



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 112 年第 2 次研商議事會議

112 年 5 月 23 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」

112 年第 2 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)

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、牙醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、111 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案	報 3-1
四、修訂牙醫支付標準「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」診療項目名稱案	報 4-1
五、修訂全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點案	報 5-1
六、112 年牙醫門診總額研商議事會議開會時間修正案	報 6-1
七、全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄,改採會議實錄錄音檔對外公開案	報 7-1
八、111 年度牙醫總額專款項目宣導與規劃案	報 8-1
九、「全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」執行成效將提至 112 年 7 月份全民健康保險會委員會議報告	報 9-1

肆、討論事項

一、修訂「112 年度牙醫門診總額地區預算分配」	討 1-1
二、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫	討 2-1
三、修訂「112 年度牙醫門診加強感染管制實施方案」	討 3-1
四、修訂「112 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」	討 4-1

五、研擬牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案	討 5-1
六、有關原有牙醫門診總額方案歷年成長率如何認定，以牙周病統合治療方案為例	討 6-1

伍、 臨時動議

一、有關 112 年度牙醫門診總額給付費用協定事項，牙醫特殊醫療服務計畫新增社區醫療網	臨 1-1
---	-------

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

112 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 3 月 7 日 14 時整

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：李副署長丞華

紀錄：阮柏叡

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
成代表庭甄	成庭甄	陳代表義聰	(請假)
何代表世章	(請假)	黃代表兆杰	黃兆杰
吳代表志浩	吳志浩	黃代表克忠	黃克忠
吳代表廸	吳廸	黃代表俊仁	黃俊仁
吳代表明彥	吳明彥	黃代表智嘉	黃智嘉
林代表敬修	林敬修	楊代表玉琦	楊玉琦
林代表鎰麟	林鎰麟	董代表正宗	(請假)
邱代表昶達	邱昶達	劉代表振聲	劉振聲
洪代表純正	洪純正	蔡代表東螢	(請假)
范代表景章	范景章	蔡代表建宗	蔡建宗
徐代表邦賢	徐邦賢	蔡代表蕙如	蔡蕙如
翁代表德育	翁德育	謝代表偉明	謝偉明
張代表香茂	張香茂	簡代表志成	簡志成
陳代表亮光	陳亮光	顏代表國濱	顏國濱
陳代表彥廷	陳彥廷	羅代表界山	羅界山
陳代表淑華	陳淑華	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、張靈
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會	楊文甫、蔡欣原、連新傑 廖秋英、邵格蘊、許家禎 潘佩筠
中華民國藥師公會全國聯合會	(請假)
台灣醫院協會	許雅琪、吳昱嫻、鄭禮育
中華牙醫學會	黃雪棟
本署臺北業務組	楊淑娟*、邱玲玉*、吳逸芸*
本署北區業務組	謝明珠*、黃毓棠*、黃文雯*
本署中區業務組	蘇彥秀*、王奕晴*、林裕能* 戴秀容*、陳淑英*、張念賓*
本署南區業務組	丁增輝*、賴文琳*
本署高屏業務組	李金秀*、黃皓綱*、李昀融* 吳孜威*
本署東區業務組	劉翠麗*、陳珮毓*
本署醫審及藥材組	連恆榮、賴昱廷、林宏修 陳盈如
本署醫務管理組	張作貞、陳依婕、洪于淇 呂姿曄、朱文玥、黃怡娟 劉立麗、鄭智仁、蔡孟芸 李佩純

主席致詞(略)

壹、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案

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：下列 3 項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號 1：修訂「110 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」。

二、序號 2：「牙醫門診加強感染管制實施方案」：

(一)非健保特約院所實地訪查作業俟疫情緩和後請衛生福利部口腔健康司持續追蹤。

(二)為利牙醫感染管制外展點書面評核作業，請牙全會提供外展點書評上傳名單，並配合本署各分區業務組意見勘誤及修正，待分區業務組同意核備後，本署將盡速將相關名單匯入「牙醫感染管制外展點書評系統及登錄系統」，並請牙全會協助轉知會員上傳外展點資料。

三、序號 3：支付標準第三部牙醫第一章第一節「一般牙科門診診察費」停止適用日期案：請牙全會研議全面適用「牙醫門診加強感染管制實施方案」之修訂支付標準相關規範。

第三案

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：

一、洽悉。

二、有關牙周病統合照護年度預算成長率之計算公式，請健保會釋示。

三、111 年度牙醫總額專款項目執行率偏低之試辦計畫，請牙全會於下次會議提案報告原因及輔導規劃。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定事項扣減費用案。

決定：依據 111 年度牙醫總額協定事項，「高風險疾病口腔照護」及「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，須依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度或於一般服務扣減重複部分費用，扣減方式如下：

一、高風險疾病口腔照護預估需扣減未執行額度約 401.5 百萬點，分攤於 111 年第 3 季扣減 200 百萬元、第 4 季考量院所仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。

二、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫第 3 季扣減一般服務費用約 0.55 百萬元，第 4 季依實際執行結果扣減。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告案。

決定：

一、111 年第 3 季各分區一般服務點值確認如下：

點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.92241459	0.98003785	1.00671644	1.05586933	1.01872670	1.20486415	1.00240328
平均點值	0.95274782	1.02149076	1.01318371	1.06685940	1.02522458	1.22820666	1.00238382

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。

第六案

報告單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：牙全會輔導 111 年 1 至 6 月未申報感染管制門診診察費院所結

果報告案。

決定：請牙全會提供輔導未果之 22 家診所名單，由本署轉知衛生福利部口腔健康司，協請衛生福利部疾病管制署結合醫療機構感染管制查核作業，將前開診所優先納入地方衛生主管機關牙醫診所查核規劃對象。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：112 年度牙醫門診總額地區預算分配案。

決議：本案通過如附件一，重點摘要如下：

112 年牙醫總額地區預算分配方式，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥 0.5 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，「牙周病統合治療方案」分配 8.724 億元，「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」移撥 0.15 億元，共 12.474 億元。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。

決議：

一、本案通過如附件二，修訂重點如下：

(一)核發資格第二點「不符合加強感染管制院所」修正為「院所全年度未每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」。

(二)修訂專業獎勵指標(四)「全口牙結石清除」，新增全口牙結石清除術相關醫令代碼，並刪除第3項次指標。

(三)政策獎勵指標(二)「牙周病統合照護品質」之核算基礎，由15%調降為5%。

(四)新增政策獎勵指標(七)「高風險疾病患者照護」，核算基礎為10%，適用於醫院及基層，指標定義為：該院所當年度高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)申報件數12件(含)以上。

二、請牙全會配合牙醫門診總額公告協定事項，持續檢討本方案之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 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」案。

決議：

一、本案通過如附件三，修訂重點如下：

(一)依110年度全國牙醫師人口比修正適用鄉鎮篩選條件，並配合更新適用鄉鎮名單，爰新增彰化縣社頭鄉、高雄市茄萣鄉及台東縣大武鄉為適用鄉鎮。

(二)第七點-獎勵方式之點值結算年度，考量110年點值受疫情影響，點值結算年度維持109年，爰備註文字修訂為「六分區中點值最低之分區定義為結算年度109年各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元」。

(三)配合112年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案文字，第八點-不予核發資格(五)「不符合加強感染管制院所」，修正為「院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)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」。

(四)第八點-不予核發資格(六)「未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務(以下稱牙特)2件(含)以上者」，新增「惟離島地區不受此限」之文字。

- 二、請本署提供「符合弱勢鄉鎮地區，惟經不予核發資格(六)未執行牙特案件2件(含)以上、(七)未執行口腔癌篩檢所排除」之牙醫院所名單，請牙全會協助進行輔導。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂牙醫支付標準「環口全景X光初診診察」申報頻率案。

決議：牙醫部門代表表示有關牙醫支付標準整體支付規範研修已在進行，爰本案由牙全會攜回研議，並於下次會議提案討論。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：為維護保險對象就醫權益，請牙全會研議將「顯微根管治療」納入新增診療項目案。

決議：本案請牙全會偕同牙髓病學會進行研議，再提案本會議討論。

肆、臨時動議：

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關「112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」，新增申報齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)及超音波根管沖洗(P7303C)，請討論案。

決議：

- 一、本案通過，同意「112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」執業計畫診所及巡迴計畫醫療團皆得提供支付標準「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)及「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務，並追溯自112年3月1日起申報。
- 二、另建議牙全會於每年提報各巡迴地點固定式診療椅設置情形資料加註「超音波根管沖洗」設備情形備查。

伍、散會：16 時 16 分。

陸、與會人員發言摘要詳附件四。

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 12 項，擬解除列管計 5 項，繼續列管計 7 項。

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追 建	蹤 議
1	109_4_討(3)、109_臨1_討(2)、109_臨2_討(7)、110_臨1_討(1)、110_2_討(5)：修訂「110 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」	109 年第 1 次臨時會議決議重點如下： 有關新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」，請牙全會修訂內容後於下次會議討論。 110 年第 1 次臨時會議決議重點如下： 除新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」未達共識暫予保留外，餘修正通過。	新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」已分別提至 109 年 12 月 8 日、12 月 23 日、110 年 1 月 15 日、110 年 8 月 24 日牙醫門診總額研商議事會議討論，惟未獲共識，俟牙全會提案再提請討論。考量本案追管多次，建議牙全會於下次會議提供辦理情形說明。	☐	☒
2	109_臨1_臨報(1)、109_臨2_臨提(1)、110_臨1_臨提(1)、110_1_報(5)、110_2_討(2)、111_1_討(1)、111_2_討(1)：有關修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。	一、非健保特約院所實地訪查作業俟疫情緩和後請衛生福利部口腔健康司持續追蹤。 二、有關牙醫外展點感染管控之重要決議如下： (一)110 年第 2 次會議決議重點如下： 有關疫情期間外展點牙醫服務感染管制評核方式，同意暫緩執行，惟為確保外展點感染管制品質，請牙全會研議相關配套措施。 (二)111 年第 1 次會議決議重點如下： 考量外展點申報感控診察費前，仍需經全面感控評核，似無法以片面抽審取代，請牙全會重新規劃提案討論。 (三)111 年第 2 次會議決議重點如下： 1. 本案同意通過，特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關，院所經書面評核審查合格者，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。 2. 請牙全會盤點感染管制書面評核應上傳名單，於 112 年 2 月 28 日(含)前提報本署各分區業務組核備。 3. 111 年度外展點書面評核資料上	一、本署 VPN 牙醫院所感染管制評核作業系統業於 112 年 1 月架設完成，並請牙全會測試符合需求在案。 二、後續牙全會於 112 年 2 月 20 日提報本署分區業務組核備之外展點書面評核上傳名單，經核對發現有錯誤(包含缺少執業計畫外展點資訊、外展點名稱錯誤、醫師 ID 錯誤…)，經雙方多次釐清及修正名單後，牙全會於 112 年 5 月 3 日提報修正名單，本署業於 112 年 5 月 18 日匯入系統，同時啟動院所上傳外展書面評核資訊。 三、除「非健保特約院所實地訪查作業」一節外，餘解除列管。	☐	☒

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追 建	蹤 議
		傳期限訂為 112 年 12 月 31 日(含)之前；感染管制書面評核不合格者或未於期限內提送書面評核資料者全面進行實地訪查，並於 113 年 3 月 31 日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入 113 年度外展實地訪查優先名單。			
3	110_1_討 (1)、 111_4_討 (1)： 支付標準第 三章第一節 「一般牙科 門診診察 費」停止適 用案	<u>111 年第 4 次會議決議重點如下：</u> 一、為提升病人就醫安全，請本署向衛生福利部口腔健康司確認牙醫診所、牙醫醫院醫療機構設置標準，規範院所應符合感染管控之標準，並研議本署「牙醫門診加強感染管制實施方案」與其一致之可行性。 二、112 年起「牙醫門診加強感染管制實施方案」是否依實訪合格時點調整追扣期間，請牙全會進行研議。 三、請牙全會提出牙醫院所應全面適用「牙醫門診加強感染管制實施方案」之時間，併同研議牙醫院所後續實地訪查、修訂支付標準相關規範及規劃完善配套措施。	一、有關支付標準第三章第一節停止適用案，將俟牙全會提出全面適用「牙醫門診加強感染管制實施方案」之相關配套後，再提請討論。 二、有關「112 年度牙醫門診加強感染管制實施方案」之修訂，已列入討論事項第三案。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
4	112_1_報 (3)： 牙醫門診總 額執行概況 報告案	一、有關牙周病統合照護年度預算成長率之計算公式，請健保會釋示。 二、111 年度牙醫總額專款項目執行率偏低之試辦計畫，請牙全會於下次會議提案報告原因及輔導規劃。	一、有關牙醫門診總額方案成長率認定原則，已列入討論事項第六案。 二、111 年度牙醫總額專款項目宣導及規劃案，已列入報告事項第八案。 三、建議於討論後解除列管。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
5	112_1_報 (6)： 牙全會輔導 111 年 1 至 6 月未申報 感染管制門 診診察費院 所結果報告 案。	請牙全會提供輔導未果之 22 家診所名單，由本署轉知衛生福利部口腔健康司，協請衛生福利部疾病管制署結合醫療機構感染管制查核作業，將前開診所優先納入地方衛生主管機關牙醫診所查核規劃對象。	一、衛生福利部疾病管制署業於 112 年 4 月 27 日以疾管感字第 1120035962 號函通知地方衛生主管機關，將輔導未果之牙醫院所優先納入感染管制查核對象。 二、請衛生福利部口腔健康司追蹤後續查核結果。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追 建	蹤 議
6	112_1_討 (1): 112 年度牙 醫門診總額 地區預算分 配案。	本案通過，重點摘要如下： 112 年牙醫總額地區預算分配方式，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥 0.5 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，「牙周病統合治療方案」分配 8.724 億元，「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」移撥 0.15 億元，共 12.474 億元。	一、牙全會於 112 年 5 月 8 日來函修正本案，已列入討論事項第一案。 二、建議於討論後解除列管。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
7	112_1_討 (2): 修訂「112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。	一、本案通過，修訂重點如下： (一)核發資格第二點「不符合加強感染管制院所」修正為「院所全年度未每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」。 (二)修訂專業獎勵指標(四)「全口牙結石清除」，新增全口牙結石清除術相關醫令代碼，並刪除第 3 項次指標。 (三)政策獎勵指標(二)「牙周病統合照護品質」之核算基礎，由 15% 調降為 5%。 (四)新增政策獎勵指標(七)「高風險疾病患者照護」，核算基礎為 10%，適用於醫院及基層，指標定義為：該院所當年度高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)申報件數 12 件(含)以上。 二、請牙全會配合牙醫門診總額公告協定事項，持續檢討本方案之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。	本案業於 112 年 4 月 17 日以健保醫字第 1120106811 號公告在案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
8	112_1_討 (3): 修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服	一、本案通過，修訂重點如下： (一)依 110 年度全國牙醫師人口比修正適用鄉鎮篩選條件，並配合更新適用鄉鎮名單，爰新增彰化縣社頭鄉、高雄市茄萣鄉及台東縣大武鄉為適用鄉鎮。 (二)第七點-獎勵方式之點值結算年	本案業於 112 年 4 月 17 日以健保醫字第 1120106777 號公告，並自 112 年 1 月 1 日起生效。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追 建	蹤 議
	務提升獎勵計畫」案。	度，考量 110 年點值受疫情影響，點值結算年度維持 109 年，爰備註文字修訂為「六分區中點值最低之分區定義為結算年度 109 年各季浮動點值平均低於 1 元且低全國平均 0.04 元」。 (三)配合 112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案文字，第八點-不予核發資格(五)「不符合加強感染管制院所」，修正為「院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)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」。 (四)第八點-不予核發資格(六)「未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務(以下稱牙特)2 件(含)以上者」，新增「惟離島地區不受此限」之文字。 二、請本署提供「符合弱勢鄉鎮地區，惟經不予核發資格(六)未執行牙特案件 2 件(含)以上、(七)未執行口腔癌篩檢所排除」之牙醫院所名單，請牙全會協助進行輔導。			
9	112_1_討(4)：修訂牙醫支付標準「環口全景 X 光初診診察」申報頻率案。	牙醫部門代表表示有關牙醫支付標準整體支付規範研修已在進行，爰本案由牙全會攜回研議，並於下次會議提案討論。	列入本次會議討論事項第二案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
10	112_1_討(5)：為維護保險對象就醫權益，請牙全會研議將「顯微根管治療」納入新增診療項立案。	本案請牙全會偕同牙髓病學會進行研議，再提案本會議討論。	一、牙全會於 112 年 5 月 8 日函復本署「顯微根管治療」是「根管治療使用顯微鏡」目前在牙髓病沒有特定適應症，在牙髓病臨床應用與適應症也不易舉證與查核，各縣市衛生局也已設立顯微鏡自費收費標準，爰不建議納入健保給付(如附件)。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追 建	蹤 議
			二、為維護保險對象就醫權益，仍請牙全會持續研議納入新增診療項目可行性。		
11	112_1_臨 (1)： 112 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，新增申報齲齒經驗之高風險患者氟化物治療及超音波根管沖洗。	一、本案通過，同意「112 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」執業計畫診所及巡迴計畫醫療團皆得提供支付標準「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)及「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務，並追溯自 112 年 3 月 1 日起申報。 二、另建議牙全會於每年提報各巡迴地點固定式診療椅設置情形資料加註「超音波根管沖洗」設備情形備查。	本案業於 112 年 3 月 25 日健保醫字第 1120661167 號公告修正。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
12	112_臨 1_ 討(1)： 申報醫療費用每點暫付金額/每點支付金額調整案。	一、維持現行以最近一季結算點值進行暫付/核定金額計算。 二、請本署每季呈現預估點值與最近一季點值之差異，作為評估每點暫付金額/每點支付金額調整之參考。	有關每季呈現預估點值與最近 1 季點值之差異，已列入報告事項第二案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

決 定：

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：許家禎(02)25000133 轉 266

電子郵件信箱：xenia0429@cda.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 5 月 8 日

