



## 100年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

### 一 依據

全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)100年度全民健康保險醫療費用總額協商暨163次會議決議及行政院衛生署100年1月25日衛署健保字第1000001785號核定函。

### 二 目的

本計畫之實施，係藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔醫療疾病費用之負擔。

### 三 執行目標

本計畫以達成56,800人次之照護為執行目標。

### 四 預算來源及支付範圍

(一) 本計畫之預算依費協會決議辦理。其中「P4001C」及「P4002C」支付項目由本計畫之專款支應，「P4003C」由一般預算支應。

(二) 適用治療對象

治療對象為全口牙周炎患者，總齒數至少16齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。

(三) 支付標準

通則：

1. 本計畫支付標準限經99或100年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫核備醫師申報。
2. 個案曾於最近一年內，在同一特約院所施行申報91006C、91007C\*3者不得申報本計畫。
3. 特約院所擬執行治療前牙周病檢查時，應先詢問病人是否已持有牙周病照護手冊，接受過治療，並請至健保VPN牙周病統合照護計畫登錄及查詢該病患是否曾接受牙周病統合性治療，如個案未曾接受統合性治療或曾接受統合性治療超過一年以上，始得執行。
4. 同一病人可收案接受治療後，特約院所得申報本計畫支付項目，並自第一階段給付牙周病檢查日起，一年內不得申報91006C~91008C之診療項目服務費用，且不得拒絕提供有病情需要，需補充施行齒齦下刮除之治療。
5. 每一個案每年僅能執行乙次牙周病統合照護治療。
6. 本計畫分三階段給付，其療程最長為180天，療程中P4001C-P4003C各項目僅能申報乙次，另施行第二階段P4002C治療日起90天內，依病情需要，施行牙結石清除治療(91003C、91004C)，不得申報。

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	修訂點數
P4001C	牙周病統合性治療第一階段給付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行治療前X光檢查，並進行牙周病檢查(格式如附件1)。 2.應提供「牙周病統合照護計畫照護手冊」及口腔保健衛教指導。 3.X光片費用另計。	√	√	√	√	1500	1800
P4002C	牙周病統合性治療第二階段給付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄(格式如附件2) 2.需檢附牙菌斑控制紀錄及病歷供審查。	√	√	√	√	4500	5000
P4003C	牙周病統合性治療第三階段給付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要進行治療後牙周病檢察及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2.本項於申報牙周病統合性治療第二階段給付後4週後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒至少1個部位深度降低 $2\text{mm}$ 者達7成以上且無非適應症之拔牙時方得核給。 4.X光片費用另計。	√	√	√	√	4000	3200

## 五 牙醫師資格

- (一) 一般醫師需接受4學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(1學分行政課程；3學分專業課程)。
- (二) 台灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均需接受1學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(行政部分)。
- (三) 醫師99年合計提供治療個案，於100年7月統計，如符合以下三項指標任何一項，101年1月起兩年內不得參加本計畫，屆滿需再接受教育相關教育訓練後申請。
  1. 療程內完成三階段服務個案數之比率 $< W\%$
  2. 申報第三階段給付被核減之比率 $> X\%$
  3. 個案接受治療起半年內至其他院所看齒齦下刮除牙周疾病案件數比率 $> Y\%$

其中W、X與Y將依99年檔案分析結果訂定，並於全民健康保險牙醫總額支付委員會(以下稱牙醫總額支付委員會)討論確定。

## 六 申請程序及申報規定

- (一) 特約院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，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全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)及其分區業務組核定，異動時亦同，申請書格式如【附件3】。
- (二) 如病患病情需要，由上述參與計畫之特約院所醫師實施並申報本計畫之治療項目。
- (三) 個案申報案件類別為15，如僅施行計畫項目，按同一療程處理，僅申報第一階段給付P4001C代碼時，得申報診察費。另如與其他案件類別治療併行時，應分開申報，由其他類別案件申報1次診察費。另相關治療之X光片檢查費、藥費及麻醉費應併同計畫項目申報。

## 七 審查方式 (注:取消事前審查)

- (一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。
- (二) 申報第一階段牙周病統合性治療給付併第二階段隨一般案件抽審，需檢附以下資料：
  1. 病人基本資料。
  2. 病人接受治療確認單。
  3. 治療前X光片(足以辨識骨頭高度bone level之X光片)。
  4. 治療前牙周病檢查記錄表及牙菌斑控制記錄。
  5. 半年內之病歷影本(初診日為半年之內者，自初診日起算；初診日為半年以上者，需附足回推半年以上之最後一筆病歷)。
- (三) 申報牙周病統合性治療第三階段給付，隨一般案件抽審。審查時除第二階段審查資料外，需檢附治療前與治療後之牙周病檢查記錄表、進階牙菌斑控制檢查記錄表及病歷。
- (四) 專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無骨下破壞患者…等)。

