



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 115 年第 3 次研商議事會議

115 年 8 月 25 日（星期二）
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

115 年第 3 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

PDF 頁碼

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1	10
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1	11
三、115 年第 1 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1	31
四、114 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告案。	報 4-1	70

肆、討論事項

PDF 頁碼

一、「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」稽核院所雲端藥歷查詢方式,請討論案。	討 1-1	86
--	-------	----

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

115 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 5 月 26 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：張副署長禹斌

紀錄：張容慈

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表俊凱	王俊凱	陳代表少卿	楊育珊(代)
余代表建宏	余建宏	陳代表世岳	陳世岳
余代表政明	余政明	陳代表建富	陳建富
吳代表迪	吳迪	陳代表淑華	陳淑華
吳代表志浩	吳志浩	游代表竣傑	游竣傑
吳代表享穆	李秉浩(代)	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表明彥	林佩菽(代)	楊代表文甫	楊文甫
吳代表健民	吳健民	葉代表育敏	葉育敏
李代表麟揚	李麟揚	詹代表明興	詹明興
林代表俊彬	林俊彬	劉代表林義	劉林義
林代表鎰麟	林鎰麟	蔡代表欣原	蔡欣原
邱代表昶達	邱昱瑋(代)	蔡代表建宗	徐慧伊(代)
洪代表榮杰	洪榮杰	蔡代表爾輝	蔡爾輝
范代表景章	溫致群(代)	蔡代表蕙如	蔡蕙如
徐代表邦賢	徐邦賢	鄭代表力嘉	鄭力嘉
翁代表德育	翁德育	簡代表志成	簡志成
許代表慧瑩	許慧瑩	羅代表界山	羅界山
連代表新傑	連新傑	蘇代表主榮	蘇主榮

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、方嘉昀
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙全會)	曾士哲、劉振聲、許家禎 邵格蘊、李莉君
中華民國藥師公會全國聯合會	張智凱
台灣醫院協會	楊智涵、申哲
本署醫審及藥材組	賴秋伶、陳力瑄
本署醫務管理組	黃珮珊、林右鈞、賴彥壯 洪于淇、陳依婕、黃瓊萱 張祐禎、李珮芳、李羿萱
本署臺北業務組	宋兆喻*、邱玲玉*、徐慕容*
本署北區業務組	楊淑娟*、方亞芸*、廖智強* 林耿揚*
本署中區業務組	楊惠真*、林裕能*、戴秀容* 柯依鳳*、周宛儀*、廖錦善*
本署南區業務組	賴大年*、賴文琳*、林聖哲* 盧靜宜*、高宜聲*、秦莉英* 李昕璇*、李岳勳*、劉乃慈* 胡瓊文*
本署高屏業務組	陳淑惠*、李金秀*、黃皓綱*、 吳孜威*
本署東區業務組	劉翠麗*、鄭婷婷*、高慶翔* 張瑩媛*

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：項次 1-4 均解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、114 年第 4 季各分區一般服務點值確認如下：

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.99590074	0.98216392
北區	1.07735755	1.05749692
中區	1.05311362	1.04905699
南區	1.09125182	1.08639763
高屏	1.06760402	1.06633813
東區	1.15185069	1.15000000
全區	1.03286264	1.03257858

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：確認114年第4季牙醫門診總額點值結算，餘洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂「115年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，請討論案。

決議：

- 一、本案修訂通過(附件1)，修訂重點為特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報不予加成項目，新增1項「週日及國定假日牙醫門診處理」(支付標準編號92133C)。
- 二、本案依程序提案至全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第二案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」預期效益之評估指標監測值，請討論案。

說明：本計畫預期效益之評估指標如下：

- 一、指標1：降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。
- 二、指標2：減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險。
- 三、指標3：服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報P3601C前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

- 一、指標1分子由「其他牙醫院所/醫院就診」修正為「牙醫診所/醫院(自家+他家)就診」，並以113年數據(指標1.1:0.4351%；指標1.2:0.0024%)為監測值。

二、指標3維持原定義，監測值為指標3.2低於指標3.1。

三、有關牙全會建議修訂指標名稱一節，因與115年總額協定事項不合，爰不予修正，惟本署會協助試算，並提供評核會議或總額協商參考。

伍、臨時動議：

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關牙醫院所至矯正機關提供牙醫服務所遇困難，請討論案。

決議：因應牙全會訂於115年6月1日拜會法務部矯正署，請本署各分區業務組協助調查現行牙醫院所至矯正機關提供牙醫服務所遇困難與具體建議，彙整後提供該會參考。

陸、散會：下午3時8分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 3 項，擬解除列管計 2 項，繼續列管計 1 項。

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	115_2_討 (1): 修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。	一、本案修訂通過，修訂重點為特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報不予加成項目，新增 1 項「週日及國定假日牙醫門診處理」(支付標準編號 92133C)。 二、本案依程序提案至全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。	【總額科】 本案業經 115 年 6 月 25 日支付標準共擬會議 115 年第 2 次會議報告通過，並於 115 年 7 月 30 日以健保醫字第 1150663284 號函報衛生福利部通過，擬據以辦理公告事宜。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
2	115_2_討 (2): 修訂「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」預期效益之評估指標監測值。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、指標 1 分子由「其他牙醫院所/醫院就診」修正為「牙醫診所/醫院(自家+他家)就診」，並以 113 年數據(指標 1.1：0.4351%；指標 1.2：0.0024%)為監測值。 二、指標 3 維持原定義，監測值為指標 3.2 低於指標 3.1。	【總額科】 本計畫預期效益之評估指標監測值已提至 115 年 7 月 29 日全民健康保險會 115 年第 6 次委員會報告通過。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	115_2_臨時 動議：有關牙醫院所至矯正機關提供牙醫服務所遇困難案。	因應牙全會訂於 115 年 6 月 1 日拜會法務部矯正署，請本署各分區業務組協助調查現行牙醫院所至矯正機關提供牙醫服務所遇困難與具體建議，彙整後提供該會參考。	本署業於 115 年 5 月 29 日彙整各分區業務組提供資料，並以電子郵件提供牙全會參考。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

決定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案 由：牙醫門診總額執行概況報告案（詳附件）。

決 定：

牙醫門診總額 【執行概況報告】

行政院衛生福利部
中央健康保險署



1

大綱

- 01 115年第2季點值預估
- 02 115年第2季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 115年第1季牙醫總額各計畫及專款執行情形

2

115年第2季點值預估

01 點值預估假設

02 115年第2季點值預估

3

點值預估假設



1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子採前1年同期結算報表值。
3. 預算攤月以114年同期之申報資料分別計算週日、週六、國定假日及工作日回攤115年得出每季各月之費用占率。
4. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採114上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

4

115年第2季點值預估



115年【牙醫門診總額】就醫分區點值推估

月份	就醫分區	牙醫總額 預算 (百萬)	新增醫藥 分業地區 (百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第2季	臺北	4,652	0	43	4,899	0.9260	0.9412
	北區	2,088	0	18	2,024	1.0055	1.0228
	中區	2,261	0	20	2,233	0.9984	1.0036
	南區	1,558	0	14	1,471	1.0422	1.0497
	高屏	1,716	0	13	1,644	1.0318	1.0353
	東區	237	0	2	202	1.1639	1.1599
	合計	12,513	0	110	12,473	0.9943	0.9944

註：114Q2結算全國浮動點值為1.0138、平均點值為1.0137

5

115年第2季牙醫總額醫療供給及利用概況

6

牙醫診所數【分區別】



◆ 111年6月-115年6月

115年6月牙醫診所數7,003家，成長率0.3%。各分區以臺北成長率0.6%最高。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111年6月	2,635	911	1,315	815	1,007	111	6,794	0.35%
112年6月	2,673	937	1,335	812	1,002	109	6,868	1.09%
113年6月	2,681	952	1,347	823	1,005	109	6,917	0.71%
114年6月	2,714	975	1,354	831	997	110	6,981	0.93%
115年6月	2,730	980	1,353	829	1,002	109	7,003	0.32%
增減家數	16	5	-1	-2	5	-1	22	
成長率	0.6%	0.5%	-0.1%	-0.2%	0.5%	-0.9%	0.3%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

7

牙醫師執業數【分區別】



◆ 111年6月-115年6月

115年6月牙醫師執業人數16,945人，成長率1.7%。各分區以中區成長率2.3%最高。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111年6月	6,548	2,255	2,814	1,677	2,220	213	15,727	1.7%
112年6月	6,655	2,326	2,888	1,709	2,249	216	16,043	2.0%
113年6月	6,745	2,385	2,957	1,768	2,252	221	16,328	1.8%
114年6月	6,835	2,480	3,056	1,809	2,257	218	16,655	2.0%
115年6月	6,950	2,521	3,125	1,825	2,303	221	16,945	1.7%
增減人數	115	41	69	16	46	3	290	
成長率	1.7%	1.7%	2.3%	0.9%	2.0%	1.4%	1.7%	

註：增減牙醫師人數及成長率係與前一年同期比較。

8

牙醫師執業數【層級別】



◆ 111年6月-115年6月

115年6月牙醫師執業人數以基層最多(16,945人)；成長率以區域醫院7.3%最高。

年月	牙醫師數					成長率			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫
111年6月	1,200	795	280	15,727	18,002	-0.1%	-0.4%	7.7%	1.7%
112年6月	1,194	788	264	16,043	18,289	-0.5%	-0.9%	-5.7%	2.0%
113年6月	1,290	666	254	16,328	18,538	8.0%	-15.5%	-3.8%	1.8%
114年6月	1,319	648	256	16,655	18,878	2.2%	-2.7%	0.8%	2.0%
115年6月	1,354	695	229	16,945	19,223	2.7%	7.3%	-10.5%	1.7%
增減人數	35	47	-27	290	345				

註：增減牙醫師人數及成長率係與前一年同期比較。

9

就診牙醫人數【分區別】



◆ 115年第2季

單位：千人

115Q2就診牙醫人數560.6萬人，成長率3.2%。各分區以北區成長率4.1%最高。

年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111Q2	1,480	682	879	580	689	69	4,348	11.7%
112Q2	1,812	814	1,017	658	792	83	5,137	18.2%
113Q2	1,871	847	1,044	673	811	84	5,293	3.0%
114Q2	1,917	872	1,071	689	830	86	5,430	2.6%
115Q2	1,975	908	1,112	709	850	90	5,606	3.2%
增減人數	58	36	40	20	19	4	176	
成長率	3.0%	4.1%	3.8%	2.8%	2.3%	4.1%	3.2%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

10

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 115年第2季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	342	4.4%	3.8%	611,744	8.1%	4.3%	1,789	3.6%
2區域醫院	267	9.8%	3.0%	488,888	13.6%	3.4%	1,831	3.4%
3地區醫院	113	-7.2%	1.3%	192,453	-6.0%	1.4%	1,701	1.3%
4基層診所	8,320	2.0%	92.0%	12,747,210	5.0%	89.7%	1,532	3.0%
5交付機構	-	-	-	169,657	0.6%	1.2%	-	-
合計	9,042	2.1%		14,209,952	5.2%		1,572	3.0%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：本表以各醫院115年6月當下之層級歸類。

11

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 115年第2季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	3,168	2.1%	1,975	3.0%	1.60	-0.9%	4,941,735	4.4%	1,560	2.2%
北區	1,453	3.4%	908	4.1%	1.60	-0.7%	2,288,903	6.0%	1,575	2.5%
中區	1,756	2.6%	1,112	3.8%	1.58	-1.1%	2,843,902	6.1%	1,619	3.3%
南區	1,143	1.2%	709	2.8%	1.61	-1.6%	1,798,881	5.1%	1,574	3.9%
高屏	1,374	0.9%	850	2.3%	1.62	-1.4%	2,075,998	4.7%	1,511	3.8%
東區	147	3.7%	90	4.1%	1.61	-0.3%	260,534	8.6%	1,772	4.7%
合計	9,042	2.1%	5,606	3.2%	1.61	-1.1%	14,209,952	5.2%	1,572	3.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

12

115年第2季醫療服務供給 & 利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (115年6月)	2,730	980	1,353	829	1,002	109	7,003
成長率	0.6%	0.5%	-0.1%	-0.2%	0.5%	-0.9%	0.3%
醫師數 (115年6月)	6,950	2,521	3,125	1,825	2,303	221	16,945
成長率	1.7%	1.7%	2.3%	0.9%	2.0%	1.4%	1.7%
人口數 (千)	7,422	3,940	4,538	3,228	3,596	519	23,244
人口數 (成長率)	-0.60%	0.14%	-0.35%	-0.65%	-0.62%	-0.79%	-0.44%
每位醫師照護人口數	1,068	1,563	1,452	1,769	1,561	2,349	1,372
每萬人口醫師數	9.36	6.40	6.89	5.65	6.41	4.26	7.29
申報件數 (千)	3,168	1,453	1,756	1,143	1,374	147	9,042
成長率	2.1%	3.4%	2.6%	1.2%	0.9%	3.7%	2.1%
申報醫療費用 (百萬)	4,942	2,289	2,844	1,799	2,076	261	14,210
成長率	4.4%	6.0%	6.1%	5.1%	4.7%	8.6%	5.2%
平均每件申報醫療費用點數	1,560	1,575	1,619	1,574	1,511	1,772	1,572
成長率	2.2%	2.5%	3.3%	3.9%	3.8%	4.7%	3.0%

註1：人口數來源為115年6月戶政統計，成長率為較114年同期相較。

註2：診所家數及醫師數成長率係與前一年同期比較。

註3：不含代辦案件，資料期間為115年4-6月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較

13

115年第2季費用成長因素



- ❖ 整體醫療點數成長(5.2%)，東區成長(8.6%)最高。
- ❖ 就醫件數：全區成長(2.1%)，東區成長(3.7%)最高。
- ❖ 就醫人數：全區成長(3.2%)，北區及東區成長(4.1%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-1.1%)，南區負成長(-1.6%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(3.0%)，東區成長(4.7%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(1.9%)，東區成長(4.4%)最高。

分區別	醫療點數	就醫件數	就醫人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	4.4%	2.1%	3.0%	-0.9%	2.2%	1.3%
北區	6.0%	3.4%	4.1%	-0.7%	2.5%	1.8%
中區	6.1%	2.6%	3.8%	-1.1%	3.3%	2.2%
南區	5.1%	1.2%	2.8%	-1.6%	3.9%	2.3%
高屏	4.7%	0.9%	2.3%	-1.4%	3.8%	2.4%
東區	8.6%	3.7%	4.1%	-0.3%	4.7%	4.4%
全區	5.2%	2.1%	3.2%	-1.1%	3.0%	1.9%

註：

1：資料來源：本署多模型健保資料平台：門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算(115.08.10擷取)

2：件數：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。

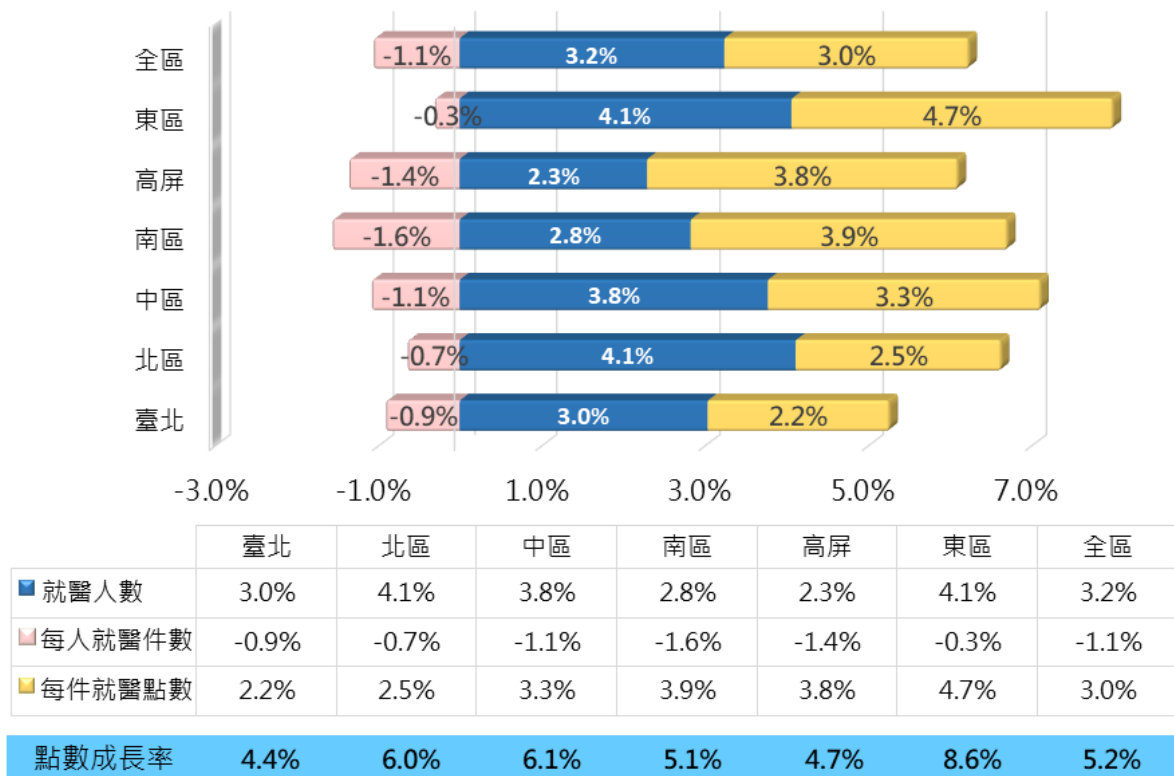
3：人數：依身分證號與生戶計數。

4：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。

5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

14

115年第1季整體費用分析解構圖



15

115年第1季牙醫總額各計畫及專款執行情形

16

115年第1季牙醫專款計畫執行情形



- ◆ 醫療資源不足地區改善方案：預算執行率21.4%。
- ◆ 牙醫特殊醫療服務計畫：預算執行率23.8%。
- ◆ 青少年口腔提升照護試辦計畫：預算執行率21.39%。
- ◆ 超音波根管沖洗計畫：預算執行率19.16 %
- ◆ 高風險疾病口腔照護計畫：預算執行率23.55 %
- ◆ 特定疾病病人牙科就醫安全計畫：預算執行率21.85 %
- ◆ 非齒源性口腔疼痛處置：預算執行率17.76 %

