



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

112 年 3 月 7 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 1 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、牙醫門診總額研商議事會議開會規則	報 1-1
二、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 2-1
三、牙醫門診總額執行概況報告。	報 3-1
四、111 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定事項扣減費用案。	報 4-1
五、111 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 5-1
六、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。	報 6-1

肆、討論事項

一、112 年度牙醫門診總額地區預算分配案。	討 1-1
二、修訂「112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。	討 2-1
三、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。	討 3-1
四、修訂牙醫支付標準「環口全景 X 光初診診察」申報頻率。	討 4-1
五、請牙全會研議將「顯微根管治療」納入新增診療項目案。	討 5-1

伍、臨時動議

陸、散會

## 貳、前次會議紀錄確認

# 全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

## 111 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 11 月 22 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：蔡副署長淑鈴

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
王代表斯弘	王斯弘	陳代表彥廷	陳彥廷
何代表世章	(請假)	陳代表淑華	陳淑華
吳代表志浩	吳志浩	陳代表義聰	(請假)
吳代表迪	吳迪	黃代表克忠	黃克忠
吳代表明彥	吳明彥	黃代表純德	(請假)
林代表敬修	林敬修	黃代表智嘉	黃智嘉
林代表鎰麟	林鎰麟	黃代表俊仁	黃俊仁
洪代表純正	(請假)	董代表正宗	董正宗
邱代表昶達	邱昶達	劉代表守仁	(請假)
范代表景章	范景章	劉代表振聲	劉振聲
翁代表德育	翁德育	蔡代表東螢	蔡東螢
張代表香茂	張香茂	謝代表偉明	謝偉明
黃代表兆杰	黃兆杰	簡代表志成	簡志成
陳代表少卿	(請假)	顏代表國濱	顏國濱
陳代表文琴	陳文琴	羅代表界山	羅界山
陳代表亮光	陳亮光	蘇代表主榮	(請假)

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
衛生福利部口腔健康司	王彩嫻
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、林學仁、申哲
本署臺北業務組	邱玲玉*、徐慕容*、吳逸芸*
本署北區業務組	陳祝美*、黃文雯*
本署中區業務組	蘇彥秀*、王奕晴*、戴秀容* 陳淑英*、張念賓*、簡育琳*
本署南區業務組	丁增輝*、賴文琳*
本署高屏業務組	李金秀*、張慧娟*、黃皓綱*
本署東區業務組	王素惠*、陳珮毓*、羅慶暄*
本署醫審及藥材組	高幸蓓、陳盈如、林宏修
本署違規查處室	陳怡蓓
本署資訊組	吳少庾
本署企劃組	趙偉翔、吳箴
本署財務組	李佩耿
本署醫務管理組	劉林義、張作貞、陳依婕 洪于淇、呂姿曄、劉立麗 鄭智仁、蔡孟芸、李佩純 林其瑩、陳怡靜

## 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：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」
  1. 牙全會於112年2月28日提供名單須包含111年度感染管制書面評核應上傳名單、完整醫療團院所及醫師名單，並請牙全會於111年12月先行提供測試名單，以利本署測試系統運作。
  2. 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。
- 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。

### 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。

決定：洽悉。

### 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111年第2季牙醫門診總額點值結算結果。

決定：

一、111年第2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	1.07662605	1.15814793	1.07995158	1.12911025	1.08639547	1.35856032	1.08589043
平均點值	1.05294907	1.13441999	1.07308777	1.11915294	1.07990310	1.32835907	1.08555699

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。

#### 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

決定：

一、洽悉。

二、一般服務預算比照 111 年之分配方式，以 107-109 年各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率：第 1 季 23.869908%、第 2 季 24.384747%、第 3 季 25.928519%、第 4 季 25.816826%。

#### 第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	3 月 7 日 星期二 (下午)	5 月 23 日 星期二 (下午)	8 月 22 日 星期二 (下午)	11 月 21 日 星期二 (下午)	12 月 5 日 星期二 (下午)

## 參、討論事項

### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：支付標準第三部牙醫第一章第一節「一般牙科門診診察費」停止適用案，並就停止適用日期提請討論。

決議：

- 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、111 年度感染管控實地訪查不合格之牙醫診所，仍依「111 年牙醫門診加強感染管制實施方案」之規定，追扣感染管制門診診察費與一般門診診察費差額，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)。112 年起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。
- 四、有關 111 年 1 至 6 月未申報感染管制門診診察費之 64 家牙醫診所名單，本署將提供牙全會輔導。

### 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」案，請討論案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、文字修訂：

(一)第三部第三章牙科處置及手術通則刪除「牙體復形各項目之

點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內」文字。

(二)92002C「齒間暫時固定術」增訂得以照片舉證。

(三)92004C「口外切開排膿」修改為限醫院申報，並將支付標準代碼修改為92004B，原申報之基層診所則依據跨表流程進行。

(四)92014C「複雜性拔牙」之適用對象新增懷孕婦女，並配合修訂支付規範。

二、依112年非協商因素成長率調整下列服務項目支付點數：

(一)90007C「去除鑄造牙冠」由500點調升為800點。

(二)92004C「口外切開排膿」由2,000點調升為3,000點。

(三)92093B「牙醫急症處置-每次門診限申報一次」由1,000點調升為1,500點。

(四)符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(00305C-00317C)統一調升7點。

三、新增診療項目：

(一)新增「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，支付點數500點、「超音波根管沖洗」，支付點數100點，並於施行一定時間後由本署進行檔案分析。

(二)新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」，支付點數500點，惟本項之適用對象與112年牙醫門診總額協商結論有所差異，請牙全會提報健保會，並依健保會決議修訂。

四、修訂支付規範：

(一)91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」之適用對象將配合「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」提報健保會之決議訂定。

(二)P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」，配合新增之「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」修訂支付規範。

五、本案由專款支應項目，預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足，則採浮動點值結算。

六、請牙全會每季於本會議報告新增預算相關辦理事項之執行情形(如「執行目標」與「預期效益之評估指標」達成情形、醫療利用、成效監測等)。

### 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特殊醫療服務計畫」案，請討論案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、自閉症、失智症比照「極重度」障礙患者加成 9 成給付，並新增特定治療項目代號。
- 二、P30002 氟化物防齲處理增訂申報後不得於 90 天內再申報 92051B 塗氟、92072C 口乾症塗氟、P7301C 高齲齒率患者氟化物治療，及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」。
- 三、送牙全會之醫療團申請書需檢附資料刪除牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表，惟各院所仍應依「牙醫門診加強感染管制實施方案」檢送自評表，送分區業務組備查。
- 四、其餘依議程內容修訂。

### 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」，請討論案。

決議：通過修訂方案實施年度，其餘維持原方案內容。

### 第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「112 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」內容，請討論案。

決議：本案除年度執行目標維持 111 年方案內容外，其餘通過，重點如下：

- 一、收案條件新增 ICD-10-CM 代碼 K03.89。
- 二、青少年齲齒控制照護處置(P7101C)註 2.修訂為「可視需要申

報 X 光攝影費用另計」。

- 三、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)診斷新增初期齲齒、琺瑯缺損，主要實施氟化物治療。
- 四、新增計畫延續條款，新年度計畫實施日期追溯至 112 年 1 月 1 日。

## 第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112 年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。

決議：本案通過，修訂重點如下：

### 一、執業計畫：

- (一)保障額度年限計算增列「同一鄉鎮」醫師參與限制。
- (二)巡迴服務之論次支付點數，刪除「同一時段、同一地點限支付一位牙醫師」之規定，另論次支付點數不分地區級數與平、假日，每小時提高300點。
- (三)施行地區保留「台南市七股區」。

### 二、巡迴計畫：

- (一)醫療費用加計2成部分，由現行每季結算時支付，改為申報時即加計2成支付。
- (二)所有巡迴地點皆得申報論次支付點數，故刪除學校巡迴點須申請前兩年(含)之齲齒填補率達80%以上方可申報之限制。
- (三)論次支付點數不分地區級數與平、假日，每小時提高300點；惟為確保醫療可近性，請牙全會研議巡迴服務目標人次提高之可行性，並於會後來函執行目標修正。
- (四)配合醫療費用申報時加計2成支付，「每位醫師每月平均每診次申請點數」之服務量管控額度由2.5萬點提高

為3萬點。

(五)「每位醫師每月巡迴醫療服務診次」之服務量管控額度維持平日不超過16次，並增列分區業務組得專案核定特殊情形之規定。

(六)品質獎勵費用：刪除試辦指標評估項目，改為例行性獎勵項目；修正品質獎勵費用支付方式，A指標達標獎勵5%、巡迴點B~C指標同時達標獎勵10%及社區醫療站B~E指標同時達標獎勵25%。

(七)施行地區：新增「中埔鄉裕民村」(1級地區)；嘉義縣番路鄉「番路隙頂農會」、「隙頂國小」、「大湖國小」三個巡迴地點之地區級數由1級升為2級。

#### 第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112年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」案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、配合111年9月21日112年度總額協商會議共識，本方案專款改為10百萬元。
- 二、有關醫療團醫師資格，仍維持111年方案規範，執登於牙醫急診試辦中心之牙醫師不得加入醫療團。
- 三、論次費用之假日定義增訂勞動節(包含勞雇雙方協商排定之補假日)。

#### 第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案，請討論案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

**第九案**

**提案單位：本署醫務管理組**

**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」，請討論案。**

**決議：因時間因素，保留至下次會議討論。**

**第十案**

**提案單位：本署醫務管理組**

**案由：112 年度牙醫門診總額地區預算分配案，請討論案。**

**決議：因時間因素，保留至下次會議討論。**

**肆、臨時動議：無**

**伍、散會： 18 時 14 分。**

# 參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額研商議事會議開會規則(詳附件)。

決定：



# 牙醫門診總額研商議事會議 開會規則



## 代表組成

依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」計33名，任期二年(112-113年)。

- 保險付費者代表2名。
- 牙醫門診總額保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：(24名)
  - 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。
  - 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表1名。
  - 台灣醫院協會代表4名。
  - 中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。
  - 中華牙醫學會代表1名。
  - 中華民國醫院牙科協會代表2名。
- 專家學者3名。
- 政府機關代表：(4名)
  - 主管機關代表1名。
  - 保險人代表2名。
  - 主管機關所屬牙醫管理政策單位(口腔健康司)代表1名