## 八 臨床治療診引

P4001C P4002C P4003C	牙周病統合性治療第一階段給付 牙周病統合性治療第二階段給付 牙周病統合性治療第三階段給付
適應症 Indications	全口牙周炎(總齒數至少16齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ )
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X光檢查 完整牙周病檢查紀錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)

處置 Management	進階牙菌斑控制(治療前、牙根整平術施行後4-8週後) 牙根整平術 治療前、後完整牙周病檢查紀錄
完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除，牙根整平、原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒至少1個部位深度降低2mm者達7成以上、牙齦發炎狀態改善

## 九 相關規範

(一) 醫療服務管控實務如下：

1. 案件數分配：由牙醫全聯會依總額分區98年度R值比例分配，按季、分區管理。

2. 醫管措施：

- (1) 一般院所以專任醫師核定執行件數，每月申請不得超過10件，支援醫師得補不足件數，執行件數超過核定數時，得改依現行支付標準規定核付費用。若有教學計畫(教學醫院、牙周病專科醫師訓練機構或PGY訓練機構之指導牙醫師)者，不在此限。
  - (2) 另有醫療需求，最近兩個月完成P4003C申報件數達5件以上，專任醫師每月得增加為每月20件，若達10件以上，得增加為每月30件，
  - (3) 教學計畫及另有醫療需要者，報備表格式如【附件4】，請送至牙醫全聯會牙醫總額分區執行委員會初審，並由牙醫師全聯會彙整名單資料，函送保險人及其分區業務組審理確認後，由保險人以公告或行文通知相關院所，通過者自次月起1年內有效。
3. 服務量的調節：一季約執行14,200件，按月統計核備與完成第三階段之案件數。

(二) 相關配套：牙周病檢查紀錄完整且有治療前後改善情形對照比較。

1. 對於牙周破壞情形(包括軟、硬組織)須完整記載，提供疾病病因、判斷充分資訊，加重患者自我重視程度，提高接受治療意願。
2. 第三本階段中治療改善情形，甚至長期牙周健康追蹤情形可據以提供。

(三) 參加本計畫之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人之全球資訊網站 (<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站 (<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

## 十 受理醫師資格審查

(一) 請每月5日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會，牙醫師全聯會審查後，於每月20日前將名單函送保險人及其分區業務組審理確認後，並由保險人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計畫項服務。

(二) 醫師名單若有異動，應於每月5日前函報牙醫全聯會，並送保險人分區業務組確認，並得於次月生效。

(三) 特約院所代碼如有變更，請應函報牙醫全聯會及保險人之分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。

**十一 本計畫治療過程中，全民健保不給付項目如下，請各醫師依特殊需要，並向病人詳述理由，獲得同意後，方得提供：**

- (一) 牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠
- (二) 因美容目的而作的牙周整形手術
- (三) 牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)
- (四) 牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)

**十二 成效評估指標**

- (一) 服務量
- (二) 完成率：若醫師申報第一階段，申報第二階段未達一定比例或申報第三階段未達一定比例，則需進行再教育或限制其執行本項計畫。
- (三) 申報第三階段件數核減率
- (四) 計畫治療對象跨院接受91006C~91008C比率
- (五) 參與計畫之民眾抽樣調查治療之滿意度

**十三**

施行本計畫之個案，如被醫師不當收取屬健保給付範圍之自費項目，該醫師除依相關法規被懲處外，且自保險人之分區業務組通知日之次月起不得申請本計畫相關費用。

**十四**

本計畫由保險人會同牙醫全聯會研訂後，報請行政院衛生署核定後，由保險人公告後實施，修正時亦同。



【附件1】

牙周病檢查記錄表 (Periodontal Chart)

患者姓名		患者 ID	性別	□F □M	年齡	醫師姓名	醫師 ID	術前日期	術後日期								
Buccal	Mobility	前															
		後															
	Furcation	前															
		後															
	BOP	前															
Palatal		前															
		後															
	Recession	前															
		後															
	Probing Depth	前															
	後																
<b>Tooth</b>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Lingual	Probing Depth	前															
		後															
	Recession	前															
		後															
	BOP	前															
	後																
<b>Tooth</b>		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Buccal	Probing Depth	前															
		後															
	Recession	前															
		後															
	BOP	前															
	後																
Furcation		前															
		後															
Mobility		前															
		後															
Note																	