17

一般服務移撥專用相關預算執行情形



115年第1季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算	結餘款
移撥中區0.2億元、高屏0.1億元	7,500	-	-	-	7,500	30,000	22,500
執行率	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	-	-
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	44,390	-	-	-	44,390	270,000	225,610
執行率	16.4%	0.0%	0.0%	0.0%	16.4%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	18,022	-	-	-	18,022	80,000	61,978
執行率	22.5%	0.0%	0.0%	0.0%	22.5%	-	-
合計	69,912	0	0	0	69,912	380,000	310,088

註：移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

18

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



115年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					323,800	
1.執業服務之定額給付(論量)	19,125	-	-	-	19,125	28%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,076	-	-	-	3,076	4%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	-		
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.2	-	-	-	0.2	0.0003%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,702	-	-	-	4,702	7%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	-		
7.巡迴服務_論次給付(論次)	38,632	-	-	-	38,632	56%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	-	-	-	2.5	0.004%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,742	-	-	-	3,742	5%
暫結金額	69,281	-	-	-	69,281	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	80,950	92,619	173,569	254,519		
本季未支用金額	11,669	92,619	173,569	254,519		
各季執行占總預算比率(%)	21.4%	-	-	-	21.4%	

9

牙醫特殊醫療服務預算執行情形 (1/2)



115年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					955,900	
1 先天性唇顎裂及顫顫畸形症患者牙醫醫療服務	3,827	0	0	0	3,827	1.68%
2 自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	55,814	0	0	0	55,814	24.54%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	33,939	0	0	0	33,939	14.92%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	36,286	0	0	0	36,286	15.95%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	14,389	0	0	0	14,389	6.33%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	3,123	0	0	0	3,123	1.37%
7 醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	19,575	0	0	0	19,575	8.60%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	13,215	0	0	0	13,215	5.81%
9 醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	18,732	0	0	0	18,732	8.23%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	850	0	0	0	850	0.37%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	67	0	0	0	67	0.03%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	1,333	0	0	0	1,333	0.59%
13 醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務	515	0	0	0	515	0.23%
14 醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)	16,165	0	0	0	16,165	7.11%
15 醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務	847	0	0	0	847	0.37%
16 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	47	0	0	0	47	0.02%

20

牙醫特殊醫療服務預算執行情形 (2/2)



115年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
17 醫療團特定需求者(論次)	415	0	0	0	415	0.18%
18 醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	137	0	0	0	137	0.06%
19 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	111	0	0	0	111	0.05%
20 醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	99	0	0	0	99	0.04%
21 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	28	0	0	0	28	0.01%
22 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
23 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	2,189	0	0	0	2,189	0.96%
24 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	3,608	0	0	0	3,608	1.59%
25 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	554	0	0	0	554	0.24%
26 居家長照個案牙醫醫療服務	1,357	0	0	0	1,357	0.60%
27 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
28 居家居整病人牙醫醫療服務	236	0	0	0	236	0.10%
29 居家出院準備牙醫醫療服務	6	0	0	0	6	0.00%
30 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	20	0	0	0	20	0.01%
暫結金額	227,484	0	0	0	227,484	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	238,975	250,466	489,441	728,416		
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	11,491	250,466	489,441	728,416		
執行占總預算比率	23.8%	0.0%	0.0%	0.0%	23.8%	

21

青少年口腔提升照護試辦計畫預算執行情形



115年第1季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					240,000
已支用點數	51,340	-	-	-	51,340
執行率	21.39%	0.00%	0.00%	0.00%	21.39%

註：本計畫預算係按季均分及結算，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。

22

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



115年第1季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					144,800
已支用點數	27,743	-	-	-	27,743
執行率	19.16%	0.00%	0.00%	0.00%	19.16%

註：本計畫預算係按季均分及結算，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。

23

高風險疾病口腔照護計畫預算執行情形



115年第1季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					4,255,800
已支用點數	1,002,380	-	-	-	1,002,380
執行率	23.55%	0.00%	0.00%	0.00%	23.55%

註：本計畫預算係按季均分及結算，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。

24

特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算執行情形



115年第1季

單位：千點

115年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					424,400
已支用點數	92,721	-	-	-	92,721
執行率	21.85%	0.00%	0.00%	0.00%	21.85%

註：本計畫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；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

25

非齒源性口腔疼痛處置



115年第1季

單位：千點

114年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
全年預算					14,400
已支用點數	2,558	-	-	-	2,558
執行率	17.76%	0.00%	0.00%	0.00%	17.76%

註：本計畫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；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

26

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 115年第1季

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C-91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	64,018	1.44%	626.2	2.16%

- 預算執行率(註2)：19.44%
- 預算執行率(註3)：21.84%
- 服務人次執行率：21.34%
【64,018 / 300,000】

層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
醫療點數 (百萬點)	29.9	6.67%	21.9	1.60%	12.6	-1.96%	561.7	2.05%	626.2	2.16%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	228.9	112.4	119.0	68.3	88.1	9.4	626.2
成長率	-0.14%	5.85%	3.99%	3.30%	0.97%	-2.71%	2.16%

備註：

1.資料擷自115/8/17本署四代倉儲門診檔。

2.一般計算方式：全年預算=108年預算×歷年一般服務成長率=3,300.0百萬點

3.牙全會建議計算方式：全年預算=108年預算×歷年人口因素成率=2,884.0百萬點

27

其他參考資料

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 115年第2季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	28	-3.0%	5,823	2.2%	210	5.4%
2.牙醫急診	5	20.7%	19,058	95.5%	4,012	61.9%
3.牙醫門診手術	15	4.1%	52,889	11.2%	3,578	6.9%
4.無牙醫鄉服務	53	9.6%	91,221	10.2%	1,714	0.6%
5.牙醫特殊醫療	59	10.0%	235,695	13.9%	3,983	3.6%
6.其他專案	8,882	2.1%	13,635,611	5.0%	1,535	2.9%
7.交付機構	-	-	169,657	0.6%	-	0.0%
合計	9,042	2.1%	14,209,952	5.2%	1,572	3.0%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：支付機構未統計申報件數。

29

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 115年第2季(表_1/2)

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	0	-14.3%	10	14.0%	13	200.0%
2.牙醫急診	14,915	91.5%	3,981	113.4%	157	155.6%
3.牙醫門診手術	32,427	4.4%	17,541	23.6%	2,270	19.3%
4.無牙醫鄉服務	479	12.8%	915	-15.8%	3,034	6.1%
5.牙醫特殊醫療	53,494	14.2%	28,620	27.4%	11,776	-8.2%
6.其他專案	510,428	6.4%	437,822	12.0%	175,203	-6.4%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-
合計	611,744	8.1%	488,888	13.6%	192,453	-6.0%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：交付機構未統計申報件數。

30

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 115年第2季(表_2/2)

案件分類	基層診所		交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	5,800	2.1%	-	-	5,823	2.2%
2.牙醫急診	5	-86.0%	-	-	19,058	95.5%
3.牙醫門診手術	651	63.1%	-	-	52,889	11.2%
4.無牙醫鄉服務	86,793	10.7%	-	-	91,221	10.2%
5.牙醫特殊醫療	141,805	13.7%	-	-	235,695	13.9%
6.其他專案	12,512,157	4.9%	-	-	13,635,611	5.0%
7.交付機構	-	-	169,657	0.6%	169,657	0.6%
合計	12,747,210	5.0%	169,657	0.6%	14,209,952	5.2%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：交付機構未統計申報件數。

31

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 115年第2季(表_1/2)

案件分類	1.一般案件(簡表)		2.牙醫急診		3.牙醫門診手術		4.無牙醫鄉服務	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	2,517	11.1%	8,486	105.6%	11,868	6.0%	8,034	6.4%
北區	1,412	14.1%	574	165.9%	4,486	-1.7%	5,944	3.8%
中區	553	-3.6%	4,151	80.5%	12,456	12.9%	22,436	4.3%
南區	587	-28.4%	3,060	103.7%	8,789	27.8%	22,053	44.4%
高屏	725	-6.0%	1,986	54.6%	10,862	0.2%	21,349	4.4%
東區	28	3.7%	801	150.3%	4,428	44.9%	11,405	-6.9%
合計	5,823	2.2%	19,058	95.5%	52,889	11.2%	91,221	10.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

32

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 115年第2季(表_2/2)

案件分類	5.牙醫特殊醫療		6.其他專案		7.交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	73,539	16.8%	4,780,668	4.1%	56,623	0.4%	4,941,735	4.4%
北區	36,440	10.8%	2,210,514	6.0%	29,532	3.0%	2,288,903	6.0%
中區	51,678	13.1%	2,717,726	5.9%	34,901	1.5%	2,843,902	6.1%
南區	24,713	6.9%	1,718,298	4.6%	21,380	0.1%	1,798,881	5.1%
高屏	38,025	12.7%	1,979,117	4.7%	23,934	-2.4%	2,075,998	4.7%
東區	11,299	33.1%	229,287	7.9%	3,286	0.3%	260,534	8.6%
合計	235,695	13.9%	13,635,611	5.0%	169,657	0.6%	14,209,952	5.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

33

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】



◆ 115年第2季(表_1/2)

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	9,407	4.0%	3,761	3.8%	141,991	9.4%
區域醫院	5,342	4.9%	3,063	4.4%	110,770	14.6%
地區醫院	1,407	-4.6%	1,175	-5.9%	44,662	-2.4%
基層診所	325	2.1%	243	-4.3%	3,239,180	6.2%
交付機構	93,202	1.0%	76,454	0.2%	-	-
總計	109,683	1.3%	84,696	0.4%	3,536,603	6.5%

註：成長率係與前一年同期比較。

34

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】



◆ 115年第2季(表_2/2)

層級別	4.診療費小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	456,204	7.9%	381	-36.5%	611,744	8.1%
區域醫院	369,423	13.5%	289	19.4%	488,888	13.6%
地區醫院	145,177	-7.1%	32	26.5%	192,453	-6.0%
基層診所	9,507,462	4.6%	-	-	12,747,210	5.0%
交付機構	-	-	0.3	-56.0%	169,657	0.6%
總計	10,478,267	4.9%	703	-19.0%	14,209,952	5.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

35

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 115年第2季(表_1/2)

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	38,413	1.4%	28,220	0.1%	1,239,616	6.3%
北區	17,796	3.0%	14,078	2.5%	571,707	7.5%
中區	21,946	2.2%	17,387	0.8%	696,126	6.9%
南區	14,535	0.4%	11,121	0.4%	443,767	5.8%
高屏	14,426	-1.8%	12,097	-2.2%	525,749	5.5%
東區	2,566	5.7%	1,794	2.1%	59,638	8.5%
總計	109,683	1.3%	84,696	0.4%	3,536,603	6.5%

註：成長率係與前一年同期比較。

36

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 115年第2季(表_2/2)

分區別	4.診療小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	3,635,246	3.8%	238	5.1%	4,941,735	4.4%
北區	1,685,294	5.6%	29	14.1%	2,288,903	6.0%
中區	2,108,267	5.9%	175	-54.1%	2,843,902	6.1%
南區	1,329,281	5.0%	178	14.3%	1,798,881	5.1%
高屏	1,523,669	4.6%	57	10.0%	2,075,998	4.7%
東區	196,511	8.8%	25	-3.3%	260,534	8.6%
總計	10,478,267	4.9%	703	-19.0%	14,209,952	5.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

37

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

38

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115年第1季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、115年第1季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、115年第1季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算報表詳附件，頁次報3-3頁)：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.99156520	0.99253045	0.99753001
北區	1.06457711	1.06709771	1.06642949
中區	1.05965564	1.05852990	1.05734232
南區	1.11812823	1.11316378	1.10878272
高屏	1.08433496	1.08192597	1.07812429
東區	1.15186933	1.15000000	1.13915276
全區	1.04540528	1.04501638	1.04599851

註：專款點數不含品質保證保留款及獎勵金。

- 三、檢附114年第1季點值結算資料供參。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.96066125	0.96158086	0.96023615
北區	1.06364977	1.06060418	1.05458691
中區	1.02666169	1.02703565	1.02040418
南區	1.07971008	1.07827003	1.06944284
高屏	1.06772182	1.06804649	1.05742345
東區	1.15178458	1.15000000	1.1339812
全區	1.02020203	1.02008175	1.01524389

註：專款點數不含品質保證保留款及獎勵金。

四、本季牙醫門診總額結算作業，擬俟會議確認後，依全民健康保險法第62條規定一併辦理點值公布、結算事宜。另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年9月15日起暫付、核付之牙醫門診總額費用依115年第1季點值辦理，並於115年9月辦理點值結算追扣補付事宜。

決 定：

=====

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)115 年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

=115 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2 合計) × 111-113 年各季核定點數平均占率(Ra)

× 該區 113 年各季人口風險因子(R_113)

= 12,494,788,851

註：依據 114 年 11 月 25 日「牙醫門診總額研商議事會議」114 年度第 4 次會議決定，115 年度牙醫門診總額預算四季重分配方式，以「111-113 年各季核定點數平均占率(Ra)」計算一般服務預算四季重分配占率：第 1 季 24.301362%、第 2 季 24.321297%、第 3 季 25.740679%、第 4 季 25.636662%。115 年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區 113 年度各季人口風險因子(R_113)進行分配，第 4 季預算則為各分區原全年預算數扣減前 3 季調整後預算數辦理。

115 全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 51,416,002,324 元：

1. 115 第 1 季調整後預算 12,494,788,851 元=115 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2 合計)×Ra×(R_113)。

2. 115 第 2 季調整後預算 12,505,038,631 元=115 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2 合計)×Ra×(R_113)。

3. 115 第 3 季調整後預算 13,234,828,112 元=115 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2 合計)×Ra×(R_113)。

4. 115 第 4 季調整後預算= 115 年全年預算數－ 115 年第 1 季調整後預算－ 115 年第 2 季調整後預算－ 115 年第 3 季調整後預算

= 51,416,002,324－ 12,494,788,851－ 12,505,038,631－ 13,234,828,112

= 13,181,346,730 元。

5. 計算過程詳本表頁次 26：「三、一般服務費用總額」。

(二)115 年調整前各季牙醫一般服務醫療給付費用分配至各分區預算													
醫特 務	113 年			114 年			114 年		115 年		115 年 3 項	115 年調整前各	支應牙
	113 年各季	112 年各季校	違反特管	調整前各季	113 年各季校	違反特管	調整前各季	106 年編列	一般服務	季一般服務醫	殊醫療服		
	一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	正投保人口預 估成長率差值 (B1)	辦法之扣 款(註 1) (B2)	一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	正投保人口預 估成長率差值 (B3)	辦法之扣 款(註 2) (B4)	一般服務醫療 給付費用總額 (G1)	之品質保證 保留款預算 (C1)	移撥專用 費用 (F)	療給付費用分 配至各分區預算 (D2)	計畫預算 不足款 (I)		
				=(A1+B1+B2)× (1+2.676%)			=(G0+B3+B4)× (1+2.468%)			=G1-C1-F			
--													
第 1 季	11,221,283,676	29,741,499	200,029	11,552,307,990	135,630,092	1,168,586	11,977,593,821	26,806,674	95,000,000	11,855,787,147	0		
第 2 季	11,956,344,645	92,336,077	200,029	12,371,308,800	125,020,636	1,168,586	12,805,936,273	28,723,750	95,000,000	12,682,212,523	0		
第 3 季	12,837,130,398	96,582,042	200,029	13,280,023,967	137,164,163	1,168,586	13,749,521,760	30,832,102	95,000,000	13,623,689,658	0		
第 4 季	12,502,022,084	87,035,302	200,027	12,926,145,941	129,769,710	1,168,586	13,379,333,075	30,020,079	95,000,000	13,254,312,996	0		
--													
合 計	48,516,780,803	305,694,920	800,114	50,129,786,698	527,584,601	4,674,344	51,912,384,929	116,382,605	380,000,000	51,416,002,324	0		

