區分布情形及面積、學童數、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。
 - (二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴服務地區地理環境概況（檢附簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等。
 - (三)醫療需求情形：請詳述巡迴服務學校之醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。
- 四、執行計畫：
 - (一)醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(包含診所名稱、診所代號、醫師姓名、身分證字號、牙醫師證號等)。
 - (二)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估，點數總計後請加二成計算。
- 五、評估預期效益：請詳述巡迴服務預期將對學校達成之效益，並表列各項預定達成指標。
- 六、書寫格式：以 word 形式建檔，A 4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

99 年牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫

期末報告封面

一、 巡迴單位：

二、 負責醫師：

三、 其他相關醫師：

四、 聯絡電話：()

五、 聯絡地址：□□□

六、 巡迴縣市鄉鎮 服務單位 病患數 醫療費用 巡迴期間

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

縣	鄉	人	\$	月至	月
---	---	---	----	----	---

合計服務單位數：	總人數	總經費
----------	-----	-----

七、 個別醫師及診所服務量（不計點值，不計加成）

診所名稱	服務醫師	巡迴地點	病患數	申報點數	巡迴期間
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月

八、醫事人力及門診診數

人次 門診數

九、現況報告

(一)巡迴地區醫療需求情況分析

(二)巡迴地區地理環境，就醫便利性，就醫率及達成目標成數

(三)口腔衛生保健服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

十、巡迴醫療所遇問題及解決方針（詳實敘述）

十一、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

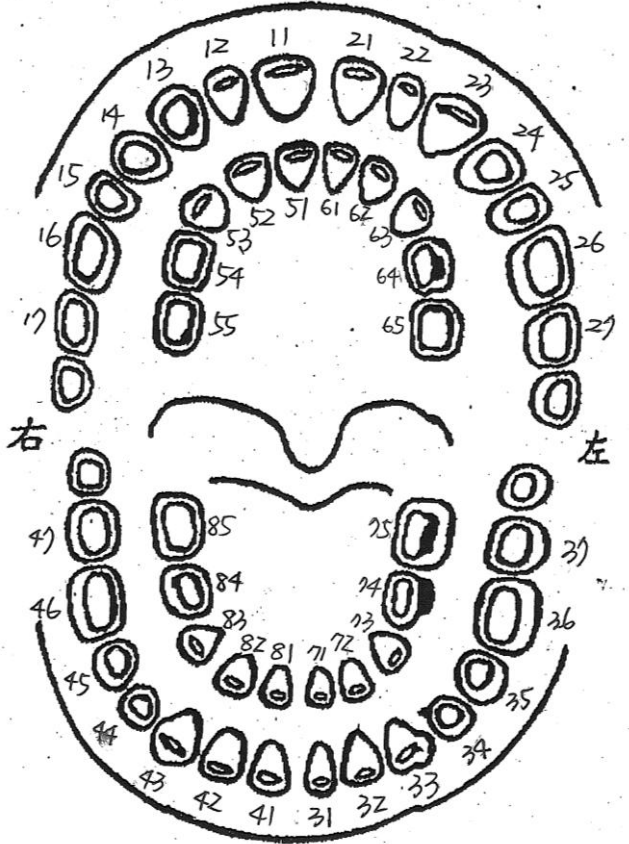
十二、檢討與建議（請詳實敘述）

十三、未來的展望及願景（請詳實敘述）

十四、書寫格式：以 word 形式建檔，A 4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫。

99年度醫療資源缺乏區學童口腔健康狀況及醫療需求調查表(簡易格式)

姓名：_____ 出生日期：____年____月____日 性別：1.男 2.女
 地區：_____ 學校：_____ 學號：_____ 班級：____年____班
 編號：_____ 調查日期：____年____月____日 檢查者：_____ 記錄者：_____

	合計	d	e	f	<ol style="list-style-type: none"> 1. 已完成填補顆數 (A)：_____顆 2. 未完成填補顆數 (B)：_____顆 3. 其他待診療顆數：_____顆 4. 填補率：_____% (A) / (A) + (B) 5. 年度填補顆數 _____顆 6. 年度拔除顆數 _____顆 													
	合計	D	M	F														
<p>診療記錄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">日期</th> <th>診療項目 (健保代號)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					日期	診療項目 (健保代號)												
日期	診療項目 (健保代號)																	
<p>圖例</p> <ul style="list-style-type: none"> v 打勾表示齲洞之位置 △ 填補後用三角形註記 / 斜線表示應拔除之牙齒 X 表示缺牙 ⊘ 表示為未長出牙 																		

備註：1.每年年底填寫一次，於年底彙整資料於統計表，本表格由院所自行留存備查。2.新生入學須立即檢查並填寫本表，以做為比較之基礎。

99 年度醫療資源缺乏地區學童口腔健康狀況調查統計表

醫療團名稱：

服務醫師名單：

學校名稱：

學校所屬地區：

縣/市

鄉/鎮/市

郵遞區號：

年級	性別	人數	口腔狀況(顆數)						醫療狀況(顆數)			
			d	e	f	D	M	F	已填補顆數	未填補顆數	填補率	年度填補顆數
幼稚園	男											
	女											
小一	男											
	女											
小二	男											
	女											
小三	男											
	女											
小四	男											
	女											
小五	男											
	女											
小六	男											
	女											
國一	男											
	女											
國二	男											
	女											
國三	男											
	女											
總計												