Note : 治療前總齒數 \_\_\_\_\_ ; 治療前囊袋 ≥ 5mm 齒數 \_\_\_\_\_ ; 治療後至少一部位改善 2mm 齒數 \_\_\_\_\_ ; 改善率 \_\_\_\_\_ %





【附件1】

牙周病檢查記錄表(Periodontal Chart)

患者姓名					患者 ID					性別 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		年齡		醫師姓名		醫師 ID	
術前日期					術後日期												

Mobility	前																
	後																
Furcation																	
Buccal	BOP	前															
		後															
	Recession	前															
		後															
Probing Depth	前																
	後																
Tooth		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Palatal	Probing Depth	前															
		後															
	Recession	前															
		後															
BOP	前																
	後																
Note																	

BOP	前																
	後																
Lingual	Recession	前															
		後															
Probing Depth	前																
	後																
Tooth		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Buccal	Probing Depth	前															
		後															
Recession	前																
	後																
BOP	前																
	後																
Furcation																	
Mobility	前																
	後																
Note																	

Note : 治療前總齒數 \_\_\_\_\_ ; 治療前囊袋 ≥ 5mm 齒數 \_\_\_\_\_  
 治療後至少一部位改善 2mm 齒數 \_\_\_\_\_ ; 改善率 \_\_\_\_\_ %





## 牙周病檢查紀錄表填寫法 (Codes of periodontal chart)

1. 牙周病檢查紀錄表需註明為術前或術後

2. 病人基本資料欄:

Name: 姓名

ID: 身分證號碼

Sex: 性別 M: 男 F: 女

檢查序號: 牙周檢查次數

Age: 年齡(足歲)

Date: 檢查日期

3. 檢查資料欄

(依牙齒 #18 為例，此表上、下、左、右對稱):

Mobility (搖動度): 1: 已會搖。

2: 頰舌側水平方向搖動 < 1 mm。

3: 頰舌側水平方向搖動 ≥ 1 mm。

D: 垂直方向可下壓。

Furcation (根岔病變): 水平根岔病變，以 mm 計。

BOP (探測出血): 1: 有探測出血

Recess (牙齦退縮): 以 mm 計。

Probing depth (探測深度): 以 mm 計。

註記說明: 牙位(tooth)，頰測(B / buccal)，

顎側(P / palatal)，舌側(L / lingual)，

近心(M / mesial)，遠心(D / distal)，

X (缺牙): 以英文大寫“X”取代牙齒編號，代表缺牙。

牙菌斑控制記錄表填寫法:

有牙菌斑位置註記為 1，缺牙部位以英文大寫“X”取代牙齒編號。



【附件3】

### 100年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫申請書

(以院所為單位)

- 一、醫療院所名稱：醫事機構代號：\_\_\_\_\_
- 二、所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所
- 三、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	身分證字號	醫師姓名	資格

- 註：資格分為：1.台灣牙周病醫學會專科醫師、2.台灣牙周病醫學會一般會員、3.台灣牙周補綴醫學會專科醫師、4.台灣牙周補綴醫學會一般會員、5.一般醫師；請以號碼填寫。
- 四、院所電話：( ) 傳真：( )
- 五、聯絡人姓名： 電話：
- 六、地址：□□□□
- 七、e-mail address：\_\_\_\_\_
- 八、檢附教育訓練證明 \_\_\_\_\_

## 【附件3】

**100年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫報備表-新增**

分區別： 申請日期： 年 月 日

醫療院所名稱		醫事機構代號	
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			
負責醫師姓名		身分證字號	
申請類別核定結果	<input type="checkbox"/> 教學計畫需求 (A-教學醫院、B-牙周病專科訓練機構、C-PGY 訓練機構)		
	類別	醫師姓名	身分證字號
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
	<input type="checkbox"/> 醫療服務需求		
			<input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 上限 20 <input type="checkbox"/> 上限 30
		<input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 上限 20 <input type="checkbox"/> 上限 30	
		<input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 上限 20 <input type="checkbox"/> 上限 30	
聯絡人暨電話傳真	聯絡人：		電話： 分機 傳真：
分會審核意見			
<b>分區業務組</b> 審核結果	核備通過日期		