=====

註：

1. 114 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (113 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)+112 年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+前 1 年度(113 年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)) × (1+2.676%)。

※一般服務成長率為 2.676%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.675%，協商因素成長率 0.001%。

※113 年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 800,114 元，按季均分。

2. 115 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (114 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)+113 年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+前 1 年度(114 年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)) × (1+2.468%)。

※一般服務成長率為 2.468%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.471%，協商因素成長率-0.003%。

※114 年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 4,674,344 元，按季均分。

3. 106 年編列之品質保證保留款預算(C1)

= (105 年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額+ 104 年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106 年品質保證保留款成長率 (0.3%)。

※依據衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後 114 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 114 年第 8 次委員會議決議，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。另品質保證保留款原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 114 年度品質保證保留款(97 百萬元)合併運用(計 213.4 百萬元)。

4. 115 年 3 項一般服務移撥專用費用(F)：依據 114 年 11 月 25 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 114 年度第 4 次會議決定辦理。115 年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計 3.8 億元，按季均分：

(1)移撥 0.3 億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元。

(2)移撥 0.8 億元支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」。

(3)移撥 2.7 億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

(4)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，

若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

5. 為避免調整後各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計與調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計產生數元誤差，故調整後第 4 季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算=調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計—調整後第 1 季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算—調整後第 2 季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算—調整後第 3 季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算。

(三)115 年 3 項一般服務移撥專用費用

全年預算=380,000,000 元

1. 移撥 0.3 億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元。每季移撥 7,500,000 元(Z)，其中中區移撥 5,000,000 元，高屏移撥 2,500,000 元。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2. 移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算=270,000,000 元

第 1 季：

第 1 季預算=270,000,000/4= 67,500,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	976(J6)	暫結金額	976(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	23,264,199(J7)	暫結金額	24,985,337(J27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	12,352(J11)	暫結金額	12,352(J21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,249,961(J12)	暫結金額	19,391,634(J22)
(3)小計	加成前點數	41,527,488(J19)	暫結金額	44,390,299(J29)
暫結金額	= 44,390,299		未支用金額 = 第 1 季預算 - 暫結金額	= 23,109,701

第 2 季：

第 2 季預算=當季預算+前一季未支用金額= 270,000,000/4 + 23,109,701= 90,609,701

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(K6)	暫結金額	0(K26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(K7)	暫結金額	0(K27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(K11)	暫結金額	0(K21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(K12)	暫結金額	0(K22)
(3)小計	加成前點數	0(K19)	暫結金額	0(K29)
暫結金額	= 0		未支用金額 = 第 2 季預算 - 暫結金額	= 90,609,701

=====

第 3 季:

第 3 季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 270,000,000/4 + 90,609,701＝158,109,701

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L6)	暫結金額	0(L26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L7)	暫結金額	0(L27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L11)	暫結金額	0(L21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L12)	暫結金額	0(L22)
(3)小計	加成前點數	0(L19)	暫結金額	0(L29)
暫結金額	=	0	未支用金額	= 第 3 季預算 - 暫結金額 = 158,109,701

第 4 季:

第 4 季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 270,000,000/4 + 158,109,701＝225,609,701

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M6)	暫結金額	0(M26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M7)	暫結金額	0(M27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M11)	暫結金額	0(M21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M12)	暫結金額	0(M22)
(3)小計	加成前點數	0(M19)	暫結金額	0(M29)
暫結金額	=	0	未支用金額	= 第 4 季預算 - 暫結金額 = 225,609,701

全年合計:

全年預算＝270,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	976(N6)	暫結金額	976(N26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	23,264,199(N7)	暫結金額	24,985,337(N27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	12,352(N11)	暫結金額	12,352(N21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,249,961(N12)	暫結金額	19,391,634(N22)
(3)小計	加成前點數	41,527,488(N19)	暫結金額	44,390,299(N29)

已暫結金額＝第 1-4 季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

= 44,390,299 + 0 + 0 + 0

= 44,390,299

未支用金額＝全年預算－已暫結金額

= 270,000,000 - 44,390,299

= 225,609,701 (E4)

註：1. 依據「115 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」，有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥 270 百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。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；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。

2. 移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

3. 全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫

全年預算：80,000,000 元

第 1 季：預算＝80,000,000/4＝20,000,000

已支用點數：18,022,156

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝18,022,156

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝20,000,000－18,022,156＝1,977,844

第 2 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝80,000,000/4＋1,977,844＝21,977,844

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝21,977,844－0＝21,977,844

第 3 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝80,000,000/4＋21,977,844＝41,977,844

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝41,977,844－0＝41,977,844

第 4 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝80,000,000/4＋41,977,844＝61,977,844

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝61,977,844－0＝61,977,844

全年合計：預算＝80,000,000

全年已支用點數：18,022,156

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝18,022,156

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝80,000,000－18,022,156

＝61,977,844 (E5)

註：1. 依據 115 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。

2. 移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 全年合計：

全年預算 380,000,000 元

第 1 季:預算= 380,000,000/ 4 = 95,000,000

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 44,390,299(J29)+ 18,022,156 = 69,912,455

未支用金額: 第 1 季預算—第 1 季已暫結金額= 95,000,000— 69,912,455 = 25,087,545

第 2 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 25,087,545 = 120,087,545

已暫結金額: 0(Z)+ 0(K29)+ 0 = 0

未支用金額: 第 2 季預算—第 2 季已暫結金額= 120,087,545— 0 = 120,087,545

第 3 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 120,087,545 = 215,087,545

已暫結金額: 0(Z)+ 0(L29)+ 0 = 0

未支用金額: 第 3 季預算—第 3 季已暫結金額= 215,087,545— 0 = 215,087,545

第 4 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 215,087,545 = 310,087,545

已暫結金額: 0(Z)+ 0(M29)+ 0 = 0

未支用金額: 第 4 季預算—第 4 季已暫結金額= 310,087,545— 0 = 310,087,545

全年合計:預算= 380,000,000

全年已暫結金額: 69,912,455

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已暫結金額

= 380,000,000 — 69,912,455

= 310,087,545 (E11)

=====

註：

- 1.各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。
- 2.移撥全年 3 項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：第 1 季至第 3 季為 0(E11)

二、專款項目費用

(一)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 323,800,000

第 1 季:

預算=323,800,000/4= 80,950,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:	點數	10,061,090(J0)	收入	19,125,381(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:			已支用點數	3,076,050(J2)
執業計畫診所之品質獎勵費用J13:			已支用點數	0(J13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	976(J6)	加成已支用點數	194(J3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	23,264,199(J7)	加成已支用點數	4,702,491(J4)
巡迴計畫之品質獎勵費用J14:			已支用點數	0(J14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)J5:			已支用點數	38,632,250(J5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	12,352(J11)	加成已支用點數	2,475(J8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,249,961(J12)	加成已支用點數	3,741,994(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				60,216,544(J10)

暫結金額

= 執業服務之定額給付收入 (J1)+1 元/點× (J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14 已支用點數)

= 69,280,835

未支用金額

= 第 1 季預算 - 暫結金額

= 11,669,165

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(J6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(J7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(J11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(J12)由一般服務預算項下移撥支應。

=====

第 2 季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 323,800,000/4 + 11,669,165＝ 92,619,165

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1:	點數	0(K0)	收入	0(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	0(K2)
執業計畫診所之品質獎勵費用K13:			已支用點數	0(K13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(K6)	加成已支用點數	0(K3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(K7)	加成已支用點數	0(K4)
巡迴計畫之品質獎勵費用K14:			已支用點數	0(K14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)K5:			已支用點數	0(K5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(K11)	加成已支用點數	0(K8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(K12)	加成已支用點數	0(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				0(K10)

暫結金額

＝ 執業服務之定額給付收入 (K1)+1 元/點× (K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14 已支用點數)

＝ 0

未支用金額

＝ 第 2 季預算 － 暫結金額

＝ 92,619,165

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(K6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(K7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(K11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(K12)由一般服務預算項下移撥支應。

=====

第 3 季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 323,800,000/4 + 92,619,165＝173,569,165

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1:	點數	0(L0)	收入	0(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:			已支用點數	0(L2)
執業計畫診所之品質獎勵費用L13:			已支用點數	0(L13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L6)	加成已支用點數	0(L3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L7)	加成已支用點數	0(L4)
巡迴計畫之品質獎勵費用L14:			已支用點數	0(L14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)L5:			已支用點數	0(L5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L11)	加成已支用點數	0(L8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L12)	加成已支用點數	0(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):				0(L10)

暫結金額

＝ 執業服務之定額給付收入 (L1)+1 元/點× (L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14 已支用點數)

＝ 0

未支用金額

＝ 第 3 季預算 － 暫結金額

＝ 173,569,165

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(L6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(L7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(L11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(L12)由一般服務預算項下移撥支應。

=====

第 4 季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 323,800,000/4 + 173,569,165＝254,519,165

(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1:	點數	0(M0)	收入	0(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2:			已支用點數	0(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13:			已支用點數	0(M13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M6)	加成已支用點數	0(M3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M7)	加成已支用點數	0(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14:			已支用點數	0(M14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5:			已支用點數	0(M5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M11)	加成已支用點數	0(M8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M12)	加成已支用點數	0(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14):				0(M10)

暫結金額

＝ 執業服務之定額給付收入 (M1)+1 元/點× (M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14 已支用點數)

＝ 0

未支用金額

＝ 第 4 季預算 － 暫結金額

＝ 254,519,165

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(M6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(M7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(M11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(M12)由一般服務預算項下移撥支應。

全年合計：

全年預算=323,800,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	10,061,090(N0)	收入	19,125,381(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	3,076,050(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	976(N6)	加成已支用點數	194(N3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	23,264,199(N7)	加成已支用點數	4,702,491(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	0(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	38,632,250(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	12,352(N11)	加成已支用點數	2,475(N8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	18,249,961(N12)	加成已支用點數	3,741,994(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				60,216,544(N10)

全年已暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

= 69,280,835+ 0+ 0+ 0 = 69,280,835

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 254,519,165

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(N6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(N7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(N11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(N12)由一般服務預算項下移撥支應。

註：

- 依據「115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」，本方案之專款預算，按季均分，各季預算先扣除執業計畫「定額支付」費用後，執業計畫—巡迴服務之「論次支付」、巡迴計畫之「論次支付」及「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- 「115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」巡迴計畫規定，屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、青少年口腔提升照護試辦計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫(P3601C)、支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、支付標準「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)案件，依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加計2成。
- 社區醫療站及巡迴點牙醫醫療服務：依據「115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」，社區醫療站及巡迴點提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

(二)牙醫特殊醫療服務

全年預算 = 955,900,000

第 1 季：預算 = 955,900,000/4 = 238,975,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,827,215(V01)	3,826,156(VF01)	1,059(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	55,813,811(V02)	54,472,907(VF02)	1,340,904(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,938,882(V03)	33,267,824(VF03)	671,058(VN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	36,286,347(V04)	35,843,718(VF04)	442,629(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,388,694(V05)	14,022,762(VF05)	365,932(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,123,350(V06)	2,835,628(VF06)	287,722(VN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,574,676(V07)	19,574,094(VF07)	582(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,215,310(V08)	13,215,103(VF08)	207(VN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	18,732,259(V09)	18,729,228(VF09)	3,031(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	850,298(V10)	850,298(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	66,711(V11)	66,711(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,333,118(V12)	1,333,118(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	514,572(V13)	514,551(VF13)	21(VN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	16,164,600(V14)	16,164,600(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	846,908(V15)	846,908(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	46,831(V16)	46,831(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	414,600(V17)	414,600(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	136,909(V18)	136,789(VF18)	120(VN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	111,432(V19)	111,373(VF19)	59(VN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	99,483(V20)	99,444(VF20)	39(VN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	28,154(V21)	28,154(VF21)	0(VN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V22)	0(VF22)	0(VN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,189,147(V23)	2,189,147(VF23)	0(VN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,607,903(V24)	3,607,903(VF24)	0(VN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	553,845(V25)	553,845(VF25)	0(VN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	1,357,298(V26)	1,357,298(VF26)	0(VN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V27)	0(VF27)	0(VN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	236,402(V28)	236,402(VF28)	0(VN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,700(V29)	5,700(VF29)	0(VN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	19,753(V30)	19,753(VF30)	0(VN30)
(99)合計	227,484,208(V99)	224,370,845(VF99)	3,113,363(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1 元/點×已支用點數 = 227,484,208	= 第 1 季預算 - 暫結金額 = 11,490,792		

第 2 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 955,900,000/4＋ 11,490,792＝ 250,465,792

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W03)	0(WF03)	0(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W05)	0(WF05)	0(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W06)	0(WF06)	0(WN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W07)	0(WF07)	0(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W08)	0(WF08)	0(WN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(W09)	0(WF09)	0(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W10)	0(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W11)	0(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(W12)	0(WF12)	0(WN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(W13)	0(WF13)	0(WN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(W14)	0(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W15)	0(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W16)	0(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(W17)	0(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W18)	0(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W19)	0(WF19)	0(WN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(W20)	0(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W22)	0(WF22)	0(WN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W23)	0(WF23)	0(WN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W24)	0(WF24)	0(WN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W25)	0(WF25)	0(WN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	0(W26)	0(WF26)	0(WN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	0(W28)	0(WF28)	0(WN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W30)	0(WF30)	0(WN30)
(99)合計	0(W99)	0(WF99)	0(WN99)

暫結金額

未支用金額

＝ 1 元/點×已支用點數＝ 0

＝ 第 2 季預算 － 暫結金額＝ 250,465,792

第 3 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 955,900,000/4＋ 250,465,792＝ 489,440,792

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X07)	0(XF07)	0(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X08)	0(XF08)	0(XN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X09)	0(XF09)	0(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X10)	0(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X11)	0(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(X12)	0(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(X13)	0(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(X14)	0(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X15)	0(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X16)	0(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X18)	0(XF18)	0(XN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X19)	0(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X20)	0(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X22)	0(XF22)	0(XN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X23)	0(XF23)	0(XN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X24)	0(XF24)	0(XN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X25)	0(XF25)	0(XN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	0(X26)	0(XF26)	0(XN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X27)	0(XF27)	0(XN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	0(X28)	0(XF28)	0(XN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(X29)	0(XF29)	0(XN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(X30)	0(XF30)	0(XN30)
(99)合計	0(X99)	0(XF99)	0(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1 元/點×已支用點數＝ 0	＝ 第 3 季預算 － 暫結金額＝ 489,440,792		

第 4 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 955,900,000/4＋ 489,440,792＝ 728,415,792

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y30)	0(YF30)	0(YN30)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1 元/點×已支用點數＝ 0	＝ 第 4 季預算 － 暫結金額＝ 728,415,792		

全年合計：全年預算＝ 955,900,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,827,215(Z01)	3,826,156(ZF01)	1,059(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	55,813,811(Z02)	54,472,907(ZF02)	1,340,904(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,938,882(Z03)	33,267,824(ZF03)	671,058(ZN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	36,286,347(Z04)	35,843,718(ZF04)	442,629(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,388,694(Z05)	14,022,762(ZF05)	365,932(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,123,350(Z06)	2,835,628(ZF06)	287,722(ZN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,574,676(Z07)	19,574,094(ZF07)	582(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,215,310(Z08)	13,215,103(ZF08)	207(ZN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	18,732,259(Z09)	18,729,228(ZF09)	3,031(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	850,298(Z10)	850,298(ZF10)	0(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	66,711(Z11)	66,711(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,333,118(Z12)	1,333,118(ZF12)	0(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	514,572(Z13)	514,551(ZF13)	21(ZN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	16,164,600(Z14)	16,164,600(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	846,908(Z15)	846,908(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	46,831(Z16)	46,831(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	414,600(Z17)	414,600(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	136,909(Z18)	136,789(ZF18)	120(ZN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	111,432(Z19)	111,373(ZF19)	59(ZN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	99,483(Z20)	99,444(ZF20)	39(ZN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	28,154(Z21)	28,154(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z22)	0(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,189,147(Z23)	2,189,147(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,607,903(Z24)	3,607,903(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	553,845(Z25)	553,845(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家長照個案牙醫醫療服務：	1,357,298(Z26)	1,357,298(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z27)	0(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	236,402(Z28)	236,402(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,700(Z29)	5,700(ZF29)	0(ZN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	19,753(Z30)	19,753(ZF30)	0(ZN30)
(99)合計	227,484,208(Z99)	224,370,845(ZF99)	3,113,363(ZN99)

