

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

104028



3

台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年12月30日

發文字號：健保醫字第1110123227號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告「112年度全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」(附件)。

依據：衛生福利部111年12月26日衛部保字第1111260436號函。

副本：中華民國開業醫師協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國私立地區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長李伯璋

# 112 年度全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

## 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：

協助民眾於夜間遇到急性口腔問題(如牙齒疼痛、牙齒外傷等)，能迅速就醫解決急性牙痛及外傷疾病。

## 三、實施期間：

自 112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止。

## 四、預算來源：

- (一)112 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」專款項下支應，全年經費為 10 百萬元。
- (二)本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。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；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款優先支應。

## 五、施行地區：

限六直轄市以外之縣市。

## 六、申請條件、文件及程序：

### (一)申請條件：

- 1.申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及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.醫療團：由各縣市(不含六直轄市)牙醫師公會組成醫療團，以設有急診部門但未有夜間牙科急診之醫院為牙醫急診試辦中心，並由中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)協請合作牙醫師支援夜間牙醫急診服務。

### (二)申請須檢附之相關文件：

自本計畫公告日起，申請參與本計畫之醫療團，應將申請書資料(附件一)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔傳送備查。

(三)申請程序：

1. 牙醫全聯會自本計畫公告日起受理申請，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。
2. 保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，於 10 個工作日內函復醫療團核定結果。
3. 經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行牙醫急診醫療服務。
4. 醫事人員執行本計畫服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。

七、執行內容：

(一)由醫療團成員於夜間時段(21:00-09:00)輪流排班，於牙醫急診試辦中心所在醫院提供牙醫急診醫療服務。

(二)前述牙醫急診醫療服務之適應症如下：

1. 顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0,K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。
2. 外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。
3. 拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。
4. 下顎關節脫臼(S03.0)。
5. 顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2,L03.221,L02.01,L03.211,L03.212)。
6. 口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。
7. 外傷導致之牙齒脫落或脫位(S03.2, S02.42, S02.67)。

(三)執行牙醫師、時段及地點名單：

1. 執行本計畫之牙醫師應依計畫申請書所列之醫師名單進行排班，每月排班表(附件二)應由醫療團於前月 20 日前，以書面函送至當地衛生主

管機關、所轄保險人分區業務組及牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查。

2. 醫療團成員如有變更或增減名單，醫療團應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會。經牙醫全聯會審查後，於當月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。
3. 排班醫師若有異動，應由醫療團填寫異動表(附件三)，於次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查，如未依期限送件，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。

## 八、醫療費用支付原則、申報及審查：

### (一)醫療費用支付原則：

1. 醫療費用點數：由牙醫急診試辦中心所在醫院依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)規定申報；本項費用由牙醫門診總額一般服務預算支應。
2. 論次支付點數：夜間時段(21:00-09:00)每四小時為一診次，由實際看診牙醫師攜回執業登記之保險醫事服務機構申報；本項費用由本計畫專款支應。

(1)限前項醫療費用點數有申報支付標準「92093B、92094C 或 92096C」之案件，始可申報 P22201 或 P22202 論次點數。

(2)每診次支付點數如下表：本支付點數包括車馬費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。

| 支付項目                       | 申報代碼   | 支付點數   |
|----------------------------|--------|--------|
| 支援急診試辦中心夜間急診服務/<br>每診次(平日) | P22201 | 10,000 |
| 支援急診試辦中心夜間急診服務/<br>每診次(假日) | P22202 | 12,000 |

(3)假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。

(4) 值班待診費用，申報代碼 P2201C，每診次 1,000 點，申報本項不得再申報 P22201、P22202。

## (二)申報及審查：

### 1.通則：

(1)依支付標準、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)保險對象應自行負擔之醫療費用：

依現行急診部分負擔計收；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%。

(3)本方案服務量不列入門診合理量計算。

### 2.門診醫療費用點數申報格式：

(1)案件分類：點數清單段欄位 IDd1 請填報「17(全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫)」。