## 利益揭露與迴避

- 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，代表若有利益衝突務必迴避。
- 如有違反且情節重大者，經本會議決議後，本署得予更換；其缺額本署得依本要點辦理改推派事宜。



## 出席與發言

- 出席代表過半數，始得開會。
- 會議代表不克出席，由順位代理人依序代理，非代理人不得代表出席與發言。
- 代表發言應先舉手，經主席按舉手先後安排發言順序；發言者先說明『姓名』、如代理人應補充『代理代表』之姓名。
- 發言時間以3分鐘為原則，經主席同意得延長之；如主席認定與議題無關之發言，得裁定終止。
- 會議以3小時為原則，必要時得延長或縮短。
- 會議採全程錄音。



## 會議公開事項

- 開會七日前，對外公開會議議程。
  - 會議錄音檔列入檔案備查以供對外查閱。
- 本會議之一般提案，請於開會14日前以書面或電子郵件提送本署。



## 年度研商議事會議預定報告/ 討論議題期程

會議名稱	報告議題	討論議題
第1次會議	1. 前一年第3季點值確認。 2. 當年協定事項及內容。	1. 當年協定金額支付標準修訂未盡項目。 2. 其他。
第2次會議	前一年第四季點值確認。	其他。
第3次會議	1. 當年第1季點值確認。 2. 品保款核發報告。	1. 品質保證保留款及其他現行計畫修訂內容(不涉預算變更)第1次提會討論。 2. 其他。
第4次會議及臨時會	1. 當年度第2季點值確認。 2. 次年地區預算分配(含分區分配與四季分配)。 3. 次年研商議事會議時間。	1. 已執行計畫內容確認。 2. 次年新增預算之計畫草案增訂。 3. 次年協定金額之支付標準項目修訂。 4. 其他。



## 112年全民健康保險醫療給付費用 牙醫門診總額研商議事會議時程

- 會議時間如下，請代表預留時間：

會議名稱	第2次 會議	第3次 會議	第4次 會議	第1次 臨時會
會議日期	5月23日 星期二 (下午)	8月22日 星期二 (下午)	11月21日 星期二 (下午)	12月5日 星期二 (下午)

# 敬請指教

報告事項第二案

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

說明：擬解除列管共計 9 項，繼續列管 3 項。

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	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」	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
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。	<p>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。</p> <p>二、有關牙醫外展點感染管控之重要決議如下：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(三)111年第2次會議決議重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>3. 111年度外展點書面評核資料上</li> </ol>	<p>一、依衛生福利部111年5月4日衛部心字第1111740354號函說明，衡酌地方防疫量能及避免交叉感染，函知地方衛生局暫停健保特約及自費牙醫院所進行感染管制實地訪查作業，後續視疫情狀況調整。</p> <p>二、有關牙醫外展點感染管控辦理情形如下：</p> <p>(一)本署於112年1月12日請牙全會到署協助進行「牙醫感染管制外展點書評系統及登錄系統」測試，功能符合牙全會需求，已於112年1月底上線。</p> <p>(二)牙全會於112年2月20日發函提供感染管制書面評核應上傳名單予本署各分區業務組核備，待名單確認並匯入系統後，院</p>	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		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。	所使得上傳外展點書面評核資料。	
3	110_1_討 (1)、 111_4_討 (1)： 支付標準第 三部牙醫第 一章第一節 「一般牙科 門診診察費」 停止適用案	111 年第 4 次會議決議重點如下： 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。 四、有關 111 年 1 至 6 月未申報感染管制門診診察費之 64 家牙醫診所名單，本署將提供牙全會輔導。	一、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，俟牙全會研議提供本署後，再提會討論。 二、有關 111 年 1 至 6 月未申報感染管制門診診察費之 64 家牙醫診所之輔導結果，牙全會提本次會議告報事項第六案報告。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
4	111_4_討 (2)： 修訂「全民 健康保險醫 療服務給付 項目及支付 標準」案	本案通過，修訂重點如下： 一、文字修訂： (一) 第三部第三章牙科處置及手術通則刪除「牙體復形各項目之點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內」文字。 (二) 92002C「齒間暫時固定術」增訂得以照片舉證。 (三) 92004C「口外切開排膿」修改為限醫院申報，並將支付標準代碼修改為 92004B，原申報之基層診所則依據跨表流程進行。 (四) 92014C「複雜性拔牙」之適用對象新增懷孕婦女，並配合修訂支付規範。 二、依 112 年非協商因素成長率調整下列服務項目支付點數： (一) 90007C「去除鑄造牙冠」由 500 點	本署業於 112 年 2 月 15 日陳報衛生福利部，衛生福利部於 112 年 2 月 22 日公告，並自 112 年 3 月 1 日起生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		<p>調升為 800 點。</p> <p>(二)92004C「口外切開排膿」由 2,000 點調升為 3,000 點。</p> <p>(三)92093B「牙醫急症處置-每次門診限申報一次」由 1,000 點調升為 1,500 點。</p> <p>(四)符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(00305C-00317C)統一調升 7 點。</p> <p>三、新增診療項目：</p> <p>(一)新增「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，支付點數 500 點、「超音波根管沖洗」，支付點數 100 點，並於施行一定時間後由本署進行檔案分析。</p> <p>(二)新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」，支付點數 500 點，惟本項之適用對象與 112 年牙醫門診總額協商結論有所差異，請牙全會提報健保會，並依健保會決議修訂。</p> <p>四、修訂支付規範：</p> <p>(一)91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」之適用對象將配合「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」提報健保會之決議訂定。</p> <p>(二)P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」，配合新增之「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」修訂支付規範。</p> <p>五、本案由專款支應項目，預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足，則採浮動點值結算。</p> <p>六、請牙全會每季於本會議報告新增預算相關辦理事項之執行情形(如「執行目標」與「預期效益之評估指標」達成情形、醫療利用、成效監測等)。</p>			
5	111_4_討(3)：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額特殊	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、自閉症、失智症比照「極重度」障礙患者加成 9 成給付，並新增特定治療項目代號。</p> <p>二、P30002 氟化物防齲處理增訂申報後不得於 90 天內再申報 92051B 塗氟、</p>	本署業於 112 年 2 月 10 日公告，並自 112 年 1 月 1 日起生效。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
	醫療服務計畫案	92072C 口乾症塗氟、P7301C 高齲齒率患者氟化物治療，及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」。 三、送牙全會之醫療團申請書需檢附資料刪除牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表，惟各院所仍應依「牙醫門診加強感染管制實施方案」檢送自評表，送分區業務組備查。			
6	111_4_討(4)：修訂「112 年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」案。	通過修訂方案實施年度，其餘維持原方案內容。	本署業於 112 年 2 月 10 日公告，並自 112 年 1 月 1 日起生效。	■ 解除列管	□ 繼續列管
7	111_4_討(5)：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」案。	本案除年度執行目標維持 111 年方案內容外，其餘通過，重點如下： 一、收案條件新增 ICD-10-CM 代碼 K03.89。 二、青少年齲齒控制照護處置(P7101C)註 2.修訂為「可視需要申報 X 光攝影費用另計」。 三、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)診斷新增初期齲齒、琺瑯缺損，主要實施氟化物治療。 四、四、新增計畫延續條款，新年度計畫實施日期追溯至 112 年 1 月 1 日。	本署業於 112 年 2 月 10 日公告，並自 112 年 1 月 1 日起生效。	■ 解除列管	□ 繼續列管
8	111_4_討(6)：修訂「112 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案。	本案通過，修訂重點如下： 一、執業計畫： (一)保障額度年限計算增列「同一鄉鎮」醫師參與限制。 (二)巡迴服務之論次支付點數，刪除「同一時段、同一地點限支付一位牙醫師」之規定，另論次支付點數不分地區級數與平、假日，每小時提高 300 點。 (三)施行地區保留「台南市七股區」。 二、巡迴計畫： (一)醫療費用加計 2 成部分，由現行每季結算時支付，改為申報時即	本署業於 112 年 1 月 17 日公告，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	追蹤建議	
		<p>加計 2 成支付。</p> <p>(二)所有巡迴地點皆得申報論次支付點數，故刪除學校巡迴點須申請前兩年(含)之齲齒填補率達 80% 以上方可申報之限制。</p> <p>(三)論次支付點數不分地區級數與平、假日，每小時提高 300 點；惟為確保醫療可近性，請牙全會研議巡迴服務目標人次提高之可行性，並於會後來函執行目標修正。</p> <p>(四)配合醫療費用申報時加計 2 成支付，「每位醫師每月平均每診次申請點數」之服務量管控額度由 2.5 萬點提高為 3 萬點。</p> <p>(五)「每位醫師每月巡迴醫療服務診次」之服務量管控額度維持平日不超過 16 次，並增列分區業務組得專案核定特殊情形之規定。</p> <p>(六)品質獎勵費用：刪除試辦指標評估項目，改為例行性獎勵項目；修正品質獎勵費用支付方式，A 指標達標獎勵 5%、巡迴點 B~C 指標同時達標獎勵 10%及社區醫療站 B~E 指標同時達標獎勵 25%。</p> <p>(七)施行地區：新增「中埔鄉裕民村」(1 級地區)；嘉義縣番路鄉「番路隙頂農會」、「隙頂國小」、「大湖國小」三個巡迴地點之地區級數由 1 級升為 2 級。</p>			
9	111_4_討 (7)： 修訂「112 年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」案。	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、配合 111 年 9 月 21 日 112 年度總額協商會議共識，本方案專款改為 10 百萬元。</p> <p>二、有關醫療團醫師資格，仍維持 111 年方案規範，執登於牙醫急診試辦中心之牙醫師不得加入醫療團。</p> <p>三、論次費用之假日定義增訂勞動節(包含勞雇雙方協商排定之補假日)。</p>	本署業於 111 年 12 月 30 日公告，並自 112 年 1 月 1 日起生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
10	111_4_討(8)：修訂「112年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。	因時間因素，保留至下次會議討論。	已列入本次會議討論事項第二案。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	111_4_討(9)：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。	因時間因素，保留至下次會議討論。	已列入本次會議討論事項第三案。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	111_4_討(10)：112年度牙醫門診總額地區預算分配案。	因時間因素，保留至下次會議討論。	已列入本次會議討論事項第一案。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