全年預算＝ 955,900,000

全年已支用點數＝ 第 1-4 季已支用點數

＝ 227,484,208 + 0 + 0 + 0 = 227,484,208

全年已結算金額＝ 227,484,208 + 0 + 0 + 0 = 227,484,208

=====

全年由一般服務部門支應之預算＝ 0

全年未支用金額＝ 全年預算 －（全年已結算金額－全年由一般服務醫療給付費用支應之預算）

＝ 955,900,000 －（ 227,484,208 － 0）

＝ 955,900,000 － 227,484,208

＝ 728,415,792

註：

依據「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」點值結算方式如下：

1. 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。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
2. 全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元，另前述屬移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。
3. 計畫不得併報全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫；得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)專案案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。

(三)青少年口腔提升照護試辦計畫

全年預算＝240,000,000 元

第 1 季:預算＝240,000,000/4＝60,000,000

已支用點數：51,339,888

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝51,339,888

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝60,000,000－51,339,888＝8,660,112

第 2 季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝240,000,000/4＋8,660,112＝68,660,112

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝68,660,112－0＝68,660,112

第 3 季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝240,000,000/4＋68,660,112＝128,660,112

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝128,660,112－0＝128,660,112

第 4 季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝240,000,000/4＋128,660,112＝188,660,112

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝188,660,112－0＝188,660,112

全年合計:預算＝240,000,000

已支用點數：51,339,888

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝51,339,888

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝240,000,000－51,339,888

＝188,660,112

註:依據「115 年度全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫」,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。

(四)超音波根管沖洗計畫

全年預算：144,800,000 元

第 1 季:預算 = $144,800,000/4 = 36,200,000$

已支用點數：27,743,066

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 27,743,066

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額 = $36,200,000 - 27,743,066 = 8,456,934$ 第 2 季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $144,800,000/4 + 8,456,934 = 44,656,934$

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額 = $44,656,934 - 0 = 44,656,934$ 第 3 季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $144,800,000/4 + 44,656,934 = 80,856,934$

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額 = $80,856,934 - 0 = 80,856,934$ 第 4 季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $144,800,000/4 + 80,856,934 = 117,056,934$

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額 = $117,056,934 - 0 = 117,056,934$

全年合計:預算 = 144,800,000 元

已支用點數：27,743,066

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數 = 27,743,066

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= $144,800,000 - 27,743,066$

= 117,056,934

註：本計畫預算係按季均分及結算，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。

(五)高風險疾病口腔照護計畫

全年預算＝ 4,255,800,000 元

第 1 季:預算＝ 4,255,800,000/4＝ 1,063,950,000

已支用點數： 1,002,379,941

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 1,002,379,941

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝ 1,063,950,000－ 1,002,379,941＝ 61,570,059

第 2 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 4,255,800,000/4＋ 61,570,059＝ 1,125,520,059

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝ 1,125,520,059－ 0＝ 1,125,520,059

第 3 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 4,255,800,000/4＋ 1,125,520,059＝ 2,189,470,059

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝ 2,189,470,059－ 0＝ 2,189,470,059

第 4 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 4,255,800,000/4＋ 2,189,470,059＝ 3,253,420,059

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 3,253,420,059－ 0＝ 3,253,420,059

全年合計:預算＝ 4,255,800,000 元

已支用點數： 1,002,379,941

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝ 1,002,379,941

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 4,255,800,000－ 1,002,379,941

＝ 3,253,420,059

註：

1. 本計畫預算係按季均分及結算，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。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。
2. 「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。

(六)特定疾病病人牙科就醫安全計畫

全年預算＝ 424,400,000 元

第 1 季:預算＝ 424,400,000/4＝ 106,100,000

已支用點數： 92,720,888

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 92,720,888

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝ 106,100,000－ 92,720,888＝ 13,379,112

第 2 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 424,400,000/4＋ 13,379,112＝ 119,479,112

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝ 119,479,112－ 0＝ 119,479,112

第 3 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 424,400,000/4＋119,479,112＝ 225,579,112

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝ 225,579,112－ 0＝ 225,579,112

第 4 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 424,400,000/4＋225,579,112＝ 331,679,112

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 331,679,112－ 0＝ 331,679,112

全年合計:預算＝ 424,400,000 元

已支用點數： 92,720,888

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝ 92,720,888

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 424,400,000－ 92,720,888

＝ 331,679,112(E6)

註：本計畫預算係按季均分及結算，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。

全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(七)非齒源性口腔疼痛處置(114 年新增項目)

全年預算＝ 14,400,000 元

第 1 季:預算＝ 14,400,000/4＝ 3,600,000

已支用點數： 2,557,800

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 2,557,800

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝ 3,600,000－ 2,557,800＝ 1,042,200

第 2 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 14,400,000/4＋ 1,042,200＝ 4,642,200

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝ 4,642,200－ 0＝ 4,642,200

第 3 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 14,400,000/4＋ 4,642,200＝ 8,242,200

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝ 8,242,200－ 0＝ 8,242,200

第 4 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 14,400,000/4＋ 8,242,200＝ 11,842,200

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 11,842,200－ 0＝ 11,842,200

全年合計:預算＝ 14,400,000 元

已支用點數： 2,557,800

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝ 2,557,800

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 14,400,000－ 2,557,800

＝ 11,842,200(E7)

註：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，則採浮動點值結算。

(八)品質保證保留款(另行結算)

=106 年編列之品質保證保留款預算+115 年編列之品質保證保留款預算

=(105 年 1-4 季牙醫一般服務醫療給付費用總額+各季校正投保人口預估成長率差值)×106 年品質保證保留款成長率(0.30%)+ 116,382,605

=(8,887,743,719+ 47,814,126)×0.30%+(9,536,674,173+ 37,909,079)×0.30%+(10,232,725,814+ 44,641,542)×0.30%

+(9,977,436,416+ 29,256,671)×0.30%+ 97,000,000

= 26,806,674+ 28,723,750+ 30,832,102+ 30,020,079+ 97,000,000

= 213,382,605

	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1. 106 年編列之品質保證保留款預算	26,806,674	28,723,750	30,832,102	30,020,079	116,382,605
2. 115 年編列之品質保證保留款預算	24,250,000	24,250,000	24,250,000	24,250,000	97,000,000
3. 合計	51,056,674	52,973,750	55,082,102	54,270,079	213,382,605

※衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 公告「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款

原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)與 115 年度之品質保證保留款(97 百萬元)合併運用(計 213.4 百萬元)。

註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

三、各分區一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額:

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100% × 113 年各季人口風險因子(R_113)(四捨五入至整數位)

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1. 115 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算(D2)		11,855,787,147	12,682,212,523	13,623,689,658	13,254,312,996	51,416,002,324
2. 113 年人口風險因子(R_113)	臺北分區	0.37223	0.37198	0.37215	0.37246	
	北區分區	0.16647	0.16700	0.16789	0.16789	
	中區分區	0.18036	0.18040	0.18060	0.18038	
	南區分區	0.12465	0.12460	0.12405	0.12392	
	高屏分區	0.13724	0.13703	0.13634	0.13643	
	東區分區	0.01905	0.01899	0.01897	0.01892	
3. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100%×(R_113)(註 1、2)		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
	臺北分區	4,413,079,650	4,717,529,414	5,070,056,106	4,936,701,418	19,137,366,588
	北區分區	1,973,632,886	2,117,929,491	2,287,281,257	2,225,266,609	8,604,110,243
	中區分區	2,138,309,770	2,287,871,139	2,460,438,352	2,390,812,978	9,277,432,239
	南區分區	1,477,823,868	1,580,203,680	1,690,018,702	1,642,474,466	6,390,520,716
	高屏分區	1,627,088,228	1,737,843,582	1,857,453,848	1,808,285,922	7,030,671,580
	東區分區	225,852,745	240,835,217	258,441,393	250,771,603	975,900,958
	小計	11,855,787,147	12,682,212,523	13,623,689,658	13,254,312,996	51,416,002,324

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=(D2 合計)× Ra—支應「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」預算不足款(I)

+前一年分區保留款分配後結餘款(T)

+115 年 3 項一般服務移撥專用費用支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算不足款後之剩餘款(E11)

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		24.301362%	24.321297%	25.740679%	25.636662%	100%
2. 113 年人口風險因子(R_113)	臺北分區	0.37223	0.37198	0.37215	0.37246	
	北區分區	0.16647	0.16700	0.16789	0.16789	
	中區分區	0.18036	0.18040	0.18060	0.18038	
	南區分區	0.12465	0.12460	0.12405	0.12392	
	高屏分區	0.13724	0.13703	0.13634	0.13643	
	東區分區	0.01905	0.01899	0.01897	0.01892	
3. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=(D2)×Ra×(R_113)(註 1、2)		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註 2)(加總BD1)
	臺北分區	4,650,935,254	4,651,624,270	4,925,341,282	4,909,465,782	19,137,366,588
	北區分區	2,080,007,500	2,088,341,451	2,221,995,292	2,213,766,000	8,604,110,243
	中區分區	2,253,560,117	2,255,908,969	2,390,209,957	2,377,753,196	9,277,432,239
	南區分區	1,557,475,430	1,558,127,813	1,641,780,427	1,633,137,046	6,390,520,716
	高屏分區	1,714,784,822	1,713,565,444	1,804,436,465	1,797,884,849	7,030,671,580
	東區分區	238,025,728	237,470,684	251,064,689	249,339,857	975,900,958
	小計	12,494,788,851	12,505,038,631	13,234,828,112	13,181,346,730	51,416,002,324
4. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)(註 3)		0	0	0	0	0
5. 各分區支應「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」預算不足款(BI)BI= I × R_113(註 3)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
6. 114 年分區保留款分配後結餘款(T)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0
7. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註 4)	中區分區	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000
	高屏分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	小計	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000
8. 全年 115 年 3 項一般服務移撥專用費用 支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫 預算不足款後之結餘款(E11) (註 5、註 6 及頁次 7)(第 4 季計算)					0	0
9. 各分區 115 年 3 項一般服務移撥 專用費用支應特定疾病病人 牙科就醫安全計畫 預算不足款後之結餘(BE11)款 (BE11=(E11) × R_113) (第 4 季計算)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
10. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)-(BI)+(T)+(Z) +(BE11)	臺北分區	4,650,935,254	4,651,624,270	4,925,341,282	4,909,465,782	19,137,366,588
	北區分區	2,080,007,500	2,088,341,451	2,221,995,292	2,213,766,000	8,604,110,243
	中區分區	2,258,560,117	2,260,908,969	2,395,209,957	2,382,753,196	9,297,432,239
	南區分區	1,557,475,430	1,558,127,813	1,641,780,427	1,633,137,046	6,390,520,716
	高屏分區	1,717,284,822	1,716,065,444	1,806,936,465	1,800,384,849	7,040,671,580
	東區分區	238,025,728	237,470,684	251,064,689	249,339,857	975,900,958
	小計	12,502,288,851	12,512,538,631	13,242,328,112	13,188,846,730	51,446,002,324

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額各別加總後與分區一般服務預算總額(D2)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額＝ 分區一般服務預算總額(D2)減去前五分區一般服務預算總額。
2. 為避免調整後各季各分區一般服務預算總額個別加總後(加總BD1)與調整前各季各分區一般服務預算總額加總(加總BD)產生之數元誤差，故調整後第 4 季各分區一般服務預算總額(BD1_q4)＝調整前全年各分區一般服務預算總額(加總BD)減去第 1-3 季調整後各分區一般服務預算總額(BD1_q1、BD1_q2、BD1_q3)＝加總BD－BD1_q1－BD1_q2－BD1_q3。
3. 依據 114 年 11 月 25 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 114 年度第 4 次會議決定略以，115 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」預算按季均分及結算，以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。
全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
4. 依據 114 年 11 月 25 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 114 年度第 4 次會議決定略以，115 年度牙醫門診總額一般服務預算移撥 0.3 億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元。
5. 依據 114 年 11 月 25 日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 114 年度第 4 次會議決定略以，115 年度牙醫門診總額一般服務預算移撥 3.8 億元作為特定用途移撥款，用於醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用、弱勢鄉鎮醫療服務及該投保人口就醫率全國最高二區之保障款等項定特用途，移撥經費若有剩餘優先用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。
6. 「115 年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」全年經費為 4.244 億元，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。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。

四、各分區一般服務浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	3,683,027,249(BF)	0.99590074	-----	34,370,614	200,428
	2-北區分區	390,827,525	0.99590074	389,225,421	3,296,549	
	3-中區分區	231,151,478	0.99590074	230,203,928	1,971,035	
	4-南區分區	133,018,703	0.99590074	132,473,425	1,181,808	
	5-高屏分區	183,263,226	0.99590074	182,511,982	1,394,758	
	6-東區分區	21,969,677	0.99590074	21,879,618	264,026	
2-北區分區	7-合計	4,643,257,858(GF)		956,294,374(AF)	42,478,790(BG)	200,428(BJ)
	1-臺北分區	247,404,298	1.07735755	266,542,888	2,440,309	
	2-北區分區	1,463,635,647(BF)	1.07735755	-----	12,325,904	90,158
	3-中區分區	105,122,319	1.07735755	113,254,324	917,369	
	4-南區分區	68,653,646	1.07735755	73,964,524	549,040	
	5-高屏分區	43,130,602	1.07735755	46,467,080	328,496	
	6-東區分區	4,561,262	1.07735755	4,914,110	60,293	
3-中區分區	7-合計	1,932,507,774(GF)		505,142,926(AF)	16,621,411(BG)	90,158(BJ)
	1-臺北分區	72,999,643	1.05311362	76,876,918	756,938	
	2-北區分區	43,215,533	1.05311362	45,510,866	394,318	
	3-中區分區	1,919,831,195(BF)	1.05311362	-----	16,910,340	68,329
	4-南區分區	44,402,543	1.05311362	46,760,923	453,102	
	5-高屏分區	31,100,701	1.05311362	32,752,572	260,234	
	6-東區分區	3,242,830	1.05311362	3,415,068	40,551	
	7-合計	2,114,792,445(GF)		205,316,347(AF)	18,815,483(BG)	68,329(BJ)

程式代號：RGBI3508R01

115 年第 1 季

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/14

頁 次： 31

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	58,124,657	1.09125182	63,428,638	628,306	
	2-北區分區	26,451,816	1.09125182	28,865,592	240,359	
	3-中區分區	67,312,976	1.09125182	73,455,408	628,762	
	4-南區分區	1,169,958,429(BF)	1.09125182	-----	6,437,779	67,658
	5-高屏分區	66,213,841	1.09125182	72,255,975	554,466	
	6-東區分區	2,464,395	1.09125182	2,689,276	59,664	
5-高屏分區	7-合計	1,390,526,114(GF)		240,694,889(AF)	8,549,336(BG)	67,658(BJ)
	1-臺北分區	42,566,919	1.06760402	45,444,614	408,189	
	2-北區分區	17,903,499	1.06760402	19,113,848	165,361	
	3-中區分區	31,263,814	1.06760402	33,377,374	307,090	
	4-南區分區	66,910,592	1.06760402	71,434,017	533,739	
	5-高屏分區	1,411,560,115(BF)	1.06760402	-----	11,584,177	30,828
	6-東區分區	3,963,247	1.06760402	4,231,178	50,421	
6-東區分區	7-合計	1,574,168,186(GF)		173,601,031(AF)	13,048,977(BG)	30,828(BJ)
	1-臺北分區	13,475,307	1.15185069	15,521,542	165,380	
	2-北區分區	4,642,004	1.15185069	5,346,896	56,411	
	3-中區分區	4,427,274	1.15185069	5,099,559	46,781	
	4-南區分區	2,574,648	1.15185069	2,965,610	31,393	
	5-高屏分區	6,726,581	1.15185069	7,748,017	57,492	
	6-東區分區	157,620,005(BF)	1.15185069	-----	1,989,909	9,850
7-合計		189,465,819(GF)		36,681,624(AF)	2,347,366(BG)	9,850(BJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)				
— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)				
— 投保該分區核定非浮動點數(BG)				
— 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]				
／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)				
臺北分區	= [4,650,935,254	— 956,294,374	— 42,478,790	— 200,428] / 3,683,027,249 = 0.99156520
北區分區	= [2,080,007,500	— 505,142,926	— 16,621,411	— 90,158] / 1,463,635,647 = 1.06457711
中區分區	= [2,258,560,117	— 205,316,347	— 18,815,483	— 68,329] / 1,919,831,195 = 1.05965564
南區分區	= [1,557,475,430	— 240,694,889	— 8,549,336	— 67,658] / 1,169,958,429 = 1.11812823
高屏分區	= [1,717,284,822	— 173,601,031	— 13,048,977	— 30,828] / 1,411,560,115 = 1.08433496
東區分區	= [238,025,728	— 36,681,624	— 2,347,366	— 9,850] / 157,620,005 = 1.26244691
3. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)				
— 核定非浮動點數(BG)				
— 自墊核退點數(BJ)]				
／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)				
= [12,502,288,851				
— 101,861,363				
— 467,251] / 11,844,718,196 = 1.04687676				
4. 一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]				
／ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]				
臺北分區	= [4,650,935,254	]	/ [4,643,257,858 + 42,478,790 + 200,428]	= 0.99253045
北區分區	= [2,080,007,500	]	/ [1,932,507,774 + 16,621,411 + 90,158]	= 1.06709771
中區分區	= [2,258,560,117	]	/ [2,114,792,445 + 18,815,483 + 68,329]	= 1.05852990
南區分區	= [1,557,475,430	]	/ [1,390,526,114 + 8,549,336 + 67,658]	= 1.11316378
高屏分區	= [1,717,284,822	]	/ [1,574,168,186 + 13,048,977 + 30,828]	= 1.08192597
東區分區	= [238,025,728	]	/ [189,465,819 + 2,347,366 + 9,850]	= 1.24086103
5. 一般服務全區平均點值				
= [12,502,288,851				
] / [11,844,718,196 + 101,861,363 + 467,251] = 1.04647525				