發文字號：牙全彥字第 01232 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：有關「顯微根管治療」納入全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目之可行性，復如說明段，敬請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 112 年第 1 次研商議事會議決議暨本會第 14 屆第 11 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、有關「顯微根管治療」不建議納入健保給付，相關說明如下：
 - (一)、所謂「顯微根管治療」是「根管治療使用顯微鏡」的含意，顯微鏡的使用，目前在牙髓病治療沒有特定適應症，而且操作型顯微鏡提供具有亮度與放大的功能，但是操作的牙醫師必須接受相關教育訓練與臨床技術操作訓練，較能做好以顯微鏡協助的牙髓病治療。
 - (二)、顯微鏡在牙髓病的臨床應用與相關適應症，不易舉證與查核，同時顯微鏡相關設備精密程度與價格，落差極大不易規定硬體格式，貿然納入健保，容易落入圖利特定廠商口實。
 - (三)、現行健保制度已將照護民眾健康的根管治療費用由全民健保因應，但民眾個人若願意自行負擔相關費

用，亦可透過自費療程使用顯微鏡。全國各縣市衛生局也已設立顯微鏡自費收費標準，能適當的管制牙醫師浮濫收費且保障民眾權益，而依據台北市衛生局提供自費標準項目，也詳實規定收費細節。民眾若有相關收費與治療項目疑慮，可以參考中華民國牙髓病學會(<http://www.aeroc.org.tw/index.asp>)網頁民眾專區。也可以透過學會網站，諮詢且得到其他牙髓病科專科醫師服務。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會
校對章(265)

理事長 陳彥廷

本案依照分層負責規定
授權 牙醫全聯會 主委執行

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

112/05/23



1

大綱

- 01 112年第1季點值預估
- 02 112年第1季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 112年第1季牙周病統合照護執行情形
- 04 112年牙醫總額新增診療項目申報情形
- 05 111年牙醫總額各專款執行情形

2

112年第1季點值預估

01 點值預估假設

02 112年第1季點值預估

03 112Q1預估點值 vs 111Q4結算點值

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110Q1結算報表值。
3. 跨區就醫調整後總額係將各分區總額預算以111年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率(99.6207956%)校正得之(該占率以111Q3結算金額計算之)。
4. 預算攤月以111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112年得出每季各月之費用占率。
5. 112年「牙周病統合治療方案移撥款」8.724億元，採110年7月~111年6月各分區91022C申報件數占率進行分配。
6. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採111上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

4

112年第1季點值預估



112年【牙醫門診總額】就醫分區點值推估

月份	就醫分區	跨區就醫調整後總額(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1季	臺北	3,805	0	37	4,008	0.9403	0.9408
	北區	1,815	0	16	1,826	0.9850	0.9851
	中區	2,246	0	21	2,283	0.9745	0.9747
	南區	1,495	0	14	1,456	1.0176	1.0175
	高屏	1,714	0	14	1,726	0.9851	0.9852
	東區	217	0	2	190	1.1269	1.1253
	合計	11,292	0	105	11,488	0.9738	0.9740

註：111Q1結算全國浮動點值與平均點值皆為1.0048

5

112Q1預估點值 vs 111Q4結算點值



分區別	暫核付點值					
	111年第4季結算點值(A)		112年第1季預估點值(B)		點值差距(B-A)	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
臺北	0.9676	0.9592	0.9403	0.9408	-0.0274	-0.0184
北區	1.0426	1.0276	0.9850	0.9851	-0.0576	-0.0425
中區	1.0264	1.0244	0.9745	0.9747	-0.0519	-0.0496
南區	1.0819	1.0771	1.0176	1.0175	-0.0643	-0.0597
高屏	1.0513	1.0476	0.9851	0.9852	-0.0663	-0.0624
東區	1.2363	1.2282	1.1269	1.1253	-0.1094	-0.1029
合計	1.0122	1.0121	0.9738	0.9740	-0.0384	-0.0380

- ◆ 依據112年4月6日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額112年第1次臨時研商議事會議紀錄決議，維持現行以最近一季結算點值進行暫付/核定金額計算。
- ◆ 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**112年6月15日起**，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依**111年第4季結算點值**辦理。

6

112年第1季牙醫總額醫療供給及利用概況

7

牙醫診所數【分區別】



◆ 108年3月-112年3月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
108年3月	2,623	850	1,322	810	1,015	119	6,739	1.10%
109年3月	2,620	865	1,325	811	1,009	116	6,746	0.10%
110年3月	2,630	887	1,314	815	1,006	113	6,765	0.28%
111年3月	2,634	904	1,320	814	1,009	111	6,792	0.40%
112年3月	2,662	932	1,328	815	1,004	111	6,852	0.88%
增減家數	28	28	8	1	-5	0	60	
成長率	1.1%	3.1%	0.6%	0.1%	-0.5%	0.0%	0.9%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

8

牙醫師執業數【分區別】



◆ 108年3月-112年3月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
108年3月	6,135	1,991	2,660	1,619	2,049	218	14,672	2.9%
109年3月	6,329	2,078	2,715	1,651	2,105	214	15,092	2.9%
110年3月	6,476	2,167	2,768	1,662	2,144	213	15,430	2.2%
111年3月	6,553	2,257	2,823	1,685	2,223	216	15,757	2.1%
112年3月	6,659	2,330	2,878	1,711	2,249	220	16,047	1.8%
增減人數	106	73	55	26	26	4	290	
成長率	1.6%	3.2%	1.9%	1.5%	1.2%	1.9%	1.8%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

9

牙醫師執業數【層級別】



◆ 108年3月-112年3月

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
108年3月	1,198	748	223	12,503	14,672	3.6%	-0.7%	2.3%	3.0%
109年3月	1,210	780	240	12,862	15,092	1.0%	4.3%	7.6%	2.9%
110年3月	1,229	795	257	13,149	15,430	1.6%	1.9%	7.1%	2.2%
111年3月	1,201	797	279	13,480	15,757	-2.3%	0.3%	8.6%	2.5%
112年3月	1,204	797	261	13,785	16,047	0.2%	0.0%	-6.5%	2.3%
增減人數	3	0	-18	305	290				

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

10

就診牙醫人數【分區別】



◆ 112年第1季

單位：千人

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110Q1	1,736	743	979	634	756	82	4,896	4.9%
111Q1	1,712	750	993	636	751	82	4,891	-0.1%
112Q1	1,795	799	1,024	655	787	82	5,107	4.4%
增減人數	82	49	30	19	36	0	216	
成長率	4.8%	6.6%	3.1%	2.9%	4.9%	0.5%	4.4%	

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。

11

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 112年第1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	281	4.0%	3.3%	435,647	3.1%	3.7%	1,551	-0.8%
2區域醫院	278	2.1%	3.3%	447,016	2.3%	3.8%	1,606	0.2%
3地區醫院	114	4.7%	1.3%	177,097	4.3%	1.5%	1,554	-0.4%
4基層診所	7,792	2.7%	92.0%	10,600,569	3.0%	89.7%	1,360	0.3%
5交付機構	-	-	-	163,360	3.1%	1.4%	-	-
合計	8,466	2.8%		11,823,690	3.0%		1,397	0.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

12

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 112年第1季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫次數		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	2,947	2.8%	1,795	4.8%	1.64	-1.9%	4,122,350	3.1%	1,399	0.3%
北區	1,304	4.7%	799	6.6%	1.63	-1.7%	1,880,013	4.6%	1,441	-0.2%
中區	1,656	1.5%	1,024	3.1%	1.62	-1.5%	2,352,568	2.4%	1,420	0.9%
南區	1,099	2.0%	655	2.9%	1.68	-1.0%	1,497,112	3.0%	1,362	1.0%
高屏	1,322	3.6%	787	4.9%	1.68	-1.2%	1,769,249	2.6%	1,338	-1.0%
東區	137	-0.9%	82	0.5%	1.66	-1.4%	202,398	0.7%	1,475	1.5%
合計	8,466	2.8%	5,107	4.4%	1.66	-1.6%	11,823,690	3.0%	1,397	0.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

13

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 112年第1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)	27	8.6%	5,192	8.6%	192	0.1%
2.牙醫急診	5	3.8%	9,148	15.6%	1,981	11.4%
3.牙醫門診手術	14	-1.3%	42,325	-0.3%	3,058	1.0%
4.無牙醫鄉服務	38	-1.3%	56,163	11.0%	1,468	12.5%
5.牙醫特殊醫療	43	3.4%	125,382	5.8%	2,922	2.3%
6.牙醫急診醫療不足區	0.2	-4.7%	182	-5.2%	1,000	-0.5%
7.其他專案	8,339	2.8%	11,421,937	3.0%	1,370	0.2%
8.交付機構	-	-	163,360	3.1%	-	0.0%
合計	8,466	2.8%	11,823,690	3.0%	1,397	0.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

14

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 112年第1季

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院		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	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	1	140.0%	21	-17.0%	13	-70.4%	5,157	9.5%	-	-	5,192	8.6%
2.牙醫急診	6,731	15.4%	2,343	16.6%	71	1.3%	4	74.0%	-	-	9,148	15.6%
3.牙醫門診手術	24,431	2.0%	14,719	-5.2%	2,766	12.5%	409	-20.6%	-	-	42,325	-0.3%
4.無牙醫鄉服務	213	1010.3%	493	8.1%	323	83.3%	55,134	10.4%	-	-	56,163	11.0%
5.牙醫特殊醫療	24,580	6.0%	22,076	3.4%	8,631	-11.8%	70,096	9.2%	-	-	125,382	5.8%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	182	-5.2%	-	-	-	-	182	-5.2%
7.其他專案	379,692	2.8%	407,364	2.5%	165,112	5.1%	10,469,769	3.0%	-	-	11,421,937	3.0%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	163,360	3.1%	163,360	3.1%
合計	435,647	3.1%	447,016	2.3%	177,097	4.3%	10,600,569	3.0%	163,360	3.1%	11,823,690	3.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

15

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 112年第1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		5.牙醫特殊醫療	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	1,616	16.6%	3,762	19.4%	8,325	2.0%	4,592	10.9%	36,003	2.8%
北區	729	2.2%	352	27.2%	3,894	1.7%	4,127	5.9%	22,325	9.1%
中區	674	-11.2%	1,792	14.3%	10,850	-4.9%	14,368	10.1%	28,732	5.4%
南區	1,366	0.9%	1,258	8.4%	6,243	-11.9%	8,618	16.2%	12,825	7.6%
高屏	758	45.2%	1,715	16.4%	11,005	13.6%	17,269	11.6%	20,041	4.9%
東區	49	6.4%	269	-4.7%	2,008	-12.3%	7,191	8.6%	5,456	15.3%
合計	5,192	8.6%	9,148	15.6%	42,325	-0.3%	56,163	11.0%	125,382	5.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

16

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 112年第1季(表_2/2)

案件分類	6.牙醫急診醫療不足區		7.其他專案		8.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	-	-	4,013,180	3.0%	54,873	2.5%	4,122,350	3.1%
北區	-	-	1,821,515	4.5%	27,071	4.9%	1,880,013	4.6%
中區	-	-	2,263,100	2.4%	33,052	1.9%	2,352,568	2.4%
南區	182	-5.2%	1,445,432	2.9%	21,188	4.7%	1,497,112	3.0%
高屏	-	-	1,694,801	2.4%	23,660	3.2%	1,769,249	2.6%
東區	-	-	183,909	0.1%	3,516	1.0%	202,398	0.7%
合計	182	-5.2%	11,421,937	3.0%	163,360	3.1%	11,823,690	3.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

17

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 112年第1季

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		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	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	36,887	3.2%	27,642	2.1%	1,101,129	3.6%	2,956,436	2.8%	257	30.2%	4,122,350	3.1%
北區	16,315	5.9%	13,147	3.8%	490,651	5.7%	1,359,870	4.1%	30	1.5%	1,880,013	4.6%
中區	20,521	2.7%	16,882	1.0%	619,020	2.3%	1,695,986	2.4%	159	40.8%	2,352,568	2.4%
南區	14,146	6.5%	11,262	3.9%	399,483	2.8%	1,072,066	3.0%	155	44.4%	1,497,112	3.0%
高屏	14,266	3.9%	12,125	2.9%	474,687	4.2%	1,268,124	2.0%	47	-9.2%	1,769,249	2.6%
東區	2,478	1.9%	1,837	-1.0%	51,790	1.2%	146,268	0.5%	24	-2.6%	202,398	0.7%
總計	104,614	4.0%	82,895	2.4%	3,136,760	3.6%	8,498,749	2.8%	672	28.4%	11,823,690	3.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

18

申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】



◆ 112年第1季

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		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	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	7,544	3.6%	3,216	3.8%	105,742	5.1%	318,752	2.5%	394	24.2%	435,647	3.1%
區域醫院	6,419	8.5%	3,539	2.2%	107,354	3.1%	329,466	1.9%	238	47.4%	447,016	2.3%
地區醫院	1,523	3.4%	1,257	4.4%	42,214	4.7%	132,066	4.2%	37	-16.0%	177,097	4.3%
基層診所	364	-5.8%	295	-1.8%	2,881,451	3.6%	7,718,458	2.8%	-	-	10,600,569	3.0%
交付機構	88,763	3.8%	74,587	2.4%	-	-	-	-	2.3	83.4%	163,360	3.1%
總計	104,614	4.0%	82,895	2.4%	3,136,760	3.6%	8,498,749	2.8%	672	28.4%	11,823,690	3.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

19

112年第1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 (112年3月)	2,662	932	1,328	815	1,004	111	6,852
成長率	1.1%	3.1%	0.6%	0.1%	-0.5%	0.0%	0.9%
醫師數 (112年3月)	6,659	2,330	2,878	1,711	2,249	220	16,047
成長率	1.6%	3.2%	1.9%	1.5%	1.2%	1.9%	1.8%
人口數 (千)	7,477	3,866	4,550	3,270	3,639	531	23,333
人口數 (成長率)	0.40%	0.93%	0.22%	-0.26%	-0.02%	-0.46%	0.27%
每位醫師照護人口數	1,123	1,659	1,581	1,911	1,618	2,414	1,454
每萬人口醫師數	8.91	6.03	6.33	5.23	6.18	4.14	6.88
申報件數 (千)	2,947	1,304	1,656	1,099	1,322	137	8,466
成長率	2.8%	4.7%	1.5%	2.0%	3.6%	-0.9%	2.8%
申報醫療費用 (百萬)	4,122	1,880	2,353	1,497	1,769	202	11,824
成長率	3.1%	4.6%	2.4%	3.0%	2.6%	0.7%	3.0%
平均每件申報醫療費用點數	1,399	1,441	1,420	1,362	1,338	1,475	1,397
成長率	0.3%	-0.2%	0.9%	1.0%	-1.0%	1.5%	0.2%

註1：人口數來源為112年3月戶政統計，成長率為較111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112年1-112年3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

20

112年第1季牙周病統合照護執行情形

21

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 112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	67,697	5.31%	651.5	5.23%

全年預算：3,073.4百萬元

■ 累計預算執行率：21.2%

■ 服務人次執行率：22.6%
【67,697/300,000】

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
申報點數 (百萬點)	26.4	3.5%	28.1	-3.9%	15.7	9.9%	581.3	5.67%	651.5	5.23%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	247.2	103.3	128.1	65.7	97.1	10.1	651.5
成長率	5.4%	17.8%	7.9%	1.9%	-7.0%	7.8%	5.23%

備註：

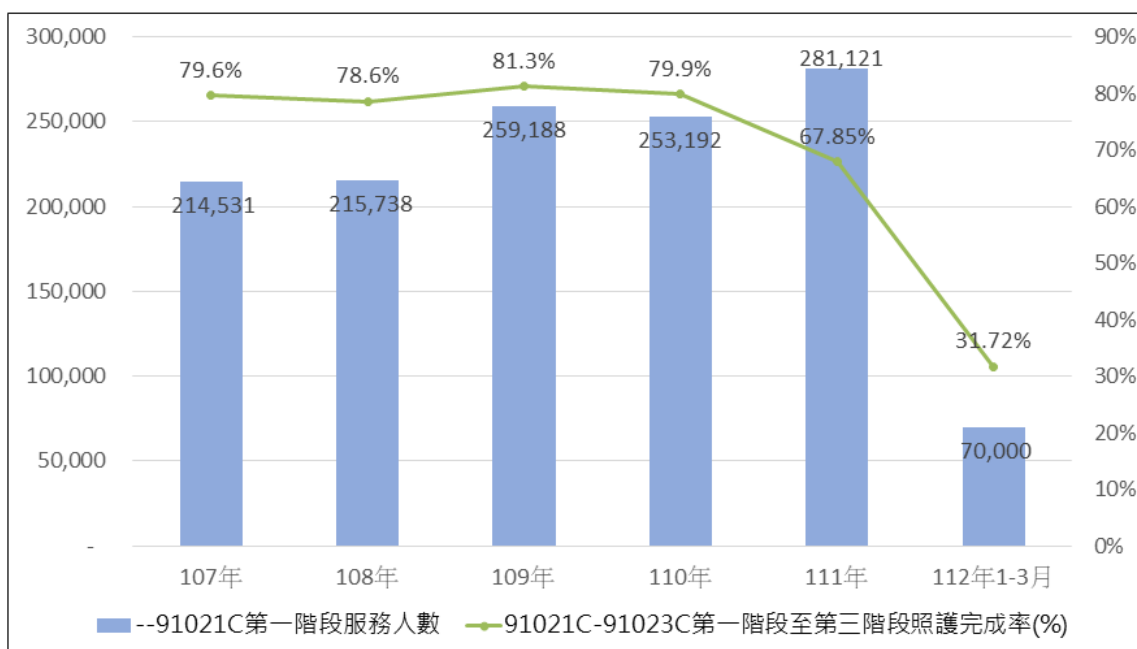
1.資料擷自112/5/3本署四代倉儲門診檔。

2.成長率係與前一年同期相比。

3.全年預算=前一年預算×當年一般服務成長率=3,052.0百萬元*(1+0.702%)=3,073.4百萬元

22

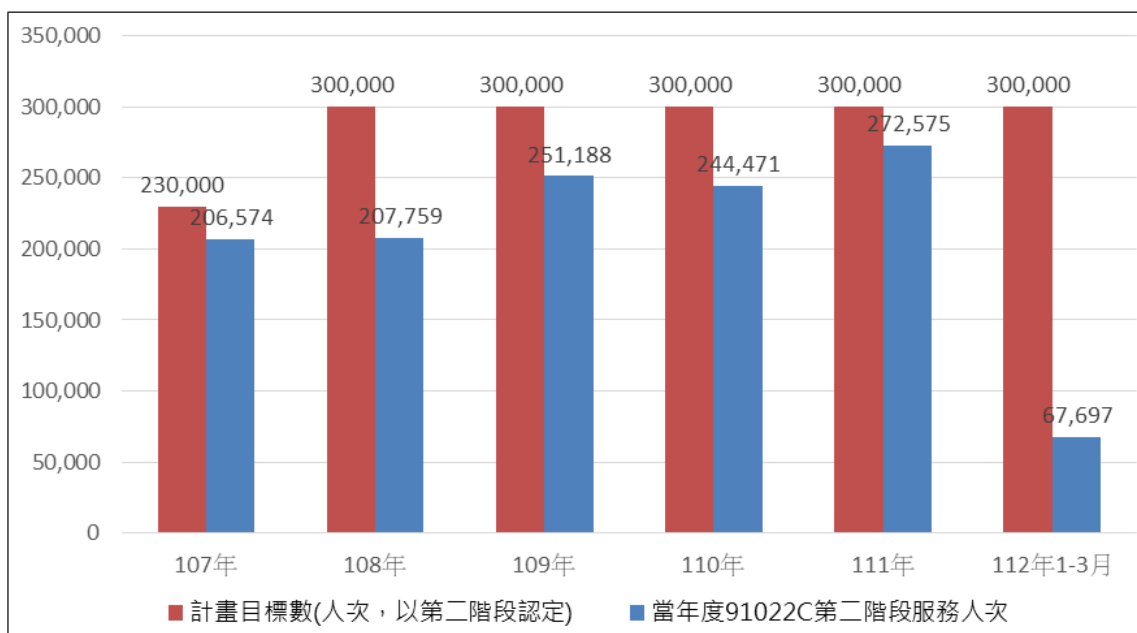
牙周病統合照護【三階段完成情形】



牙周病統合照護91021C 107年至111年收案人數由21.5萬人成長至28.1萬人之間，三階段照護完成率介於68%至81%。

23

牙周病統合照護【計畫目標執行情形】



計畫目標數係以第二階段人次認定，107年至111年第二階段照護人次由20.7萬人次成長至27.3萬人次，112年1-3月照護約6.8萬人次。

24

112年牙醫總額新增診療項目申報情形

- 01 顫顎關節相關支付項目
- 02 複雜型顫顎障礙症治療及追蹤
- 03 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆
- 04 112年新增專款項目