決 定：

報告事項第三案

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（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

112/03/07



1

## 大綱

- 01 112年總額協定重點
- 02 111年第4季點值預估
- 03 牙醫總額近5年醫療供給及利用概況
- 04 111年牙周病統合照護執行情形
- 05 111年牙醫總額新增診療項目申報情形
- 06 111年第3季牙醫總額各專款執行情形
- 07 其他參考資料

2

# 112年總額協定重點

3

## 112年總額協定結果(1/5)



◆ 總金額508億元，較111年增加14.9億元，成長率為2.588%。

### ◆ 協定重點

#### 一、一般服務：

(一) 顱顎關節相關支付項目(增加15.5百萬元)：

- ▶ 基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。

(二) 複雜型顱顎障礙症治療及追蹤(增加13.5百萬元)：

- ▶ 基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。

(三) 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆(112年新增項目)

(增加53.5百萬元)：

- ▶ 本項經費與特定牙周保存治療-全口總齒數4至8顆91016C、特定牙周保存治療-全口總齒數9至15顆91015C、牙周病支持性治療91018C等3項診療項目採預算中平，經費整體統籌運用。

4

## 112年總額協定結果(2/5)



### ◆ 協定重點

#### 二、專款項目：

- (一)醫療資源不足地區改善方案(全年經費280百萬元)：
- ▶ 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- (二)牙醫特殊醫療服務計畫(全年經費672.1百萬元)：
- ▶ 辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
- (三)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(全年經費10百萬元)：
- ▶ 請本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。
  - ▶ 本計畫再行試辦1年，若未呈現具體成效即應退場。
- (四)0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(全年經費60百萬元)：
- ▶ 本項經費不應支付預防保健相關服務。
  - ▶ 請本署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

5

## 112年總額協定結果(3/5)



### ◆ 協定重點

#### 二、專款項目：

- (五)12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(全年經費271.5百萬元)：
- 請本署辦理下列事項：
- ▶ 會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
  - ▶ 依112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。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。
- (六)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(全年經費184百萬元)：
- 請本署辦理下列事項：
- ▶ 會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
  - ▶ 檢討本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。

6

## 112年總額協定結果(4/5)



### ◆ 協定重點

#### 二、專款項目：

(七)超音波根管沖洗計畫(112年新增項目) (全年經費144.8百萬元)：

- ▶ 本計畫以3年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ▶ 檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

(八)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增項目)

(全年經費1,010百萬元)：

- ▶ 本計畫以3年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ▶ 檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

7

## 112年總額協定結果(5/5)



### ◆ 協定重點

#### 二、專款項目：

(九)網路頻寬補助費用 (全年經費168百萬元)：

- ▶ 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- ▶ 確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

(十)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112年度品質保證保留款(93.9百萬元)合併運用(計210.3百萬元)。
- ▶ 請本署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款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。

8

## 牙醫門診一般服務



項目		成長率(% 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>			
醫療服務成本及人口因素成長率		0.642%	305.4
投保人口預估成長率		-0.264%	
人口結構改變率		0.255%	
醫療服務成本指數改變率		0.653%	
協商因素成長率		0.060%	28.8
保險給付項目及支付標準 之改變	顫顎關節相關支付項目	0.033%	15.5
	複雜型顫顎障礙症治療及追蹤	0.028%	13.5
其他醫療服務利用及密集 度之改變	特定牙周保存治療-新增全口總齒數 一至三顆(112年新增項目)	0.112%	53.5
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約 及管理辦法之扣款	-0.113%	-53.7
一般服務成長率	增加金額	0.702%	334.3
	總金額		47,905.6

9

## 牙醫門診專款項目



項目		成長率(% 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			
醫療資源不足地區改善方案		280.0	0
牙醫特殊醫療服務計畫		672.1	0
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫		10.0	-2
0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫		60.0	0
12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫		271.5	0
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫		184.0	0
超音波根管沖洗計畫(112年新增項目)		144.8	144.8
齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112年新增項目)		1,010.0	1,010.00
網路頻寬補助費用		168.0	0
品質保證保留款		93.9	2.7
專款金額		2,894.3	1,155.5
較111年度核定總成長率 (一般服務+專款)	增加金額	2.588%	1,489.8
	總金額		50,799.9

10

# 111年第4季點值預估

11

## 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109Q4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110年下半年就醫情形調整，再以送核補報占率(99.88393452%)校正得之(該占率以111Q2結算金額計算之)。
4. 預算攤月以110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111年得出每季各月之費用占率。
5. 111年「牙周病統合治療方案移撥款」8.724億元，採109年7月~110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110下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

12

# 111年第4季點值預估



## 111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4季	臺北	3,984	0	37	4,189	0.9424	0.9429
	北區	1,998	0	16	1,914	1.0353	1.0350
	中區	2,468	0	21	2,359	1.0375	1.0372
	南區	1,634	0	14	1,511	1.0720	1.0713
	高屏	1,876	0	14	1,786	1.0423	1.0420
	東區	238	0	3	203	1.1619	1.1600
	合計	12,198	0	105	11,962	1.0110	1.0109

註：110Q4結算全國平均點值0.9819

13

## 牙醫總額近5年醫療供給及利用概況

14

## 牙醫診所數【分區別】



### ◆ 107-111年

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
107年12月	2,612	846	1,322	809	1,015	119	6,723	0.92%
108年12月	2,623	856	1,323	806	1,011	118	6,737	0.21%
109年12月	2,630	878	1,318	817	1,009	115	6,767	0.45%
110年12月	2,637	902	1,320	811	1,013	111	6,794	0.40%
111年12月	2,663	926	1,320	815	1,004	111	6,839	0.66%
增減家數	26	24	0	4	-9	0	45	
成長率	1.0%	2.7%	0.0%	0.5%	-0.9%	0.0%	0.7%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

15

## 牙醫師執業數【分區別】



### ◆ 107-111年

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
107年12月	6,125	1,986	2,662	1,623	2,049	217	14,662	2.7%
108年12月	6,328	2,057	2,698	1,644	2,108	217	15,052	2.7%
109年12月	6,478	2,153	2,757	1,672	2,152	215	15,427	2.5%
110年12月	6,552	2,253	2,825	1,683	2,217	217	15,747	2.1%
111年12月	6,645	2,325	2,865	1,708	2,245	224	16,012	1.7%
增減家數	93	72	40	25	28	7	265	
成長率	1.4%	3.2%	1.4%	1.5%	1.3%	3.2%	1.7%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

16

## 牙醫師執業數【層級別】



### ◆ 107-111年

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
107年12月	1,208	756	216	12,482	14,662	4.1%	-0.9%	-0.9%	2.9%
108年12月	1,232	784	233	12,803	15,052	2.0%	3.7%	7.9%	2.6%
109年12月	1,253	795	253	13,126	15,427	1.7%	1.4%	8.6%	2.5%
110年12月	1,222	811	274	13,440	15,747	-2.5%	2.0%	8.3%	2.4%
111年12月	1,218	794	278	13,722	16,012	-0.3%	-2.1%	1.5%	2.1%
增減人數	-4	-17	4	282	265				

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

17

## 就診牙醫人數【分區別】



### ◆ 107-111年

單位：千人

年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
107	4,065	1,826	2,306	1,475	1,701	208	11,317	1.3%
108	4,139	1,869	2,336	1,498	1,728	209	11,514	1.7%
109	3,997	1,830	2,270	1,465	1,689	204	11,205	-2.7%
110	3,792	1,773	2,200	1,420	1,646	196	10,799	-3.6%
111	3,942	1,847	2,267	1,451	1,681	196	11,148	3.2%
增減人數	149	74	67	31	35	0	349	
成長率	3.9%	4.2%	3.1%	2.2%	2.1%	-0.2%	3.2%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

18

## 近5年牙醫申報件數



### ◆ 107-111年

年度	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	件數 (百萬)	成長率												
107年	11.84	2.2%	5.04	2.5%	6.65	1.7%	4.47	0.6%	5.33	0.8%	0.60	-0.3%	33.93	1.7%
108年	12.15	2.6%	5.20	3.2%	6.75	1.5%	4.56	1.8%	5.37	0.7%	0.60	-0.4%	34.61	2.0%
109年	11.84	-2.5%	5.14	-1.1%	6.58	-2.5%	4.47	-1.9%	5.25	-2.3%	0.58	-1.7%	33.86	-2.2%
110年	10.88	-8.1%	4.89	-4.9%	6.30	-4.3%	4.25	-4.8%	5.04	-4.0%	0.54	-6.8%	31.90	-5.8%
111年	11.44	5.2%	5.10	4.3%	6.51	3.3%	4.34	2.0%	5.16	2.5%	0.54	-0.6%	33.09	3.7%

