

公 / 告 / 特 / 區

桃園縣牙醫師公會

【公告一】

針對以PACS上傳X光片之院所

主旨：函請貴會轉知所屬會員有關本會重要決議事項，詳如說明段，敬請周知會員，請查照。

說明：

- 一、依據第7屆第15次「全民健保牙醫門診總額北區執行委員會」會議決議辦理。
- 二、依據99年度牙醫門診總額滿意調查結果，本區『約診或就診容易度』為46.0%，為全國六區最後一名。敬請貴會轉知會員於病患約診時請盡量提供服務，滿足病患需求。

針對以PACS上傳X光片之院所，請貴會轉知會員於每次送審時檢附『案件查詢結果的畫面』（需有受理編及狀態為已受理）。另請於醫令清單左上角以紅筆註明「受理編號」，俾利專業審查。

(100)北聯牙憲字第084號 100.5.10

【公告二】

「弱勢兒童臼齒窩溝封劑服務補助方案」

主旨：函轉行政院衛生署有關函，關於「弱勢兒童臼齒窩溝封劑服務補助方案」之相關事宜，詳如附件，敬請周知會員協助辦理，請查照。

(牙全輝字第3418號) 100.5.9



(03) 4229450 劉小姐 (03) 4271712 張小姐

弱勢兒童臼齒窩溝封劑服務補助方案 (附件)

壹、計畫依據

依據口腔健康法第八條第一項第二款規定，直轄市、縣(市)主管機關應加強推展之兒童口腔保健措施之規定，行政院衛生署口腔醫學委員會於98年3月10日第3屆第5次會議討論兒童臼齒窩溝封劑服務案，並獲決議通過規劃執行「兒童臼齒窩溝封劑服務補助方案」。

貳、背景說明

齲齒是台灣地區兒童口腔中最常見且嚴重的疾病，依據95年調查顯示，12歲兒童恆牙齲蝕指數(DMFT index)為2.58顆，距離WHO 2010年時12歲兒童齲蝕指數小於2顆之口腔保健目標，仍有努力空間。許多研究指出齲齒的問題與社會經濟地位及醫療服務可近性相關。因此，擬針對經濟及醫療服務不平等的兒童採取特別的口腔保健措施。

目前國小學童雖已實施含氟漱口水計畫，但氟化物對牙齒咬合面的溝隙蛀牙預防效果並不明顯，而運用窩溝封劑可降低牙齒咬合面57%的齲齒率，因此，世界各國口腔保健政策包括美國、日本、加拿大、韓國、新加坡、香港、紐、澳、英國及北歐各國皆極力提倡窩溝封劑，其中，美國健康21於2010年之目標，6-8歲兒童至少50%以上能使用窩溝封劑，且依據科克蘭文獻資料庫對於窩溝封劑實證研究等級為I(最高等級)，推薦方式為A(優先推薦)；本局為縮小兒童口腔健康狀況與國際差距，辦理兒童臼齒窩溝封劑服務，並委託中央健康保險局辦理。

參、計畫內容

一、提供兒童第一大臼齒窩溝封劑服務，其補助對象、金額及提供服務點：

(一) 補助對象、金額及提供服務點：

代碼	就醫序號	補助對象	補助金額	備註
83	1c83	山地鄉： 1.國小一、二年級學童。 3.健保局特約牙科醫療院所之牙醫師至山地鄉國小提供服務。 4.山地鄉學童需攜帶健保卡到學校接受服務，並由學校人員及施作醫師共同填寫山地鄉兒童臼齒窩溝封劑(sealant)執行表，施作後由學校及施作醫師各留存乙份，並由施作醫師向健保局申請經費。 5.未能攜帶健保卡施作醫師需填具學童病歷及醫令清單向健保局申請經費。	470元/1顆， 最多4顆	服務項目： 第一大臼齒窩溝封劑 案件分類： A3(預防保健)
82	1c82	非山地鄉： 1.國小低收入戶一年級學童 2.學童持「非山地鄉學童臼齒窩溝封劑施作通知單」及健保卡至健保局特約之牙科醫療院所接受服務。	400元/1顆， 最多4顆	服務項目： 第一大臼齒窩溝封劑 案件分類： A3(預防保健)

備註：每位學童每顆恆牙之第一大臼齒補助一次為限，不得向學童額外收費(不包括掛號費)。

(二) 山地鄉係參照行政院原住民族委員會所定下列30個鄉：台北縣烏來鄉、桃園縣復興鄉、新竹縣尖石鄉、五峰鄉、苗栗縣泰安鄉、台中縣和平鄉、南投縣信義鄉、仁愛、嘉義縣阿里山鄉、高雄縣桃源鄉、三民鄉、茂林鄉、屏東縣三地門鄉、瑪家鄉、霧台鄉、牡丹鄉、來義鄉、泰武鄉、春日鄉、獅子鄉、台東縣達仁鄉、金峰鄉、延平鄉、海端鄉、蘭嶼鄉、花蓮縣卓溪鄉、秀林鄉、萬榮鄉、宜蘭縣大同鄉、南澳鄉。