6. 牙醫門診總額平均點值＝加總〔依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

＋專款專用暫結金額

＋移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額＋移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額

／加總〔一般服務核定浮動點數(GF)＋核定非浮動點數(BG)＋自墊核退點數(BJ)

＋專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)＋移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數〕

臺北分區＝〔4,650,935,254＋529,919,176＋4,945,343＋2,951,619〕

／〔4,643,257,858＋42,478,790＋200,428＋510,716,892＋4,945,343〕＝0.99753001

北區分區＝〔2,080,007,500＋211,331,332＋3,332,419＋2,137,158〕

／〔1,932,507,774＋16,621,411＋90,158＋201,424,273＋3,093,167〕＝1.06642949

中區分區＝〔2,258,560,117＋316,113,314＋11,637,027＋2,316,385〕

／〔2,114,792,445＋18,815,483＋68,329＋303,512,601＋11,050,274〕＝1.05734232

南區分區＝〔1,557,475,430＋180,881,103＋5,973,579＋6,087,999〕

／〔1,390,526,114＋8,549,336＋67,658＋174,067,333＋5,474,072〕＝1.10878272

高屏分區＝〔1,717,284,822＋238,882,376＋13,147,609＋3,576,958〕

／〔1,574,168,186＋13,048,977＋30,828＋230,366,703＋12,315,107〕＝1.07812429

東區分區＝〔238,025,728＋47,435,999＋5,354,321＋952,037〕

／〔189,465,819＋2,347,366＋9,850＋44,354,533＋4,649,525〕＝1.21152517

全區＝〔12,502,288,851＋1,524,563,300＋44,390,298＋18,022,156〕

／〔11,844,718,196＋101,861,363＋467,251＋1,464,442,335＋41,527,488〕＝1.04729407

註：1. 專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案支付金額＋牙醫門診總額特殊醫療服務計畫＋青少年口腔提升試辦照護計畫＋超音波根管沖洗計畫

＋高風險疾病口腔照護計畫＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋非齒源性口腔疼痛處置

2. 品質保證保留款預算＝106 年各季品質保證保留款預算＋115 年品質保證保留款預算/4。

=====

五、修正後一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=(D2 合計)× Ra

一支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I) × R_113(四捨五入至整數位)

+前一年分區保留款分配後結餘款(T)

+115 年 3 項一般服務移撥專用費用支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算不足款後之剩餘款(E11)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,650,935,254
調整後北區分區一般服務預算總額	=	2,080,007,500
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,258,560,117
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,557,475,430
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,717,284,822
調整後東區分區一般服務預算總額	=	238,025,728

總計		12,502,288,851
----	--	----------------

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

$$- [(一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)) \times 1.15]$$

$$\text{臺北分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款}(T1) = 238,025,728 - [(189,465,819 + 2,347,366 + 9,850) \times 1.15] = 17,429,238$$

2. 分區累計保留款(T2)=分區前季累計保留款(P)+分區當季保留款(T1)

$$\text{臺北分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{北區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{中區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{南區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{東區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 17,429,238$$

(三)修正後分區一般服務預算總額(BD3)=調整後分區一般服務預算總額(BD2)(四捨五入至整數位)-分區當季保留款(T1)

$$\text{修正後臺北分區一般服務預算總額} = 4,650,935,254(BD2) - 0 = 4,650,935,254$$

$$\text{修正後北區分區一般服務預算總額} = 2,080,007,500(BD2) - 0 = 2,080,007,500$$

$$\text{修正後中區分區一般服務預算總額} = 2,258,560,117(BD2) - 0 = 2,258,560,117$$

$$\text{修正後南區分區一般服務預算總額} = 1,557,475,430(BD2) - 0 = 1,557,475,430$$

$$\text{修正後高屏分區一般服務預算總額} = 1,717,284,822(BD2) - 0 = 1,717,284,822$$

$$\text{修正後東區分區一般服務預算總額} = 238,025,728(BD2) - 17,429,238 = 220,596,490$$

總計

12,484,859,613

註：保留款之運用係依據「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」辦理。

六、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季點值(AF)

— 投保該分區核定非浮動點數(BG)

— 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 =[4,650,935,254 — 956,294,374 — 42,478,790 — 200,428]／ 3,683,027,249 = 0.99156520

北區分區 =[2,080,007,500 — 505,142,926 — 16,621,411 — 90,158]／ 1,463,635,647 = 1.06457711

中區分區 =[2,258,560,117 — 205,316,347 — 18,815,483 — 68,329]／ 1,919,831,195 = 1.05965564

南區分區 =[1,557,475,430 — 240,694,889 — 8,549,336 — 67,658]／ 1,169,958,429 = 1.11812823

高屏分區 =[1,717,284,822 — 173,601,031 — 13,048,977 — 30,828]／ 1,411,560,115 = 1.08433496

東區分區 =[220,596,490 — 36,681,624 — 2,347,366 — 9,850]／ 157,620,005 = 1.15186933

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

— 核定非浮動點數(BG)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

=[12,484,859,613 — 101,861,363 — 467,251]／11,844,718,196 = 1.04540528

3. 修正後一般服務分區平均點值=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

／[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區 =[4,650,935,254]／[4,643,257,858 + 42,478,790 + 200,428] = 0.99253045

北區分區 =[2,080,007,500]／[1,932,507,774 + 16,621,411 + 90,158] = 1.06709771

中區分區 =[2,258,560,117]／[2,114,792,445 + 18,815,483 + 68,329] = 1.05852990

南區分區 =[1,557,475,430]／[1,390,526,114 + 8,549,336 + 67,658] = 1.11316378

高屏分區 =[1,717,284,822]／[1,574,168,186 + 13,048,977 + 30,828] = 1.08192597

東區分區 =[220,596,490]／[189,465,819 + 2,347,366 + 9,850] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

=[12,484,859,613]／[11,844,718,196 + 101,861,363 + 467,251] = 1.04501638

5. 修正後牙醫門診總額平均點值＝加總〔依調整後分區一般服務預算總額(BD3)＋專款專用暫結金額

＋移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額＋移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額〕

／加總〔一般服務核定浮動點數(GF)＋核定非浮動點數(BG)＋自墊核退點數(BJ)

＋專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)＋移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數〕

臺北分區＝〔4,650,935,254＋529,919,176＋4,945,343＋2,951,619〕
／〔4,643,257,858＋42,478,790＋200,428＋510,716,892＋4,945,343〕＝0.99753001

北區分區＝〔2,080,007,500＋211,331,332＋3,332,419＋2,137,158〕
／〔1,932,507,774＋16,621,411＋90,158＋201,424,273＋3,093,167〕＝1.06642949

中區分區＝〔2,258,560,117＋316,113,314＋11,637,027＋2,316,385〕
／〔2,114,792,445＋18,815,483＋68,329＋303,512,601＋11,050,274〕＝1.05734232

南區分區＝〔1,557,475,430＋180,881,103＋5,973,579＋6,087,999〕
／〔1,390,526,114＋8,549,336＋67,658＋174,067,333＋5,474,072〕＝1.10878272

高屏分區＝〔1,717,284,822＋238,882,376＋13,147,609＋3,576,958〕
／〔1,574,168,186＋13,048,977＋30,828＋230,366,703＋12,315,107〕＝1.07812429

東區分區＝〔220,596,490＋47,435,999＋5,354,321＋952,037〕
／〔189,465,819＋2,347,366＋9,850＋44,354,533＋4,649,525〕＝1.13915276

全區＝〔12,484,859,613＋1,524,563,300＋44,390,298＋18,022,156〕
／〔11,844,718,196＋101,861,363＋467,251＋1,464,442,335＋41,527,488〕＝1.04599851

註：1. 專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案支付金額＋牙醫門診總額特殊醫療服務計畫＋青少年口腔提升試辦照護計畫＋超音波根管沖洗計畫
＋高風險疾病口腔照護計畫＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋非齒源性口腔疼痛處置

2. 品質保證保留款預算＝106 年各季品質保證保留款預算＋115 年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月 114/12(含)以前：於 115/04/01～115/06/30 期間核付者。

費用年月 115/01～115/03：於 115/01/01～115/06/30 期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 12 月 31 日健保醫字第 1130127297 號公告「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款)(附件 1，頁次報 4-2)辦理。
- 二、依前揭方案規定，經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。
- 三、114 年牙醫門診總額品質保證保留款核發作業辦理結果摘要如下(詳附件 2，頁次報 4-8)：
 - (一)114 年計 4,895 家(66.5%)院所符合獎勵條件且核發品保款，2,471 家(33.5%)牙醫院所未領取品保款(2,467 家不符核發資格、4 家指標達成率為 0%)。
 - (二)114 年預算為 212,182,605 元，扣除 113 年申復核發金額 163,421 元後，可支用預算為 212,019,184 元。每家牙醫院所計算核發金額採四捨五入方式，實際核發 212,019,147 元，預算數與實際核發數相較剩餘 37 元，回歸健保基金。
 - (三)114 年品保款業於 114 年 7 月 13 日前完成撥款作業。

決定：

114 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案

113 年 12 月 31 日健保醫字第 1130127297 號公告

壹、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。

貳、預算來源

全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

參、方案目的

本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。

肆、核發資格

一、牙醫門診特約醫療院所之當年度每個月(1 月至 12 月)醫療費用已辦理第一次暫付且符合下列條件者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：

(一)基層院所當年度須執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)至少一件。

(二)醫院層級院所(排除兒童醫院)當年度執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之執行率須達牙科就醫人次 1%以上。

二、有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

(一)醫療行為異常暨違規院所：

1.牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。

2.保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者：

(1)依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條予以扣減其十倍醫療費用者。

(2)三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條予以停止特約者。

(3)五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、終止特約者。

[註]：上述(2)、(3)之違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)，倘停止或終止特約期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

(二)院所全年度未每個月(1月至12月)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。

伍、核發原則：

一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。

二、政策獎勵：共八項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。

三、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。

陸、預算分配與支用

一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下：

（一）該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費) × 平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數) × Σ 核算基礎比率

（二）該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/ Σ 各院所核算基礎點數) × 當年度品質保證保留款

二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第二項第(一)款第 1 目之特約醫療院所名單，以及衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)、衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及(四)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。

柒、其他事項

辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率$\leq 7\%$。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙牙冠顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。 e.備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)。 f.公式：(分子/分母)$\times 100\%$。 g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 112 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	15%	V	V
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率$\leq 10\%$者。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)牙體復形(OD)醫令之乳牙顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所所有 5 歲 6 個月以上病患，實施牙齒填補之乳牙顆數。 e.公式：(分子/分母)$\times 100\%$。 f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(112 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。 h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。	15%	V	V
(三) 恆牙根管治療	分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，且根管治療點數占總點數之百分比須大於 5 % 者： 1.恆牙根管治療完成半年後的保存率$\geq 95\%$。 [註]a.資料範圍：醫療院所前一年度下半年與該年度上半年往後追溯半年所有根管治療醫令。	20%	V	V

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
	b.分子：醫療院所就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 c.分母：同時期各醫療院所申報根管治療之恆牙顆數。 d.計算：1- (分子/分母) x100%。 e.該院所該年須有 12 個月的申報資料。 2.恆牙根管治療未完成率<30%。 [註]a.定義：恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上除以根管開擴及清創。 b.計算公式：[1-(90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C)/90015C]。 3.院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90098C)且其中 1 例同時同案件下申報應含橡皮障防濕裝置(90012C)。			
(四) 全口牙結石清除	分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準： 1.全口牙結石清除比率>20 %。 [註]a.分子：醫療院所申報 12 歲(含)以上全口牙結石清除術(醫令代碼 91004C + 91005C + 91017C + 91089C + 91090C)的人數。 b.分母：醫療院所牙醫門診病人數(12 歲(含)以上之病人數)。 c.計算：分子/分母 x100 %。 2.施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率>20%。 [註]a.分子：當年施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(醫令代碼 併同 91004C 之 91014C+91017C+91089C+91090C+併同 91004C 之 P7101C)的人數。 b.分母：全部全口牙結石清除人數。 c.計算：分子/分母 x100 %。 3.該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 12 件(含)以上。	20%	V	V
核算基礎小計		70%		

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 牙周病顧本計畫	該院所當年度特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)及牙周病支持性治療(91018C)合計申報件數在 15 件(含)以上。	3%	V	V
(二) 牙周病統合照護品質	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上,且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%。	5%	V	V
(三) 口腔癌篩檢	醫院當年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 12 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫。 [註]該筆處置醫療費用點數申報格式,就醫科別須為「40(牙科)、GA((口腔顎面外科)」	10%	V	
(四) 口腔癌篩檢、戒菸治療服務	該院所當年度口腔癌篩檢資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 4 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫,或提供健康署之戒菸治療服務。	2%		V
(五) 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	該院所須同時符合下列二項條件: 1. 每月於健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存,無異動者僅須點選「儲存」後,會自動完成登錄註記。 2. 當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數 ≥ 1 件(不含預防保健案件)。 [註]週日及國定假日之定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 所定。	3%		V
(六) 月平均初核核減率	113 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。	3%		V
(七) 特殊醫療服務計畫	1. 該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上。	2%	V	V
	2. 該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上。	2%		V
(八) 氟化物治療	該院所當年度齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)申報件數 30 件(含)以上。	10%	V	V
核算基礎小計			30%	30%

表 1、114 年牙醫門診總額品質保證保留款預算數

年度	106 年	114 年	合計
預算	116,382,605	95,800,000	212,182,605

年度	113 年
申復金額	163,421

年度	總計
可支用預算	212,019,184

註：

1. 本預算係由原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(95.8 百萬元)合併運用(計 212.2 百萬元)。
2. 113 年牙醫品質保證保留款發放後之申復核發金額將自 113 年牙醫品質保留款項下優先支應。

表 2、114 年牙醫門診總額品質保證保留款指標核發及不核發家數統計

分區	各分區 院所家數 (A)=(B)+(C) +(D)	符合獎勵條件 且領取品保款 院所家數(B)	核發金額	未領取品保款		核發院所 家數百分比 (F)=(B)/(A)	不核發院所 家數百分比 (G)=(C+D+E)/ (A)
				不符核發 資格 院所家數 (C)	指標達成率 為 0% 院所家數 (D)		
臺北	2,867	1,748	73,374,252	1,118	1	61.0%	39.0%
北區	1,025	833	37,010,152	191	1	81.3%	18.7%
中區	1,423	935	42,311,139	487	1	65.7%	34.3%
南區	868	602	26,858,858	266	-	69.4%	30.6%
高屏	1,053	673	28,771,860	379	1	63.9%	36.1%
東區	130	104	3,692,886	26	-	80.0%	20.0%
總計	7,366	4,895	212,019,147	2,467	4	66.5%	33.5%

註：

1. 每家院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發 212,019,147 元，與預算相較剩餘 37 元。
2. 核發品保款資格：牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且非醫療行為異常暨違規院所及不符合加強感染管制院所者，得核發品質保證保留款。
3. 核發獎勵指標：分為專業獎勵共四項指標，核算基礎為 70%，詳方案附表 1；政策獎勵共六項指標，核算基礎為 30%，詳方案附表 2；前開二獎勵之核算基礎總計為 100%。