衛生署中央健康保險局 業務組

聯絡電話：

傳 真：

電子信箱：

# 100年度全民健康保險 牙科特約醫療院所門診 支付標準表新增暨修訂項目

支付標準表和審查注意事項尚未公告，實施日期請依據健保局正式公告為準。

99年第4次支委會通過991123

第三部 牙醫  
第三章 牙科處置及手術  
第二節 根管治療

	會議決議	原支付表	說明
90013C 90014C	<p>根尖成形術 <u>或根尖生成術</u> Apexification or <u>Apexogenesis</u></p> <p>— 前牙 anterior teeth — 後牙 posterior teeth 註：1. 限開根尖式根管者 (open apex)。 2. 處置完成(根尖成形)後需 檢附術前、術後X光片(術 後X光片費用另計)申報， 處置完成前之追蹤檢查，每 三個月可視需要申報診察 費及X光費用。</p>	<p>根尖成形術 Apexification</p> <p>— 前牙 anterior teeth — 後牙 posterior teeth 註：1. 限開根尖式根管者 (open apex)。 2. 處置完成(根尖成形)後需 檢附術前、術後X光片(術 後X光片費用另計)申報， 處置完成前之追蹤檢查，每 三個月可視需要申報診察 費及X光費用。</p>	修訂名稱

## 第三部 牙醫

### 第三章 牙科處置及手術

#### 第三節 牙周病學

	會議決議	原支付表	說明
91003C 91004C	<p>牙結石清除 Scaling</p> <p>— 局部 localized</p> <p>— 全口 full mouth</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 限有治療需要之患者每半年最多申報一次。</li> <li>2. 半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術則刪除同療程內已申報之局部<u>牙結石清除</u>費用。(同象限不得重覆申報)</li> <li>3. <u>牙結石清除</u>須作潔牙說明，其後作刷牙復習。</li> <li>4. 91003C 需依四象限申報。</li> <li>5. 十三歲以下兒童(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之特定身心障礙者除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報 91003C 或 91004C 需附相片(規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀)或 X 光片以為審核。</li> </ol>	<p>牙結石清除 Scaling</p> <p>— 局部 localized</p> <p>— 全口 full mouth</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 限有治療需要之患者每半年最多申報一次。</li> <li>2. 半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部洗牙費用。(同象限不得重覆申報)</li> <li>3. 第一次洗牙須作潔牙說明，其後作刷牙復習。</li> <li>4. 91003C 需依四象限申報。</li> <li>5. 十三歲以下兒童(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之特定身心障礙者除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報 91003C 或 91004C 需附相片(規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀)或 X 光片以為審核。</li> </ol>	<p>修訂註 3，刪除第一次;名稱修訂:洗牙修訂為牙結石清除</p>

	會議決議	原支付表	說明
91006C 91007C 91008C	<p>齒齦下刮除術(含牙根整平術)</p> <p>Subgingival curettage (Rootplaning)</p> <p>—全口 fullmouth</p> <p>—1/2 顎 1/2arch</p> <p>— 局部 localized (3 齒以內)</p> <p>註：1. 每顆牙應詳細記載 6 個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少 <u>一個測量部位囊袋深度</u> 超過 5mm(含)以上。</p> <p>2. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之 X 光片 (<u>限咬翼片或根尖片</u>)。</p> <p>3. 以象限區域為單位，當該象限需接受治療為 3 齒以內時，申報 91008C*1；當其需接受治療為 4 齒(含)以上時，申報 91007C*1，半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。</p> <p>4. 申報 91006C、91007C*3 以上一年內不得申報牙周病統合性治療 P4001C~P4003C。</p>	<p>齒齦下刮除術(含牙根整平術)</p> <p>Subgingival curettage (Rootplaning)</p> <p>—全口 fullmouth</p> <p>—1/2 顎 1/2arch</p> <p>— 局部 localized (3 齒以內)</p> <p>註：1. 每顆牙應詳細記載 6 個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一面囊袋超過 5mm (含)以上。</p> <p>2. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之 X 光片。</p> <p>3. 以象限區域為單位，當該象限需接受治療為 3 齒以內時，申報 91008C*1；當其需接受治療為 4 齒(含)以上時，申報 91007C*1，半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。</p> <p>4. 申報 91006C、91007C*3 以上一年內不得申報牙周病統合性治療 P4001C~P4003C。</p>	<p>1. 修訂註 1，明確說明測量之方式。</p> <p>2. 治療前 X 光片限咬翼片或根尖片。</p>