註：成長率係與前一年度比較。

19

## 近5年牙醫申報醫療點數



### ◆ 107-111年

年度	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	點數 (百萬)	成長率												
107年	15,755.8	3.2%	7,129.2	3.9%	8,893.0	3.7%	5,977.7	1.6%	6,739.3	1.8%	851.0	0.7%	45,346.1	3.0%
108年	16,208.4	2.9%	7,378.0	3.5%	9,016.8	1.4%	6,053.6	1.3%	6,914.7	2.6%	838.0	-1.5%	46,409.6	2.3%
109年	16,366.9	1.0%	7,460.6	1.1%	9,090.6	0.8%	6,128.1	1.2%	7,029.6	1.7%	851.8	1.6%	46,927.6	1.1%
110年	15,240.4	-6.9%	7,130.6	-4.4%	8,945.5	-1.6%	5,850.8	-4.5%	6,837.0	-2.7%	796.7	-6.5%	44,801.1	-4.5%
111年	16,255.9	6.7%	7,440.9	4.3%	9,341.9	4.4%	5,961.8	1.9%	7,055.3	3.2%	803.7	0.9%	46,859.5	4.6%

註：成長率係與前一年度比較。

20

# 近5年牙醫分項費用



## ◆ 107-111年

年度	藥費		藥事服務費		診察費		診療費		特殊材料費		醫療費用點數	
	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率
107年	367.5	2.8%	266.9	2.5%	11,118.8	3.4%	33,590.7	2.8%	2.1	11.3%	45,346.1	3.0%
108年	381.3	3.7%	276.1	3.4%	11,427.9	2.8%	34,322.1	2.2%	2.1	0.3%	46,409.6	2.3%
109年	393.0	3.1%	284.5	3.1%	12,109.2	6.0%	34,138.8	-0.5%	2.1	0.7%	46,927.6	1.1%
110年	388.3	-1.2%	309.7	8.9%	11,713.6	-3.3%	32,387.2	-5.1%	2.3	6.0%	44,801.1	-4.5%
111年	411.1	5.9%	330.4	6.7%	12,182.6	4.0%	33,932.9	4.8%	2.4	7.3%	46,859.5	4.6%

註：成長率係與前一年度比較。

# 近5年牙醫總額申報件數趨勢



107年-111年牙醫總額申報件數趨勢圖



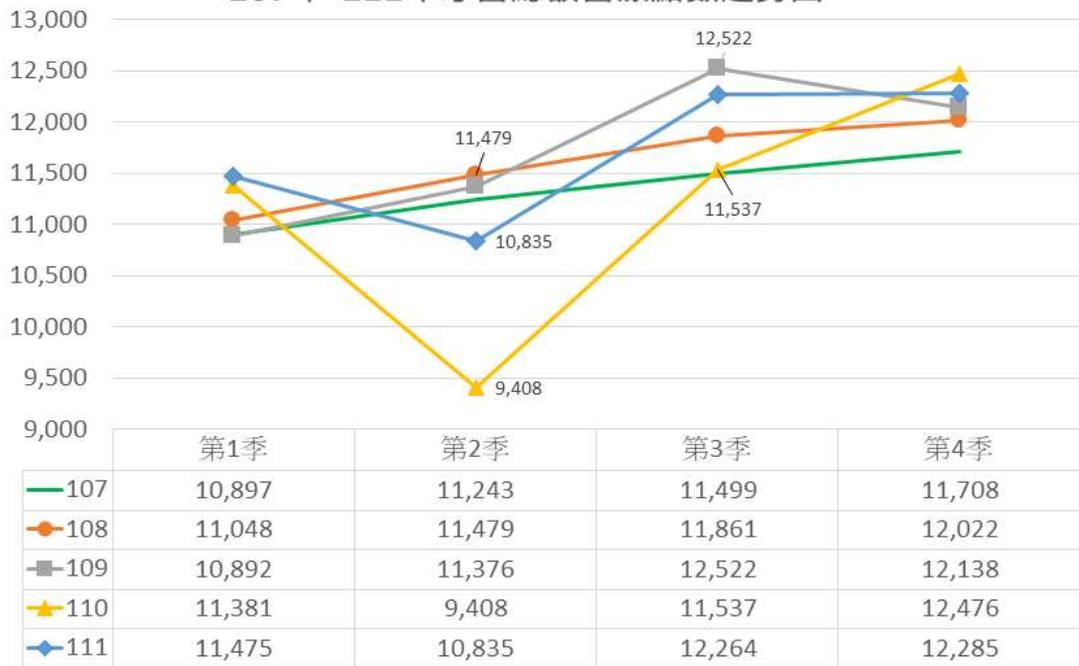
	第1季	第2季	第3季	第4季
107	8,203	8,365	8,605	8,757
108	8,335	8,534	8,825	8,921
109	8,012	8,077	9,036	8,737
110	8,297	6,654	8,110	8,840
111	8,236	7,494	8,667	8,697

單位：千件 22

# 近5年牙醫總額醫療點數趨勢



107年-111年牙醫總額醫療點數趨勢圖



單位：百萬點

## 111年牙周病統合照護執行情形

# 牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



## ◆ 111年

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
牙周病統合照護	272,575	11.5%	2,606.8	11.9%

全年預算：3,052.0百萬元

■ 累計預算執行率：85.4%

■ 服務人次執行率：90.9%  
【272,575/300,000】

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)	102.2	19.8%	115.2	6.2%	60.5	27.0%	2,328.9	11.5%	2,606.8	11.9%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	972.3	383.8	512.9	266.4	433.4	38.0	2,606.8
成長率	11.2%	11.3%	19.0%	2.3%	11.8%	-1.2%	11.9%

備註：

1.資料擷自112/2/8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=2,996.7百萬元×(1+1.843%)=3,052.0百萬元

25

# 牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



## ◆ 111年第4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
牙周病統合照護	73,274	3.7%	702.4	4.1%

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)	28.8	2.2%	31.6	-1.1%	16.7	9.4%	625.3	4.4%	702.4	4.1%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	264.6	107.5	139.5	70.7	109.8	10.3	702.4
成長率	3.8%	6.3%	10.5%	1.2%	-2.5%	5.9%	4.1%

備註：

1.資料擷自112/2/8本署四代倉儲門診檔。

2.成長率係與前一年同期相比。

26

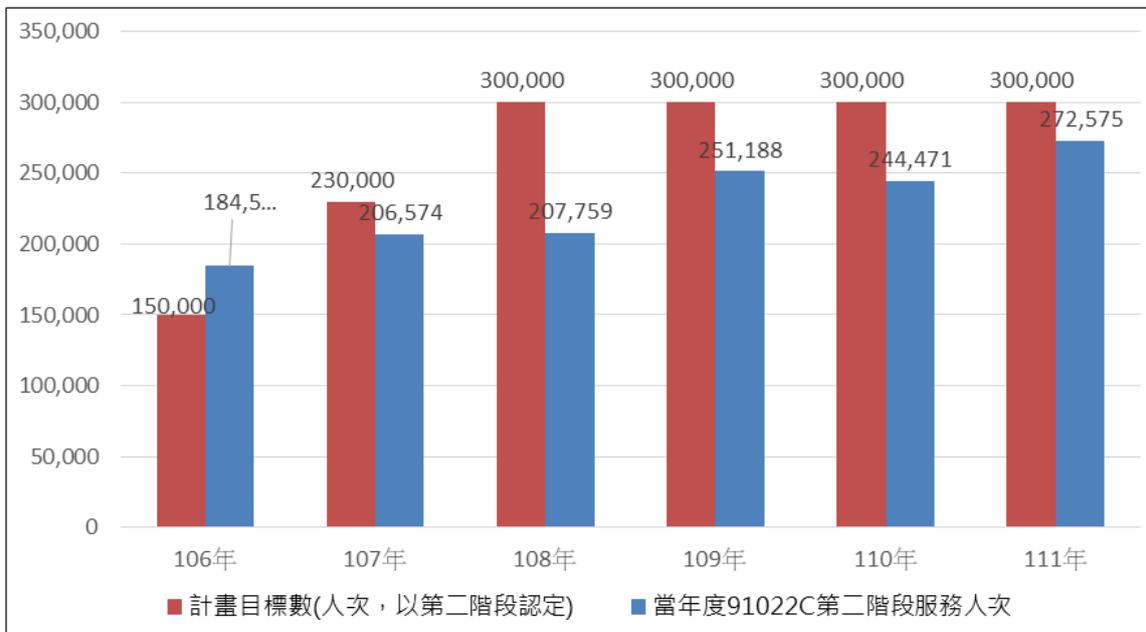
## 牙周病統合照護【三階段完成情形】



牙周病統合照護91021C 106年至111年收案人數由18.9萬人成長至28.1萬人之間，三階段照護完成率介於79%至81%。

27

## 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，106年至111年第二階段照護人次由18.5萬人次成長至27.3萬人次。

28

# 111年牙醫總額新增診療項目申報情形

29

## 提升假日就醫可近性



### ◆ 統計至111年第4季

單位:百萬點

年度	預算	一般服務 成長率	門診費用申報								預算 執行率
			92093B 牙醫急症處置		92094C 週六、日及國定假 日牙醫門診急症處 置		92096C 牙齒外傷急症處理		總計		
			人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	
106	69.7	2.340%	14,663	14.8	57,976	46.5	-	-	72,639	61.3	87.93%
107	70.9	1.706%	16,911	17.0	76,676	61.3	-	-	93,587	78.3	110.45%
108	192.0	8.276%	17,670	17.7	329,727	265.3	650	3.3	348,047	286.4	149.13%
109	198.9	3.559%	16,024	18.1	366,406	294.6	883	4.8	383,313	317.5	159.64%
110	205.0	3.054%	14,882	17.1	304,054	252.8	906	5.2	319,842	275.0	134.20%
<b>111年</b>	<b>355.8</b>	<b>1.843%</b>	<b>14,740</b>	<b>17.0</b>	<b>255,903</b>	<b>205.4</b>	<b>873</b>	<b>5.5</b>	<b>271,516</b>	<b>227.9</b>	<b>64.1%</b>

註：

- 1.105年起於「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列111.0百萬元，其中68.1百萬元用於假日牙醫急症處置。
- 2.108年「其他醫療服務利用及密集度 - 提升假日急症處置服務」增編115.3百萬元，新增92096C「牙齒外傷急症處理」並放寬92094C週六亦適用。
- 3.111年「其他醫療服務利用及密集度 - 改變提升假日就醫可近性」增編147.1百萬元。