25

顫顎關節相關支付項目



◆ 統計至112年第1季

單位:百萬元

年度	門診費用申報															預算 執行率
	預算	92097C 顫顎關節障礙特殊 檢查費-初診		92098C 顫顎關節障礙特殊 檢查費-複診		92099B 單側顫顎關節障 礙乾針治療		92100B 單側顫顎關節 沖洗		92230B 單側顫顎關節 鏡手術		92161B 唾液腺摘取術		總計		
		人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	
108	12.0	13,699	13.7	7,632	3.8	3,484	2.4	438	0.8	7	0.1	-	-	23,643	20.9	174.01%
109	12.4	17,169	17.4	14,458	7.2	4,702	3.3	738	1.3	21	0.5	-	-	35,481	29.7	239.01%
110	24.8	20,277	20.4	17,263	8.6	5,492	3.8	852	1.5	6	0.1	118	0.2	42,053	34.8	140.16%
111	25.3	24,402	24.6	21,933	11.0	6,797	4.6	981	1.6	7	0.2	352	0.7	52,278	42.7	169.06%
112年 1-3月	40.9	6,097	6.1	6,056	3.0	1,855	1.3	198	0.3	5	0.1	83	0.2	13,652	11.0	26.98%

註：

1.108年度編列0.12億元，用於新增口腔外科診療項目，108.3.1及108.4.1起新增92097C顫顎關節障礙初診特殊檢查費等5項支付標準。

2.110年增編0.12億元用於服務疑似乾燥症患者，110.7.1起新增92161B唾液腺摘取術(每部位)。

3.112年「保險給付項目及支付標準之改變-顫顎關節相關支付項目」增編15.5百萬元。

26

複雜型顱顎障礙症治療及追蹤



◆ 統計至112年第1季

單位:百萬點

年度	預算	門診申報費用						執行率
		92069B 複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板		92070B 複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整		總計		
		人次	費用	人次	費用	人次	費用	
107	41.6	6,604	46.5	18,573	11.2	25,170	57.6	138.6%
108	45.0	6,889	48.3	19,566	11.7	26,452	60.1	133.6%
109	46.6	7,223	50.8	19,431	11.7	26,644	62.5	134.0%
110	48.0	6,575	46.2	18,243	11.0	24,813	57.2	119.0%
111	48.9	7,645	53.7	20,283	12.2	27,920	65.8	134.6%
112年1-3月	62.7	1,951	13.7	5,601	3.4	7,551	17.1	27.2%

- 100年度「牙醫診總額-支付項目的改變-新增複雜型顱顎障礙症相關給付」編列36.9百萬元，用於新增92069B複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板（7,000點）及92070B複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整（600點）。
- 112年「保險給付項目及支付標準之改變-複雜型顱顎障礙症治療及追蹤」增編13.5百萬元，爰112年預算為48.9百萬元*(1+112年一般服務成長率：0.702%)+13.5百萬元，共計62.7百萬元。

27

特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆



◆ 統計至112年第1季

單位:百萬點

年度	預算	門診申報費用										執行率
		91015C 特定牙周保存治療-全口總 齒數九至十五顆		91016C 特定牙周保存治療-全 口總齒數四至八顆		91018C 牙周病支持性治療		91091C特定牙周保存 治療-全口總齒數一至 三顆		總計		
		人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	
104	147.5	2,233	4.5	779	0.8	45,182	45.2	-	-	48,194	50.5	34.2%
105	152.0	4,974	10.0	1,676	1.7	136,178	136.2	-	-	142,842	147.9	97.3%
106	155.5	8,112	16.3	2,666	2.7	224,732	224.9	-	-	235,509	243.8	156.8%
107	158.2	10,148	20.3	3,345	3.4	325,757	326.0	-	-	339,250	349.6	221.0%
108	171.3	12,100	24.3	3,880	3.9	417,402	417.7	-	-	433,381	445.8	260.3%
109	177.4	13,735	27.5	4,491	4.5	501,575	501.9	-	-	519,801	533.9	301.0%
110	182.8	14,464	29.0	4,713	4.7	532,576	532.9	-	-	551,752	566.6	309.9%
111	186.2	16,650	33.4	5,495	5.5	636,351	636.7	-	-	658,496	675.6	362.9%
112年1-3月	241.0	4,713	9.5	1,631	1.6	183,799	183.9	100	0.1	190,243	195.1	80.9%

註：

1.104年新增「牙周顧本計畫」，預算147.5百萬元，新增3項診療項目：(1)特定牙周保存治療-全口總齒數9-15顆(91015C，2,000點)；(2)特定牙周保存治療-全口總齒數4-8顆(91016C，1,000點)；(3)牙周病支持性治療(91018C，1,000點)，於104.4.1公告生效。

2.112年特定牙周保存治療--全口總齒數一至三顆編列53.5百萬元。

28

112年新增專款項目



實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數	服務人數	服務人次	醫療點數(百萬點)	預算來源
112/3/1	P7302C	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療	500	27,676	27,703	13.9	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫1010百萬元
112/3/1	P7303C	超音波根管沖洗	100	27,875	30,286	3.8	超音波根管沖洗計畫144.8百萬元

資料來源:本署四代倉儲門診檔(112/5/3擷取)

112年新增專款項目，請牙全會依總額協定事項，於6/30前提出上述兩項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源，俾提健保會報告。

29

111年牙醫總額各專款執行情形

30

一般服務移撥專用相關預算執行情形



111年第4季

單位：千點

111年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算	結餘款
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	38,322	37,425	34,899	58,629	169,275	200,000	30,725
執行率	19.2%	18.7%	17.4%	29.3%	84.6%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	2,213	2,265	2,432	2,455	9,365	80,000	70,635
執行率	2.8%	2.8%	3.0%	3.1%	11.7%	-	-
移撥支應牙醫特殊服務計畫專款	0	0	0	0	0	50,000	50,000
執行率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	-
合計	40,535	39,690	37,331	61,084	178,640	330,000	151,360

註：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急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

31

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)



111年第4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						722,100
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	4,844	3,660	5,396	3,712	17,611	3.51%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	15,517	12,786	15,961	17,753	62,016	12.35%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	24,114	20,711	24,704	27,209	96,739	19.26%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	23,575	21,294	25,524	26,391	96,784	19.27%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,625	9,275	10,743	11,272	41,914	8.34%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	730	1,097	1,256	1,214	4,297	0.86%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,663	5,281	7,677	10,644	33,265	6.62%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,563	5,621	7,586	11,595	34,364	6.84%
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	12,957	8,337	11,126	16,591	49,010	9.76%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	580	361	371	873	2,185	0.44%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	25	14	38	35	112	0.02%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	660	373	487	592	2,112	0.42%
13 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)	12,499	7,673	9,804	14,410	44,386	8.84%
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	377	159	303	393	1,231	0.25%
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	9	3	0	5	17	0.00%
16 醫療團特定需求者(論次)	235	86	209	319	850	0.17%

32

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



111年第4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 醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務	6	3	15	6	30	0.01%
18 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	14	58	17	15	104	0.02%
19 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	32	27	92	23	175	0.03%
20 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	19	8	3	5	35	0.01%
21 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%
22 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,418	975	1,374	1,584	5,351	1.07%
23 居家身心障礙者牙醫醫療服務	1,501	1,166	1,454	1,444	5,565	1.11%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	212	225	303	277	1,017	0.20%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	764	640	732	664	2,801	0.56%
26 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
27 居家居整病人牙醫醫療服務	65	81	86	98	330	0.07%
28 居家出院準備牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
29 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
暫結金額	130,004	99,915	125,259	147,123	502,302	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	180,525	231,046	311,656	366,922		
本季末支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	50,521	131,131	186,397	219,798		
執行占總預算比率	18.0%	13.8%	17.3%	20.4%	69.6%	

33

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



111年第4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					280,000	
1.執業服務之定額給付(論量)	21,239	20,522	19,143	20,134	81,038	33%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,698	3,449	3,148	4,250	14,544	6%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	5,069	5,069	2%
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	0.3	0.5	1.3	0%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,608	4,425	3,134	8,101	20,268	8%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	2,550	2,550	1%
7.巡迴服務_論次給付(論次)	25,195	25,736	24,510	33,146	108,586	45%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	1	2	2	7.0	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,855	2,720	3,090	3,156	11,821	5%
暫結金額	57,596	56,853	53,027	76,409	243,885	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	70,000	82,404	95,551	112,524		
本季末支用金額	12,404	25,551	42,524	36,115		
各季執行占總預算比率(%)	20.6%	20%	19%	27%	87.1%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

34

網路頻寬補助費用預算執行情形



111年第4季

單位：千點

111年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
網路頻寬補助費用	34,646	34,779	34,873	35,097	139,394	168,000
執行率	20.6%	20.7%	20.8%	20.9%	83.0%	-

註：

依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

35

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫預算執行情形



111年第4季

單位：千點

111年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	1,237	1,165	1,324	1,414	5,140	12,000
執行率	10.3%	9.7%	11.0%	11.8%	42.8%	-

備註：

- 1.依據「111年度全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，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；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款優先支應。
- 2.一般服務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急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

36

0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 預算執行情形



111年第4季

單位：千點

111年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	122	108	107	125	462	60,000
執行率	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.77%	-

註：

依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，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。

37

12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 預算執行情形



111年第4季

單位：千點

111年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	88	1,384	4,040	4,418	9,929	271,500
執行率	0.03%	0.5%	1.5%	1.6%	3.66%	-

註：

1. 依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，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。
2. 本計畫業於111年3月11日健保醫字第1110100318號公告，並自公告日起生效。

38

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫預算執行情形



111年第4季

單位：千點

111年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	836	6,086	9,298	12,719	28,939	184,000
執行率	0.45%	3.3%	5.1%	6.9%	15.73%	-

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。
- 2.診療項目P73031C(高齲齒率患者氟化物治療)之實施日期為111年3月1日。

39

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

40

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、111 年第 4 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、查 111 年度總額協定事項，「高風險疾病口腔照護」及「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度及重複部分費用。
- 三、依據 112 年 3 月 7 日 112 年第 1 次本會議決議，通過扣減方式如下：
 - (一)高風險疾病口腔照護預估需扣減未執行額度約 401.5 百萬點，分攤於 111 年第 3 季扣減 200 百萬元、第 4 季考量院所仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。
 - (二)12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫第 3 季扣減一般服務費用約 0.55 百萬元，第 4 季依實際執行結果扣減。
- 四、經統計 111 年第 4 季「高風險疾病口腔照護」、「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，實際執行扣減金額分別為 201,518,430 元及 532,400 元，扣減金額統計如下表：

單位：元

項目	協定文字	111 年第 3 季	111 年第 4 季	合計
高風險疾病口腔照護	依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。	200,000,000	201,518,430	401,518,430
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(專款)	依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。	550,000	532,400	1,082,400
合計		200,550,000	202,050,830	402,600,830

五、111年第4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)：

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
111Q4	浮動 點值	0.96763586	1.04262682	1.02636572	1.08187991	1.05133934	1.23634208	1.01216202
	平均 點值	0.95918057	1.02760765	1.02436757	1.07710853	1.04759999	1.22819007	1.01205864

六、檢附110年第4季點值結算資料供參。

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
110Q4	浮動 點值	0.93390730	0.99977589	0.98880600	1.03837197	1.00359584	1.17647313	0.98182832
	平均 點值	0.93559455	0.99829374	0.99222913	1.03922064	1.00807133	1.17729567	0.98197861

七、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決 定：

牙醫門診總額各分區 111年第4季點值計算說明

各區一般服務浮動點值、平均點值

投保 分區別	調整後分區 一般預算總額 (BD)	投保該分區當地就醫 浮動核定點數(BF)	加總浮動核定點數 (GF)	跨區浮動點數×投 保分區前季點值 (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)	浮動點值	平均點值
							[BD-(跨區浮動 (BD)/(GF+BG+BJ 點數×前季點值) (AF)))-BG-BJ] / (BF)	
臺北分區	4,515,053,463	3,758,488,391	4,667,227,306	838,234,033	39,743,635	227,663	0.96763586	0.95918057
北區分區	1,966,787,845	1,448,998,746	1,896,174,857	438,249,515	17,714,108	59,263	1.04262682	1.02760765
中區分區	2,204,251,781	1,938,586,527	2,135,464,418	198,200,210	16,277,419	75,395	1.02636572	1.02436757
南區分區	1,542,965,054	1,196,012,450	1,420,269,271	236,785,899	12,172,358	64,951	1.08187991	1.07710853
高屏分區	1,694,104,187	1,439,433,387	1,603,677,868	167,320,238	13,410,514	40,483	1.05133934	1.04759999
東區分區	238,678,587	159,420,149	191,965,164	39,212,322	2,363,251	5,176	1.23634208	1.22819007
全 區	12,161,840,917		11,914,778,884		101,681,285	472,931	1.01216202	1.01205864

註：全區浮動點值=[BD-BG-BJ] / (GF)；全區平均點值=(BD)/(GF+BG+BJ)

製表日期：112年5月3日

=====

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)111年第4季調整後牙醫一般服務醫療給付費用

$$\begin{aligned}
&= [111\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(加總D2)} - \text{扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(加總B5)} - \text{扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(加總B6)}] - 111\text{年第1}\sim 3\text{季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額合計} \\
&= 46,028,095,032 - 11,082,964,385 - 11,322,007,716 - 11,838,241,798 \\
&= 11,784,881,133
\end{aligned}$$

- 註：依據110年11月23日「牙醫門診總額研商議事會議」110年度第3次會議決定，111年度牙醫門診總額預算四季重分配採「近3年各季核定點數平均占率」進行分配，重分配後之占率如下：第1季23.869908%、第2季24.384747%、第3季25.928519%、第4季25.816826%。111年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區109年度各季R值相關參數進行分配，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。
- 111年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算扣減高風險疾病口腔照護未執行預算及與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算為 46,028,095,032元：
1. 111年第1季調整後預算11,082,964,385元＝111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)×Rax(R_109)。
 2. 111年第2季調整後預算11,322,007,716元＝111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)×Rax(R_109)。
 3. 111年第3季調整後預算11,838,241,798元＝[111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－(B5)－(B6)]×(R_109)。
 4. 111年第4季調整後預算＝ 111年全年預算數－ 111年第1季調整後預算－ 111年第2季調整後預算－ 111年第3季調整後預算

$$= 46,028,095,032 - 11,082,964,385 - 11,322,007,716 - 11,838,241,798$$

$$= 11,784,881,133\text{元。}$$
 5. 計算過程詳本表頁次24：「三、一般服務費用總額」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄：111/10—111/12

核付截止日期：112/03/31

頁次：2

(二)111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

	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	108年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	109年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	110年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	109年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	110年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	111年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G1)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	111年6項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	111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)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)
				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 3.054\%)$			$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 1.843\%)$			$= G1 - C1 - F$	
第1季	10,509,129,248	-11,940,333	6,829,579	10,824,811,219	-8,826,518	17,347,685	11,032,990,702	26,806,674	308,100,000	10,698,084,028	0
第2季	11,251,494,719	-16,394,990	6,829,579	11,585,257,829	-18,333,661	17,347,685	11,797,769,983	28,723,750	308,100,000	11,460,946,233	0
第3季	12,075,412,429	-20,795,127	6,829,579	12,429,803,469	-23,429,501	17,347,685	12,652,690,843	30,832,102	308,100,000	12,313,758,741	0
第4季	11,753,155,168	-16,407,721	6,829,578	12,102,225,867	-46,061,440	17,347,684	12,296,026,939	30,020,079	308,100,000	11,957,906,860	0
合 計	45,589,191,564	-65,538,171	27,318,315	46,942,098,384	-96,651,120	69,390,739	47,779,478,467	116,382,605	1,232,400,000	46,430,695,862	0

註：

1. 110年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

$= (109\text{年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 108\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B1) + \text{前1年度}(109\text{年})\text{總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}(B2)) \times (1 + 3.054\%)$ 。

※110年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 27,318,315元，按季均分。

2. 111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

$= (110\text{年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 109\text{年各季校正投保人口預估成長率差值}(B3) + \text{前1年度}(110\text{年})\text{總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}(B4)) \times (1 + 1.843\%)$ 。

※一般服務成長率為1.843%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.270%，協商因素成長率1.573%。

※111年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)69,390,739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111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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110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110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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。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111年度品質保證保留款(91.2百萬元)合併運用(計207.6百萬元)。