	會議決議	原支付表	說明
91014C	<p>牙周疾病控制基本處置</p> <p>註：1. 牙菌斑偵測及去除維護教導</p> <p>2. 需併同 91004C 實施</p> <p>3. 每 <u>360</u> 天限申報一次</p>	<p>牙周疾病控制基本處置</p> <p>註：1. 牙菌斑偵測及去除維護教導</p> <p>2. 需併同 91004C 實施</p> <p>3. 每 365 天限申報一次</p>	<p>修訂註 3，天數計算符合 91004C 半年一次</p>
91114C	<p>特殊牙周疾病控制基本處置</p> <p>註：1. <u>適用特定身心障礙</u>（限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特定身心障礙者牙醫醫療服務申報）、<u>化療、放射線治療患者</u></p> <p>2. 牙菌斑偵測及去除維護教導</p> <p>3. 90天可申報一次</p> <p>4. <u>需併同91104C 實施。</u></p>	<p>特殊牙周疾病控制基本處置</p> <p>註：1. 限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特定身心障礙者牙醫醫療服務申報</p> <p>2. 牙菌斑偵測及去除維護教導</p> <p>3. 90天可申報一次</p>	<p>健保局提案修訂，增加化療、放射線治療患者，以及需併同 91104C 實施</p>

## 新增項目 第四節 口腔顎面外科

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
<u>92069A</u> (新增)	<p>複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders</p> <p>註：</p> <p>一、本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中 2 項（含）以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。</p> <p>二、適應症：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 下顎運動最大張口距：小於 35mm。</li> <li>2. 終極試驗：大於 5mm 或小於 1mm。</li> <li>3. 顱顎關節雜音之聽診：單或雙側具彈響（clicking sound）或軋髮音（crepitus sound）。</li> <li>4. 顱顎關節區觸診：單或雙側有壓痛。</li> <li>5. 外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。</li> <li>6. 咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。</li> </ol> <p>三、一年內不得申報 92053A。</p>			V	V	7000

## 新增項目

## 第四節 口腔顎面外科

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
<u>92070A</u> (新增)	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整 Follow up examination and adjustment of special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註：1. 須先前有接受複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療者方得申報本項。 2. 咬合板臨床調整申報，180天內每30天得申報一次，180天後每60天得申報一次。			V	V	600

## 附表3.3.1

## 根管治療充填達根尖2mm申請給付原則

會議決議	原支付表	說明
一、 <u>申報</u> 本項應使用 <u>橡皮障</u> ，如未使用橡皮障做治療者不予給付。	一、本項給付自公告實施一年後，如未使用橡皮障做治療者不予給付。	修訂部份文字內容

### 附表3.3.3

### 牙醫相對合理門診點數給付原則

會議決議	原支付表	說明
<p>一、實施範圍定義：</p> <p>(一)醫療費用</p> <p>1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>2. 下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(1) 案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2) 加成之點數。</p> <p>(3) 牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。</p> <p>(4) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目。</p> <p>(5) 初診診察費差額(370 點)</p> <p>(6) 感染控制診察費差額(30 點)</p> <p>(7) 職災代辦案件(案件分類為 B6)</p> <p>(8) 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務</p> <p>(9) 山地離島診察費差額(20 點)</p> <p>(10) 牙醫急診診察費差額(248 點)</p> <p><u>(11) 牙周病統合照護計畫申報點數 (P4001C、P4002C、P4003C)</u></p>	<p>一、實施範圍定義：</p> <p>(一)醫療費用</p> <p>1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>2. 下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(1) 案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(2) 加成之點數。</p> <p>(3) 牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。</p> <p>(4) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目。</p> <p>(5) 初診診察費差額(370 點)</p> <p>(6) 感染控制診察費差額(30 點)</p> <p>(7) 職災代辦案件(案件分類為 B6)</p> <p>(8) 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務</p> <p>(9) 山地離島診察費差額(20 點)</p> <p>(10) 牙醫急診診察費差額(248 點)</p>	<p>新增不列入計算之條件：</p> <p>1. 「牙周病統合照護計畫申報點數 (P4001C、P4002C、P4003C)。」</p> <p>2. 兒童牙齒預防保健案件修訂為牙齒預防保健業於 99-3 支委會通過</p>



## 全民健康保險牙醫醫療 費用審查注意事項修訂項目

支付標準表和審查注意事項尚未公告，實施日期請依據健保局正式公告為準。

99年第4次支委會通過991123

	修訂內容	原審查注意事項	說明						
二	牙科治療項目如使用縮寫，依全聯會統一制訂之英文縮寫名稱表示，以利便捷整齊之病歷記載。 <table border="1" data-bbox="220 1193 689 1449"> <thead> <tr> <th>英文名稱</th> <th>英文縮寫</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Lower Bilateral</u></td> <td><u>LB</u></td> </tr> <tr> <td><u>Upper Bilateral</u></td> <td><u>UB</u></td> </tr> </tbody> </table>	英文名稱	英文縮寫	<u>Lower Bilateral</u>	<u>LB</u>	<u>Upper Bilateral</u>	<u>UB</u>	牙科治療項目如使用縮寫，依全聯會統一制訂之英文縮寫名稱表示，以利便捷整齊之病歷記載。	依據爭審會決議新增兩項目
英文名稱	英文縮寫								
<u>Lower Bilateral</u>	<u>LB</u>								
<u>Upper Bilateral</u>	<u>UB</u>								