表 3、114 年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--分區別

核發比率 分區別		不予核發	0% < X < 20%	20% ≤ X < 40%	40% ≤ X < 60%	60% ≤ X < 80%	80% ≤ X < 100%	全部核發	總計
台北	家數	1,119	53	202	453	557	461	22	2,867
	家數占率	39.0%	1.8%	7.0%	15.8%	19.4%	16.1%	0.8%	100%
	核發金額	-	168,547	1,566,168	6,634,361	19,463,749	36,870,301	8,671,126	73,374,252
	金額占率	0%	0.23%	2.1%	9.0%	26.5%	50.2%	11.8%	100%
北區	家數	192	32	89	236	234	230	12	1,025
	家數占率	18.7%	3.1%	8.7%	23.0%	22.8%	22.4%	1.2%	100%
	核發金額	-	92,970	725,116	4,194,548	8,625,132	19,672,438	3,699,948	37,010,152
	金額占率	0%	0.25%	2.0%	11.3%	23.3%	53.2%	10.0%	100%
中區	家數	488	34	153	232	246	233	37	1,423
	家數占率	34.3%	2.4%	10.8%	16.3%	17.3%	16.4%	2.6%	100%
	核發金額	-	82,234	1,198,322	3,904,318	9,718,897	20,114,934	7,292,434	42,311,139
	金額占率	0%	0.19%	2.8%	9.2%	23.0%	47.5%	17.2%	100%
南區	家數	266	24	82	171	172	141	12	868
	家數占率	30.6%	2.8%	9.4%	19.7%	19.8%	16.2%	1.4%	100%
	核發金額	-	83,197	596,881	3,418,430	7,685,080	12,294,022	2,781,248	26,858,858
	金額占率	0%	0.31%	2.2%	12.7%	28.6%	45.8%	10.4%	100%
高屏	家數	380	21	111	195	181	157	8	1,053
	家數占率	36.1%	2.0%	10.5%	18.5%	17.2%	14.9%	0.8%	100%
	核發金額	-	69,591	866,825	3,524,389	7,979,462	13,629,276	2,702,317	28,771,860
	金額占率	0%	0.24%	3.0%	12.2%	27.7%	47.4%	9.4%	100%
東區	家數	26	5	16	23	38	20	2	130
	家數占率	20.0%	3.8%	12.3%	17.7%	29.2%	15.4%	1.5%	100%
	核發金額	-	4,334	146,981	353,891	1,507,191	1,554,266	126,223	3,692,886
	金額占率	0%	0.12%	4.0%	9.6%	40.8%	42.1%	3.4%	100%
總計	家數	2,471	169	653	1,310	1,428	1,242	93	7,366
	家數占率	33.5%	2.3%	8.9%	17.8%	19.4%	16.9%	1.3%	100%
	核發金額	-	500,873	5,100,293	22,029,937	54,979,511	104,135,237	25,273,296	212,019,147
	金額占率	0%	0.24%	2.4%	10.4%	25.9%	49.1%	11.9%	100%

註：不予核發包含 0% 及不符資格，全部核發為 100%。

表 4、114 年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--層級別

核發比率 層級		不予核發	0% < X < 20%	20% ≤ X < 40%	40% ≤ X < 60%	60% ≤ X < 80%	80% ≤ X < 100%	全部核發	總計
醫學中心	家數						4	19	23
	家數占率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17.4%	82.6%	100%
	核發金額						1,226,491	11,962,516	13,189,007
	金額占率	0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%	9.3%	90.7%	100%
區域醫院	家數	3		3	9	8	31	17	71
	家數占率	4.2%	0.0%	4.2%	12.7%	11.3%	43.7%	23.9%	100%
	核發金額			19,686	238,046	389,274	4,190,650	4,694,409	9,532,065
	金額占率	0%	0.00%	0.2%	2.5%	4.1%	44.0%	49.2%	100%
地區醫院	家數	24	2	3	11	23	16	8	87
	家數占率	27.6%	2.3%	3.4%	12.6%	26.4%	18.4%	9.2%	100%
	核發金額		787	7,649	149,722	699,374	1,396,163	1,623,216	3,876,911
	金額占率	0%	0.02%	0.2%	3.9%	18.0%	36.0%	41.9%	100%
基層診所	家數	2,444	167	647	1,290	1,397	1,191	49	7,185
	家數占率	34.0%	2.3%	9.0%	18.0%	19.4%	16.6%	0.7%	100%
	核發金額	-	500,086	5,072,958	21,642,169	53,890,863	97,321,933	6,993,155	185,421,164
	金額占率	0%	0.27%	2.7%	11.7%	29.1%	52.5%	3.8%	100%
總計	家數	2,471	169	653	1,310	1,428	1,242	93	7,366
	家數占率	33.5%	2.3%	8.9%	17.8%	19.4%	16.9%	1.3%	100%
	核發金額	-	500,873	5,100,293	22,029,937	54,979,511	104,135,237	25,273,296	212,019,147
	金額占率	0%	0.24%	2.4%	10.4%	25.9%	49.1%	11.9%	100%

註：不予核發包含 0%及不符資格，全部核發為 100%。

表 5、114 年牙醫品保款各項指標符合院所數--分區別

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
■ 核發本方案品保款								
	符合	1,748	833	935	602	673	104	4,895
		61.0%	81.3%	65.7%	69.4%	63.9%	80.0%	66.5%
	不符合	1,119	192	488	266	380	26	2,471
		39.0%	18.7%	34.3%	30.6%	36.1%	20.0%	33.5%
■ 符合本方案核發資格院所之各項指標分析(含專業、政策及加計指標)							總家數：4,895	
◎ 專業獎勵：核發基礎為 70%，採累計方式。								
1	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 15%。	2,012	725	1,001	610	775	89	5,212
		70.2%	70.7%	70.3%	70.3%	73.6%	68.5%	70.8%
1A	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率≤7 %。	2,769	1,005	1,400	804	940	118	7,036
		96.6%	98.0%	98.4%	92.6%	89.3%	90.8%	95.5%
1B	院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 112 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,467	898	1,264	795	967	126	6,517
		86.0%	87.6%	88.8%	91.6%	91.8%	96.9%	88.5%
1C	院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	2,342	817	1,112	716	935	102	6,024
		81.7%	79.7%	78.1%	82.5%	88.8%	78.5%	81.8%
2	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 15%。	798	488	587	343	392	61	2,669
		27.8%	47.6%	41.3%	39.5%	37.2%	46.9%	36.2%
2A	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率≤10 %。	2,726	1,005	1,391	796	920	113	6,951
		95.1%	98.0%	97.8%	91.7%	87.4%	86.9%	94.4%
2B	院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(112 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,516	915	1,284	804	977	127	6,623
		87.8%	89.3%	90.2%	92.6%	92.8%	97.7%	89.9%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
2C	院所該年乳牙填補顆數須達60顆。	919 32.1%	531 51.8%	657 46.2%	428 49.3%	494 46.9%	70 53.8%	3,099 42.1%
3	恆牙根管治療分為下列4項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵20%。	1,324 46.2%	515 50.2%	563 39.6%	393 45.3%	404 38.4%	53 40.8%	3,252 44.1%
3A	恆牙根管治療完成半年後的保存率 $\geq 95\%$ 。	2,382 83.1%	881 86.0%	1,207 84.8%	767 88.4%	906 86.0%	109 83.8%	6,252 84.9%
3B	恆牙根管治療未完成率 $< 30\%$ 。	2,716 94.7%	1,007 98.2%	1,400 98.4%	828 95.4%	1,024 97.2%	124 95.4%	7,099 96.4%
3C	院所當年應申報至少2例根管難症特別處理(90091C-90097C)且其中1例應含橡皮障防濕裝置(90012C)。	1,606 56.0%	588 57.4%	654 46.0%	465 53.6%	468 44.4%	60 46.2%	3,841 52.1%
3D	根管治療點數佔總點數之百分比須大於5%者。	2,482 86.6%	915 89.3%	1,182 83.1%	731 84.2%	886 84.1%	107 82.3%	6,303 85.6%
4	全口牙結石清除分為下列3項次指標，每項指標皆需達到符合標準，獎勵20%。	2,268 79.1%	820 80.0%	1,076 75.6%	605 69.7%	711 67.5%	102 78.5%	5,582 75.8%
4A	全口牙結石清除比率 $> 20\%$ 。	2,829 98.7%	1,007 98.2%	1,392 97.8%	848 97.7%	1,038 98.6%	124 95.4%	7,238 98.3%
4B	施行全口牙結石清除，且併同牙周疾病控制基本處置(91014C)的執行率 $> 20\%$ 。	2,480 86.5%	878 85.7%	1,161 81.6%	648 74.7%	771 73.2%	104 80.0%	6,042 82.0%
4C	該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數12件(含)以上。	2,434 84.9%	935 91.2%	1,216 85.5%	736 84.8%	857 81.4%	120 92.3%	6,298 85.5%
◎ 政策獎勵：核發基礎為30%，採累計方式。								
5	該院所當年度特定保存治療(91015C、91016C、91091C)及牙周病支持性治療(91018C)合計申報件數在15件(含)以上，獎勵3%。	1,143 39.9%	435 42.4%	508 35.7%	327 37.7%	355 33.7%	47 36.2%	2,815 38.2%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
6	該院所當年度第3階段診療項目申報件數在10件(含)以上，且占第1階段診療項目申報件數之比率至少達50%，獎勵5%。	1,120	437	487	308	365	49	2,766
		39.1%	42.6%	34.2%	35.5%	34.7%	37.7%	37.6%
7	醫院當年度資料上傳(含紙本交付衛生局(所)並成功上傳)至少12筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫，獎勵10%(醫院適用)。	31	15	22	18	23	7	116
		64.6%	51.7%	66.7%	72.0%	69.7%	53.8%	64.1%
8	每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務，分為下列2項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵3%(診所適用)。	801	287	504	353	356	40	2,341
		28.4%	28.8%	36.3%	41.9%	34.9%	34.2%	32.6%
8A	每月於健保資訊網服務系統(VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。	844	309	511	358	362	42	2,426
		29.4%	30.1%	35.9%	41.2%	34.4%	32.3%	32.9%
8B	週日或國定假日有提供牙醫醫療服務當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數≥1件(不含預防保健案件)。	2,567	918	1,332	809	976	109	6,711
		89.5%	89.6%	93.6%	93.2%	92.7%	83.8%	91.1%
9	113年月平均初核減率小於(等於)全國95百分位者，獎勵3%(診所適用)。	2,508	913	1,294	790	977	117	6,599
		89.0%	91.7%	93.1%	93.7%	95.8%	100.0%	91.8%
10A	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在1件(含)以上，獎勵2%(醫院、診所適用)。	293	130	295	177	195	49	1,139
		10.2%	12.7%	20.7%	20.4%	18.5%	37.7%	15.5%
10B	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在10件(含)以上，獎勵2%(診所適用)。	191	94	216	129	141	34	805
		6.8%	9.4%	15.5%	15.3%	13.8%	29.1%	11.2%
11	該院所當年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數30件(含)以上，獎勵10%(醫院、診所適用)。	1,999	779	945	581	673	100	5,077
		69.7%	76.0%	66.4%	66.9%	63.9%	76.9%	68.9%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
12	下列 2 項指標任一達標，即可加計獎勵 2% (診所適用)	155 5.5%	124 12.4%	173 12.4%	97 11.5%	82 8.0%	22 18.8%	653 9.1%
12A	當年度資料上傳(含紙本交付衛生局(所)並成功上傳)至少 4 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫。	150 5.3%	119 11.9%	170 12.2%	96 11.4%	78 7.6%	22 18.8%	635 8.8%
12B	當年度提供戒菸治療服務。	10 0.4%	5 0.5%	4 0.3%	3 0.4%	6 0.6%	0 0.0%	28 0.4%
■ 不符本方案核發品保款院所之原因分析								總家數：2,471
◎ 不予核發資格								
0	不符合加強感染管制院所(申報感染管制診察費月數少於 12 個月者)。	290 10.1%	74 7.2%	116 8.2%	47 5.4%	64 6.1%	9 6.9%	600 8.1%
1	本年度 12 月有 1 個(含)月以上費用未辦理第一次暫付者。	330 11.5%	113 11.0%	139 9.8%	56 6.5%	67 6.4%	11 8.5%	716 9.7%
2	本年度內經中央健康保險署違約記點者(一年內)處分日期: 114/01/01 - 114/12/31。	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	2 0.0%
3	本年度內經中央健康保險署處以扣減其十倍醫療費用者。處分日期:114/01/01 - 114/12/31。	0 0.0%	5 0.5%	6 0.4%	2 0.2%	2 0.2%	0 0.0%	15 0.2%
4	經中央健康保險署停止特約者(三年內)處分起迄日: 112/01/01 - 114/12/31。	12 0.4%	11 1.1%	7 0.5%	2 0.2%	6 0.6%	0 0.0%	38 0.5%
5	經中央健康保險署終止特約者(五年內)處分起迄日: 110/01/01 - 114/12/31。	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	3 0.3%	0 0.0%	4 0.1%
6	特約醫療院所有異常醫療行為模式，經分區委員會輔導後，認其情節重大經決議提中華民國牙醫師公會全國聯合會報備者。	0 0.0%	0 0.0%	2 0.1%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	4 0.1%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
7	基層院所當年度未執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)至少一件。	935	86	407	224	326	15	1,993
		33.2%	8.6%	29.3%	26.6%	32.0%	12.8%	27.7%
8	醫院層級院所(排除兒童醫院)當年度執行「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之執行率未達牙科就醫人次 1%以上。	6	5	3	1	5	2	22
		12.5%	17.2%	9.1%	4.0%	15.2%	15.4%	12.2%
◎ 符合核發資格，未領取品保款								
	指標達成率為 0%	1	1	1	0	1	0	4
		0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%

註：依據 115 年 3 月 3 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 1 次研商議事會議決議，各分區業務組就費用年月 115 年 1 月及 2 月申報診療項目編號 92094C（週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次）之院所，如已於 114 年 11 月及 12 月即於健保資訊網服務系統(VPN)完成時間登錄者，從寬認定不予核減。114、115 年度品保款方案政策獎勵指標(五)「每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」項目，比照從寬認定。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：徐邦賢代表

案由：「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」稽核院所雲端藥歷查詢方式，請討論案。

說明：

- 一、依據牙全會115年8月7日電子郵件轉徐邦賢代表提案(附件1，頁次討1-3)辦理。
- 二、查115年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫(附件2，頁次討1-5)七、給付項目及支付標準特定疾病病人牙科就醫安全(下稱P3601C)備註(三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統(下稱健保雲端系統)查詢病人資料。
- 三、依據本署114年6月13日健保醫字第1140662142A號函(附件3，頁次討1-9)，有關「特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)」之醫令自動化審查邏輯檢核(REA檢核)案，訂於114年8月上線(檢核費用年月114年5月)，自費用年月115年1月起，未至健保雲端系統查詢病人資料即申報P3601C醫令項目者，不予支付。
- 四、今年多位會員醫師反應已查詢健保雲端系統，仍遭自動化審查邏輯檢核核刪P3601C之費用，建議於健保雲端系統建置回饋機制，讓醫師查詢後能收到系統回饋，確認已完成查詢。

本署意見：

- 一、請貴會依本署114年6月13日健保醫字第1140662142號函(附件3，頁次討1-9)所提供之健保雲端系統使用者手冊(附件3，頁次討1-9)，輔導會員應開啟健保雲端系統，本署以線上或批次查詢勾稽「雲端系統查詢P3601C紀錄彙總檔(原為雲端查詢系統

查詢稽核紀錄檔)」為主，如發現健保雲端系統異常，請儘速通知所轄分區業務組。

- 二、經統計114年全年牙醫診所健保雲端系統目前使用率已高達99.4%，若在網頁查詢增加「確認已完成查詢」回饋機制，將造成醫師使用上負擔並增加系統作業反應時間，影響系統效能。再查現行健保雲端系統已有網頁程式回傳值之回饋方式(rtnCode元素值為3，代表查詢成功)(附件4，頁次討1-32)，倘醫療院所需確認是否有健保雲端系統查詢成功紀錄，建議請院所資訊廠商協助提供每日查詢紀錄。
- 三、統計旨揭醫令115年1~3月資料，每月平均申報筆數約31萬餘筆，程序審查核減約9千餘筆，經分區回饋部分院所係導入使用健保雲端系統之主動提示Web API(下稱API)功能，經統計院所僅以API查詢雲端藥歷預估每月約200筆數。
- 四、查本項支付標準規定牙醫師須至健保雲端系統「查詢」病人資料，爰先前僅就網頁查詢、批次下載者認定，並未納入API，考量現行使用雲端查詢認定一致性，比照系統查詢使用率定義，擬將API視為已查詢健保雲端系統。
- 五、院所可提供截圖提出申復，倘若本署發現所檢附截圖真實性有疑慮時，將移請貴會協助輔導。
- 六、另本署中區業務組反映院所就查詢P3601C時間點有疑義，建議修訂該支付標準備註(三)文字(附件5，頁次討1-35)。

決 議：

From: 牙醫師全聯會
Sent: Friday, August 7, 2026 4:37 PM
To:

Subject: 檢送 115-3 總額研商議事會議徐邦賢代表提案

檢送 115-3 總額研商議事會議徐邦賢代表提案電子檔
請查收
謝謝
全聯會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