4. 111年6項一般服務移撥專用費用(F)：依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定辦理。111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12.324億元，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2億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

(4)移撥8.724億元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按109年7月至110年6月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。

※牙周病統合治療第二階段支付(91022C)108年3月1日生效；107年7月至108年2月係以P4002C統計。

(5)移撥0.5億元支應「牙醫特殊醫療服務計畫」。

(6)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109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)111年6項一般服務移撥專用費用

全年預算＝1,232,400,000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)，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＝200,000,000元

第1季：

第1季預算＝200,000,000/4＝50,000,000

(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	1,169(J6)	暫結金額	1,169(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	22,967,513(J7)	暫結金額	23,728,928(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	8,117(J11)	暫結金額	8,117(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	14,269,277(J12)	暫結金額	14,583,517(J22)
(3)小計	加成前點數	37,246,076(J19)	暫結金額	38,321,731(J29)

暫結金額＝38,321,731

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝11,678,269

第2季：

第2季預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝200,000,000/4＋11,678,269＝61,678,269

(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	815(K6)	暫結金額	815(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	22,188,885(K7)	暫結金額	23,312,720(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	7,241(K11)	暫結金額	7,241(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	13,582,230(K12)	暫結金額	14,104,382(K22)
(3)小計	加成前點數	35,779,171(K19)	暫結金額	37,425,158(K29)

暫結金額＝37,425,158

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝24,253,111

第3季：

第3季預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝200,000,000/4＋24,253,111＝74,253,111

(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	1,659(L6)	暫結金額	1,659(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	15,670,230(L7)	暫結金額	17,686,126(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	7,726(L11)	暫結金額	7,726(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	15,449,236(L12)	暫結金額	17,203,515(L22)
(3)小計	加成前點數	31,128,851(L19)	暫結金額	34,899,026(L29)

暫結金額＝34,899,026

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝39,354,085

第4季：

第4季預算＝當季預算＋前季未支用金額＝200,000,000/4＋39,354,085＝89,354,085

(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	2,713(M6)	暫結金額	2,713(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	40,473,735(M7)	暫結金額	42,310,401(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	11,853(M11)	暫結金額	11,853(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	15,781,355(M12)	暫結金額	16,303,927(M22)
(3)小計	加成前點數	56,269,656(M19)	暫結金額	58,628,894(M29)

暫結金額＝58,628,894

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝30,725,191

全年合計：

全年預算＝200,000,000

(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	6,356(N6)	暫結金額	6,356(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	101,300,363(N7)	暫結金額	107,038,175(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	34,937(N11)	暫結金額	34,937(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	59,082,098(N12)	暫結金額	62,195,341(N22)
(3)小計	加成前點數	160,423,754(N19)	暫結金額	169,274,809(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)

＝38,321,731＋37,425,158＋34,899,026＋58,628,894

＝169,274,809

未支用金額＝全年預算－已暫結金額

＝200,000,000－169,274,809

＝30,725,191 (E4)

註：1. 依據「111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「核實申報」費用，加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。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急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109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：2,213,002

暫結金額：1元/點×已支用點數＝2,213,002

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝20,000,000－2,213,002＝17,786,998

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝80,000,000/4＋17,786,998＝37,786,998

已支用點數：2,265,005

暫結金額：1元/點×已支用點數＝2,265,005

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝37,786,998－2,265,005＝35,521,993

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝80,000,000/4＋35,521,993＝55,521,993

已支用點數：2,432,130

暫結金額：1元/點×已支用點數＝2,432,130

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝55,521,993－2,432,130＝53,089,863

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝80,000,000/4＋53,089,863＝73,089,863

已支用點數：2,455,270

暫結金額：1元/點×已支用點數＝2,455,270

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝73,089,863－2,455,270＝70,634,593

全年合計：預算＝80,000,000

全年已支用點數：9,365,407

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝9,365,407

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝80,000,000－9,365,407

＝70,634,593 (E5)

註：1. 依據111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急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」專款0.5億元。每季移撥12,500,000元(R)。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

5. 移撥872,400,000元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按109年7月至110年6月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。每季移撥218,100,000元(H)，移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

※牙周病統合治療第二階段支付(91022C)108年3月1日生效；107年7月至108年2月係以P4002C統計。

6. 移撥全年6項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：

6.1 各項移撥款結餘款

	預算	已暫結金額	結餘款
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	200,000,000	169,274,809	30,725,191(E4)
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	80,000,000	9,365,407	70,634,593(E5)
移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」專款	50,000,000	0	50,000,000(E6)
合計			151,359,784(E7)

結餘款支用金額

6.2 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 0(E8)

6.9 合計結餘款 = 各項移撥款結餘款合計(E7) - 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(E8)
 = 151,359,784(E9)

7. 全年合計：

全年預算1,232,400,000元

第1季: 預算 = $1,232,400,000 / 4 = 308,100,000$ 已暫結金額: $7,500,000(Z) + 38,321,731(J29) + 2,213,002 + 218,100,000(H) + 0(R) = 266,134,733$ 未支用金額: 第1季預算 - 第1季已暫結金額 = $308,100,000 - 266,134,733 = 41,965,267$ 第2季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,232,400,000 / 4 + 41,965,267 = 350,065,267$ 已暫結金額: $7,500,000(Z) + 37,425,158(K29) + 2,265,005 + 218,100,000(H) + 0(R) = 265,290,163$ 未支用金額: 第2季預算 - 第2季已暫結金額 = $350,065,267 - 265,290,163 = 84,775,104$ 第3季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,232,400,000 / 4 + 84,775,104 = 392,875,104$ 已暫結金額: $7,500,000(Z) + 34,899,026(L29) + 2,432,130 + 218,100,000(H) + 0(R) = 262,931,156$ 未支用金額: 第3季預算 - 第3季已暫結金額 = $392,875,104 - 262,931,156 = 129,943,948$ 第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,232,400,000 / 4 + 129,943,948 = 438,043,948$ 已暫結金額: $7,500,000(Z) + 58,628,894(M29) + 2,455,270 + 218,100,000(H) + 0(R) = 286,684,164$ 未支用金額: 第4季預算 - 第4季已暫結金額 = $438,043,948 - 286,684,164 = 151,359,784$

全年合計: 預算 = 1,232,400,000

全年已暫結金額: 1,081,040,216

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 - 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

= $1,232,400,000 - 1,081,040,216 - 0$

= 151,359,784 (E9)

8. 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急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109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。

二、專款項目費用

(一)牙醫特殊醫療服務全年預算 = 722,100,000

(6.721億元由111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另0.5億元由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。)

第1季：預算 = 722,100,000/4 = 180,525,000

	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：	4,843,544(V01)	4,830,888(VF01)	12,656(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,517,247(V02)	14,847,191(VF02)	670,056(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,113,996(V03)	23,221,300(VF03)	892,696(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：	23,574,936(V04)	22,955,323(VF04)	619,613(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,625,061(V05)	10,032,836(VF05)	592,225(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	729,664(V06)	690,419(VF06)	39,245(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,662,739(V07)	9,662,520(VF07)	219(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,562,642(V08)	9,562,434(VF08)	208(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：	12,957,143(V09)	12,954,722(VF09)	2,421(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	580,135(V10)	580,046(VF10)	89(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	24,945(V11)	24,945(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	660,181(V12)	660,069(VF12)	112(VN12)
(13)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)：	12,499,200(V13)	12,499,200(VF13)	0(VN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	376,721(V14)	376,721(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,930(V15)	8,930(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	235,200(V16)	235,200(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,910(V17)	5,910(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,892(V18)	13,874(VF18)	18(VN18)
(19)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：	31,914(V19)	31,914(VF19)	0(VN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,073(V20)	19,073(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V21)	0(VF21)	0(VN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,417,563(V22)	1,417,563(VF22)	0(VN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,501,446(V23)	1,501,446(VF23)	0(VN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	212,252(V24)	212,252(VF24)	0(VN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	764,459(V25)	764,459(VF25)	0(VN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V26)	0(VF26)	0(VN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	65,392(V27)	65,392(VF27)	0(VN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V28)	0(VF28)	0(VN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(99)合計	130,004,185(V99)	127,174,627(VF99)	2,829,558(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數 = 130,004,185	= 第1季預算 - 暫結金額 = 50,520,815		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：8

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 50,520,815＝ 231,045,815

	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：	3,659,681(W01)	3,659,487(WF01)	194(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,786,013(W02)	12,313,784(WF02)	472,229(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	20,711,285(W03)	19,792,875(WF03)	918,410(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：	21,294,031(W04)	20,693,266(WF04)	600,765(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,274,897(W05)	8,833,006(WF05)	441,891(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,097,075(W06)	945,463(WF06)	151,612(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,281,459(W07)	5,281,309(WF07)	150(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,621,163(W08)	5,621,141(WF08)	22(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：	8,336,620(W09)	8,335,351(WF09)	1,269(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	360,680(W10)	360,680(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	14,281(W11)	14,281(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	372,655(W12)	372,655(WF12)	0(WN12)
(13)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)：	7,672,800(W13)	7,672,800(WF13)	0(WN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	158,679(W14)	158,679(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	2,669(W15)	2,669(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	86,400(W16)	86,400(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,145(W17)	3,145(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	58,022(W18)	58,022(WF18)	0(WN18)
(19)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：	27,319(W19)	27,319(WF19)	0(WN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	8,462(W20)	8,462(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	975,278(W22)	975,278(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,166,438(W23)	1,166,438(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	224,728(W24)	224,728(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	639,799(W25)	639,799(WF25)	0(WN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W26)	0(WF26)	0(WN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	81,370(W27)	81,370(WF27)	0(WN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W28)	0(WF28)	0(WN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(99)合計	99,914,949(W99)	97,328,407(WF99)	2,586,542(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 99,914,949	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 131,130,866		

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 131,130,866＝ 311,655,866

	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：	5,396,409(X01)	5,379,842(XF01)	16,567(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,960,581(X02)	15,363,848(XF02)	596,733(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,704,178(X03)	23,884,084(XF03)	820,094(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：	25,524,296(X04)	24,717,774(XF04)	806,522(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,742,529(X05)	10,293,490(XF05)	449,039(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,256,464(X06)	1,111,584(XF06)	144,880(XN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,677,126(X07)	7,676,745(XF07)	381(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,585,600(X08)	7,585,355(XF08)	245(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：	11,125,550(X09)	11,124,422(XF09)	1,128(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	371,109(X10)	371,109(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	37,577(X11)	37,577(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	487,346(X12)	487,346(XF12)	0(XN12)
(13)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)：	9,804,000(X13)	9,804,000(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	302,756(X14)	302,756(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者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(論次)：	208,800(X16)	208,800(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,850(X17)	14,850(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	16,637(X18)	16,637(XF18)	0(XN18)
(19)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：	92,349(X19)	92,349(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,768(X20)	2,768(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,373,919(X22)	1,373,919(XF22)	0(XN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,453,854(X23)	1,453,854(XF23)	0(XN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	302,621(X24)	302,621(XF24)	0(XN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	732,331(X25)	732,331(XF25)	0(XN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X26)	0(XF26)	0(XN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	85,599(X27)	85,599(XF27)	0(XN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(X28)	0(XF28)	0(XN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(X29)	0(XF29)	0(XN29)
(99)合計	125,259,249(X99)	122,423,660(XF99)	2,835,589(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 125,259,249	＝ 第3季預算－暫結金額＝ 186,396,617		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：10

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 186,396,617＝ 366,921,617

	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：	3,711,678(Y01)	3,711,335(YF01)	343(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,752,590(Y02)	17,060,829(YF02)	691,761(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	27,209,245(Y03)	26,296,471(YF03)	912,774(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：	26,390,879(Y04)	25,746,948(YF04)	643,931(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,272,002(Y05)	10,814,954(YF05)	457,048(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,213,902(Y06)	1,096,124(YF06)	117,778(YN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,643,773(Y07)	10,643,530(YF07)	243(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,594,827(Y08)	11,594,410(YF08)	417(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：	16,590,660(Y09)	16,588,965(YF09)	1,695(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	873,458(Y10)	873,456(YF10)	2(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	35,105(Y11)	35,105(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	591,615(Y12)	591,615(YF12)	0(YN12)
(13)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)：	14,409,600(Y13)	14,409,600(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	392,814(Y14)	392,814(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	5,324(Y15)	5,324(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	319,200(Y16)	319,200(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	6,280(Y17)	6,280(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,430(Y18)	15,430(YF18)	0(YN18)
(19)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：	23,158(Y19)	23,158(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,974(Y20)	4,974(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,584,203(Y22)	1,584,203(YF22)	0(YN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,443,707(Y23)	1,443,707(YF23)	0(YN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	277,164(Y24)	277,164(YF24)	0(YN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	664,284(Y25)	664,284(YF25)	0(YN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	97,622(Y27)	97,622(YF27)	0(YN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(99)合計	147,123,494(Y99)	144,297,502(YF99)	2,825,992(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 147,123,494	＝ 第4季預算－暫結金額＝ 219,798,123		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：11

全年合計：全年預算＝ 722,100,000

	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：	17,611,312(Z01)	17,581,552(ZF01)	29,760(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	62,016,431(Z02)	59,585,652(ZF02)	2,430,779(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	96,738,704(Z03)	93,194,730(ZF03)	3,543,974(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：	96,784,142(Z04)	94,113,311(ZF04)	2,670,831(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	41,914,489(Z05)	39,974,286(ZF05)	1,940,203(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	4,297,105(Z06)	3,843,590(ZF06)	453,515(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,265,097(Z07)	33,264,104(ZF07)	993(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,364,232(Z08)	34,363,340(ZF08)	892(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：	49,009,973(Z09)	49,003,460(ZF09)	6,513(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,185,382(Z10)	2,185,291(ZF10)	91(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	111,908(Z11)	111,908(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	2,111,797(Z12)	2,111,685(ZF12)	112(ZN12)
(13)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)：	44,385,600(Z13)	44,385,600(ZF13)	0(ZN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	1,230,970(Z14)	1,230,970(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	16,923(Z15)	16,923(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	849,600(Z16)	849,600(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	30,185(Z17)	30,185(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	103,981(Z18)	103,963(ZF18)	18(ZN18)
(19)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：	174,740(Z19)	174,740(ZF19)	0(ZN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	35,277(Z20)	35,277(ZF20)	0(ZN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z21)	0(ZF21)	0(ZN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,350,963(Z22)	5,350,963(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,565,445(Z23)	5,565,445(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	1,016,765(Z24)	1,016,765(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	2,800,873(Z25)	2,800,873(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z26)	0(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	329,983(Z27)	329,983(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z28)	0(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(99)合計	502,301,877(Z99)	491,224,196(ZF99)	11,077,681(ZN99)

全年預算＝ 722,100,000

全年已支用點數＝ 第1-4季已支用點數

＝ 130,004,185 + 99,914,949 + 125,259,249 + 147,123,494 = 502,301,877

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/05/03

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 12

全年已結算金額＝ 130,004,185 ＋ 99,914,949 ＋ 125,259,249 ＋ 147,123,494 ＝ 502,301,877

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）

＝ 722,100,000 －（ 502,301,877 － 0）

＝ 722,100,000 － 502,301,877

＝ 219,798,123 (E6)(若第4季一般服務移撥款有結餘，優先支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫全年不足款，再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限)

註：

1. 依據「111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本預算由全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目及當年度該總額地區預算調整方式之移撥款支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。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. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定略以，111年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.324億元，按季均分，其中移撥0.50億元支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(二)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 280,000,000

第1季:

預算 = 280,000,000 / 4 = 70,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:

點數 13,457,382(J0)

收入

21,239,484(J1)

執業服務之「論次給付」(論次)J2:

已支用點數

3,697,600(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

1,169(J6)

加成已支用點數

234(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

22,967,513(J7)

加成已支用點數

4,608,029(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

25,194,700(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

8,117(J11)

加成已支用點數

1,622(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

14,269,277(J12)

加成已支用點數

2,854,540(J9)

(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):

49,814,107(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)

= 57,596,209

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 12,403,791

※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= 280,000,000/4 + 12,403,791= 82,403,791

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1:	點數	11,973,772(K0)	收入	20,521,734(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	3,448,700(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	815(K6)	加成已支用點數	161(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	22,188,885(K7)	加成已支用點數	4,424,793(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	25,735,600(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	7,241(K11)	加成已支用點數	1,452(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	13,582,230(K12)	加成已支用點數	2,720,276(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				48,304,754(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)

= 56,852,716

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 25,551,075

※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= 280,000,000/4 + 25,551,075= 95,551,075

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1:	點數	12,492,806(L0)	收入	19,143,497(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:			已支用點數	3,148,050(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	1,659(L6)	加成已支用點數	332(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	15,670,230(L7)	加成已支用點數	3,134,057(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	24,510,100(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	7,726(L11)	加成已支用點數	1,547(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	15,449,236(L12)	加成已支用點數	3,089,870(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):				46,376,762(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)

= 53,027,453

未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額

= 42,523,622

※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＝ 280,000,000/4 + 42,523,622＝112,523,622

(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1:	點數	12,901,978(M0)	收入	20,133,506(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2:			已支用點數	4,250,100(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13:(傳票日期:112/04/28前核付)			已支用點數	5,069,400(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	2,713(M6)	加成已支用點數	541(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	40,473,735(M7)	加成已支用點數	8,100,845(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14:(傳票日期:112/04/28前核付)			已支用點數	2,549,640(M14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5:			已支用點數	33,146,000(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	11,853(M11)	加成已支用點數	2,371(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	15,781,355(M12)	加成已支用點數	3,156,283(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14):				69,177,158(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)

＝ 76,408,686

未支用金額

＝ 第4季預算 — 暫結金額

＝ 36,114,936

※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＝280,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	50,825,938(N0)	收入	81,038,221(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	14,544,450(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	5,069,400(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	6,356(N6)	加成已支用點數	1,268(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	101,300,363(N7)	加成已支用點數	20,267,724(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	2,549,640(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	108,586,400(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	34,937(N11)	加成已支用點數	6,992(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	59,082,098(N12)	加成已支用點數	11,820,969(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				213,672,781(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)
 ＝57,596,209＋56,852,716＋53,027,453＋76,408,686＝243,885,064

全年未支用金額＝全年預算－全年已暫結金額＝36,114,936

※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「111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。
- 社區醫療站牙醫醫療服務：依據「111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」，本計畫巡迴點與社區醫療站提供0-6歲計畫收案對象及社區醫療站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。
- 有關社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