	修訂內容	原審查注意事項	說明
九	為提昇審查效率，檢附之X光片，應每張分開以透明X光片袋裝妥， <u>一袋一片</u> 浮貼於病歷影本或處方明細表上，且X光片袋上勿貼有礙檢視之標籤。	為提昇審查效率，檢附之X光片，應每張分開以透明X光片袋裝妥浮貼於病歷影本或處方明細表上，且X光片袋上勿貼有礙檢視之標籤。	清楚說明X光片浮貼方式

	修訂內容	原審查注意事項	說明
十	<p>X光片應沖洗清晰可辨，<u>並有可辨上、下、左、右，正反面之記號</u>。數位X光機所列印之膠片尺寸大小應與一般相關X光片相符。不得以數位X光檔案列印於相片紙上送審。若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附X光片，其相關費用應予核減。若重覆補照X光片時，申復時應補上原送核之X光片，連同初審作比對。如係以數位化X光影像上傳作業之案件，申復時應附實體膠片。<u>非處置當日X光片，舉證時，X光片須記載拍攝日期。</u></p>	<p>X光片應沖洗清晰可辨，數位X光機所列印之膠片尺寸大小應與一般相關X光片相符。不得以數位X光檔案列印於相片紙上送審。若經兩位以上審查醫師會審確認仍無法判讀者，視同無檢附X光片，其相關費用應予核減。若重覆補照X光片時，申復時應補上原送核之X光片，連同初審作比對。如係以數位化X光影像上傳作業之案件，申復時應附實體膠片。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 修訂X光片辨識方式</li> <li>2. 新增非處置當日之X光片舉證方式</li> </ol>

	修訂內容	原審查注意事項	說明
二十	根管治療 (ENDO)：90001C ~90003C、90019C、90020C 應詳載牙齒位置、根管名稱及其根管治療操作長度 <u>(包含數字與單位 mm)</u> ，擴大號數 <u>(ISO instruments 經由 ADA 與 ISO 認定的標準尺寸大小)</u> 、充填材料…等。根管難症處理，應依各該根管詳細述明理由及病情並附充填前後 X 光片舉證，病歷應詳載 X 光片診斷或發現。個別根管若根管鈣化，未作 RCF 且未申報費用，不需記載操作長度及擴大號數。	根管治療 (ENDO)：90001C ~90003C、90019C、90020C 應詳載牙齒位置、根管名稱及其根管治療操作長度，擴大號數、充填材料…等。根管難症處理，應依各該根管詳細述明理由及病情並附充填前後 X 光片舉證，病歷應詳載 X 光片診斷或發現。個別根管若根管鈣化，未作 RCF 且未申報費用，不需記載操作長度及擴大號數。	依據全民健保爭議審議委員會 7 月 9 日 99 年 7 月臨時委員會討論事項辦理

	修訂內容	原審查注意事項	說明
三十	對於全部口腔潰瘍之病例不論採何種方式治療， <u>排除切片或手術切除送檢後</u> 一律以 92001C 或 92066C 給付。申報 92066C 嚴重口腔潰瘍病歷應記載病灶之數量與範圍，三天內視為同一療程，92001C 三十天內限申報二次。	對於全部口腔潰瘍之病例不論採何種方式治療，一律以 92001C 或 92066C 給付。三天內視為同一療程，92001C 三十天內限報二次，但特殊黏膜病變不在此限。申報 92066C 嚴重口腔潰瘍病歷應記載病灶之數量與範圍。	1. 調整文字順序 2. 刪除特殊黏膜病變不在 92001C 限制

	修訂內容	原審查注意事項	說明
四十八	主要處置需要之牙周囊袋測量記錄表須醫師簽名及加註檢查日期。時效：在進行牙周病緊急處置（91001C）以外之牙周病處置後，若欲再作進一步治療，皆須重新檢測囊袋，記錄表之時效最長不超過 <u>六</u> 個月。	主要處置需要之牙周囊袋測量記錄表須醫師簽名及加註檢查日期。時效：在進行牙周病緊急處置（91001C）以外之牙周病處置後，若欲再作進一步治療，皆須重新檢測囊袋，記錄表之時效最長不超過三個月。	經台灣牙周病醫學會建議改為六個月