二、參與院所資格：

健保局特約牙科醫療服務機構皆能辦理兒童窩溝封劑服務。

肆、預期效益：

縮小兒童口腔健康不平等狀況，降低兒童的齲齒率，以減少後續民眾牙科就醫之負擔。

(附表一)

山地鄉學童白齒窩溝封劑 (sealant) 執行表

學校名稱：

小學 院所名稱及代號：

編號	學童姓名	生日 (年/月/日)	性別	牙齒狀況與處置方式 (請見「填寫之代碼與說明」)								服務醫師 簽名	施作日期 (年月日)
				16		26		36		46			
				狀況	處置	狀況	處置	狀況	處置	狀況	處置		
範例	陳x國	92/12/01	男	1	N	2	S	5	S	7	N		98/12/20

(一)填寫之代碼與說明：學生基本資料請學校填寫，餘由施作醫師填寫。

(1)牙齒狀況代碼		(2)處置代碼
尚未萌出	0	S：施作sealant N：未施作sealant
部分萌出	1 咬合面未露出，完好。	
	2 咬合面已露出，完好。	
	3 已蛀蝕(decayed)	
	4 已填補(filled)	
完全萌出	5 完好。	
	6 已蛀蝕(decayed)	
	7 已填補(filled)	
缺牙或已拔除	X(missing)	

(二)施作窩溝封劑之Indications：山地鄉國小一年級學生之恆牙第一大臼齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。

(三)施作設備(請✓選)： 牙科治療椅 攜帶型牙科治療器具

(四)學校人員：_____ 簽名 聯絡電話：_____ 學校印章

附表二

非山地鄉學童白齒窩溝封劑施作通知單

國小學童白齒窩溝封劑計畫

施作通知單 (施作當次請蓋章註記)

_____ 國小 (右邊請蓋學校章)

姓名：_____ 性別：男 女

出生：_____年_____月_____日

學校電話：_____

施作單位：_____

施作醫師：_____

註：學生基本資料請學校填寫

教育部 國民健康局 祝您健康

第一聯：請牙科醫療院所妥善保存

16		26	
狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼
46		36	
狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼

填寫之代碼說明與Indications：

(1)牙齒狀況代碼

尚未萌出

0

1 咬合面未露出，完好。

2 咬合面已露出，完好。

3 已蛀蝕(decayed)

4 已填補(filled)

5 完好。

6 已蛀蝕(decayed)

7 已填補(filled)

缺牙或已拔除 X(missing)

(2)處置代碼

S：施作sealant

N：未施作sealant

(2)施作窩溝封劑之
Indications

一年級學生之恆牙第一大臼齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者

國小學童白齒窩溝封劑計畫

施作通知單 (施作當次請蓋章註記)

_____ 國小 (右邊請蓋學校章)

姓名：_____ 性別：男 女

出生：_____年_____月_____日

學校電話：_____

施作單位：_____

施作醫師：_____

註：學生基本資料請學校填寫

教育部 國民健康局 祝您健康

第二聯：請學童交回學校健康中心妥

善保存

16		26	
狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼
46		36	
狀況代碼	處置代碼	狀況代碼	處置代碼

填寫之代碼說明與Indications：

(1)牙齒狀況代碼

尚未萌出

0

1 咬合面未露出，完好。

2 咬合面已露出，完好。

3 已蛀蝕(decayed)

4 已填補(filled)

5 完好。

6 已蛀蝕(decayed)

7 已填補(filled)

缺牙或已拔除 X(missing)