30

# 高風險疾病患者牙結石清除-全口



◆ 111年3月至12月

實施日期	診療編號	診療項目	支付點數	服務人次	申報點數(百萬點)	預算來源
111/3/1	91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 高風險疾病患者包含： (1)腦血管疾病患者。 (2)血液透析及腹膜透析患者。 (3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (4)惡性腫瘤患者。 (5)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。 2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	700	15,354	10.8	協商因素成長率-其他醫療服務利用及密集度之改變-高風險疾病口腔照護，405.0百萬元。

資料來源：112/2/2擷自本署健保四代倉儲系統之門診檔。

31

# 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫



◆ 111年3月至12月

實施日期	診療編號	診療項目	支付點數	服務人次	申報點數(百萬點)	預算來源
111/3/1	P7301C	高齲齒率患者氟化物治療 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對曾接受恆牙牙根齲齒複合體充填者，提供本項診療服務，並給予衛教資訊，由病人簽名確認，且留存病歷以供審查。 2.限同院所曾申報89013C或89113C者方可執行(含當次)。 3.每九十天限申報一次。 4.含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報92051B、92072C及P30002。	500	58,083	29.1	牙醫總額一般服務-高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫，184百萬元

資料來源：112/2/8擷自本署健保四代倉儲系統之門診檔。

32

## 111年第3季牙醫總額各專款執行情形

33

### 一般服務移撥專用相關預算執行情形



111年第3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	0	110,646	200,000	89,354
執行率	19.2%	18.7%	17.4%	-	55.3%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	2,213	2,265	2,432	0	6,910	80,000	73,090
執行率	2.8%	2.8%	3.0%	-	8.6%	-	-
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%	-	-
合計	40,535	39,690	37,331	-	117,556	330,000	212,444

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。

34

# 牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)



111年第3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	
<b>全年預算</b>						722,100	
1 先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務	4,844	3,660	5,396	0	13,900	3.91%	
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	15,517	12,786	15,961	0	44,264	12.46%	
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	24,114	20,711	24,704	0	69,529	19.58%	
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	0	70,393	19.82%	
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,625	9,275	10,743	0	30,642	8.63%	
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	730	1,097	1,256	0	3,083	0.87%	
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,663	5,281	7,677	0	22,621	6.37%	
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,563	5,621	7,586	0	22,769	6.41%	
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	0	32,419	9.13%	
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	580	361	371	0	1,312	0.37%	
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	25	14	38	0	77	0.02%	
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	660	373	487	0	1,520	0.43%	
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	0	29,976	8.44%	
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	0	838	0.24%	
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	9	3	0	0	12	0.00%	
16 醫療團特定需求者(論次)	235	86	209	0	530	0.15%	

35

# 牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



111年第3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	0	24	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	0	89	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	0	152	0.04%
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	0	30	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	0	3,767	1.06%
23 居家身心障礙者牙醫醫療服務	1,501	1,166	1,454	0	4,122	1.16%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	212	225	303	0	740	0.21%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	764	640	732	0	2,137	0.60%
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	0	232	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%
<b>暫結金額</b>	130,004	99,915	125,259	0	355,178	
<b>本季預算數(當季預算數+前季餘額)</b>	180,525	231,046	311,656	366,922		100%
<b>本季末支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)</b>	50,521	131,131	186,397	366,922		
<b>執行占總預算比率</b>	18.0%	13.8%	17.3%	-	49.2%	

36

## 醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



111年第3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
<b>全年預算</b>					280,000	
1.執業服務之定額給付(論量)	21,239	20,522	19,143	-	60,905	36%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,698	3,449	3,148	-	10,294	6%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	-		
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.2	0.2	0.3	-	0.7	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	-	12,167	7%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	-		
7.巡迴服務_論次給付(論次)	25,195	25,736	24,510	-	75,440	45%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	1	2	-	4.6	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,855	2,720	3,090	-	8,665	5%
<b>暫結金額</b>	57,596	56,853	53,027		167,476	100%
<b>本季預算數(千元)</b> (當季預算數+前季餘額)	70,000	82,404	95,551	112,524		
<b>本季未支用金額</b>	12,404	25,551	42,524	112,524		
<b>各季執行占總預算比率(%)</b>	20.6%	20%	19%		59.8%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

37

## 網路頻寬補助費用預算執行情形



111年第3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	0	104,298	168,000
執行率	20.6%	20.7%	20.8%	-	62.1%	-

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。

38

## 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫預算執行情形



111年第3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	0	3,726	12,000
執行率	10.3%	9.7%	11.0%	-	31.1%	-

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。

39

## 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3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	0	337	60,000
執行率	0.2%	0.2%	0.2%	-	0.56%	-

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。

40

## 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3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	0	5,511	271,500
執行率	0.03%	0.5%	1.5%	-	2.03%	-

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。

41

## 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫預算執行情形



111年第3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	0	16,220	184,000
執行率	0.45%	3.3%	5.1%	-	8.82%	-

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。

42

## 其他參考資料

- 01 111年牙醫總額醫療供給及利用概況
- 02 111年第4季牙醫總額醫療供給及利用概況

43

## 111年牙醫總額醫療供給及利用概況

44

## 醫療服務價量比較【層級別】



### ◆ 111年

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	1,060	8.3%	3.2%	1,688,287	10.7%	3.6%	1,593	2.2%
2區域醫院	1,069	6.1%	3.2%	1,745,586	7.5%	3.7%	1,634	1.3%
3地區醫院	436	9.0%	1.3%	692,385	12.9%	1.5%	1,589	3.5%
4基層診所	30,529	3.4%	92.3%	42,084,524	4.1%	89.8%	1,378	0.6%
5交付機構	-	-	-	648,699	5.9%	1.4%	-	-
合計	33,094	3.7%		46,859,480	4.6%		1,416	0.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

45

## 醫療服務價量比較【分區別】



### ◆ 111年

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	11,441	5.2%	3,942	3.9%	2.90	1.2%	16,255,938	6.7%	1,421	1.4%
北區	5,097	4.3%	1,847	4.2%	2.76	0.1%	7,440,887	4.4%	1,460	0.0%
中區	6,509	3.3%	2,267	3.1%	2.87	0.3%	9,341,878	4.4%	1,435	1.1%
南區	4,341	2.0%	1,451	2.2%	2.99	-0.2%	5,961,786	1.9%	1,373	-0.1%
高屏	5,164	2.5%	1,681	2.1%	3.07	0.4%	7,055,323	3.2%	1,366	0.7%
東區	542	-0.6%	196	-0.2%	2.97	-0.4%	803,669	0.9%	1,484	1.5%
合計	33,094	3.7%	11,148	3.2%	2.97	0.5%	46,859,480	4.6%	1,416	0.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

46

## 醫療服務價量比較【案件分類】



### ◆ 111年

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)	92	11.3%	17,209	9.2%	187	-1.9%
2.牙醫急診	14	-5.2%	25,688	-3.4%	1,867	1.8%
3.牙醫門診手術	55	3.9%	174,385	10.7%	3,146	6.5%
4.無牙醫鄉服務	155	-2.8%	208,317	-2.8%	1,348	0.0%
5.牙醫特殊醫療	159	3.8%	458,543	6.0%	2,878	2.1%
6.牙醫急診醫療不足區	0.7	5.3%	666	5.5%	1,011	0.2%
7.其他專案	32,618	3.8%	45,325,974	4.6%	1,390	0.8%
8.交付機構	-	-	648,699	5.9%	-	0.0%
合計	33,094	3.7%	46,859,480	4.6%	1,416	0.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

47

## 申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



### ◆ 111年

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	-28.4%	115	114.0%	64	-45.5%	17,029	9.3%	-	-	17,209	9.2%
2.牙醫急診	19,061	-2.8%	6,272	-7.6%	340	90.8%	14	-38.1%	-	-	25,688	-3.4%
3.牙醫門診手術	98,651	15.9%	63,535	1.4%	10,543	26.6%	1,655	12.1%	-	-	174,385	10.7%
4.無牙醫鄉服務	172	108.7%	1,768	16.9%	1,112	23.1%	205,265	-3.1%	-	-	208,317	-2.8%
5.牙醫特殊醫療	90,408	10.2%	80,615	5.8%	34,864	6.6%	252,657	4.5%	-	-	458,543	6.0%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	666	5.5%	-	-	-	-	666	5.5%
7.其他專案	1,479,994	10.6%	1,593,281	8.0%	644,795	13.0%	41,607,903	4.1%	-	-	45,325,974	4.6%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	648,699	5.9%	648,699	5.9%
合計	1,688,287	10.7%	1,745,586	7.5%	692,385	12.9%	42,084,524	4.1%	648,699	5.9%	46,859,480	4.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

48

## 申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



### ◆ 111年 (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	5,542	23.5%	10,113	0.2%	33,037	16.5%	17,462	-3.5%	133,877	10.8%
北區	2,624	16.7%	1,015	-5.1%	16,033	23.2%	14,584	-1.1%	79,624	6.1%
中區	2,310	12.6%	5,348	-0.6%	45,962	-0.8%	52,482	-1.8%	103,890	5.1%
南區	4,476	1.0%	3,650	-22.0%	27,865	-0.7%	36,946	-0.6%	47,660	1.4%
高屏	2,093	-10.2%	4,763	5.4%	42,793	25.4%	62,486	-0.5%	74,757	2.1%
東區	166	-20.7%	799	-7.2%	8,695	13.0%	24,357	-13.3%	18,734	5.8%
合計	17,209	9.2%	25,688	-3.4%	174,385	10.7%	208,317	-2.8%	458,543	6.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