## 健保申報注意事項

1. 申報91004C，請註明OHI，否則將遭直接核刪，例如：FM scaling & OHI。
2. 申報92001C，病歷除了註明部位 (LA, UA, LL, LR, UL, UR) 外，還須註明軟組織，例如：mucosa, lip, gingival...。
3. 口腔黏膜篩檢，每月、每診所請至少申報一筆，否則無法快速通關。
4. 申報01271C-01273C請注意，初診診察記錄視同病歷首頁，應於每次抽審時附上最近一次之初診記錄及相關X光片，如為連續抽審案件應載明於醫令清單上。
5. 審查注意事項第48條：牙周囊袋記錄表需有醫師簽名或蓋章，並需加註日期。
6. 抽審所附之x光片，請一袋一片，勿多片一袋，否則可以依法核刪。
7. 請各位醫師送審前，再將病歷檢查一下，以免被核刪之後，無法修改病歷再申復。

## 衛生署公告：執行牙科手術須簽手術與麻醉同意書

### (99)衛署醫字第字第0990265092號

主旨：醫療機構實施「人工牙根植入術」、「單純齒切除術(健保支付編號92015C)」、「複雜齒切除術(健保支付編號92016C)」，應依醫療法第63條規定辦理，請查照並轉知會員。

說明：一、醫療法第63條第1項規定：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽手術同意及麻醉同意書(如附件)，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」

二、近來接獲民衆投訴醫療糾紛案件顯示，牙科各類手術或侵入性治療，常因風險溝通與告知之形式未臻健全，導致眾多不必要之醫療爭議，因此，醫療機構實施包含旨揭之手術，應依醫療法第63條規定辦理。



### 三、病人之聲明

1. 我了解為順利進行牙科手術，我必預同時接受麻醉，以解除手術所造成之痛苦及恐懼。
2. 牙科醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。
3. 我已了解附註之麻醉說明書。
4. 針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我同意進行麻醉。

立同意書人簽名：

住址：

日期：      年      月      日

見證人：

日期：      年      月      日

關係：病患之

電話：

時間：      時      分

簽名：

時間：      時      分

### 附註：麻醉說明書

一、由於您的病情，牙科手術是必要的治療，而因為手術，您必需同時接受麻醉，除輔助手術順利施行外，可以使您免除手術時的痛苦和恐懼，並維護您生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，或全身麻醉，或區域麻醉，均有可能發生以下之副作用及併發症：

1. 對於已有或潛在性心臟血管系統疾病之病人而言，於手術中或麻醉後較易引起突發性急性心肌梗塞。
2. 對於已有或潛在性心臟血管系統或腦血管系統疾病之病人而言，於手術中或麻醉後較易發生腦中風。
3. 緊急手術，或隱瞞進食，或因腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行麻醉時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。
4. 對於特異體質之病人，麻醉可引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗）。
5. 由於藥物特異過敏或因輸血而引致之突發性反應。
6. 區域麻醉有可能導致短期或長期之神經傷害。
7. 其他偶發之病變。

二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

三、見證人部分，如無見證人得免填載。

## ○○醫院（診所） 牙科手術同意書

\* 基本資料

病人姓名 \_\_\_\_\_

病人出生日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病人病歷號碼 \_\_\_\_\_

牙科手術負責醫師姓名 \_\_\_\_\_

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：

2. 建議手術名稱：

3. 建議手術原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經盡量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
- 手術併發症及可能處理方式
- 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
- 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
- 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

(1) .....

(2) .....

(3) .....

牙科手術負責醫師簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

# Zen

為醫師和病患創造舒適的環境；先進的設備不僅讓醫師在使用時能得心應手地解決病患的問題。

優雅的外觀、體貼的設計；更能讓您的患者放心地接受您細心的治療計劃；更能輕易的搭配您的診療空間，來展現您最佳的醫療效率與專業。



## 椅子背靠舒適性

特別的設計的椅背及座墊，讓您的看診椅位，成為正確、舒適的操作姿勢。椅座系統符合人體工學，向前或向後調整時產生連動，提高患者舒適度。厚實的座椅墊，增加因需長時間手術時的舒適性。