(三)網路頻寬補助費用

全年預算＝168,000,000元

第1季已支用點數：34,645,550

第2季已支用點數：34,779,070

第3季已支用點數：34,872,992

第4季已支用點數：35,096,846

全年已支用點數：139,394,458

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝139,394,458

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝168,000,000－139,394,458＝28,605,542

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(四)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

全年預算＝12,000,000元

第1季：預算＝12,000,000/4＝3,000,000

已支用點數：1,237,000

暫結金額：1元/點×已支用點數＝1,237,000

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝3,000,000－1,237,000＝1,763,000

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝12,000,000/4＋1,763,000＝4,763,000

已支用點數：1,165,000

暫結金額：1元/點×已支用點數＝1,165,000

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝4,763,000－1,165,000＝3,598,000

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝12,000,000/4＋3,598,000＝6,598,000

已支用點數：1,324,000

暫結金額：1元/點×已支用點數＝1,324,000

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝6,598,000－1,324,000＝5,274,000

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝12,000,000/4＋5,274,000＝8,274,000

已支用點數：1,414,000

暫結金額：1元/點×已支用點數＝1,414,000

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝8,274,000－1,414,000＝6,860,000

=====

全年合計:預算= 12,000,000

全年已支用點數: 5,140,000

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 5,140,000

全年未支用金額 = 全年預算－(全年已結算金額－全年一般服務預算之移撥經費結餘款支應)

= 12,000,000－(5,140,000－0)

= 6,860,000

註:1. 依據「111年度全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」, 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; 全年預算不足時, 由一般服務預算之移撥經費結餘款優先支應。

2. 一般服務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急診醫療不足區獎勵試辦計畫, 若再有剩餘則回歸一般服務費用總額, 並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(五)0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

全年預算= 60,000,000元

第1季:預算= 60,000,000/4= 15,000,000

(1)診療服務費已支用點數: 121,746

(2)品質獎勵費已支用點數: 0

(9)合計已支用點數: 121,746

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 121,746

未支用金額: 第1季預算－第1季暫結金額= 15,000,000－121,746= 14,878,254

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 14,878,254= 29,878,254

(1)診療服務費已支用點數: 107,942

(2)品質獎勵費已支用點數: 0

(9)合計已支用點數: 107,942

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 107,942

未支用金額: 第2季預算－第2季暫結金額= 29,878,254－107,942= 29,770,312

=====

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 29,770,312= 44,770,312

(1)診療服務費已支用點數： 95,115
 (2)品質獎勵費已支用點數： 12,000
 (9)合計已支用點數： 107,115

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 107,115
 未支用金額：第3季預算—第3季暫結金額= 44,770,312— 107,115= 44,663,197

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 44,663,197= 59,663,197

(1)診療服務費已支用點數： 90,666
 (2)品質獎勵費已支用點數： 34,500
 (9)合計已支用點數： 125,166

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 125,166
 未支用金額：第4季預算—第4季暫結金額= 59,663,197— 125,166= 59,538,031

全年合計:預算= 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數： 415,469
 (2)品質獎勵費已支用點數： 46,500
 (9)合計已支用點數： 461,969

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 461,969
 全年未支用金額 = 全年預算— 全年已結算金額
 = 60,000,000 — 461,969
 = 59,538,031

註:依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」,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。

(六)12-18歲青少年口腔提升試辦計畫

全年預算＝ 271,500,000元

第1季:預算＝271,500,000/4＝ 67,875,000

已支用點數： 87,678

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 87,678

未支用金額： 第1季預算－第1季暫結金額＝ 67,875,000－ 87,678＝ 67,787,322

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝271,500,000/4＋ 67,787,322＝ 135,662,322

已支用點數： 1,383,986

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 1,383,986

未支用金額： 第2季預算－第2季暫結金額＝ 135,662,322－ 1,383,986＝ 134,278,336

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝271,500,000/4＋134,278,336＝ 202,153,336

已支用點數： 4,039,694

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 4,039,694

未支用金額： 第3季預算－第3季暫結金額＝ 202,153,336－ 4,039,694＝ 198,113,642

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝271,500,000/4＋198,113,642＝ 265,988,642

已支用點數： 4,417,922

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 4,417,922

未支用金額： 第4季預算－第4季暫結金額＝ 265,988,642－ 4,417,922＝ 261,570,720

全年合計:預算＝271,500,000

已支用點數： 9,929,280

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數＝ 9,929,280

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 271,500,000－ 9,929,280

＝ 261,570,720

註:依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」,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。

(七)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

全年預算＝184,000,000元

第1季：預算＝184,000,000/4＝46,000,000

已支用點數：836,261

暫結金額：1元/點×已支用點數＝836,261

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝46,000,000－836,261＝45,163,739

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝184,000,000/4＋45,163,739＝91,163,739

已支用點數：6,085,803

暫結金額：1元/點×已支用點數＝6,085,803

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝91,163,739－6,085,803＝85,077,936

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝184,000,000/4＋85,077,936＝131,077,936

已支用點數：9,297,549

暫結金額：1元/點×已支用點數＝9,297,549

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝131,077,936－9,297,549＝121,780,387

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝184,000,000/4＋121,780,387＝167,780,387

已支用點數：12,719,063

暫結金額：1元/點×已支用點數＝12,719,063

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝167,780,387－12,719,063＝155,061,324

全年合計：預算＝184,000,000

已支用點數：28,938,676

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝28,938,676

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝184,000,000－28,938,676

＝155,061,324

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。

=====

(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＋111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%)＋91,200,000

＝(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%＋91,200,000

＝26,806,674＋28,723,750＋30,832,102＋30,020,079＋91,200,000

＝207,582,605

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：24

三、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)-(B5)-(B6)] ×100% × 109年各季人口風險因子(R_109)(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. 111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)		10,698,084,028	11,460,946,233	12,313,758,741	11,957,906,860	46,430,695,862
2. 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5)		0	0	200,000,000	201,518,430	401,518,430
3. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)		0	0	550,000	532,400	1,082,400
4. 109年人口風險因子(R_109)	臺北分區	0.37133	0.37130	0.37126	0.37127	
	北區分區	0.16053	0.16122	0.16182	0.16214	
	中區分區	0.18093	0.18080	0.18127	0.18105	
	南區分區	0.12803	0.12774	0.12729	0.12713	
	高屏分區	0.13946	0.13931	0.13870	0.13875	
	東區分區	0.01972	0.01963	0.01966	0.01966	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
5. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=[(D2)-(B5)-(B6)] ×100%×(R_109)(註1、2)	臺北分區	3,972,519,542	4,255,449,336	4,497,149,877	4,364,596,668	17,089,715,423
	北區分區	1,717,363,429	1,847,733,752	1,960,159,438	1,906,094,497	7,431,351,116
	中區分區	1,935,604,343	2,072,139,079	2,195,761,348	2,128,397,734	8,331,902,504
	南區分區	1,369,675,698	1,464,021,272	1,541,890,341	1,494,521,977	5,870,109,288
	高屏分區	1,491,954,799	1,596,624,420	1,680,102,052	1,631,125,024	6,399,806,295
	東區分區	210,966,217	224,978,374	238,145,685	231,120,130	905,210,406
	小計	10,698,084,028	11,460,946,233	12,113,208,741	11,755,856,030	46,028,095,032

(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-(B5)-(B6)]× R_109(四捨五入至整數位)+各分區支應牙周病統合治療方案移撥款(BH)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥全年6項一般服務移撥專用費用各分區結餘款(BE9)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/05/03

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：25

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)		23.869908%	24.384747%	25.928519%	25.816826%	100%
2. 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5)(註3)		0	0	200,000,000	201,518,430	401,518,430
3. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護 試辦計畫重複之預算(B6)(註4)		0	0	550,000	532,400	1,082,400
4. 109年人口風險因子(R_109)	臺北分區	0.37133	0.37130	0.37126	0.37127	
	北區分區	0.16053	0.16122	0.16182	0.16214	
	中區分區	0.18093	0.18080	0.18127	0.18105	
	南區分區	0.12803	0.12774	0.12729	0.12713	
	高屏分區	0.13946	0.13931	0.13870	0.13875	
	東區分區	0.01972	0.01963	0.01966	0.01966	
5. 依各季預算占率調整後分區一般服務 預算總額(BD1)=[(D2合計)×Ra－ (B5)－(B6)] ×R_109	(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)	
	臺北分區	4,115,437,165	4,203,861,465	4,395,065,650	4,375,372,818	17,089,737,098
	北區分區	1,779,148,273	1,825,334,084	1,915,664,288	1,910,800,627	7,430,947,272
	中區分區	2,005,240,746	2,047,018,995	2,145,918,091	2,133,652,729	8,331,830,561
	南區分區	1,418,951,930	1,446,273,266	1,506,889,798	1,498,211,938	5,870,326,932
	高屏分區	1,545,630,213	1,577,268,895	1,641,964,137	1,635,152,257	6,400,015,502
	東區分區	218,556,058	222,251,011	232,739,834	231,690,764	905,237,667
	小計	11,082,964,385	11,322,007,716	11,838,241,798	11,784,881,133	46,028,095,032
6. 移撥牙周病統合治療方案 (H)(註5)		218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000	872,400,000
7. 各分區109年7月至110年6月 牙周病統合治療第二階段支付 之申報件數占率分配(Ha_109)	臺北分區	0.38278449	0.38278449	0.38278449	0.38278449	
	北區分區	0.14418039	0.14418039	0.14418039	0.14418039	
	中區分區	0.17512775	0.17512775	0.17512775	0.17512775	
	南區分區	0.11696812	0.11696812	0.11696812	0.11696812	
	高屏分區	0.16254360	0.16254360	0.16254360	0.16254360	
	東區分區	0.01839565	0.01839565	0.01839565	0.01839565	
	合計	100%	100%	100%	100%	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

111年第 4季

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:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/03

頁 次： 26

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
8. 各分區牙周病統合治療方案 移撥款 BH= HxHa_109	臺北分區	83,485,297	83,485,297	83,485,297	83,485,298	333,941,189
	北區分區	31,445,743	31,445,743	31,445,743	31,445,743	125,782,972
	中區分區	38,195,362	38,195,362	38,195,362	38,195,363	152,781,449
	南區分區	25,510,747	25,510,747	25,510,747	25,510,747	102,042,988
	高屏分區	35,450,759	35,450,759	35,450,759	35,450,760	141,803,037
	東區分區	4,012,092	4,012,092	4,012,092	4,012,089	16,048,365
	小計	218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000	872,400,000
9. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註7)	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
10. 移撥全年6項一般服務移撥專用費用 結餘款E9(註10)					151,359,784	151,359,784
11. 移撥全年6項一般服務移撥專用費用 各分區結餘款BE9= E9xR_109	臺北分區				56,195,347	56,195,347
	北區分區				24,541,475	24,541,475
	中區分區				27,403,689	27,403,689
	南區分區				19,242,369	19,242,369
	高屏分區				21,001,170	21,001,170
	東區分區				2,975,734	2,975,734
	小計				151,359,784	151,359,784
12. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)+(BH)+ (Z)+(BE9)	臺北分區	4,198,922,462	4,287,346,762	4,478,550,947	4,515,053,463	17,479,873,634
	北區分區	1,810,594,016	1,856,779,827	1,947,110,031	1,966,787,845	7,581,271,719
	中區分區	2,048,436,108	2,090,214,357	2,189,113,453	2,204,251,781	8,532,015,699
	南區分區	1,444,462,677	1,471,784,013	1,532,400,545	1,542,965,054	5,991,612,289
	高屏分區	1,583,580,972	1,615,219,654	1,679,914,896	1,694,104,187	6,572,819,709
	東區分區	222,568,150	226,263,103	236,751,926	238,678,587	924,261,766
	小計	11,308,564,385	11,547,607,716	12,063,841,798	12,161,840,917	47,081,854,816

=====

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. 扣減高風險疾病口腔照護未執行之預算(B5)：依據111年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，高風險疾病口腔照護，依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度，爰於111年第3季扣減200,000,000元，111年第4季扣減201,518,430元，共計401,518,430元。
4. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)：依據111年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，爰於111年第3季扣減550,000元，111年第4季扣減532,400元，共計1,082,400元。
5. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定略以，111年度牙醫門診總額一般服務預算移撥8.724億元支應「牙周病統合治療方案」，六分區預算按109年7月至110年6月「牙周病統合治療第二階段支付」之申報件數占率分配。為避免牙周病統合治療方案移撥款各季加總後所產生之數元誤差：東區移撥款為每季預算之合計移撥款減去前五區移撥款；第4季預算則為全年移撥款減去前三季移撥款。
6. 「111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，說明如下：
 - (1)本計畫全年經費為7.221億元，其中6.721億元由111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。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)依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決議略以，111年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.324億元，按季均分，其中移撥0.50億元支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
7. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定略以，111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。
8. 依據「111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「核實申報」費用，加成前點數由牙醫總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。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，則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
9. 依據「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，則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
10. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定略以，各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各人口風險因子(R值)分配至各區。
11. 依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫停執行「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」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/05/03

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：28

四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

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	3,758,488,391(BF)	0.92241459	-----	32,093,153	227,663
	2-北區分區	372,389,663	0.92241459	343,497,658	3,102,436	
	3-中區分區	217,839,556	0.92241459	200,938,385	1,865,684	
	4-南區分區	129,309,965	0.92241459	119,277,398	1,149,549	
	5-高屏分區	167,091,558	0.92241459	154,127,691	1,262,939	
	6-東區分區	22,108,173	0.92241459	20,392,901	269,874	
	7-合計	4,667,227,306(GF)		838,234,033(AF)	39,743,635(BG)	227,663(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	245,527,043	0.98003785	240,625,795	2,491,745	
	2-北區分區	1,448,998,746(BF)	0.98003785	-----	13,544,469	59,263
	3-中區分區	95,839,491	0.98003785	93,926,329	820,964	
	4-南區分區	64,014,210	0.98003785	62,736,349	509,805	
	5-高屏分區	37,209,728	0.98003785	36,466,942	285,460	
	6-東區分區	4,585,639	0.98003785	4,494,100	61,665	
	7-合計	1,896,174,857(GF)		438,249,515(AF)	17,714,108(BG)	59,263(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	75,294,820	1.00671644	75,800,533	703,162	
	2-北區分區	43,326,515	1.00671644	43,617,515	367,891	
	3-中區分區	1,938,586,527(BF)	1.00671644	-----	14,433,236	75,395
	4-南區分區	44,847,694	1.00671644	45,148,911	484,488	
	5-高屏分區	30,112,696	1.00671644	30,314,946	246,647	
	6-東區分區	3,296,166	1.00671644	3,318,305	41,995	
	7-合計	2,135,464,418(GF)		198,200,210(AF)	16,277,419(BG)	75,395(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

111年第 4季

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:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/05/03

頁次：29

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	62,833,049	1.05586933	66,343,489	717,302	
	2-北區分區	27,373,610	1.05586933	28,902,955	236,646	
	3-中區分區	65,235,169	1.05586933	68,879,814	585,538	
	4-南區分區	1,196,012,450(BF)	1.05586933	-----	10,055,667	64,951
	5-高屏分區	66,246,399	1.05586933	69,947,541	544,323	
	6-東區分區	2,568,594	1.05586933	2,712,100	32,882	
	7-合計	1,420,269,271(GF)		236,785,899(AF)	12,172,358(BG)	64,951(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	43,388,598	1.01872670	44,201,123	389,907	
	2-北區分區	18,340,350	1.01872670	18,683,804	171,241	
	3-中區分區	31,260,635	1.01872670	31,846,044	298,851	
	4-南區分區	67,217,696	1.01872670	68,476,462	576,838	
	5-高屏分區	1,439,433,387(BF)	1.01872670	-----	11,922,850	40,483
	6-東區分區	4,037,202	1.01872670	4,112,805	50,827	
	7-合計	1,603,677,868(GF)		167,320,238(AF)	13,410,514(BG)	40,483(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,049,735	1.20486415	16,928,022	147,970	
	2-北區分區	4,664,822	1.20486415	5,620,477	73,813	
	3-中區分區	4,472,511	1.20486415	5,388,768	44,980	
	4-南區分區	3,092,484	1.20486415	3,726,023	44,558	
	5-高屏分區	6,265,463	1.20486415	7,549,032	59,030	
	6-東區分區	159,420,149(BF)	1.20486415	-----	1,992,900	5,176
	7-合計	191,965,164(GF)		39,212,322(AF)	2,363,251(BG)	5,176(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 = [4,515,053,463 — 838,234,033 — 39,743,635 — 227,663] / 3,758,488,391 = 0.96763586

北區分區 = [1,966,787,845 — 438,249,515 — 17,714,108 — 59,263] / 1,448,998,746 = 1.04262682

中區分區 = [2,204,251,781 — 198,200,210 — 16,277,419 — 75,395] / 1,938,586,527 = 1.02636572

南區分區 = [1,542,965,054 — 236,785,899 — 12,172,358 — 64,951] / 1,196,012,450 = 1.08187991

高屏分區 = [1,694,104,187 — 167,320,238 — 13,410,514 — 40,483] / 1,439,433,387 = 1.05133934

東區分區 = [238,678,587 — 39,212,322 — 2,363,251 — 5,176] / 159,420,149 = 1.23634208

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)

= [12,161,840,917 — 101,681,285 — 472,931] / 11,914,778,884 = 1.01216202

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 = [4,515,053,463] / [4,667,227,306 + 39,743,635 + 227,663] = 0.95918057

北區分區 = [1,966,787,845] / [1,896,174,857 + 17,714,108 + 59,263] = 1.02760765

中區分區 = [2,204,251,781] / [2,135,464,418 + 16,277,419 + 75,395] = 1.02436757

南區分區 = [1,542,965,054] / [1,420,269,271 + 12,172,358 + 64,951] = 1.07710853

高屏分區 = [1,694,104,187] / [1,603,677,868 + 13,410,514 + 40,483] = 1.04759999

東區分區 = [238,678,587] / [191,965,164 + 2,363,251 + 5,176] = 1.22819007

5. 一般服務全區平均點值

= [12,161,840,917] / [11,914,778,884 + 101,681,285 + 472,931] = 1.01205864

註：依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫停執行「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」。

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(含品質保證保留款)＋移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

＝[12,161,840,917＋330,125,256＋ 58,628,894＋ 2,455,270]