49

## 申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



### ◆ 111年 (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	-	-	15,838,911	6.6%	216,997	7.2%	16,255,938	6.7%
北區	-	-	7,220,239	4.3%	106,768	5.9%	7,440,887	4.4%
中區	-	-	8,998,916	4.5%	132,971	5.4%	9,341,878	4.4%
南區	666	5.5%	5,756,640	1.9%	83,883	4.2%	5,961,786	1.9%
高屏	-	-	6,774,503	3.1%	93,927	5.5%	7,055,323	3.2%
東區	-	-	736,765	1.1%	14,152	3.4%	803,669	0.9%
合計	666	5.5%	45,325,974	4.6%	648,699	5.9%	46,859,480	4.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

50

## 申報醫療費用點數【費用分類 + 分區別】



### ◆ 111年

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	144,449	8.4%	109,502	8.3%	4,242,355	5.4%	11,758,743	7.1%	889	-1.3%	16,255,938	6.7%
北區	63,680	7.2%	52,348	6.8%	1,904,873	4.7%	5,419,872	4.2%	113	58.3%	7,440,887	4.4%
中區	81,824	4.5%	68,220	5.6%	2,417,661	3.5%	6,773,664	4.7%	509	-6.0%	9,341,878	4.4%
南區	55,218	2.1%	44,718	4.9%	1,570,912	2.2%	4,290,404	1.8%	534	15.2%	5,961,786	1.9%
高屏	56,194	4.7%	48,204	6.5%	1,845,372	2.7%	5,105,314	3.3%	238	17.3%	7,055,323	3.2%
東區	9,744	2.4%	7,434	3.6%	201,402	0.3%	584,936	1.0%	153	70.3%	803,669	0.9%
總計	411,109	5.9%	330,427	6.7%	12,182,575	4.0%	33,932,934	4.8%	2,435	7.3%	46,859,480	4.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

51

## 申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】



### ◆ 111年

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	29,031	8.6%	12,327	11.8%	394,200	8.4%	1,251,233	11.5%	1,495	-3.0%	1,688,287	10.7%
區域醫院	24,232	6.6%	13,720	11.1%	407,943	6.1%	1,298,930	8.0%	761	32.8%	1,745,586	7.5%
地區醫院	6,007	7.3%	4,891	11.5%	161,868	9.4%	519,441	14.1%	178	14.3%	692,385	12.9%
基層診所	1,519	0.8%	1,191	6.9%	11,218,564	3.7%	30,863,250	4.2%	-	-	42,084,524	4.1%
交付機構	350,319	5.6%	298,298	6.2%	-	-	-	-	1.7	65.0%	648,699	5.9%
總計	411,109	5.9%	330,427	6.7%	12,182,575	4.0%	33,932,934	4.8%	2,435	7.3%	46,859,480	4.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

52

# 111年醫療服務供給 & 利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (111年12月)	2,663	926	1,320	815	1,004	111	6,839
成長率	1.0%	2.7%	0.0%	0.5%	-0.9%	0.0%	0.7%
醫師數 (111年12月)	6,645	2,325	2,865	1,708	2,245	224	16,012
成長率	1.4%	3.2%	1.4%	1.5%	1.3%	3.2%	1.7%
人口數 (千)	7,442	3,850	4,539	3,268	3,634	531	23,265
人口數 (成長率)	-0.80%	0.28%	-0.32%	-0.67%	-0.59%	-0.62%	-0.47%
每位醫師照護人口數	1,120	1,656	1,584	1,913	1,619	2,373	1,453
每萬人口醫師數	8.93	6.04	6.31	5.23	6.18	4.21	6.88
申報件數 (千)	11,441	5,097	6,509	4,341	5,164	542	33,094
成長率	5.2%	4.3%	3.3%	2.0%	2.5%	-0.6%	3.7%
申報醫療費用 (百萬)	16,256	7,441	9,342	5,962	7,055	804	46,859
成長率	6.7%	4.4%	4.4%	1.9%	3.2%	0.9%	4.6%
平均每件申報醫療費用點數	1,421	1,460	1,435	1,373	1,366	1,484	1,416
成長率	1.4%	0.0%	1.1%	-0.1%	0.7%	1.5%	0.8%

註1：人口數來源為111年12月戶政統計，成長率為較110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111年1-12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

53

## 111年第4季牙醫總額醫療供給及利用概況

54

## 就診牙醫人數【分區別】



### ◆ 111年第4季

單位：千人

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109Q4	1,761	775	987	652	774	87	5,002	-2.4%
110Q4	1,779	797	1,010	658	784	87	5,082	1.6%
111Q4	1,786	803	1,013	659	786	85	5,099	0.3%
增減人數	8	5	3	1	2	-2	17	
成長率	0.4%	0.6%	0.3%	0.2%	0.2%	-2.8%	0.3%	

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。

55

## 醫療服務價量比較【層級別】



### ◆ 111年第4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	283	-0.3%	3.3%	445,870	-1.8%	3.6%	1,573	-1.6%
2區域醫院	282	-2.7%	3.2%	459,316	-2.4%	3.7%	1,628	0.4%
3地區醫院	119	1.9%	1.4%	188,694	3.6%	1.5%	1,592	1.6%
4基層診所	8,013	-1.7%	92.1%	11,027,681	-1.6%	89.8%	1,376	0.1%
5交付機構	-	-	-	163,762	-0.2%	1.3%	-	-
合計	8,697	-1.6%		12,285,323	-1.5%		1,413	0.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

56

## 醫療服務價量比較【分區別】



### ◆ 111年第4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	3,028	-1.4%	1,786	0.4%	1.70	-1.8%	4,299,137	-0.9%	1,420	0.5%
北區	1,351	-1.4%	803	0.6%	1.68	-2.0%	1,966,457	-1.8%	1,456	-0.4%
中區	1,691	-1.7%	1,013	0.3%	1.67	-2.0%	2,426,633	-1.4%	1,435	0.4%
南區	1,132	-1.8%	659	0.2%	1.72	-2.0%	1,550,789	-1.9%	1,370	0.0%
高屏	1,350	-1.7%	786	0.2%	1.72	-1.9%	1,828,493	-2.4%	1,354	-0.7%
東區	145	-3.7%	85	-2.8%	1.71	-0.9%	213,814	-3.1%	1,474	0.6%
合計	8,697	-1.6%	5,099	0.3%	1.71	-1.9%	12,285,323	-1.5%	1,413	0.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

57

## 醫療服務價量比較【案件分類】



### ◆ 111年第4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)	25	-0.1%	4,559	-3.7%	186	-3.6%
2.牙醫急診	3	-9.0%	6,741	-6.6%	1,932	2.7%
3.牙醫門診手術	14	-3.7%	45,781	3.6%	3,192	7.6%
4.無牙醫鄉服務	49	-8.4%	68,278	-6.9%	1,385	1.6%
5.牙醫特殊醫療	46	-2.3%	132,892	-1.5%	2,899	0.9%
6.牙醫急診醫療不足區	0.2	4.8%	179	6.9%	1,028	2.0%
7.其他專案	8,559	-1.6%	11,863,131	-1.5%	1,386	0.0%
8.交付機構	-	-	163,762	-0.2%	-	0.0%
合計	8,697	-1.6%	12,285,323	-1.5%	1,413	0.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

58

## 申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



### ◆ 111年第4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)	0	-31.7%	36	119.0%	5	-91.8%	4,517	-3.0%	-	-	4,559	-3.7%
2.牙醫急診	5,047	-7.3%	1,624	-4.6%	70	6.2%	-	-	-	-	6,741	-6.6%
3.牙醫門診手術	26,174	7.0%	15,961	-5.4%	3,284	32.5%	362	-2.4%	-	-	45,781	3.6%
4.無牙醫鄉服務	119	208.4%	629	1.1%	673	111.7%	66,857	-7.6%	-	-	68,278	-6.9%
5.牙醫特殊醫療	24,416	-4.5%	22,838	-4.7%	9,411	-5.1%	76,227	1.0%	-	-	132,892	-1.5%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	179	6.9%	-	-	-	-	179	6.9%
7.其他專案	390,115	-2.2%	418,227	-2.1%	175,072	3.5%	10,879,717	-1.6%	-	-	11,863,131	-1.5%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	163,762	-0.2%	163,762	-0.2%
合計	445,870	-1.8%	459,316	-2.4%	188,694	3.6%	11,027,681	-1.6%	163,762	-0.2%	12,285,323	-1.5%

註：成長率係與前一年同期比較。

59

## 申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



### ◆ 111年第4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	1,538	12.5%	2,753	-5.6%	9,255	9.7%	6,725	-8.9%	39,237	0.9%
北區	710	1.8%	281	-14.8%	4,222	1.8%	5,179	-0.9%	23,408	-1.9%
中區	562	-5.1%	1,505	1.0%	11,292	-3.7%	15,921	4.9%	30,217	-0.7%
南區	1,128	-11.6%	848	-23.0%	7,251	-2.6%	12,553	-20.4%	13,729	-5.9%
高屏	585	-19.6%	1,195	2.3%	11,249	10.4%	18,792	-2.7%	21,163	-1.5%
東區	36	-51.3%	161	-23.5%	2,512	12.4%	9,108	-12.9%	5,139	-9.0%
合計	4,559	-3.7%	6,741	-6.6%	45,781	3.6%	68,278	-6.9%	132,892	-1.5%

註：成長率係與前一年同期比較。

60

## 申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



### ◆ 111年第4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	-	-	4,184,912	-0.9%	54,718	-0.6%	4,299,137	-0.9%
北區	-	-	1,905,435	-1.9%	27,221	0.3%	1,966,457	-1.8%
中區	-	-	2,333,720	-1.4%	33,417	-0.8%	2,426,633	-1.4%
南區	179	6.9%	1,493,846	-1.7%	21,255	0.4%	1,550,789	-1.9%
高屏	-	-	1,751,967	-2.5%	23,543	0.1%	1,828,493	-2.4%
東區	-	-	193,251	-2.6%	3,607	1.5%	213,814	-3.1%
合計	179	6.9%	11,863,131	-1.5%	163,762	-0.2%	12,285,323	-1.5%