115年度第3次「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」提案

第一案

提案人：徐邦賢代表

案由：「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」稽核院所雲端藥歷查詢方式，請討論案。

說明：

- 一、依據計畫內支付項目-特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)備註(三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。
- 二、依據中央健康保險署 114 年 6 月 13 日健保醫字第 1140662142A 號函，有關「特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)」之醫令自動化審查邏輯檢核(REA 檢核)案，訂於 114 年 8 月上線(檢核費用年月 114 年 5 月)，自費用年月 115 年 1 月起，未至雲端查詢系統查詢病人資料即申報 P3601C 醫令項目者，不予支付。
- 三、今年多位會員醫師反應已查詢雲端藥歷，仍遭自動化審查邏輯檢核核刪 P3601C 之費用，建議於雲端藥歷系統建置回饋機制，讓醫師查詢後能收到系統回饋，確認已完成查詢。

決議：

115年度全民健康保險牙醫門診總額 特定疾病病人牙科就醫安全計畫

115年1月15日健保醫字第1150100609號公告

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：

藉由本計畫之實施，對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。

三、實施期間：

115年1月1日起至115年12月31日止。

四、預算來源：

115年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目，全年經費為424.4百萬元。

五、年度執行目標：

執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達6成。

六、牙醫師申報資格：

- (一) 除口腔顎面外科、口腔病理及特殊需求者口腔醫學科之專科醫師，與執業登記於牙醫教學醫院之牙醫師外，牙醫師須接受本計畫相關教育訓練。
- (二) 前項教育訓練開課單位限中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)、各醫院、各縣市牙醫師公會及向牙醫全聯會申請開課之學會，教材由牙醫全聯會統一編定。
- (三) 完成訓練之牙醫師名單由牙醫全聯會統一造冊函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組備查。另無須接受教育訓練之牙醫師名單，須由相關專科學會(特殊需求者口腔醫學科專科醫師由衛生福利部口腔健康司)及中華民國醫院牙科協會檢送相關資料交由牙醫全聯會，併同辦理。

七、給付項目及支付標準：

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
P3601C	特定疾病病人牙科就醫安全 註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1.糖尿病病人。 2.高血壓病人。 3.骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4.心血管疾病病人。 5.癌症病人。 6.血液透析及腹膜透析病人。 7.器官移植病人。 8.精神疾病病人。 9.帕金森氏症病人。 10.失智症病人。 11.甲狀腺相關疾病病人。 12.與牙科治療相關之自體免疫性疾病病人。 13.其他未明示之疾病病人。 (二)該院所該牙醫師當年度第一次申報本項時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表(如附件)。 (三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。 (四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-六個月內之糖化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。	V	V	V	V	100

八、醫療費用申報、審查及點值結算：

- (一)除本計畫另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、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。

(二) 該院所該牙醫師當年度第一次申報「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C)時，須填寫本計畫醫師自我考評表(如附件)，並留存於牙醫病歷備查。本計畫案件抽審時，一併附上。

(三) 病人每次就診當天同一院所只可申報一次 P3601C：

1. 符合本計畫之病人，就診當次有取卡號並且至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢即可申報 P3601C。
2. 符合本計畫之病人，就診當次已有同一療程卡號並且至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢即可申報 P3601C，不得為申報 P3601C 另取卡號。

(四) 本計畫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；預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。

九、預期效益之評估指標：

(一) 降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。

(二) 減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險(詳註)。

1. 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。

2. 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人：下列疾病經由本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險：

(1) 骨質疏鬆症。

(2) 癌症、骨轉移者。

[註]：計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。

(三) 服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。

1. 服用抗凝血劑的病人，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼或死亡的比率。

2. 服用抗凝血劑的病人，且於牙科看診有申報 P3601C，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼或死亡的比率。

[註]：

(1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。

(2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼為 I20-I25。

十、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十一、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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。

抄本

檔 號：
保存年限：

附件 3

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：
聯絡電話：02-27065866
傳真：02-27069043
電子郵件：

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年6月13日
發文字號：健保醫字第1140662142A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明段二、三及四

主旨：有關「特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)」之醫令自動化

審查檢核(下稱REA檢核)案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴會114年2月27日牙全仁字第02378號函暨同年5月7日電子郵件。
- 二、旨揭檢核因預檢程式邏輯尚待釐清，前已暫緩執行，經於114年5月27日與貴會溝通後，業修正如附件1，並預訂於114年8月上線(檢核費用年月114年5月)，自費用年月115年1月起，未至健保醫療資訊雲端查詢系統(下稱雲端查詢系統)查詢病人資料即申報旨揭醫令項目者，不予支付。
- 三、依本署「特約醫事服務機構門診醫療費點數申報格式及填表說明」規定略以，醫令清單段之「執行時間-起」、「執行時間-迄」欄位，如屬同一療程案件應按醫令代碼之實際執行日期逐一填報填治療日期至年月日。惟經查費用年月114

年1月至4月之申報資料，未依規定申報之情形如下（附件2）：

（一）未填報「執行時間-起」、「執行時間-迄」欄位：22家院所。

（二）未按醫令代碼之實際執行日期逐一填報（同一醫令序申報案件數量大於1）：31家院所。

四、為免院所未依申報規定而核減，請貴會協助確實輔導會員正確申報。另檢送健保醫療資訊雲端查詢使用者操作手冊（附件3），請確實輔導會員點閱相關用藥頁籤，並待用藥紀錄回傳。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
副本：本署各分區業務組、本署醫審及藥材組

P3601C 之回溯性檢核邏輯

- 一、申報範圍：僅限醫事類別 13、門/急診別，代辦案件不得申報。
- 二、檢核執行年月由原先減「1」個月改為「2」個月。
- 三、同院所、同 ID、同日、線上、批次下載雲端查詢多筆紀錄，以一筆計算。
- 四、除以醫事服務機構(HOSP_ID_JOIN)勾稽雲端查詢系統查詢稽核紀錄檔之醫事服務機構外，增列實際提供醫療服務之醫事服務機構代號(REAL_HOSP_ID_JOIN)。
- 五、先以執行時間-起(EXE_S_DATE)勾稽雲端查詢系統查詢稽核紀錄檔之查詢日期(TXT_DATE)，執行時間-起為空值者則勾稽 FUNC_DATE(就醫日期)。
- 六、先以線上雲端查詢勾稽雲端查詢系統查詢稽核紀錄檔，無線上雲端資料者則勾稽批次查詢日期，如批次有多筆查詢紀錄，以最早查詢日期進行認定，已勾稽完成者於雲端查詢系統查詢稽核紀錄檔之「勾稽註記」欄位加以註記。
- 七、線上雲端勾稽日期由原先-7+1 修正為當日。
- 八、檢核邏輯排除牙不足計畫、牙特計畫之外展點：
 1. 牙不足計畫：
 - (1) 特定治療項目(一)：F2、特定治療項目(二)F3
 - (2) 特定治療項目(一)：F2、特定治療項目(二)F3、特定治療項目(三)或(四) JA 或 JB
 - (3) 特定治療項目(一)：F2、特定治療項目(二)F3、特定治療項目(三)LM
 - (4) 特定治療項目(一)：F3
 - (5) 特定治療項目(一)：F3、特定治療項目(二)LM
 - (6) 特定治療項目(一)：FT
 - (7) 特定治療項目(一)：FT、特定治療項目(二)LM
 2. 牙特計畫之外展點：

(1)特定治療項目(一)：醫療團：FK、FL、FM、FN、FE、
FF、FX、L1、LG、LP、LT

(2)特定治療項目(一)：社區醫療站：L5、L6、L7、L8、
L9、LA、LB、LH、LS

(3)特定治療項目(一)：特定需求者服務：FU、FZ、LR

(4)特定治療項目(一)：居家牙醫醫療服務：FS、FY、L4、
LE、L2、LC、LD、LJ

九、雲端查詢系統查詢稽核紀錄檔資料範圍刪除醫事類別及案件分類。

十、雲端查詢系統查詢稽核紀錄檔增列欄位，如下：

(一)醫事類別(HOSP_DATA_TYPE)：擷取 V_DWM_OP_ORD_DTL 之
HOSP_DATA_TYPE 欄位。

(二)實際提供醫療服務之醫事服務機構代號

(REAL_HOSP_ID_JOIN)：擷取 V_DWM_OP_ORD_DTL 之
REAL_HOSP_ID_JOIN 欄位。

(三)執行時間一起(EXE_S_DATE)欄位：勾稽 V_DWM_OP_ORD_DTL
之 EXE_S_DATE 欄位。

(四)勾稽註記：1. 完成勾稽、2. 未勾稽。

同一療程或排程案件未執行時間院所名稱

製表日期:114.6.4

序號	分區別	醫事機構代號	醫事機構簡稱	申報醫令數量
1	台北			61
2	台北			45
3	台北			83
4	台北			3
5	台北			1
6	台北			3
7	北區			1
8	北區			1
9	中區			1
10	中區			83
11	中區			16
12	南區			26
13	高屏			3
14	高屏			3
15	高屏			18
16	高屏			4
17	高屏			18
18	高屏			44
19	高屏			17
20	高屏			3
21	高屏			12
22	東區			1

註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門診明細
(擷取日期：114年6月4日)。
2. 資料區間：114年1月至4月。
3. 醫事類別：牙醫門診、申報醫令P3601C。

P3601C 案件醫令件數>1

序號	分區別	醫事機構代號	醫事機構簡稱	醫令數量
1	台北			4
2	台北			2
3	台北			2
4	台北			2
5	北區			2
6	北區			2
7	北區			2
8	北區			84
9	北區			2
10	北區			5
11	北區			5
12	中區			2
13	中區			2
14	中區			8
15	中區			11
16	中區			2
17	中區			2
18	中區			15
19	中區			57
20	南區			13
21	南區			160
22	高屏			2
23	高屏			4
24	高屏			14
25	高屏			14
26	高屏			2
27	高屏			2
28	高屏			2
29	高屏			4
30	高屏			118
31	高屏			26

健保醫療資訊雲端查詢系統2.0

目 次

壹、修訂紀錄表	3
貳、作業目的及功能	4
一、作業目的	4
二、作業功能	4
三、作業環境	6
參、操作說明	7
一、登入方式	7
二、健保雲端系統 2.0 介面操作說明	10
三、頁籤畫面配置及共同功能說明	17
四、摘要	23
五、摘要—B、C 型肝炎專區	26
六、摘要—特殊給付限制	29
七、西醫用藥—用藥紀錄	32
八、西醫用藥—特定管制用藥	37
九、西醫用藥—特定凝血因子用藥	38
十、西醫用藥—門診藥品餘藥日數	39
十一、中醫醫療—用藥紀錄	41
十二、中醫醫療—針傷治療	43
十三、中醫醫療—特定疾病門診加強照護	44
十四、牙科處置紀錄—牙科處置紀錄項目	46
十五、過敏紀錄—過敏紀錄	49
十六、檢查與檢驗—檢查檢驗結果	54
十七、檢查與檢驗—影像及病理查詢	55
十八、檢查與檢驗—成人預防保健	59
十九、檢查與檢驗—四癌篩檢結果	61
二十、檢查與檢驗—檢查檢驗紀錄	64
二十一、手術紀錄—手術紀錄項目	65
二十二、出院病摘—出院病歷摘要	66

二十三、復健醫療—復健醫療紀錄.....	68
二十四、特材紀錄—特材紀錄.....	69
肆、問答集.....	70

貳、作業目的及功能

一、作業目的

提供健保特約醫事服務機構醫事人員執行醫療業務時，可透過健保資訊服務系統(VPN)即時查詢病人近期之就醫資訊，讓醫事人員瞭解病人近期就醫情形，避免重複處方，並提升病人就醫安全及品質。

二、作業功能

頁籤	呈現資料區間	
摘要	病人資訊	
	B、C 型肝炎專區	自 104 年起最近 1 次 B、C 型肝炎相關就醫紀錄
	特殊給付限制	依各收錄項目之限制實施年月
西醫用藥	用藥紀錄	最近 6 個月就醫資料 (5 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
	特定管制用藥	最近 7 個月就醫資料 (6 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
	特定凝血因子用藥	最近 24 個月就醫資料 (23 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
	門診藥品 餘藥日數	最近 3 個月就醫資料
中醫醫療	用藥紀錄	最近 12 個月就醫資料 (11 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
	針傷治療	最近 12 個月就醫資料 (11 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
	特定疾病門診 加強照護	最近 12 個月就醫資料 (11 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料+門診特定疾病加強照護計畫收案資料)

頁籤	呈現資料區間	
牙科處置紀錄	牙科處置紀錄項目	最近 24 個月就醫資料 (23 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
過敏紀錄	過敏紀錄	病人所有過敏紀錄
檢查與檢驗	檢查檢驗結果	最近 12 個月就醫資料 (檢驗(查)結果上傳資料)
	影像及病理	最近 12 個月報告資料+12 個月內影像資料 (檢驗(查)結果及醫療影像上傳資料)
	成人預防保健	最近 2 次成人預防保健檢查結果資料
	四癌篩檢結果	自 105 年起最近 3 次篩檢結果
	檢查檢驗紀錄	最近 12 個月就醫資料 (11 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
手術紀錄	手術紀錄項目	最近 12 個月就醫資料 (11 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
出院病摘	出院病歷摘要	最近 12 個月就醫資料 (12 個月申報資料)
復健醫療	復健醫療紀錄	最近 12 個月就醫資料 (11 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料)
特材紀錄	特材紀錄	1. 關節內注射劑：最近 12 個月就醫資料(11 個月申報資料+最近 1~2 個月健保卡就醫資料) 2. 受 MRI 檢查影響之特材植入物：108 年起申報資料(不含自費特材)

三、作業環境

為維護資通安全，使用新版健保醫療資訊雲端查詢系統須符合以下作業環境：

作業環境	限制
控制軟體版本	僅支援 5.1.5 以上版本，並確認使用前已開啟主控台。
瀏覽器	支援多元瀏覽器，如：Edge、Chrome 等， 惟不支援 IE

參、操作說明

健保醫療資訊雲端查詢系統的入口方式為「讀卡登入」，說明如下：

一、登入方式

(一) 醫事機構可利用院內資訊系統(HIS)或直接連結「健保醫療資訊雲端查詢系統」URL(<https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/imue1000/>)，連結此URL即進入入口網頁，依病人所持健保卡類型點選「健保雲端系統2.0(實體健保卡)」或「健保雲端系統2.0(虛擬健保卡)」按鈕後，開始讀取醫師卡(醫事人員卡)及SAM卡，確定該醫事人員為該院專、兼任醫事人員(藥師為專任或聯合診所藥師)後，即讀取健保IC卡資料進行查詢。

(二) 使用者：醫師／藥師／其他醫事人員(醫事人員卡)。

(三) 條件：

1. 醫事機構需為健保特約醫事服務機構。
2. 醫師必須為該醫事機構的專、兼任醫師。
3. 藥師必須為專任藥師或聯合診所藥師。
4. 非醫師、藥師之醫事人員必須為該醫事機構的專、兼任醫事人員。

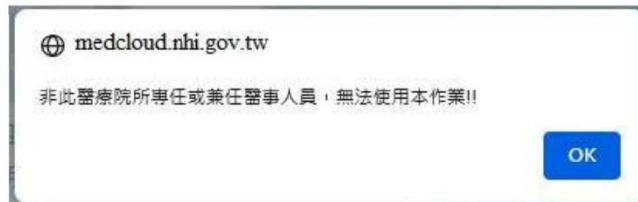
(四) 畫面：

1. 連結URL後開啟「健保醫療資訊雲端查詢系統入口網頁」。



2. 依病人所持健保卡類型點選「健保雲端系統 2.0(實體健保卡)」或「健保雲端系統 2.0(虛擬健保卡)」按鈕。非醫、藥師之醫事人員請先於畫面上輸入 PIN 碼。
3. 如欲直接連結至「健保雲端系統 2.0(實體健保卡)」或「健保雲端系統 2.0(虛擬健保卡)」網頁，請使用下列 URL：
 - (1) 實體健保卡：<https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/imue1000?type=icc>
 - (2) 虛擬健保卡：<https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/imue1000?type=vhc>
4. 為醫師診療及病人就醫安全所需，自 113 年 10 月 25 日起本署健保醫療資訊雲端查詢系統 2.0 新增「醫師於醫事人員卡無法使用期間可申請運用醫師健保卡進行短期替代認證」之機制，醫師如因醫事人員卡遺失、換補發或因故未攜帶，可點選「健保雲端系統 2.0(醫師卡無法使用)」按鈕進入申請或使用。

5. 醫事人員非該醫事機構的專、兼任醫事人員或藥師非專任藥師或聯合診所藥師，無法使用本作業時訊息如下：



6. 其他讀卡錯誤訊息如下：



7. 系統完成讀取卡片資料後，隨即進入查詢頁面：

二、健保雲端系統 2.0 介面操作說明

(一) 請換卡再按我：

使用者欲查詢下一位病人就醫資料時，請先抽換或掃描下一位病人 IC 卡片後再點選「查詢其他保險對象健保卡資料：請換卡再按我\請掃描再按我」，隨即進入下一位病人 IC 卡讀卡查詢流程並顯示畫面。