／[11,914,778,884＋101,681,285＋ 472,931＋322,893,728＋ 56,269,656]＝ 1.01266155

註：1. 專款專用暫結金額＝牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)＋醫療資源不足地區改善方案支付金額

＋網路頻寬補助費用暫結金額＋牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額＋0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

＋12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫＋高齲齒牙齒保存改善服務計畫＋品質保證保留款預算

＝ 147,123,494＋ 76,408,686＋ 35,096,846＋ 1,414,000＋ 125,166＋ 4,417,922＋ 12,719,063＋ 52,820,079

＝ 330,125,256

2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋111年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月111/09(含)以前：於112/01/01～112/03/31期間核付者。

費用年月111/10～111/12：於111/10/01～112/03/31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

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂牙醫支付標準「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」診療項目名稱。

說明：

- 一、依據社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)112年3月12日牙全彥字第00935號函辦理。
- 二、案係「112年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(下稱牙特計畫)」適用對象自閉症及失智症之論量計酬費用，由原依身障等級加成，修改為皆得比照極重度身心障礙個案加成9成支付，並於112年2月10日公告自112年1月1日實施，牙全會於112年3月12日建議自閉症及失智症之門診診察費，亦得比照極重度身心障礙者申報。
- 三、考量牙特計畫之自閉症、失智症已比照極重度身心障礙病人加成9成，爰規劃其門診診察費亦得比照極重度，以00128C「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」、00311C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」申報。
- 四、惟現行00128C、00311C依其名稱內涵，限符合牙特計畫之重度以上特定身心障礙申報，爰建議修改診療項目名稱為「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者及自閉症、失智症診察費」。
- 五、修訂支付標準如附件(頁次：報4-2)，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決定：

第三部 牙醫

第一章 門診診察費

第一節 一般牙科門診診察費

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
00128C	重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者 <u>及自閉症、失智症</u> 診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	520

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

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
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者 <u>及自閉症、失智症</u> 診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	562

決 定：

報告事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」
(下稱研商議事作業要點)案。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點辦理。
- 二、為使會議有效進行及討論聚焦，明列出席代表達一定次數為續聘必要條件(修訂研商議事作業要點第4點)。
- 三、為增進研商議事會議效率，擬保留各總額研商議事會議召開次數之彈性，維持每季召開1次之原則，惟當次會議若無需討論之議案得不召開，結算點值之確認，改以書面確認，爰將研商議事作業要點第2點條文「至少每3個月召開1次會議」研擬修訂為「每3個月召開1次會議為原則」。
- 四、研商議事作業要點修正條文對照表如附件(頁次：報5-2)。

決定：

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點修正條文對照表

修正條文	現行條文	健保署說明
同現行條文。	一、 全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。	同現行條文(無修訂)。
二、 保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門) 至少 每3個月召開一次會議 <u>為原則</u> ，必要時得召開臨時會議。	二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)至少每3個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。	為增進議事效率，保留行政作業彈性，倘無討論之議案則不召開會議，結算點值改採書面確認。
三、 保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席： (一)保險付費者代表2名。 (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下： 1. 醫院總額： (1)各層級醫院代表20名至28名，由台灣醫院協會推薦。 (2)中華民國藥師公會全國聯	三、 保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席： (一)保險付費者代表2名。 (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下： 1. 醫院總額： (1)各層級醫院代表20名至28名，由台灣醫院協會推薦。 (2)中華民國藥師公會全國聯	考量本會議事涉各醫事專業團體權益，爰於西醫及醫院總額本研商議事會議代表名額增列中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。

修正條文	現行條文	健保署說明
合會代表 1 名。 (3) 特殊材料提供者代表 1 名。 (4) 藥品提供者代表 1 名。 (5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。 (6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 <u>(8) 中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。</u> 2. 西醫基層總額： (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。	合會代表 1 名。 (3) 特殊材料提供者代表 1 名。 (4) 藥品提供者代表 1 名。 (5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。 (6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 2. 西醫基層總額： (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。	

修正條文	現行條文	健保署說明
(3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (4) 藥品提供者代表 1 名。 (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。 (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。 <u>(8) 中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。</u> 3. 牙醫門診總額： (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (3) 台灣醫院協會代表 4 名。	(3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (4) 藥品提供者代表 1 名。 (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。 (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。 3. 牙醫門診總額： (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (3) 台灣醫院協會代表 4 名。	

修正條文	現行條文	健保署說明
(4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (5) 中華牙醫學會代表 1 名。 (6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。 4. 中醫門診總額： (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 台灣醫院協會代表 2 名。 5. 門診透析： (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。 (2) 台灣醫院協會代表 1 名。 (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。	(4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (5) 中華牙醫學會代表 1 名。 (6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。 4. 中醫門診總額： (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 台灣醫院協會代表 2 名。 5. 門診透析： (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。 (2) 台灣醫院協會代表 1 名。 (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。	

修正條文	現行條文	健保署說明
(4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。 (三)專家學者 3 名。 (四)政府機關代表： 1. 主管機關代表 1 名。 2. 保險人代表 2 名。 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。 4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。 前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生： (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。 (二) 保險醫事服務提供者，由保險人	(4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。 (三)專家學者 3 名。 (四)政府機關代表： 1. 主管機關代表 1 名。 2. 保險人代表 2 名。 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。 4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。 前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生： (一)保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。 (二) 保險醫事服務提供者，由保險人	

修正條文	現行條文	健保署說明
洽請各醫事團體推派。 (三) 專家學者由保險人遴選。 (四) 機關代表由該機關指派。	洽請各醫事團體推派。 (三) 專家學者由保險人遴選。 (四) 機關代表由該機關指派。	
四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；<u>代表任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。</u> 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。	四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。	為使會議有效進行及討論聚焦，明列代表出席達一定次數為續聘必要規範。
同現行條文。	五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	健保署說明
	被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。	
同現行條文。	六、 代理人及列席單位出席規範： (一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人2名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由1人代理出席。 (二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。 (三) 列席單位出席人員以2名為限。	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	健保署說明
同現行條文。	七、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。 本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。	同現行條文(無修訂)。
同現行條文。	八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開： (一)會議議程。 (二)會議內容實錄。 (三)利益揭露聲明書。	同現行條文(無修訂)。

報告事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年牙醫門診總額研商議事會議開會時間修正案。

說明：

- 一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 二、112 年牙醫門診總額研商議事會議時間修訂如下表，第 2 次臨時會則視情況召開：

次數	3	4	5
會議名稱	第 3 次會議	第 4 次會議	第 2 次臨時會
原定 會議時間	8 月 22 日 星期二 (下午 14：00)	11 月 21 日 星期二 (下午 14：00)	12 月 5 日 星期二 (下午 14：00)
修正後 會議時間	8 月 22 日 星期二 (下午 14：00)	11 月 21 日 星期二 (<u>上午 9：30</u>)	12 月 5 日 星期二 (<u>上午 9：30</u>)

決定：

報告事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點第8條規定，保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將「會議內容實錄」對外公開。
- 二、查本署全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱藥物共擬會議)之會議內容實錄，係採「會議實錄錄音檔」對外公開，未有會議實錄文字。
- 三、考量本署已將會議全程錄音，收錄與會人員發言內容，為提升行政效率及發文時效，自本月(112年5月)起會議內容實錄，將比照藥物共擬會議，會議內容實錄以「會議實錄錄音檔」對外公開。

決定：

報告事項第八案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：111 年度牙醫總額專款項目宣導與規劃案。

說明：

- 一、依據112度第1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」會議辦理。
- 二、111年度牙醫總額專款項目執行率偏低之試辦計畫宣導與規
劃簡報檔另行檢送。

決定：

報告事項第九案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」執行成效將提至 112 年 7 月份全民健康保險會委員會議報告。

說明：

一、依據衛生福利部 112 年 1 月 9 日公告 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。

二、本計畫專款項目 112 年協定事項如下：

(一)請健保署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。

(二)本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。

三、本計畫自 109 年 6 月開始執行，施行成效說明如下：

(一)施行地區：

1.109 年公告施行地區僅嘉義市及雲林縣，嘉義醫療團及雲林醫療團分別自當年 6 月及 7 月起執行本服務，惟雲林醫療團因醫療人力不足，自 110 年 1 月 1 日起退出計畫。

2.自 110 年起施行地區開放為六直轄市以外之縣市皆可提供服務(施行鄉鎮擴增至 210 個)，惟 110 年至 112 年 5 月仍僅嘉義市有醫療團執行。

(二)服務人數：

1.109 年嘉義醫療團(6 月起執行)服務人數 589 人(平均一個月 84 人)；雲林醫療團(7 月起執行)服務人數僅 191 人(平均一個月 32 人)。

2.110 年僅嘉義市有醫療團執行，服務人數 627 人(110 年 6 月因疫情停診，爰以 11 個月計算，平均 57 人/月)、111 年為 659 人(平均 55 人/月)、112 年第 1 季為 170 人(平均 57 人/月)，服務人數未有成長。

(三)有提供醫療服務之服務診次：109 年共 418 診(平均 34.8 診/月)、110 年 361 診(110 年 6 月嘉義醫療團因疫情停診，爰以 11 個月計算，平均 32.8 診/月)、111 年 412 診(平均 34.3 診/月)、112 年第 1 季 112 診(平均 37.3 診/

月)，服務診次未有明顯成長。

(四)專款預算執行數：由 109 年 4.5 百萬點，降至 110 年 4.0 百萬點，預算執行率由 109 年 57.3%降至 110 年 32.9%，共下降 24.4 個百分點。至 111 年因新增每診 1,000 點之待診服務費，111 年預算執行數 5.14 百萬點，預算執行率 42.8%，僅較 110 年上升 9.9 個百分點。112 年第 1 季申報論次費用 1.29 百萬點，推估全年申報 5.17 百萬點，預算執行數預估未有明顯成長。

(五)又前述所提 111 年新增每診 1,000 點待診服務費部分，經統計 111 年不論有無提供醫療服務之總診次共 1,091 診，其中無提供服務之待診診次共 679 診，占總診次比率高達 62.2%，112 年第 1 季待診診次 161 診，占總診次比率高達 59.0%。

四、本計畫上述執行成效將提至 112 年 7 月份全民健康保險會委員會議報告。

決 定：

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂 112 年度牙醫門診總額地區預算分配之「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」，提請討論。

說明：

- 一、依據 14-11 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、本案業經 112-1 研商議事會議通過，文字修正為：「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」經費 0.15 億元，為獎勵該季浮動點值不到 1.0 的分區配合執行(91090C)，112 年由一般預算提撥 1 千 5 百萬元，支應高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 1 元之差值，該經費按季均分及結算。當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。」。

本署意見：

- 一、112 年度牙醫門診總額地區預算分配修訂對照表如附件(頁次：討 1-2)。
- 二、牙全會建議高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，由原先「以該區前一季浮動點值計算，每點支付金額最高補至 1 元」，修正為「其浮動點值，以該區該季每點支付金額最高補至 1 元之差值」，並補充說明經費分配方式，本署尊重。
- 三、本案依程序送衛生福利部全民健康保險會核備。

決議：

112 年度牙醫門診總額地區分配預算修訂對照表

修訂條文	原條文(112 年第 1 次牙醫研商決議)	說明
維持原條文	112 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 112 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 12.474 億元，用於下列 7 個項目：	本項未修訂
維持原條文	一、「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。 二、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。 三、「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」(經費 0.8 億元)。 四、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。 五、「牙周病統合治療實施方案」(經費 8.724 億元)：六分區預算按 110 年 7 月至 111 年 6 月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。	本項未修訂
一、「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」經費 0.15 億元，對象為該季點值小於 1.0 的分區：其執行高風險患者牙結石清除(91090C)醫令點值以該區前一季浮動點值計算，每點支付金額最高補至 1 元。為獎勵該季浮動點值不到 1.0 的分區配合執行(91090C)，112 年由一般預算提撥 1 千 5 百萬元，支應高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，其	六、「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」經費 0.15 億，對象為該季點值小於 1.0 的分區：其執行高風險患者牙結石清除(91090C)醫令點值以該區前一季浮動點值計算，每點支付金額最高補至 1 元。	牙全會建議高風險患者牙結石清除醫令(91090C)納入當年結算之核定浮動點數，由原先「以該區前一季浮動點值計算，每點支付金額最高補至 1 元」，修正為「其浮動點值，以該區該季每點支付

修訂條文	原條文(112 年第 1 次牙醫研商決議)	說明
浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 1 元之差值，該經費按季均分及結算。當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算（折付比例=經費/Σ各院補助金額）。		金額最高補至 1 元之差值」，並補充說明經費分配方式，本署尊重。
維持原條文	七、各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 110 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。	本項未修訂

討論事項第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部
牙醫，提請討論。

說明：

一、依據中華民國牙醫師公會全國聯合會 14-11 牙醫門診醫療服務審查執行會會議暨 14-20 醫審室會議決議辦理。

二、修訂初診診察費醫令(01271C、01272C、01273C、00315C、00316C、00317C)，修訂對照表詳附件 1(頁次：討 2-5)。

(一)01271C、01272C、01273C、00315C、00316C、00317C，刪除支付項目與備註內之「初診」文字，且統一將「檢查」改為「診察」。

(二)01271C、00315C 修訂備註 1：係指病人在該院所從未執行本項診察及 00315C(01271C)，或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景 X 光診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。且同意署方建議分別於 01271C、00315C 之備註 5 增加「本項與 00315C(001271C)三年內限擇一申報一次」且分別刪除 00315C 與 01271C。

三、為鼓勵新增項目執行，修訂「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」，新增申報總醫療費用點數不列入計算之項目，修訂後內容詳附件 2(頁次：討 2-8)。

本署意見：

一、修訂牙醫支付標準第一章門診診察費之各項X光初診診察費，包含01271C「環口全景X光初診診察」、01272C「年度初診X光檢查」、01273C「高齲齒罹患率族群年度初診X光片檢查」、00315C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景X光初診診察」、00316C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診X光檢查」、00317C「符合牙醫門診加強感染管

制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診X光片檢查」：

- (一)刪除「初診」文字：查各項X光初診診察費之支付規範，非單純限初診執行，列有病人○年以上未就診或○年以上未執行本項...得(可)於主訴處理完畢後則適當時機執行，為符文義爰同意刪除「初診」文字，另請牙全會說明「○年以上未就診、○年以上未執行本項」之定義及其計算方式。
- (二)「檢查」修改為「診察」：查牙醫支付標準第一章門診診察費通則載明本章所訂點數包括醫師診療、處方等，爰支付點數包含診察及X光費用，同意將「檢查」改為「診察」。
- (三)修改01271C「環口全景X光初診診察」及00315C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景X光初診診察」申報頻率：前述兩醫令皆三年限申報一次，差異在於院所是否符合牙醫門診加強感染管制實施方案，屬於院所資格限制，執行內容相同。為使規範文意一致，爰同意一年內不得申報項目中，刪除環口全景X光初診診察之項目，且該兩醫令三年內限擇一申報一次

二、修訂「附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則」：

- (一)牙醫支付標準附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則，係為改善特定區域就醫可近性，確保牙醫醫療服務品質而訂定，對適用鄉鎮（多為都會區）每位醫師每月申報總醫療費用點數扣除特定排除項目費用點數，超過55萬點部分按級距予以折付。
- (二)查本次牙全會欲排除申報總醫療費用點數計算項目之預算及執行情形如下：
 - 1. 91091C「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」：112年其他服務利用及密集度之改變-特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆編列53.5百萬元，自112年

3月1日生效，112年3月申報0.1百萬點，服務約100人次。

2. 92161B「唾液腺摘取術」：110年新醫療科技編列12百萬元，自110年7月1日生效，110年服務118人次，申報約0.2百萬點，111年服務352人次，申報約0.7百萬點。
3. P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」：111年至112年高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫專款分別編列184百萬元，111年3月1日生效，111年服務58,086人次，申報29.1百萬點。
4. P7302C「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」：112年齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫專款編列1,010百萬元，112年3月服務27,703人次，申報13.9百萬點。
5. P7303C「超音波根管沖洗」：112年超音波根管沖洗計畫專款編列144.8百萬元，112年3月服務30,286人次，申報3.8百萬點。
6. 0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫項目(P6701C-P6705C)：110年至112年分別編列專款60百萬元，110年服務168人次，申報0.1百萬元，111年服務479人次，申報0.4百萬元，品質獎勵金核發約46,500點。
7. 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫項目(P7101C-P7102C)：111年至112年分別編列專款271.5百萬元，111年服務19,156人次，申報約10.4百萬點。

(三) 本次牙全會為鼓勵牙醫師提供上述服務，將其納入附表3.3.3排除項目，本署予以尊重。

三、如經會議決議同意，依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決 議：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

一、文字修訂：

編號	修訂內容	原內容	備註	本署意見
第三章 牙科處置及手術				
01271C	環口全景X光片<u>初診</u>診察註： 1.係指病人在該院所從未執行本項<u>初診</u>診察或00315C，或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光片<u>初診</u>診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景X光片攝影。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.本項與00315C三年內限擇一申報一次，申報本項一年內不得申報01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。	環口全景 X 光初診診察 1.係指病人在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景 X 光片攝影。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.三年限申報一次，申報本項一年內不得申報01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。	1.本項為環口全景X光片診察，故修訂文字，齊一對文字的認定 2.本項與00315C均為環口全景X光片診察，僅為是否加入感管方案之差異，故於本項建議新增排除00315C	1.本項係從未執行環口全景X光診察或三年以上未就診...，非限於初診執行，爰同意刪除「初診」文字。 2.本項與00315C皆為環口全景X光診察，差異在於院所是否符合牙醫門診加強感管實施方案，屬於院所資格限制，執行內容相同，申報頻率修訂與本署前次會議所提相同。 3.請牙全會說明「三年以上未就診」之定義及三年期間如何計算。
01272C	年度<u>初診</u>X光片<u>檢查</u>診察註： 1.係指病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或	年度初診 X 光檢查註： 1.係指病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或	本項為診察，故修訂文字，齊一對文字的認定	1.本項係指病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項...，非