註：成長率係與前一年同期比較。

61

## 申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



### ◆ 111年第4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	36,678	0.8%	27,721	-0.9%	1,124,285	-1.4%	3,110,223	-0.7%	229	-3.7%	4,299,137	-0.9%
北區	16,377	2.2%	13,344	-0.5%	504,839	-1.2%	1,431,874	-2.1%	23	1.1%	1,966,457	-1.8%
中區	20,708	0.0%	17,156	-1.6%	629,017	-1.7%	1,759,610	-1.3%	141	-25.9%	2,426,633	-1.4%
南區	14,248	1.9%	11,352	-0.3%	409,617	-1.9%	1,115,443	-1.9%	130	-0.6%	1,550,789	-1.9%
高屏	14,095	-0.4%	12,095	-0.3%	482,543	-1.5%	1,319,698	-2.8%	62	-0.2%	1,828,493	-2.4%
東區	2,512	1.0%	1,887	-1.3%	54,118	-2.5%	155,238	-3.4%	59	101.5%	213,814	-3.1%
總計	104,619	0.8%	83,554	-0.8%	3,204,418	-1.5%	8,892,087	-1.6%	645	-4.3%	12,285,323	-1.5%

註：成長率係與前一年同期比較。

62

# 申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】



## ◆ 111年第4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	7,374	-0.6%	3,251	0.9%	105,595	-0.4%	329,231	-2.3%	419	-8.2%	445,870	-1.8%
區域醫院	6,577	6.2%	3,578	-0.1%	107,886	-2.9%	341,091	-2.3%	185	3.9%	459,316	-2.4%
地區醫院	1,626	4.7%	1,323	6.2%	44,276	1.8%	141,426	4.1%	42	5.3%	188,694	3.6%
基層診所	391	-2.7%	301	-3.9%	2,946,661	-1.6%	8,080,328	-1.6%	-	-	11,027,681	-1.6%
交付機構	88,651	0.5%	75,101	-1.0%	-	-	-	-	0.1	-400.0%	163,762	-0.2%
<b>總計</b>	<b>104,619</b>	<b>0.8%</b>	<b>83,554</b>	<b>-0.8%</b>	<b>3,204,418</b>	<b>-1.5%</b>	<b>8,892,087</b>	<b>-1.6%</b>	<b>645</b>	<b>-4.3%</b>	<b>12,285,323</b>	<b>-1.5%</b>

註：成長率係與前一年同期比較。

63

# 敬請指教



行政院衛生福利部  
中央健康保險署

64

## 報告事項第四案

提案單位：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。

說明：

- 一、依據111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配暨衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)111年10月28日第5屆111年第10次委員會議決議辦理。
- 二、有關111年全民健康保險度牙醫門診醫療給付費用總額協定事項需扣減費用之項目如下：
  - (一) 高風險疾病口腔照護(預算405百萬元)：依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
  - (二) 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(預算271.5百萬元)：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。
- 三、上述項目扣減費用說明如下：
  - (一) 高風險疾病口腔照護：
    1. 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)。
    2. 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「牙周暨齲齒控制基本處置」(100點)，執行牙菌斑偵測及去除維護教導。
    3. 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。
    4. 經初步統計說明如下(附件1、報4-3)：
      - (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】。

(二) 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

1. 本項預算於111年3月11日新增12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，並增訂P7101C「青少年齲齒控制照護處置」(300點)，須包含牙菌斑偵測、去除維護教導；與支付標準91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」服務內容重複。
2. 依前揭健保會決議，依申報本項者於108至110年任一年曾申報91014C之點數扣減一般服務費用。
3. 經初步統計111年申報本項者(申報費用約5.1百萬點)，於108至110年曾申報原相關服務91014C費用約1.1百萬點(附件2、報4-4)，故應扣除約1.1百萬點。

四、綜上，初步計算高風險疾病口腔照護需扣減未執行額度約401.5百萬點，考量第4季點值穩定，規劃分攤於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；另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。

**決 定：**

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	6,411,580	2,976,050	1,333,640	98,700	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
		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:

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

項目	支付點數	服務人數	服務人次	醫療點數	申報 P7101C 者 108-110 年曾申報 91014C 人數(A)	扣減一般服務費用 $B=A*100$
P7101C 青少年齲齒控制照護處置	300	14,495	16,841	5,052,300	10,823	1,082,300

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
- 3.91014C牙周暨齲齒控制基本處置(100點)

報告事項第五案

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。

說明：

- 一、111年第3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」，須依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、111年第3季「高風險疾病口腔照護」扣減金額200百萬元、「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」扣減0.55百萬元，111年第4季則依實際執行結果校正扣減費用及扣減(如下表)。

項目	協定文字	說明(詳報告事項第四案)
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。	經統計需扣減未執行額度約401.5百萬點，考量第4季點值穩定，規劃分攤於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。
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。	經統計第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、111年第3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5-3)：

年季	分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
	111Q3	浮動點值	0.92241459	0.98003785	1.00671644	1.05586933	1.01872670	1.20486415
	平均點值	0.95274782	1.02149076	1.01318371	1.06685940	1.02522458	1.22820666	1.00238382

五、檢附110年第3季點值結算資料供參。

年季 \ 分區		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
		110Q3	0.94005628	0.99328653	1.02478859	1.04666804	1.04819906	1.19413022
	平均點值	1.01924577	1.06555944	1.04225314	1.08365374	1.06452240	1.23815821	1.04861294

六、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3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
							$[BD - (跨區浮動點數 \times 前季點值) - BG - BJ] / (BF)$	$(BD) / (GF + BG + BJ)$
臺北分區	4,478,550,947	3,757,291,508	4,662,913,112	975,015,810	37,589,977	164,659	0.92241459	0.95274782
北區分區	1,947,110,031	1,449,561,688	1,891,558,495	511,897,688	14,517,584	69,434	0.98003785	1.02149076
中區分區	2,189,113,453	1,949,794,799	2,142,279,043	207,873,663	18,267,887	81,423	1.00671644	1.01318371
南區分區	1,532,400,545	1,201,764,999	1,425,548,672	252,676,439	10,745,702	71,601	1.05586933	1.06685940
高屏分區	1,679,914,896	1,463,856,781	1,624,968,846	175,031,418	13,585,349	28,143	1.01872670	1.02522458
東區分區	236,751,926	157,987,341	190,405,028	44,041,382	2,356,160	1,100	1.20486415	1.22820666
全區	12,063,841,798		11,937,673,196		97,062,659	416,360	1.00240328	1.00238382

註：全區浮動點值 =  $[BD - (跨區浮動點數 \times 前季點值) - BG - BJ] / (BF)$ ；全區平均點值 =  $(BD) / (GF + BG + BJ)$

製表日期：112年2月14日

## 一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

## (一)111年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額

$$= [111年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) \times 109年各季預算占率(Ra) - 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5) - 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)] \times 該區109年各季人口風險因子(R_{109})$$

$$= 11,838,241,798$$

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為 46,230,145,862元：

$$1. 111年第1季調整後預算11,082,964,385元 = 111年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) \times Ra \times (R_{109})。$$

$$2. 111年第2季調整後預算11,322,007,716元 = 111年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) \times Ra \times (R_{109})。$$

$$3. 111年第3季調整後預算11,838,241,798元 = [111年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) \times Ra - (B5) - (B6)] \times (R_{109})。$$

$$4. 111年第4季調整後預算 = 111年全年預算數 - 111年第1季調整後預算 - 111年第2季調整後預算 - 111年第3季調整後預算$$

$$= 46,230,145,862 - 11,082,964,385 - 11,322,007,716 - 11,838,241,798$$

$$= 11,986,931,963元。$$

5. 計算過程詳本表頁次24：「三、一般服務費用總額」。

(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 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年調整前各季牙醫門診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) + 前1年度(109年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (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年調整前各季牙醫門診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) + 前1年度(110年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)) × (1 + 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+前一季未支用金額= 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+前一季未支用金額= 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+前一季未支用金額= 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	0(M6)	暫結金額	0(M26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M7)	暫結金額	0(M27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M11)	暫結金額	0(M21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M12)	暫結金額	0(M22)
(3)小計	加成前點數	0(M19)	暫結金額	0(M29)

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 89,354,085

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	3,643(N6)	暫結金額	3,643(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	60,826,628(N7)	暫結金額	64,727,774(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	23,084(N11)	暫結金額	23,084(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	43,300,743(N12)	暫結金額	45,891,414(N22)
(3)小計	加成前點數	104,154,098(N19)	暫結金額	110,645,915(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 + 0  
 = 110,645,915

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額  
 = 200,000,000 - 110,645,915  
 = 89,354,085 (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： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額： 第4季預算-第4季暫結金額= 73,089,863 - 0 = 73,089,863

全年合計：預算=80,000,000

全年已支用點數： 6,910,137

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數= 6,910,137

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 80,000,000 - 6,910,137

= 73,089,863 (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. 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:  $0(Z) + 0(M29) + 0 + 0(H) + 0(R) = 0$   
 未支用金額:  $第4季預算 - 第4季已暫結金額 = 438,043,948 - 0 = 438,043,948$

全年合計: 預算 = 1,232,400,000  
 全年已暫結金額: 794,356,052  
 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  
 =  $1,232,400,000 - 794,356,052 - 0$   
 = 438,043,948 (E10)

7. 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)先天性唇顎裂及顛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)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	

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)先天性唇顎裂及顛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)先天性唇顎裂及顛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	

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)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y13)	0(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：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y16)	0(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：	0(Y17)	0(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：	0(Y18)	0(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：	0(Y19)	0(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：	0(Y20)	0(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：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(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：	0(Y27)	0(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	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)
暫結金額		未支用金額	
＝ 1元/點×已支用點數＝	0	＝ 第4季預算 － 暫結金額＝	366,921,617