## 椅子鑄造、油壓結構安全、穩定、耐用



中心軸式旋轉大臂提供更具彈性且便利的工作方式，以達到不同的治療需求。



無大臂設計，可取代推車型的大診間需求，讓患者無壓迫感，舒適自在的享受您的診療計劃。



## 椅子升降安全性

當椅座下降時輕壓任何異位，安全裝置即刻啟動，並馬上自動微彈上升、停止下降，以達治療中安全需求。



### 豪華選配 (OPTION ACCESSORIES)

<p>外接式藥水瓶系統</p>	<p>溫水加熱裝置</p>	<p>中央型真空吸唾機</p>	<p>內置洗牙機</p>
<p>大型看片燈</p>	<p>15" 液晶電視系統</p>	<p>磁伸型 CAVITRON Type</p>	<p>磁電型 EMS Type</p>
<p>光纖高速手機系統</p>	<p>NSK Type</p>	<p>KAVO Type</p>	<p>光纖手機系統</p>
			<p>磁電型 SATALIC Type</p>

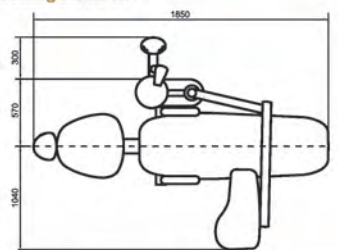
### 標準配備 (STANDARD ACCESSORIES)

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| 1. AIR TURBINE HANDPIECE | 2 組 |
| 2. AIR MOTOR HANDPIECE   | 1 組 |
| 3. 3-WAY SYRING          | 2 組 |
| 4. OPERATION LIGHT       | 1 組 |
| 5. AUTO WATER SUPPLY     | 1 組 |
| 6. SALIVA EJECTOR        | 1 組 |
| 7. HIGH POWER SUCTION    | 1 組 |
| 8. FOOT CONTROL PEDAL    | 1 組 |
| 9. DR. STOOL             | 1 組 |

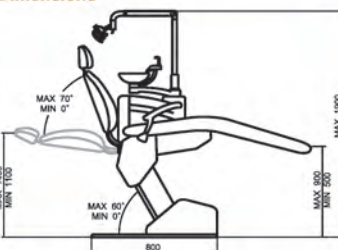
### 產品基本技術參數表

- |              |                   |
|--------------|-------------------|
| 1. 工作電壓      | AC 110V/220V ±10% |
| 2. 工作電流      | 0.08AMP-1.55AMP   |
| 3. 電壓頻率      | 50HZ / 60HZ       |
| 4. 工作氣壓      | 4-5.5Pa           |
| 5. 工作水壓      | 1.5-3.5Pa         |
| 6. 座椅升降油壓缸負載 | MAX 450 KG        |
| 7. 靠背升降油壓缸負載 | MAX 250 KG        |

### Setting Position



### Dimensions





### 可拆式漱口盆

圓形造型無死角，清潔消毒更容易。可以旋轉90°的漱口盆，貼心的為老人、兒童解決漱口問題。



### 多功能助手盤

多角度旋轉並附置物盤及椅子控制功能，可作近180°移動，方便助理人員協助治療。



### 無感應裝置漱口杯

連動椅位控制，無紅外線及重量控制的零件消耗更換困擾，無死角消毒清潔更容易。



### 5位可旋轉手機掛架

方便醫師臨床操作，助理更容易清潔、消毒。



### 特殊設計手機掛架

錐狀深溝槽掛架，不易造成手機掉落。



### 超大的工具盤

搭配您的需求，不論是手術、植牙、矯正，讓您更具靈活及實用性。



### 多功能面板

完美的直覺操控，可微調椅位，並有3個記憶椅位、漱口位、“O”及“LP”歸位鍵等。

美學 / 舒適 / 實用

Color :

No. 95

No. 96

No. 6042

No. 94

No. 97

極緻工藝 完善售後

Zen 成就完美

No. 913

No. 91

專業經銷商：

No. 90

No. 99

INOHARA  
INTERNATIONAL CO., LTD.

井原國際有限公司  
Energy Expertise Innovation

320桃園縣中壢市中正路582號  
No. 582, Zhongzheng Rd.,  
Zhongli City, Taoyuan County,  
Taiwan, R.O.C.

TEL : 886-3-492-2080

FAX : 886-3-401-5906

E-mail : kusaldental@seed.net.tw



### 三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我  同意  不同意 輸血。
5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
7. 我瞭解這個手術可能是目前最適當的選擇，但是這個手術無法保證一定能改善病情。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：

關係：病患之

住址：

電話：

日期：      年      月      日

時間：      時      分

-----

見證人：

簽名：

日期：      年      月      日

時間：      時      分

### 附註：

#### 一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

三、見證人部分，如無見證人得免填載。