(2)診斷代碼：點數清單段欄位 IDd19~IDd23 任一主、次診斷代碼，須填報「K03.81、K04.0、K04.1-K04.99、K05.0、K05.2、S02.5、K91.840、S03.0、K12.2、L03.221、L02.01、L03.211、L03.212、S01.4、S01.5、S03.2、S02.42、S02.67」。

(3)藥品(項目)代號：醫令清單段欄位 IDp4 藥品(項目)代號，須填報「92093B、92094C 或 92096C」任一醫令代碼。

(4)執行時間起迄：醫令清單段欄位 IDp14~IDp15 請填報執行時間起迄。

(5)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。

### 3.論次支付點數申報方式：

實際看診之牙醫師每月 20 日前須至健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, VPN)登錄本計畫費用申請表(如附件四)，傳送資料後列印該

申請表(附件四)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，副本寄送所屬醫療團公會，由該醫療團公會彙整當月資料後寄送牙醫全聯會備查。

## 九、執行報告及評核報告

### (一)執行報告：

執行之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(附件五)至所轄保險人分區業務組及牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。執行報告內容將做為下年度審查之依據。

### (二)評核報告：

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，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。

### (三)試辦第一年請蒐集下列指標數據，試辦滿一年後，該等指標須較前 1 年改善(以本計畫申報案件計算)：

#### 1.自評指標：

- (1)申報案件數。
- (2)申報點數。
- (3)就醫人數(以 ID 歸戶之就醫人數)。
- (4)平均每就醫人費用點數(分子：申報點數、分母：就醫人數)。
- (5)平均每件費用點數(分子：申報點數、分母：申報案件數)。

#### 2.評估指標：3 日內同疾病再急診率

分子：同病人且同牙位於 3 日內再申報 92093B、92094C 或 92096C 等醫令代碼件數

分母：申報案件數

十、原 111 年執行本計畫者，若施行地區符合 112 年度本計畫公告之施行地區者，其施行日期追溯至 112 年 1 月 1 日起，至 112 年度本計畫公告實施之次月底止。

十一、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。

全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫  
申請書

一、申請單位：

1. 醫療團：\_\_\_\_\_牙醫師公會
2. 負責醫師：
3. 聯絡電話：(        )
4. 聯絡地址：□□□

二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)：

1. 醫院名稱：
2. 電話：
3. 地址：

三、設立牙醫急診動機：請具體詳述設立目的、當地牙醫醫療概況、地理環境  
(檢附地圖)、牙醫急診醫療需求情形

四、人力概況：

| 序號 | 醫師姓名 | 身分證字號 | 診所名稱 | 診所代號 | 聯絡電話 |
|----|------|-------|------|------|------|
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |

五、評估預期效益：請詳述牙醫急診醫療服務之預期效益，並表列各項預定達成指標。



## 全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

年 月排班表

## 一、申請單位：

1. 醫療團：\_\_\_\_\_牙醫師公會
2. 負責醫師：
3. 聯絡電話：(        )
4. 聯絡地址：□□□

## 二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)

1. 醫院名稱：
2. 電話：
3. 地址：

## 三、醫師排班：

|    |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 星期 | 日 | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 |
| 日期 |   |   |   |   |   |   |   |
| 時段 |   |   |   |   |   |   |   |
| 醫師 |   |   |   |   |   |   |   |
| 日期 |   |   |   |   |   |   |   |
| 時段 |   |   |   |   |   |   |   |
| 醫師 |   |   |   |   |   |   |   |
| 日期 |   |   |   |   |   |   |   |
| 時段 |   |   |   |   |   |   |   |
| 醫師 |   |   |   |   |   |   |   |
| 日期 |   |   |   |   |   |   |   |
| 時段 |   |   |   |   |   |   |   |
| 醫師 |   |   |   |   |   |   |   |

## 全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

年 月異動班表

## 一、申請單位：

1. 醫療團：\_\_\_\_\_牙醫師公會

2. 負責醫師：

3. 聯絡電話：( )