(二) 頁籤顯示說明：

1. 所有頁籤項目會固定顯示於畫面上方功能列，並依據所呈現之資料內容分別歸類於第一層及第二層頁籤。



2. 依登入醫事機構之機構類別及保險對象有該頁籤資料時才可點選：

- (1) 若登入者之醫事機構類別無該項頁籤權限時，則反灰無法點選，游標移至該項功能時，會顯示「機構類別無權限」。

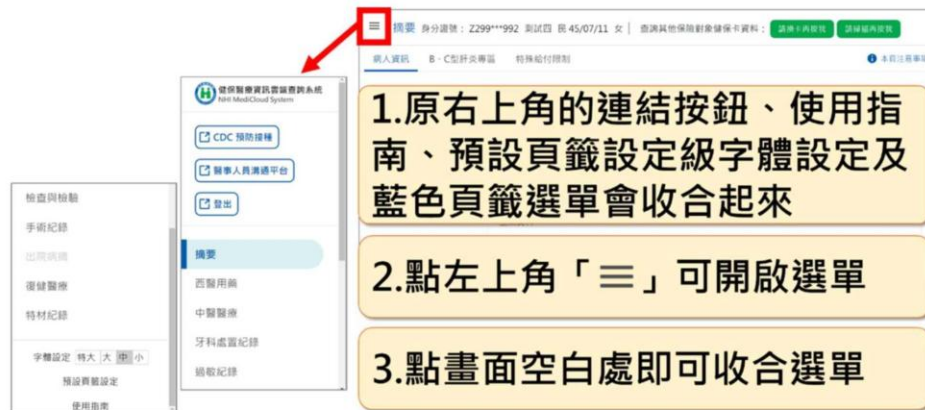


(2)若所查詢之保險對象無該項頁籤資料時，則反灰無法點選，游標移至該項功能時，會顯示「個案查無資料」。



3. 響應式網頁設計

健保雲端系統 2.0 採響應式網頁設計，調整視窗大小或畫面顯示比例(放大百分比)時，畫面配置會隨之調整。



(三)「使用指南」功能說明：



■ 簡介

簡介本系統目的。



■ 網站導覽與說明

說明本系統服務及功能。



■ 使用小技巧

提供本系統之使用技巧。



■ 常見問題

使用者常遇到的問題及相關說明。



■ 更新歷程

提供本系統更新項目之日期及內容。



六、摘要－特殊給付限制

(一) 可點選左側選單快捷至指定項目(詳參「快捷選單及收合展開」功能說明)。

健保醫療資訊雲端查詢系統 NHH MediCloud System 身分證號: Z299***992 測試四 民 45/07/11 女 | 查詢其他保險對象健保卡資料: [選擇卡再查詢](#) [選擇欄再查詢](#) [CDC 預防接種](#) [醫事人員溝通平台](#) [退出](#)

摘要 西醫用藥 中醫用藥 牙科處置記錄 檢驗記錄 檢驗與檢驗 手術記錄 影像記錄 醫藥服務 特殊材料 使用指南 協助與維護 字體設定 [放大](#) [縮小](#) [重置](#)

病人資訊 B、C型肝炎專區 特殊給付限制

醫療服務

項次	就醫日期	來源	主診斷	醫令名稱	醫令代碼	資料來源
1-1	113/03/03	大林慈濟醫院 門診 1140030012	中藥之支氣管或肺惡性腫瘤C342	肺腺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫學器材檢測(VDI)	30101B	健保卡
1-2	113/02/03	大林慈濟醫院 門診 1140030012	中藥之支氣管或肺惡性腫瘤C342	肺腺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫學器材檢測(VDI)	30101B	健保卡
2-1	113/03/03	大林慈濟醫院 門診 1140030012	中藥之支氣管或肺惡性腫瘤C342	PD-L1免疫組織化學染色	30103B	健保卡
2-2	113/02/03	大林慈濟醫院 門診 1140030012	中藥之支氣管或肺惡性腫瘤C342	PD-L1免疫組織化學染色	30103B	健保卡

藥品

項次	就醫日期	來源	主診斷	藥品名稱	藥品代碼	給藥日數	藥品用量	資料來源
----	------	----	-----	------	------	------	------	------

(二) 特殊給付限制頁籤呈現病人使用健保特殊給付限制項目之就醫紀錄，包含「醫療服務」、「藥品」及「特殊材料」項目，呈現項目內容依本頁「資料說明」所附資料為準。

範例畫面如下：

1. 醫療服務

醫療服務

項次	就醫日期	來源	主診斷	醫令名稱	醫令代碼	資料來源
1-1	111/01/11	奇美醫院 門診 1141090512	口腔黏膜下層纖維化症K135	PD-L1免疫組織化學染色	30103B	申報

2. 藥品

藥品

項次	就醫日期	來源	主診斷	藥品名稱	藥品代碼	給藥日數	藥品用量	資料來源
1-1	107/11/22	美斯卡眼科 門診 3501013273	老年性渗出性黃斑病變 H3532	采視明威視注射液 (Eylea aflibercept (rch) 40 mg/mL solution for intravitreal injection vial)	KC00936248	1	1	申報
1-2	107/06/22	美斯卡眼科 門診 3501013273	老年性渗出性黃斑病變 H3532	采視明威視注射液 (Eylea aflibercept (rch) 40 mg/mL solution for intravitreal injection vial)	KC00936248	1	1	申報

(八) 藥品交互作用查詢

比對「擬處方或調劑藥品」與「病人遵醫囑餘藥」之交互作用。

1. 輸入擬處方或調劑藥品之名稱、藥品代碼(健保碼)或 ATC 碼，系統可模糊比對，提供相關選項。

2. 可選擇至多 10 項，選擇完成後，點擊「比對交互作用」進行查詢。

3. 如需再次查詢其他交互作用，請點擊左側快捷選單之「藥品查詢」，或將卷軸拉至本頁最上方即可刪除原選擇之藥品，新增其他欲比對之藥品。

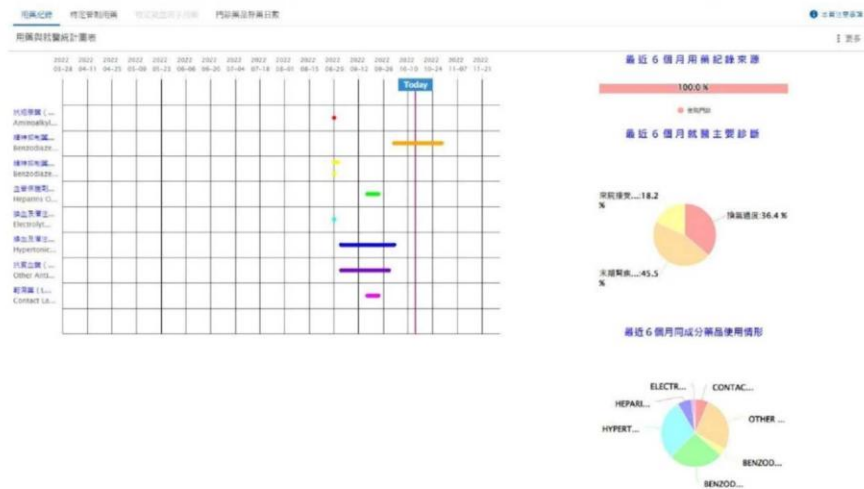
查詢藥品 ATC名稱	比對藥品 ATC名稱	開藥院所	開藥日期	交互作用結果	機轉	處置方式	參考文獻 (資料 庫/PMID)
Paxlovid(Nirmatrelvir/Ritonavir)	Rivaroxaban	大林慈濟醫院	112/05/03	增加Rivaroxaban血中濃度及出血風險。	抑制Rivaroxaban經CYP3A4與P-glycoprotein之代謝。	避免併用。	
Nir(Ritonavir)	Rivaroxaban	大林慈濟醫院	112/05/17	增加Rivaroxaban血中濃度及出血風險。	抑制Rivaroxaban經CYP3A4與P-glycoprotein之代謝。	避免併用。	
Paxlovid(Nirmatrelvir/Ritonavir)	Rivaroxaban	大林慈濟醫院	112/05/24	增加Rivaroxaban血中濃度及出血風險。	抑制Rivaroxaban經CYP3A4與P-glycoprotein之代謝。	避免併用。	
Paxlovid(Nirmatrelvir/Ritonavir)	Rivaroxaban	大林慈濟醫院	112/06/03	增加Rivaroxaban血中濃度及出血風險。	抑制Rivaroxaban經CYP3A4與P-glycoprotein之代謝。	避免併用。	

(九) 圖形化查詢

1. 點選「更多」>「顯示圖形化畫面」查詢用藥與就醫統計圖表。

藥品名稱	就醫(調劑)日期(住院用藥起日)	藥品規格量	用法用量	藥品用量	給藥日數	高齡宜注用藥項
THROUGH F.C. TABLETS "C.M." (SENNOSIDES)	111/09/17		QN	14	7	

2. 顯示「時間軸圖」、「最近六個月用藥紀錄來源」、「最近六個月就醫主要診斷」、「最近六個月同成分藥品使用情形」圖表。



3. 點選「更多」>「顯示圖表設定」可以設定圖表喜好設定。



4. 勾選顯示圖表後點選「確定」完成設定；點選「還原為預設值」可還原為系統預設值。

八、西醫用藥－特定管制用藥

健保醫療資訊雲端查詢系統 NHH MedCloud System 身分證號: Z299***992 測試區 45/07/11 女 | 查詢其他保險對象健保卡資料: [請按此再按我](#) [請按此再按我](#) [CDC 預防接種](#) [醫事人員溝通平台](#) [管理](#)

用藥記錄 西醫用藥 中醫用藥 牙科處方記錄 過敏記錄 檢查與檢驗 手術記錄 檢驗結果 疫苗記錄 特材記錄 使用指南 | 增加資料設定 | 字體設定 [放大](#) [縮小](#) [重置](#)

用藥記錄 特定管制用藥 特定凝血因子用藥 門診藥品經銷日期 [本頁注意事項](#)

特定管制用藥情形統計 (近 6 個月申報資料) ▼

序次	成分名稱(成分代碼)	就醫年月	就醫次數	就醫院所數	總劑量(mg)	總DDD數	備註
1	ZOLPIDEM (TARTRATE+HEMITARTRATE) 2824801820+2824801810	112/08	1	1	560	56	依WHOATC/DDDIndex建議每人日劑量為10mg，每半年約需1825mg。(mg-毫克)
2		112/09	1	1	560	56	
3		112/10	1	1	560	56	
4		112/11	1	1	560	56	
5		113/01	1	1	560	56	

搜尋 篩選器 [更多](#)

序次	就醫日期	就醫時間	成分名稱(成分代碼)	來源	總劑量(mg)	總DDD數	備註	費用年月
1	113/03/10	110126	ZOLPIDEM (TARTRATE+HEMITARTRATE) 2824801820+2824801810	安理華藥廠 3532052586	420	42	依WHOATC/DDDIndex建議每人日劑量為10mg，每半年約需1825mg。(mg-毫克)	
2	113/02/10	110126	ZOLPIDEM (TARTRATE+HEMITARTRATE) 2824801820+2824801810	安理華藥廠 3532052586	420	42	依WHOATC/DDDIndex建議每人日劑量為10mg，每半年約需1825mg。(mg-毫克)	

Showing 1 to 2 of 2 entries [Previous](#) [Next](#)

- (一) 上方「特定管制用藥情形統計(近 6 個月申報資料)」預設為展開(詳參「快捷選單及收合展開」功能說明)，下方為特定管制用藥明細資料。
- (二) 搜尋功能(詳參「搜尋」功能說明)。
- (三) 篩選器功能(詳參「篩選器」功能說明)。
- (四) 欄位排序功能(詳參「欄位排序」功能說明)。
- (五) 表格欄位設定功能(詳參「表格欄位設定」功能說明)。
- (六) 本頁注意事項

1. 特定管制藥品頁籤收載病人近 6 個月的特定管制藥品用藥資訊；資料傳輸會有 24~48 小時之時間落差。
2. 僅近 1-2 個月之就醫資料會顯示就醫時間。
3. DDD(Defined daily dose)係指每日定義劑量，係針對每一藥品成分的主要適應症所制訂成人每天平均維持劑量。
4. 「就醫日期」欄位於門診資料為「就醫日期」或「調劑日期」，於住院資料為「住院用藥起日」。

健保醫藥資訊雲端查詢系統
 NHRI MedCloud System

身分證號: Z299****992 測試區 民 45/07/11 女 | 查詢其他得檢對金健保卡資料: [請按下方取用](#) [請按下方取用](#)

[CDC 預防接種](#) [醫事人員溝通平台](#) [登出](#)

Showing 1 to 2 of 2 entries Previous 1 Next

(六) 本頁注意事項

健保醫療資訊雲端查詢系統2.0

目 次

壹、	修訂紀錄表	3
貳、	作業目的及功能	7
一、	作業目的	7
二、	作業功能	7
三、	作業環境	9
參、	操作說明	10
一、	登入方式	10
二、	健保雲端系統 2.0 介面操作說明	13
三、	頁籤畫面配置及共同功能說明	23
四、	摘要	30
五、	摘要—B、C 型肝炎專區	33
六、	摘要—特殊給付限制	36
七、	西醫用藥—用藥紀錄	40
八、	西醫用藥—特定管制用藥(關懷名單)	48
九、	西醫用藥—特定凝血因子用藥	50
十、	西醫用藥—門診藥品餘藥日數	51
十一、	中醫醫療—用藥紀錄	53
十二、	中醫醫療—針傷治療	55
十三、	中醫醫療—特定疾病門診加強照護	56
十四、	牙科處置紀錄—牙科處置紀錄項目	58
十五、	過敏紀錄—過敏紀錄	61
十六、	檢查與檢驗—檢查檢驗結果	66
十七、	檢查與檢驗—影像及病理查詢	71
十八、	檢查與檢驗—成人預防保健	76
十九、	檢查與檢驗—癌症篩檢結果	79
二十、	檢查與檢驗—檢查檢驗紀錄	82
二十一、	手術紀錄—手術紀錄項目	83
二十二、	出院病摘—出院病歷摘要	84

二十三、 復健醫療—復健醫療紀錄.....	86
二十四、 特材紀錄—特材紀錄.....	87
肆、 網頁程式回傳值：網頁元素(Element)說明	88
伍、 問答集	89
附錄、「AI 醫療影像報告彙整摘要」功能說明.....	99
附件一、健保醫療資訊雲端查詢系統 2.0 醫事人員查詢權限表.....	106
附件二、「摘要\病人資訊」頁籤試辦計畫/方案名稱.....	108

肆、網頁程式回傳值：網頁元素(Element)說明

● 網頁元素(一)說明：rtnCode

1. 用途：目前程式執行的狀態。

2. 元素值(value)

元素值 (value)	內容說明
0	醫事機構端 (client) 點選「健保醫療資訊雲端查詢系統 2.0」連結時程式啟動時的狀態。
1	醫事機構端 (client) 讀取 SAM 卡、醫事人員卡及健保 IC 卡資料完成，並準備將卡片資訊送至健保署主機端 (server) 的狀態。
2	健保署主機端 (server) 接收到卡片資訊並完成「健保醫療資訊雲端查詢系統 2.0」查詢；正準備將查詢結果送至醫事機構端 (client) 的狀態。
3	醫事機構端 (client) 接收到結果資料後由程式自動回傳訊息至主機端 (server) 表示成功。

● 網頁元素(二)說明：GetMsg

1. 用途：目前頁籤功能程式執行狀態的訊息。

2. 元素值(value)：顯示目前頁籤功能程式執行狀態的訊息。

● 主機端 (server) 流程需至元素值(value)為 3 才算完全成功。

如顯示西醫用藥之用藥紀錄畫面，主機端 (server) 流程完成時，會回傳「西醫用藥-用藥紀錄資料查詢成功」，此時：rtnCode 的元素值(value)為 3；GetMsg 的元素值(value)為「西醫用藥-用藥紀錄資料查詢成功」。

支付標準特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)修正對照表

本署建議修訂	現行支付標準	本署說明
(三)申報本項前<u>就醫當次</u>，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料一，(四)<u>並於病歷上需中逐次記載明每一適用對象之相關資料前開查詢結果</u>。如：糖尿病病人-六個月內之糖化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。	(三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。 (四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-六個月內之糖化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。	一、分區表示本項支付標準規定，「申報本項前需至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料」，惟並未敘明「申報本項前」之時間點，為免與院所查詢雲端時間認知有爭議，建議酌修文字。 二、另院所反映同一療程病患，因就醫日期相近、慢性病短期內病人病情、用藥及數據不會有太大變化，惟現行規定每次就醫均可申報 P3601C。另查本計畫規定病人每次就診當天同一院

		所只可申報一次 P3601C，但同一療程 案件不同就診日每次皆可申報，相關 規定是否調整，請考量。
--	--	--