編號	修訂內容	原內容	備註	本署意見
	疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙)及至少二張根尖周 X 光攝影(前牙)或至少四張根尖周 X 光片(不同部位，後牙優先)。 3.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報 01271C、01273C、00315C、00316C、00317C。	疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙)及至少二張根尖周 X 光攝影(前牙)或至少四張根尖周 X 光片(不同部位，後牙優先)。 3.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報 01271C、01273C、00315C、00316C、00317C。		限於初診執行，爰同意刪除「初診」文字。 2.本項包含診察及 X 光費用，同意將「檢查」改為「診察」。 3.請牙全會說明「病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項」之定義及前述期間如何計算。
01273C	高齲齒罹患率族群年度 初診X 光片 檢查 <u>診察</u> 註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行 初診 X 光 <u>片檢查診察</u> 需要者，醫師可於病患之主訴處理完畢後擇適當時機執行。	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查 註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診 X 光檢查需要者，醫師可於病患之主訴處理完畢後擇適當時機執行。	本項為診察，故修訂文字，齊一對文字的認定	1.本項係指一年以上未執行本項…，非限於初診執行，爰同意刪除「初診」文字。 2.本項包含診察及 X 光費用，同意將「檢查」改為「診察」。 3.請牙全會說明「一年以上未執行本項」之定義及期間如何計算。
00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全	1.本項為環口全	同 01271C。

編號	修訂內容	原內容	備註	本署意見
	景X光片<u>初診</u>診察註： 1.係指病人在該院所從未執行本項<u>初診</u>診察或<u>01271C</u>，或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光片<u>初診</u>診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景X光片攝影。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.<u>本項與01271C</u>三年內限<u>擇一</u>申報一次，申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00316C、00317C。	景X光初診診察註： 1.係指病人在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景X光片攝影。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.三年限申報一次，申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00316C、00317C。	景X光片診察，故修訂文字，齊一對文字的認定 2.本項與01271C均為環口全景X光片診察，僅為是否加入感管方案之差異，故於本項建議新增排除01271C	
00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度 <u>初診</u> X光片 <u>檢查</u> 診察	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診X光檢查	本項為診察，故修訂文字，齊一對文字的認定	同 01272C。
00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度<u>初診</u>X光片<u>檢查</u>診察註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行<u>初診</u>X光片<u>檢查</u>診察需要者，醫師可於病人之主訴處理完畢後擇適當時機執行。	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診X光片檢查註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診X光檢查需要者，醫師可於病人之主訴處理完畢後擇適當時機執行。	本項為診察，故修訂文字，齊一對文字的認定	同 01273C。

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3) 案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4) 案件分類為19－牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5) 案件分類為19－特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6) 案件分類為19－特殊治療項目代號為「JA」或「JB」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。
 - (7) 案件分類為A3－牙齒預防保健案件。
 - (8) 案件分類為B6－職災代辦案件。
 - (9) 案件分類為19－定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10) 案件分類為19－口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11) 案件分類為B7－行政協助門診戒菸部份。
 - (12) 加成之點數。
 - (13) 初診診察費差額。
 - (14) 加強感染管制實施方案診察費差額。
 - (15) 山地離島診察費差額。
 - (16) 牙醫急診診察費差額。
 - (17) 特定牙周保存治療(91015C、91016C、[91091C](#))、牙周病支持性治療(91018C)。
 - (18) 糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。
 - (19) [唾液腺摘取術\(每部位\)\(92161B\)](#)、[超音波根管沖洗\(P7303C\)](#)。
 - (20) [嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費\(P6701C\)](#)、[嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療\(P6702C\)](#)、[嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次\(P6703C\)](#)、[嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次\(P6704C\)](#)、[嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次\(P6705C\)](#)。
 - (21) [青少年齲齒控制照護處置\(P7101C\)](#)、[青少年齲齒氟化物治療\(P7102C\)](#)
 - (22) [高齲齒率患者氟化物治療\(P7301C\)](#)、[齲齒經驗之高風險患者氟化物治療\(P7302C\)](#)。

(二)適用鄉鎮：

1. 台北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
2. 該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於十萬且人口密度大於四千人/平方公里。
3. 保險人每年依上開條件公告適用鄉鎮(區)名單。

註：

- 1.台北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】
- 2.台中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】
- 3.高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】
- 4.鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下情形，不適用本原則之折付方式：

- 1.該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
- 2.專科醫師。
- 3.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。
- 4.除第 1、2、3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：以上第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成醫師名單之醫師；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1、3 項每年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一)先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在五十五(含)萬點以下時維持原費用點數，超過五十五萬點時，則按下列分級予以折付：在五十五-六十五(含)萬點部分乘以0.78，在六十五-七十五(含)萬點部分乘以0.39，在七十五萬點以上部分乘以0.10之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。

(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

討論事項第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 年度牙醫門診加強感染管制實施方案」，提請討論。

說明：

一、依據 14-11 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

二、修訂摘要如下：

(一)實地訪查不合格之扣款條文

(二)配合衛生福利部疾病管制署公告之牙科感染管制措施指引
修訂牙科醫療廢棄物處理條文。

(三)外展點提送感染管制書面評核資料時間。

三、修訂對照表詳附件 2(頁次：討 3-3)。

本署意見：

一、查 110 年已進行感染管控全面書審，建議調整實地訪查不合格之追扣區間，修正為追溯至「111 年 1 月 1 日起」或「院所前次實地訪查合格次月 1 日起」之感染管制門診診察費與一般門診診察費費用差額(以追扣月份數較小者認定)。

二、同意配合衛生福利部疾病管制署公告之牙科感染管制措施指引，修訂「廢棄物處理」章節內容。

三、外展點 VPN 牙醫院所感染管制評核作業系統業於 112 年 1 月架設完成，本署業於 112 年 5 月 18 日將「牙全會 112 年 5 月 3 日提報之書面評核上傳修正名單」匯入系統，同時啟動院所上傳外展點書面評核資訊。

四、有關牙全會表示外展點排班規則，部分醫缺學校可能 1 年僅開放一次，建議延後外展點提送感染管制書面評核資料時間一節，考量部分上半年已完成巡迴之外展點需等待次年重新開放，本署同意展延上傳期限至 113 年 6 月 30 日(含)，並預留 113 年下半年度辦理外展點實地訪查，另查牙醫外展點 110 年至今皆未辦理實地訪查，為保障民眾就醫安全，建議 112 年度維持外展點不定期抽訪作業。

五、有關執業計畫之外展點，本署於 112 年 3 月 23 日健保醫字第 1120661050 號同意貴會所提共同上傳之規劃，爰配合增加相關條文。

六、調整「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」、「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」之內容，並加上相關法規說明(附件 2)(頁次：討 3-13、16)。

決 議：

112 年度牙醫門診加強感染管制實施方案

修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
11 21 年牙醫門診加強感染管制實施方案 維持原條文	11 21 年牙醫門診加強感染管制實施方案 維持原條文	111 年牙醫門診加強感染管制實施方案 一、目的： 本實施方案之目的，在於規範特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。	修改年度 本項未修訂
維持原條文	維持原條文	二、本方案實施方式： (一)宣導教育方面： 1.由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會）開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。 2.由牙醫全聯會製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊」，並核發予各牙醫院所執行。 (二)牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引，訂定「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，並	本項未修訂

修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
		於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。 (三)特約院所依本方案「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」(附件 1)執行，並依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」(附件 2)自行評分，自評合格者（無項目得 D），應將考評表函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)所轄分區業務組備查，並於次月開始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(以下稱感染管制門診診察費)。	
三、監控方式 (一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。 (二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。 (三)經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格(任一項目為 D)之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第	三、監控方式 (一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。 (二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。 (三)經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格(任一項目為 D)之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、	三、監控方式 (一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。 (二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。 (三)經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格(任一項目為 D)之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第	

修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日<u>111 年 1 月 1 日起或院所前次實地訪查合格之次月 1 日起</u>追扣該差額(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第 5 條第 1 項規定辦理)。 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。	2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自109 年度調升感染管制門診診察費生效日起<u>追扣該差額(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第 5 條第 1 項規定辦理)</u>視情節追扣，項次達 <u>1 項追扣 3 個月；項次達 2 項追扣 6 個月；項次超過 2 項以上追扣 12 個月。</u> 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。	1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日起追扣該差額(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第 5 條第 1 項規定辦理)。 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。	【牙全會意見】 修訂為視情節追扣，考量比例原則，依項次追扣不同時間。 【本署意見】 查 110 年已進行感染管控全面書審，建議調整實地訪查不合格之追扣區間，修正為追溯至「111 年 1 月 1 日起」或「院所前次實地訪查合格次月 1 日起」之感染管制門診診察費與一般門診診察費費用差額(以追扣月份數較小者認定)

修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
維持原條文	維持原條文	四、感染管制 SOP 審查標準 (一) 依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。 (二) 每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。 (三) 請依考評表內之評分標準進行查核。 (四) 訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後，於全民健	本項未修訂

修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
		康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應完成審查時程內進行實地訪查。 4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。	
維持原條文	維持原條文	五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分；訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。	本項未修改
維持原條文	維持原條文	六、有關特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制： (一) 依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件 3) 及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4) 執行。 (二) 特約院所依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)	本項未修訂

修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
		自行評分,自評合格者(無項目得X),應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查,並於次月開始申報感染管制門診診察費。	
(三)院所經110年書面評核(含複查)審查合格,或新特約院所經感染管制實地訪查合格者,始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。惟111年之感染管制書面評核作業,如下: 1. 自評合格者須於1123年126月31<u>30</u>日(含)前,於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片,故無須上傳書面評核資料),由保險人所轄分區業務組進行評核,上傳方式: (1) 巡迴醫療之外展點之,執行醫師可自行選擇<u>下列方式上傳</u>: A.以每人每點為單位上傳之。 B.如為醫療團提報符合共用硬體設備之外展點,得共同上傳: a. <u>醫療團提報符合共用硬體設備之外展點</u>。 b. <u>執業計畫之外展點,由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料,代表執業</u>	(三)院所經110年書面評核(含複查)審查合格,或新特約院所經感染管制實地訪查合格者,始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。惟111年之感染管制書面評核作業,如下: 1. 自評合格者須於1123年12月31日(含)前,於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片,故無須上傳書面評核資料),由保險人所轄分區業務組進行評核,上傳方式: (1) 巡迴醫療之外展點:執行醫師可自行選擇A.以每人每點為單位上傳;B.如為醫療團提報符合共用硬體設備之外展點,得共同上傳。 (2) 特殊醫療之外展點:以每外展固定點為單位上傳。 (3) 前述感染管制書面評核應上傳名單,由牙醫全聯會於112年2月28日(含)前提報保險人各分區業務組核備。	(三)院所經110年書面評核(含複查)審查合格,或新特約院所經感染管制實地訪查合格者,始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。惟111年之感染管制書面評核作業,如下: 1. 自評合格者須於112年12月31日(含)前,於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片,故無須上傳書面評核資料),由保險人所轄分區業務組進行評核,上傳方式: (1) 巡迴醫療之外展點:執行醫師可自行選擇A.以每人每點為單位上傳;B.如為醫療團提報符合共用硬體設備之外展點,得共同上傳。 (2) 特殊醫療之外展點:以每外展固定點為單位上傳。 (3) 前述感染管制書面評核應上傳名單,由牙醫全聯會於112年2月28日(含)前提報保險人各分區業務組核備。	【牙全會意見】 原訂112年3月1日即開放VPN之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」系統,截至112年5月5日系統尚未開通,考量外展點有其排班規則,許多醫缺學校甚至1年開放一次,故建議延長上傳期限。 【本署意見】 1. VPN牙醫院所感染管制評核作業系統業於112年1月架設完成,本署業於112年5月18日將「牙全會112年5月3日提報之書面評核上

修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
<u>計畫之院所評核結果。</u> (2) 特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位<u>共同</u>上傳。 (3) 前述感染管制書面評核應上傳名單，由牙醫全聯會於 112 年 2 月 28 日(含)前提報保險人各分區業務組核備。 (3) 前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3. 外展點未於 1123 年 12 月 31 日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定)，採實地訪查。 4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。	2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3. 外展點未於 1123 年 12 月 31 日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定)，採實地訪查。 4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。	2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3. 外展點未於 112 年 12 月 31 日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定)，採實地訪查。 4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。	傳修正名單」匯入系統，同時啟動院所上傳外展點書面評核資訊。 2. 考量部分上半年已完成巡迴之外展點需等待次年重新開放，同意展延上傳期限，惟以展延半年為限。 3. 另有關執業計畫之外展點，本署於 112 年 3 月 23 日以健保醫字第 1120661050 號函同意牙全會共同上傳之規劃，爰配合增加相關條文。 4. 配合展延時間修正期限。
(四) 外展點未於 1123 年 12 月 31 日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者，自次月 1 日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，於次月起(如 2 月 5 日	(四) 外展點未於 1123 年 12 月 31 日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者，自次月 1 日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，於次月起(如 2 月 5 日通過，	(四) 外展點未於 112 年 12 月 31 日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者，自次月 1 日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，於次月起(如 2 月 5 日通過，則	配合展延時間修正期限。

修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
通過，則自3月起再申報該項費用)，方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至11 23 年 12 6月 31 30日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，不在此限；並於排除上述不可抗力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。	則自3月起再申報該項費用)，方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至11 23 年12月31日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，不在此限；並於排除上述不可抗力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。	自3月起再申報該項費用)，方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至112年12月31日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，不在此限；並於排除上述不可抗力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。	
(五) 本項訪查抽樣比例為4%，未訪查過之外展點優先辦理訪查。另 111 年感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於113年 3 12月31日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入11 34 年度外展實地訪查優先名單。	(五) 本項訪查抽樣比例為4%，未訪查過之外展點優先辦理訪查。另111年感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於11 34 年3月31日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入11 34 年度外展實地訪查優先名單。	(五) 本項訪查抽樣比例為4%，未訪查過之外展點優先辦理訪查。另111年感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於113年3月31日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入113年度外展實地訪查優先名單。	【牙全會意見】 依上傳期限延長，延長後續審查時間。 【本署意見】 1. 配合展延時間修正期限，並預留113年下半年度辦理外展點實地訪查。 2. 另查牙醫外展點110年至今皆未辦理實地訪查，為保障民眾就醫安全，建議112年度維持外展點不定期抽訪作業。

修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
(六) 實地訪查為不合格 (任一項目為 X) 之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6 項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日 <u>111 年 1 月 1 日起</u> 或院所前次實地訪查合格之次月 1 日起追扣該差額 (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第 5 條第 1 項規定辦理)。 3. 實地訪查不合格者，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費。(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。	(六) 實地訪查為不合格 (任一項目為 X) 之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6 項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日 <u>起追扣該差額(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第 5 條第 1 項規定辦理)</u>。<u>視情節追扣，項次達 1 項追扣 3 個月；項次達 2 項追扣 6 個月；項次超過 2 項以上追扣 12 個月。</u> 3. 實地訪查不合格者，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費。(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。	(六) 實地訪查為不合格 (任一項目為 X) 之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6 項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日起追扣該差額(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第 5 條第 1 項規定辦理)。 3. 實地訪查不合格者，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費。(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。	【牙全會意見】 修訂為視情節追扣，考量比例原則，依項次追扣不同時間。 【本署意見】 查 110 年已進行感染管控全面書審，建議調整實地訪查不合格之追扣區間，修正為追溯至「111 年 1 月 1 日起」或「院所前次實地訪查合格次月 1 日起」之感染管制門診診察費與一般門診診察費費用差額(以追扣月份數較小者認定)
維持原條文	維持原條文	七、本方案由保險人公告，併副知全民健康保險會，修訂時亦同。	本項未修訂

修訂內容	原內容	
附件 1 牙醫院所感染管制 SOP 作業細則 牙科醫療廢棄物處理 步驟四：垃圾之清除 1.委託或交付行政院環境保護署(以下稱環保署)認定之合格感染性事業廢棄物清除機構負責清除診所之可燃及不可燃醫療廢棄物。 2.當收集廢棄物之容器約七、八分滿時，即可將廢棄物做包裝貯存的處置，若未達七、八分滿，則每天至少要處置一次。 3.若無法每天清除，則需置於 5℃ 以下之醫療廢棄物專用冷藏箱，以七日為期限，<u>或置於攝氏 0℃ 以下冷凍，以 30 日為限；</u>清運公司將醫療廢棄物置於「收集桶」(清運公司提供厚紙板彎折而成)內清運，並須索取遞聯單，保存備查。 4.在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉 5℃ 以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。	附件 1 牙醫院所感染管制 SOP 作業細則 牙科醫療廢棄物處理 步驟四：垃圾之清除 1.委託或交付行政院環境保護署(以下稱環保署)認定之合格感染性事業廢棄物清除機構負責清除診所之可燃及不可燃醫療廢棄物。 2.當收集廢棄物之容器約七、八分滿時，即可將廢棄物做包裝貯存的處置，若未達七、八分滿，則每天至少要處置一次。 3.若無法每天清除，則需置於 5℃ 以下之醫療廢棄物專用冷藏箱，以七日為期限，清運公司將醫療廢棄物置於「收集桶」(清運公司提供厚紙板彎折而成)內清運，並須索取遞聯單，保存備查。 4.在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉 5℃ 以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。	【牙全會意見】 配合衛生福利部疾病管制署公告之牙科感染管制措施指引修訂 【本署意見】 尊重牙全會規劃。

附件 2 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

自評日期：____年____月____日(由院所自評時填寫日期) 自評醫師簽名：_____

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
-----------	-----------

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合 C，洗手水龍頭需免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手圖(遵守手部衛生五時機及六步驟)、擦手紙及垃圾桶。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及在效期內的消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
	A. 符合 B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔。			
	B. 符合 C，定期清潔並有紀錄；診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨。			
	A. 符合 B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合 C，詢問病人詳細全身病史、傳染病史及 TOCC(旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster))，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服；不可使用同一雙手套照護不同病人，且穿脫手套時確實執行手部衛生。			
	B. 符合 C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCl) 或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)或合格管路消毒液沖洗管路 3 分鐘。			
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
4. 門診結束	C. 治療台擦拭清潔，管路消毒放水放氣，清洗濾網。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
後治療台消毒措施	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
5. 完善廢棄物處置	C. 有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
	B. 符合 C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A. 符合 B，備有廢棄物詳細清運紀錄。			
6. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	C. 制訂診所防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
7. 器械浸泡消毒	C. 選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B. 符合 C，消毒劑置於固定容器及加蓋，並覆蓋器械。			
	A. 符合 B，記錄器械浸泡時間。			
8. 重要醫療物品器械滅菌	C. 器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。			
	B. 符合 C，化學指示劑監測，並完整紀錄。			
	A. 符合 B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。			
9. 滅菌後器械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨、乾燥且有覆蓋物之處，並依效期先後使用。			
	B. 符合 C，器械貯存不超過有效期限(打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限)。			
	A. 符合 B，器械定期清點，若包裝破損或過期器械，需重新清洗打包滅菌，並有紀錄可查詢。			
10. 感染管制流程制訂	C. 診所須依牙科感染管制 SOP，針對自家診所狀況，制訂看診前後感染管制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B，院所內 70%工作人員，每年參加一小時感管教育訓練課程，建立手部衛生教育訓練，得包括線上數位學習課程，並造冊存查。			
11. 安全注射行為	C. 單一劑量或單次使用包裝的注射藥品僅限單一病人單次使用(如:沒打完之麻藥管不可供他人使用)。			
	B. 符合 C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B，定期檢討及改善，並有紀錄可查。			
12. 一人一機	C. 高速手機清洗並以滅菌袋包裝後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。			
	B. 符合 C，放置包內包外化學指示劑監測，並完整紀錄。			
	A. 符合 B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。			

