

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路420號10樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：施奕含 (02)25000133 轉 263
電子郵件信箱：yihan@cda.org.tw

收文日期	110.2.19
編 號	4256

受文者：詳如正、副本

發文日期：中華民國110年2月9日

發文字號：牙全棟字第00862號

速別

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：函轉衛生福利部中央健康保險署公告，「110年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，自110年1月1日起生效，詳如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署110年2月9日健保醫字第1100001363號公告辦理。請各縣市牙醫師公會周知所屬會員。
- 二、方案公告內容已建置於本會網站<http://www.cda.org.tw/>新聞資訊/最新消息 中供下載使用暨中央健康保險署網站中健保法令公告 <http://www.nhi.gov.tw> 查詢
- 三、請各巡迴醫療團確實填寫110年申請書(如附件一)，申請書內提報之巡迴點，均須提供固定式治療椅照片證明具有此設備，如無固定式治療椅則要備註說明，本會將列入110年度申請審核之評估要件，並於110年2月26日(星期五)前送達紙本與電子檔各乙份至本會(電子檔請寄至承辦人信箱：yihan@cda.org.tw)。
- 四、請各執業醫師於110年2月26日(星期五)前填妥簡式申請書(如附件二)送達至本會。

正本：各縣市牙醫師公會、各巡迴醫療團(僅含附件一)、各執業醫師(僅含附件二)

副本：牙醫門診醫療服務6區審查分會

牙醫全聯會
核對章(266)

理事長 王棟源

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療
服務審查執行會 主委 決行

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴服務計畫 申請書

- 一、申請單位(_____醫療團)： (公會、分會、教學醫院)
- 二、負責醫師：
- 三、其他相關醫師：
- 四、聯絡電話：()
- 五、聯絡地址：□□□□
- 六、巡迴點資訊

巡迴縣市	鄉鎮區	學校/巡迴 點名稱	地址	人數	醫療費用	巡迴期間

合計學校/巡迴點數： 總人數 總經費

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區 巡迴服務計畫計畫書內容

- 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牙醫醫療服務使用狀況、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、身分證統一編號、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，A4 版面，由左而右，由上而下，
(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。