4. 聯絡地址：□□□

## 二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)：

1. 醫院名稱：

2. 電話：

3. 地址：

## 三、醫師異動班表：

## (一)原時段醫師：

| 星期 | 日 | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 日期 |   |   |   |   |   |   |   |
| 時段 |   |   |   |   |   |   |   |
| 醫師 |   |   |   |   |   |   |   |

## (二)新時段醫師：

| 星期 | 日 | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 日期 |   |   |   |   |   |   |   |
| 時段 |   |   |   |   |   |   |   |
| 醫師 |   |   |   |   |   |   |   |

**全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表**  
**牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫論次費用**

| 受理日期：     |            | 受理編號：         |  |           |            |                 |          |          |          |
|-----------|------------|---------------|--|-----------|------------|-----------------|----------|----------|----------|
| 醫事服務機構名稱： |            | 醫事服務機構代號：     |  | 醫事類別：     |            | 費用年月：           |          |          |          |
| 編號        | 醫事人員<br>姓名 | 醫事人員<br>身份證字號 | 支付別<br>*註二   | 日期<br>*註三 | 服務排班<br>時段 | 服務時<br>數*註<br>四 | 診療<br>人次 | 申請<br>金額 | 服務<br>地點 |
| 1         |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 2         |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 3         |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 4         |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 5         |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 6         |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 7         |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 8         |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 9         |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 10        |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 11        |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 12        |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 13        |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 14        |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 15        |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 16        |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 小計        |            |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 總表        | 項目<br>支付表別 | 申請次數          | 服務時數   | 診療人次      | 每次申請<br>金額 | 申請金額總數          |          |          |          |
|           | P22201     |               |  |           |            |                 |          |          |          |
|           | P22202     |               |  |           |            |                 |          |          |          |
|           | P2201C     |               |  |           |            |                 |          |          |          |
|           | 總計         |               |  |           |            |                 |          |          |          |
| 負責醫師姓名：   |            |               | 註：   |           |            |                 |          |          |          |
| 醫事服務機構地址： |            |               | 一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。   |           |            |                 |          |          |          |
| 電話：       |            |               | 二、支付別：4 小時為 1 診次。平日：每診次 10,000 點(申報代碼 P22201)；假日：每診次 12,000 點(申報代碼 P22202)；值班待診費用：每診次 1,000 點(申報代碼 P2201C)，以排班時段起日對應之申報代碼填報。 |           |            |                 |          |          |          |
| 印信：       |            |               | 三、日期：以排班時段起日填報。  |           |            |                 |          |          |          |
|           |            |               | 四、服務時數：依實際牙醫急診醫療服務之執行起迄時間計算及填報時數。  |           |            |                 |          |          |          |
|           |            |               | 六、診療人次：填寫當次診療之人次。  |           |            |                 |          |          |          |
|           |            |               | 七、填寫時請依同一「醫事人員」、「支付別」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」。                                 |           |            |                 |          |          |          |
|           |            |               | 填表日期： 年 月 日  |           |            |                 |          |          |          |

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

## 全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

年 月 日至 年 月 日執行報告

## 一、申請單位：

1. 醫療團：\_\_\_\_\_牙醫師公會
2. 負責醫師：
3. 聯絡電話：(        )
4. 聯絡地址：□□□

## 二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)：

1. 醫院名稱：
2. 電話：
3. 地址：

## 三、實際執行醫師人力

| 序號 | 醫師姓名 | 身分證字號 | 診所名稱 | 診所代號 | 聯絡電話 |
|----|------|-------|------|------|------|
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |

## 四、執行情形：

|            | 平日 | 假日 | 總計 |
|------------|----|----|----|
| 排班醫師數      |    |    |    |
| 總診次        |    |    |    |
| 論次總費用      |    |    |    |
| 就醫人數       |    |    |    |
| 論量申報案件數    |    |    |    |
| 論量申報點數     |    |    |    |
| 平均每就醫人費用點數 |    |    |    |
| 平均每件費用點數   |    |    |    |

## 五、執行困境與建議：