- ※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 26 條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。
- ※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 29 條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽名：

保險人所轄分區業務組陪同人員：

(不參與感染管控 SOP 考評)

上述資料經本人確認無誤，並且已明白「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」、「牙醫門診加強感染管控實施方案」之相關規定。

醫事服務機構陪檢醫師簽名：_____

附件 4 牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表

自評日期：____年____月____日(由院所自評時填寫日期) 自評醫師簽名：_____

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
醫師姓名：	醫師身分證號：
提供醫療服務地點：	

※考評標準：評分分為符合(○)、不符合(X)，任一項目不符合(X)則不合格。

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
2. 良好通風空調系統	診療區域有空調系統或通風良好，空調出風口需保持乾淨。			
3. 適當滅菌消毒設施(註一)	診療區域具有滅菌器及在效期內的消毒劑。			
4. 診間環境清潔	診療區域環境清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	看診前詢問病人病史。			
2. 適當個人防護措施	牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
3. 開診前治療台消毒措施	開診前治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCL)或 2.0% 沖洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路 3 分鐘，或依治療台廠商說明書進行開診前之清潔消毒。			
4. 門診結束後治療台消毒措施	診療結束後，治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			
5. 完善廢棄物處置(註二)	看診醫師院所內有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
6. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	制訂診療區域防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
7. 器械浸泡消毒及滅菌	診療當日使用之器械必須經過打包滅菌並標示消毒日期。			

註

1. 在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無清潔消毒滅菌設施時，使用後之手術器械應先以清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」(holding solution)處理，再放置於固定容器中攜回診所進行常規之清潔、或滅菌作業並記錄。
2. 在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」中「牙科醫療廢棄物處理」之步驟三規定貯存，並將醫療廢棄物置於冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由環保署認定之合格清運公司處理。
3. 攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。

- ※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 26 條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。
- ※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 29 條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽名：

保險人所轄分區業務組陪同人員：

(不參與感染管控 SOP 考評)

上述資料經本人確認無誤，並且已明白「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」、「牙醫門診加強感染管控實施方案」之相關規定。

醫事服務機構陪檢醫師簽名：_____

討論事項第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 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」，提請討論。

說明：

- 一、依據14-11牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、鹿谷鄉目前無牙醫師開業，民眾向立法委員陳情，希望南投縣牙醫師公會可進駐鹿谷鄉提供牙醫醫療服務。現行鹿谷鄉非旨揭方案公告之巡迴服務計畫施行地區，無法進入設立社區醫療站。
- 三、新增鹿谷鄉(分類級數：1級)為醫不足方案執業計畫及巡迴服務計畫施行地區。
- 四、另考量民眾實際醫療需求，建議健保署每季確認各鄉鎮是否異動為無牙醫鄉，並一併將方案修訂公告。

本署意見：

- 一、經查南投縣鹿谷鄉自 112 年 4 月起確為無牙醫鄉，爰同意本方案執業計畫及巡迴服務計畫施行地區新增「南投縣鹿谷鄉」(分類級數：1 級)。
- 二、考量健保特約院所終止合約須俟院所辦理相關作業後，方得於本署系統查詢，所提每季確認各鄉鎮是否異動為無牙醫鄉並修訂公告方案一節，本署同意依本會議每季會議召開前一個月月底健保特約院所資料，針對無牙醫鄉之增減情形，提案增刪本方案執業計畫及巡迴服務計畫施行地區，並依會議決議按程序辦理後續修正公告事宜。

決議：

討論事項第五案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：研擬牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國牙醫師公會全國聯合會 14-11 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、111 年牙醫總額成長項目「高風險疾病口腔照護」之預算編列，本會提出之預算推估方式為：高風險疾病患者人數×【牙結石清除次數增加 2 次(600*2)+牙周暨齲齒控制基本處置增加 3 次(100*3)】×推估 50%執行率，預算預估增加 405.0 百萬元。
- 三、111 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配之「高風險疾病口腔照護」項目，其總額協定事項之一為「請健保署依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度」。
- 四、依據 111 年第 10 次健保會決議扣減項目說明如下：
 - (一) 未執行額度計算方式為：111 年「高風險疾病口腔照護」項目預算(4.05 億元)，扣除「預算執行額度」所得。
 - (二) 「預算執行額度」以「111 年申報本項之費用」，扣除「申報本項者曾於 108-110 年任一年執行原相關服務之基期費用」計算。
 - (三) 健保署 112-1 研商會議經初步統計說明如下(詳附件 1)(頁次：討 5-4)：
 1. 實際增加費用(A)【約 3.5 百萬點】=申報 91090C 之費用【約 10.8 百萬點】-111 年申報 91090C 者曾於 108 年至 110 年任一年一般服務執行原相關服務之基期費用【約 7.3 百萬點】。
 2. 扣減未執行額度之費用【約 401.5 百萬點】=預算 405 百萬元-實際增加費用(A)【約 3.5 百萬點】。
 3. 需扣減未執行額度約 401.5 百萬，分攤於 111 年第 3 季扣減 200 百萬元，第 4 季依實際執行結果校正扣減費用。

五、檢附健保署提供之高風險患者的人數、就醫人數、牙結石清除人數及醫令數、牙菌斑人數、牙周支持性治療人數及醫令數等資料(詳附件 2)(頁次：討 5-5)。

(一) 111 年高風險疾病患者執行牙結石清除(91004C)人數(次數)、牙周病支持性治療(91018C)人數(次數)，相較於 108 年均增加。

(二) 111 年高風險疾病患者執行牙菌斑暨齲齒控制基本處置(91014C)執行人數(次數)比率下降，推估應為各分區業務組因其申報占比過高採取之管控措施。

六、本會主張現行健保會決議之扣減方式未符合實際狀況，建議應逐年檢討高風險疾病患者牙結石清除執行人數及次數、高風險疾病患者牙周支持性治療人數及次數的執行情形，若未有實際不合理狀況，則應只扣減未執行額度之費用。

本署意見：

一、案係中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)就 111 年牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」依其協定事項及全民健康保險會(下稱健保會)111 年第 10 次委員會議決議，扣減當年度未執行之額度，表示雖前項醫療服務未達執行額度，但 111 年高風險疾病及其牙醫就醫之人數，以及執行牙結石清除、牙周支持性治療之人數及次數，較 108 年增加(附件 2)(頁次：討 5-5)；該會主張 111 年扣減方式，於 112 年應視前開同類服務之執行情形逐年檢討，若未有實際不合理狀況，則應只扣減未執行額度之費用。

二、查 111 年牙醫門診總額於一般服務編列「高風險疾病口腔照護」405 百萬元，相關事項說明如下：

(一)、本項預算用於擴大特定對象服務頻率所增加之金額，並自 111 年 3 月 1 日起新增 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(700 點)，費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導，

每 90 天得申報 1 次（1 年 4 次）。

(二)、前述項目未實施前，健保係提供每人半年 1 次 91004C「牙結石清除—全口」(600 點)，及每年 1 次 91014C「牙周暨齦齒控制基本處置」(100 點)，執行牙菌斑偵測及去除維護教導。

(三)、本署依據 111 年總額協定事項「依預算執行結果，扣減當年度未執行之額度」，復依健保會 111 年第 10 次會議決議，預算執行額度以「111 年申報本項之費用」扣除「申報本項者曾於 108-110 年任一年執行原相關服務之基期費用」計算，並已執行完竣。

三、查 91004C「牙結石清除」自健保開辦時即已實施；另 91014C「牙周暨齦齒控制基本處置」自 96 年 1 月實施，91018C「牙周支持性治療」於 104 年 1 月實施，各該年度於牙醫總額一般服務編列「新增牙周疾病控制基本處置」、「牙周顧本計畫」等相關預算支應。

四、本案依據 111 年編列「高風險疾病口腔照護」係用於擴大特定對象服務頻率所增加之金額，若未達該項目之服務頻率，仍請輔導院所以 91090C 申報，以提升執行率；考量本案 111 年扣減方式業經健保會決議，且牙全會建議 112 年扣減方式納入高風險疾病病人執行類似醫療服務項目已有編列預算等，因涉及牙醫門診總額協定及健保會決議事項，建議於該會討論後，本署依決議辦理。

決 議：

111年申報 91090C情形	申報次數 人數	1次	2次	3次	4次	合計	
	申報醫療費用	9,092 6,411,580	2,113 2,976,050	632 1,333,640	35 98,700	11,872 10,819,970	
111年利用 91090C者 108-110年 原提供服 務利用情 形	91004C全 口牙結石 清除(600 點)	108-110年任 一年申報1次 且未有申報2 次人數(A)	3,545	652	157	12	4,366
		108-110年任 一年申報2次 人數(B)	3,565	1,172	408	20	5,165
	91014C牙 周暨齲齒 控制基本 處置(100 點)	108-110年任 一年申報 1次人數(E)	4,881	1,288	415	24	6,608
扣減一般 服務執行 原相關服 務之基期 費用	91004C全 口牙結石 清除 (600點)	1.申報91090C 1 次者:於108至 110年有申報 91004C者，各 扣減1次91004C 費用。 2.申報91090C2- 4次者: (1)於108至 110年申報 91004C屬(A)者 ，各扣減1次 91004C費用。 (2)於108至110 年申報91004C 屬(B)者，各扣 減2次91004C費 用。	600*(3,545+3,565) =4,266,000	600*652+1,200 *1,172= 1,797,600	600*157+1,200 *408= 583,800	600*12+1,200 *20= 31,200	6,678,600
	91014C牙 周暨齲齒 控制 基本處置 (100點)	於108-110年任 一申報91014C 1 次，各扣減1次 91014C費用。	100*4,881 =488,100	100*1,288 =128,800	100*415 =41,500	100*24=2,400	660,800
	合計		4,754,100	1,926,400	625,300	33,600	7,339,400

註:

- 1.資料來源:本署四代倉儲門診檔(擷取日期112年2月2日)
- 2.醫事類別13
- 3.統計區間:111年3-12月
- 4.實際增加費用3,480,570=10,819,970-7,339,400
- 5.扣減未執行額度之費用~~401,519,430~~=405,000,000-3,480,570

高風險疾病患者-執行牙醫相關處置之執行情形(人數/醫令數)

項目	108 年	109 年	110 年	111 年	111 年(相較 108 年) 成長情形	
A.高風險疾病患者人數	657,316	673,836	686,802	710,101	52,785 (8.03%)	↑
B.高風險疾病患者牙醫就醫人數	237,059	237,005	233,881	247,091	10,032 (4.23%)	↑
C.高風險疾病患者牙結石清除人數 (醫令 91004C)	139,242	139,422	135,517	144,613	5,371 (3.86%)	↑
D.高風險疾病患者牙結石清除醫令數 (醫令 91004C)	180,824	179,585	174,246	186,534	5,710 (3.16%)	↑
E.高風險患者塗牙菌斑人數 (醫令 91014C)	66,458	66,011	58,847	59,545	-6,913 (-10.4%)	↓
F.高風險患者牙周支持性治療人數 (醫令 91018C)	4,952	6,205	7,066	8,478	3,526 (71.20%)	↑
G.高風險患者牙周支持性治療醫令數 (次數) (醫令 91018C)	9,933	12,560	13,819	17,347	7,414 (74.64%)	↑

項目	108 年	109 年	110 年	111 年
高風險疾病患者牙醫就醫人數比(B/A)	36.06%	35.17%	34.05%	34.80%
高風險疾病患者牙結石清除人數比 (C/A)	58.74%	58.83%	57.94%	58.53%
高風險族群清除牙結石人數平均次數 (D/C)	1.30	1.29	1.29	1.29

1. 資料來源:本署四代倉儲門住診檔(擷取日期 112 年 2 月 3 日)

2. 高風險疾病患者人數定義：當年門住診申報資料

(1)腦血管疾病(中風)：取主診斷碼前三碼 I60-I69

(2)洗腎人數：取案件分類 05

(3)服用雙磷酸鹽類藥物人數：擷取 ATC 藥品分類碼前 4 碼為 M05B

第 2-8 項醫令擷取醫事類別 13

討論事項第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關原有牙醫門診總額方案歷年成長率如何認定，以牙周病統合治療方案為例，提請討論。

說明：

- 一、依據 14-11 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、健保署統計牙周病統合治療方案執行情形，預算計算方式為 2,808 百萬乘上歷年之一般服務成長率(108 年 2,808.0 百萬元；109 年 2,907.9 百萬元；110 年 2,996.7 百萬元；111 年 3,052.0 百萬元)。
- 三、一般服務成長率包含醫療服務成本及人口因素成長率與協商因素成長率，其中：
 - (一) 協商因素成長率為新增項目之預算，不會反應在舊的成長項目。
 - (二) 投保人口預估成長率及人口結構改變率會反應在舊的成長項目。
 - (三) 醫療服務成本指數改變率用於調整支付點數，牙統方案支付項目如果沒有調整，本項預算就不會增加，反之醫療服務成本指數改變率如果是負值，則本項目的成長率金額就是負數。
- 四、檢附 109 至 112 年牙醫總額成長率摘錄(詳附件 1)(頁次：討 6-2)。
- 五、本會建議原有牙醫門診總額方案歷年成長率僅能以投保人口預估成長率及人口結構改變率計算。

本署意見：

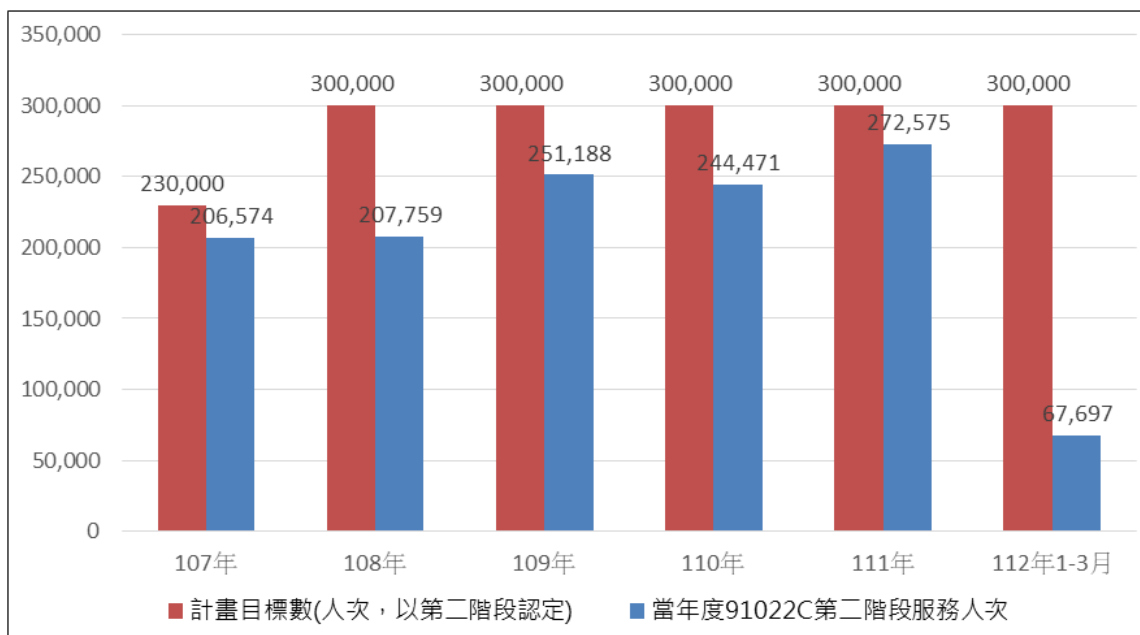
- 一、牙周病統合照護專款於 108 年導入一般服務時，設定目標照護人次為 30 萬人次，惟自 108 年至 111 年均未達標(詳附件 1)(頁次：討 6-3)。
- 二、因總額協商時，一般服務預算成長率為整體估算，且本項目非為專款預算，無個別協商成長率，故本署建議維持原訂計算公式。

決議：

109 至 112 年成長率摘錄

	109 年 成長率	110 年 成長率	111 年 成長率	112 年 成長率	協定事項
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.430%	2.466%	0.270%	0.642%	醫療服務成本及人口 因素成長率=[(1+人 口結構改變率+醫療 服務成本指數改變 率)/(1+投保人口預估 成長率)]-1。
投保人口預估成長 率	<u>0.346%</u>	<u>0.204%</u>	<u>0.136%</u>	<u>-0.264%</u>	
人口結構改變率	<u>0.379%</u>	<u>0.617%</u>	<u>0.309%</u>	<u>0.255%</u>	
醫療服務成本指數 改變率	1.698%	1.640%	-0.175%	0.653%	
協商因素成長率	1.129%	0.588%	1.573%	0.060%	
一般服務成長率	3.559%	3.054%	1.843%	0.702%	

牙周病統合照護【計畫目標執行情形】



計畫目標數係以第二階段人次認定，107年至111年第二階段照護人次由20.7萬人次成長至27.3萬人次，112年1-3月照護約6.8萬人次。

伍、臨時動議

臨時動議第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關 112 年度牙醫門診總額給付費用協定事項，牙醫特殊醫療服務計畫新增社區醫療網，請討論案。

說明：

- 一、新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」已分別提至 109 年 12 月 8 日、12 月 23 日、110 年 1 月 15 日、8 月 24 日牙醫門診總額研商議事會議討論，惟未獲共識。
- 二、因規劃之社區醫療網需結合衛福部口腔司計畫執行，待本會與口腔司討論並進行規劃，故請暫予保留。

本署意見：

查本案已列入本次報告事項第 1 案「本會議歷次會議決定/決議事項辦理情形」項次 1，因「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」未達共識，持續列管，請牙全會說明現行規劃進度，建議併入前開追蹤建繼續列管。

決議：