(2)處置代碼

S：施作sealant

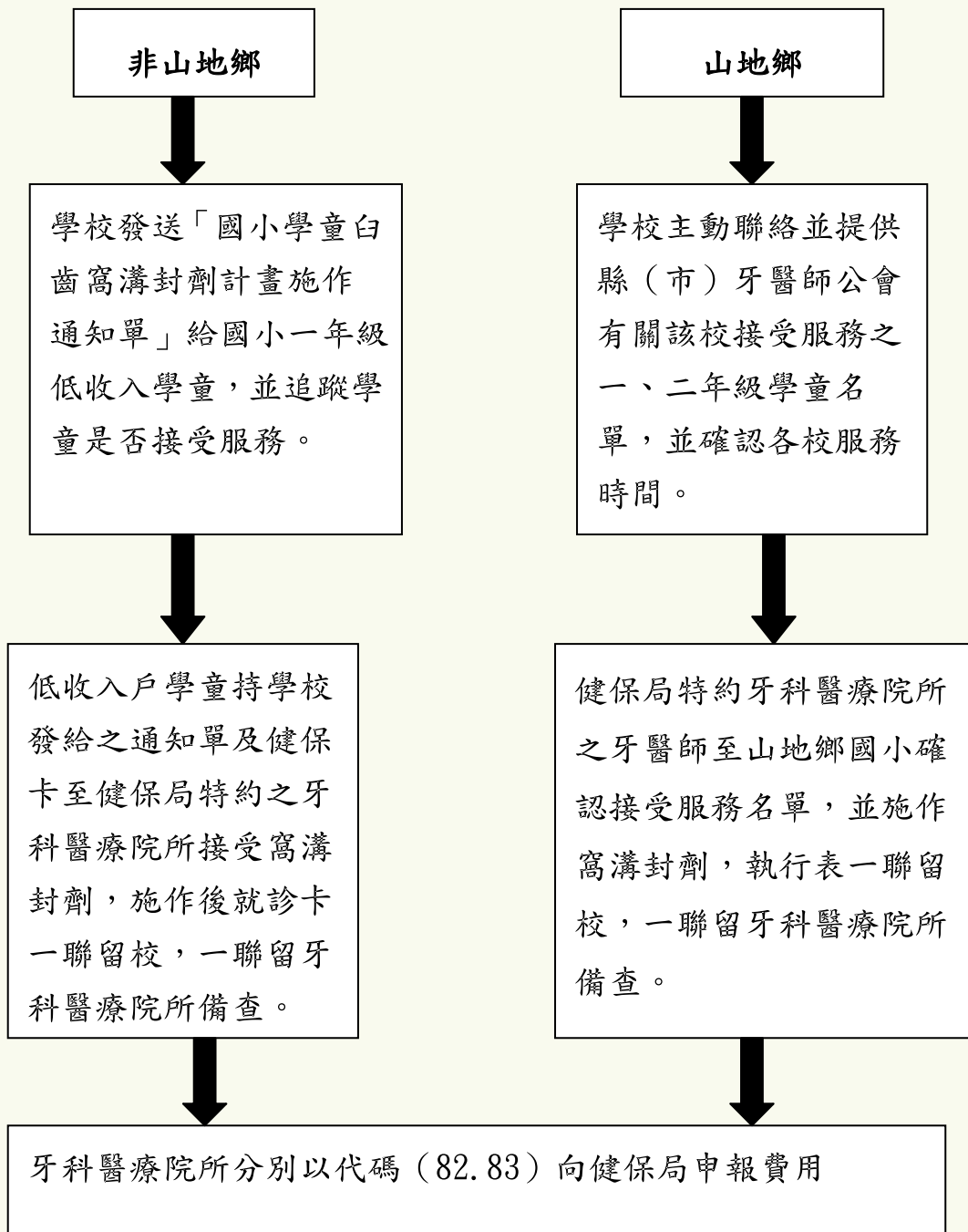
N：未施作sealant

(2)施作窩溝封劑之
Indications

一年級學生之恆牙第一大臼齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者

附表三

弱勢兒童窩溝封劑 (sealant) 办理流程



【公告三】

「醫師責任險訊息」

近年來由於病患意識高漲，而衍生出許多醫療糾紛案，經詢問四家保險業者有關醫師業務責任保險報價明細如后，提供會員參考：**本報價僅限本會會員參考。**

醫責險公司	每一事故體傷死亡	累積最高賠償限額	年繳保險費	自負額
華南產物保險(股)公司	\$1,000,000	\$2,500,000	\$2,400	
國泰人壽	\$1,000,000	\$2,500,000	\$3,332	損失之10% 最低\$5000
台灣人壽	\$1,000,000	\$2,500,000	\$3,000	

新安東京海上產物保險

保險金額

(單位新台幣)

承保範圍		醫師業務責任	醫療機構綜合責任保險
公共意外責任	每一個人體傷責任保險金額	/	100萬
	每一事故體傷責任保險金額		400萬
	每一事故財物損失責任保險金額		100萬
	公共意外責任之最高賠償金額		1000萬
自負額		2500	
醫師過失責任	每一事故體傷責任之保險金額	100萬	100萬
	本保險契約醫療過失責任之最高賠償金額	250萬	250萬
	自負額	損失金額之10%且最低為\$5,000	
保險費	基本保險費(含每一位醫師)	5,500	8,000
	增加一位醫師保險費	/	3,000

檢附本會醫師責任險投保狀況問卷調查表如后，煩請各會員撥冗填寫後，回傳至本會，感謝您的配合~~

**社團法人桃園縣牙醫師公會
100年醫師責任險投保狀況問卷調查表**

醫師姓名	有否投保醫師責任險	保障內容：保額：_____萬	保險到期日：_____
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 沒有自負額 <input type="checkbox"/> 有自負額：_____萬	保費：_____元
開/執業	是否有意參加上列業者提供之醫師責任險		連絡電話
	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有：_____公司		

註1.煩請將回執單填寫後，於七月十五日前以傳真方式(03)4229451回傳至本會。

2.如有任何疑問，歡迎來電洽詢，洽詢專線：(03)4229450；4271712 劉小姐、張小姐。

社團法人桃園縣牙醫師公會 福利委員會 2011.05.31啓