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：112/02/14

111年第3季

結算主要費用年月起迄：111/07-111/09

核付截止日期：111/12/31

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)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	13,899,634(Z01)	13,870,217(ZF01)	29,417(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	44,263,841(Z02)	42,524,823(ZF02)	1,739,018(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	69,529,459(Z03)	66,898,259(ZF03)	2,631,200(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：	70,393,263(Z04)	68,366,363(ZF04)	2,026,900(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	30,642,487(Z05)	29,159,332(ZF05)	1,483,155(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,083,203(Z06)	2,747,466(ZF06)	335,737(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,621,324(Z07)	22,620,574(ZF07)	750(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,769,405(Z08)	22,768,930(ZF08)	475(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：	32,419,313(Z09)	32,414,495(ZF09)	4,818(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,311,924(Z10)	1,311,835(ZF10)	89(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	76,803(Z11)	76,803(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,520,182(Z12)	1,520,070(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)：	29,976,000(Z13)	29,976,000(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：	838,156(Z14)	838,156(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	11,599(Z15)	11,599(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	530,400(Z16)	530,400(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：	23,905(Z17)	23,905(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：	88,551(Z18)	88,533(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：	151,582(Z19)	151,582(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：	30,303(Z20)	30,303(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：	3,766,760(Z22)	3,766,760(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,121,738(Z23)	4,121,738(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	739,601(Z24)	739,601(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	2,136,589(Z25)	2,136,589(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：	232,361(Z27)	232,361(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	355,178,383(Z99)	346,926,694(ZF99)	8,251,689(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 +

0 = 355,178,383

---

全年已結算金額 = 130,004,185 + 99,914,949 + 125,259,249 + 0 = 355,178,383

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 - (355,178,383 - 0)

= 722,100,000 - 355,178,383

= 366,921,617 (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。

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：112/02/14

111年第3季

結算主要費用年月起迄：111/07-111/09

核付截止日期：111/12/31

頁次：14

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

項目	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)K1：	11,973,772(K0)	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。

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：112/02/14

111年第3季

結算主要費用年月起迄：111/07-111/09

核付截止日期：111/12/31

頁次：15

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

項目	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)L1：	12,492,806(L0)	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	0(M0)	收入	0(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2：			已支用點數	0(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13：(傳票日期:111/04/06前核付)			已支用點數	0(M13)
(2) 巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	0(M6)	加成已支用點數	0(M3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	0(M7)	加成已支用點數	0(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14：(傳票日期:111/04/06前核付)			已支用點數	0(M14)
(3) 巡迴服務之「論次給付」(論次)M5：			已支用點數	0(M5)
(4) 社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	0(M11)	加成已支用點數	0(M8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	0(M12)	加成已支用點數	0(M9)
(5) 小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14)：				0(M10)

暫結金額

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

= 0

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額

= 112,523,622

※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(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。

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：112/02/14

111年第3季

結算主要費用年月起迄：111/07-111/09

核付截止日期：111/12/31

頁次：17

全年合計：

全年預算=280,000,000

項目	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)N1：	37,923,960(N0)	60,904,715(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：		已支用點數 10,294,350(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：		已支用點數 0(N13)
(2) 巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數 3,643(N6)	加成已支用點數 727(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 60,826,628(N7)	加成已支用點數 12,166,879(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：		已支用點數 0(N14)
(3) 巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：		已支用點數 75,440,400(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 23,084(N11)	加成已支用點數 4,621(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 43,300,743(N12)	加成已支用點數 8,664,686(N9)
(5) 小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：		144,495,623(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 + 0 = 167,476,378

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 112,523,622

※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(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：0

全年已支用點數：104,297,612

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 104,297,612

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 168,000,000 - 104,297,612 = 63,702,388

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：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算 - 第4季暫結金額 = 8,274,000 - 0 = 8,274,000

全年合計:預算= 12,000,000

全年已支用點數: 3,726,000

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 3,726,000

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 - ( 3,726,000 - 0)

= 8,274,000

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

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：112/02/14

111年第 3季

結算主要費用年月起迄：111/07-111/09

核付截止日期：111/12/31

頁次：20

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：0  
 (2)品質獎勵費已支用點數：0  
 (9)合計已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0  
 未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝59,663,197－0＝59,663,197

全年合計：預算＝60,000,000

(1)診療服務費已支用點數：324,803  
 (2)品質獎勵費已支用點數：12,000  
 (9)合計已支用點數：336,803

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝336,803  
 全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額  
 ＝60,000,000－336,803  
 ＝59,663,197

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： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 265,988,642- 0= 265,988,642

全年合計:預算=271,500,000

已支用點數： 5,511,358

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 5,511,358

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 271,500,000 - 5,511,358

= 265,988,642

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：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算 - 第4季暫結金額 = 167,780,387 - 0 = 167,780,387

全年合計:預算 = 184,000,000

已支用點數：16,219,613

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數 = 16,219,613

$$\begin{aligned} \text{全年未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{全年已結算金額} \\ &= 184,000,000 - 16,219,613 \\ &= 167,780,387 \end{aligned}$$

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

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	0	200,000,000
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	0	550,000
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	4,439,612,080	17,164,730,835
	北區分區	1,717,363,429	1,847,733,752	1,960,159,438	1,938,855,018	7,464,111,637
	中區分區	1,935,604,343	2,072,139,079	2,195,761,348	2,164,979,037	8,368,483,807
	南區分區	1,369,675,698	1,464,021,272	1,541,890,341	1,520,208,699	5,895,796,010
	高屏分區	1,491,954,799	1,596,624,420	1,680,102,052	1,659,159,577	6,427,840,848
	東區分區	210,966,217	224,978,374	238,145,685	235,092,449	909,182,725
	小計	10,698,084,028	11,460,946,233	12,113,208,741	11,957,906,860	46,230,145,862

(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)-各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(BE5)+移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款(BE6)

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	0	200,000,000
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	0	550,000
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	4,450,388,229	17,164,752,509
	北區分區	1,779,148,273	1,825,334,084	1,915,664,288	1,943,561,148	7,463,707,793
	中區分區	2,005,240,746	2,047,018,995	2,145,918,091	2,170,234,032	8,368,411,864
	南區分區	1,418,951,930	1,446,273,266	1,506,889,798	1,523,898,660	5,896,013,654
	高屏分區	1,545,630,213	1,577,268,895	1,641,964,137	1,663,186,810	6,428,050,055
	東區分區	218,556,058	222,251,011	232,739,834	235,663,084	909,209,987
小計	11,082,964,385	11,322,007,716	11,838,241,798	11,986,931,963	46,230,145,862	
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%	

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. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I) (註6)		0	0	0	0	0
10. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI= IxR_109	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0
11. 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
12. 移撥醫療資源不足核實申報費用結 餘款E4(註8)					0	0
13. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款BE4 = E4xR_109	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
14. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(E5)(註9)					0	0
15. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款 (BE5 = E5×R_109)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
16. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結餘款E6(註6)					0	0
17. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款 (BE6 = E6×R_109)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
18. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)+(BH) - (BI) + (Z)+(BE4)+(BE5)+(BE6)	臺北分區	4,198,922,462	4,287,346,762	4,478,550,947	4,533,873,527	17,498,693,698
	北區分區	1,810,594,016	1,856,779,827	1,947,110,031	1,975,006,891	7,589,490,765
	中區分區	2,048,436,108	2,090,214,357	2,189,113,453	2,213,429,395	8,541,193,313
	南區分區	1,444,462,677	1,471,784,013	1,532,400,545	1,549,409,407	5,998,056,642
	高屏分區	1,583,580,972	1,615,219,654	1,679,914,896	1,701,137,570	6,579,853,092
	東區分區	222,568,150	226,263,103	236,751,926	239,675,173	925,258,352
	小計	11,308,564,385	11,547,607,716	12,063,841,798	12,212,531,963	47,132,545,862

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季將依實際執行數扣減未執行之額度。
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季將依實際執行數扣減重複之預算。
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3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，則先天性唇顎裂及顛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季各區人口風險因子(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」。

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	3,757,291,508(BF)	1.07662605	-----	29,947,433	164,659
	2-北區分區	367,803,520	1.07662605	395,986,851	3,126,372	
	3-中區分區	216,791,431	1.07662605	233,403,302	1,849,003	
	4-南區分區	127,618,091	1.07662605	137,396,961	1,116,894	
	5-高屏分區	171,246,372	1.07662605	184,368,305	1,275,821	
	6-東區分區	22,162,190	1.07662605	23,860,391	274,454	
	7-合計	4,662,913,112(GF)		975,015,810(AF)	37,589,977(BG)	164,659(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	244,645,495	1.15814793	283,335,674	2,378,800	
	2-北區分區	1,449,561,688(BF)	1.15814793	-----	10,504,131	69,434
	3-中區分區	94,324,098	1.15814793	109,241,259	777,246	
	4-南區分區	61,280,833	1.15814793	70,972,270	509,870	
	5-高屏分區	37,101,913	1.15814793	42,969,504	284,286	
	6-東區分區	4,644,468	1.15814793	5,378,981	63,251	
	7-合計	1,891,558,495(GF)		511,897,688(AF)	14,517,584(BG)	69,434(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	72,503,581	1.07995158	78,300,357	677,400	
	2-北區分區	42,067,639	1.07995158	45,431,013	362,973	
	3-中區分區	1,949,794,799(BF)	1.07995158	-----	16,444,129	81,423
	4-南區分區	44,568,316	1.07995158	48,131,623	498,469	
	5-高屏分區	30,075,567	1.07995158	32,480,156	242,935	
	6-東區分區	3,269,141	1.07995158	3,530,514	41,981	
	7-合計	2,142,279,043(GF)		207,873,663(AF)	18,267,887(BG)	81,423(BJ)

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	61,369,199	1.12911025	69,292,592	671,936	
	2-北區分區	27,662,999	1.12911025	31,234,576	252,958	
	3-中區分區	65,198,588	1.12911025	73,616,394	586,152	
	4-南區分區	1,201,764,999(BF)	1.12911025	-----	8,649,163	71,601
	5-高屏分區	67,070,798	1.12911025	75,730,325	552,913	
	6-東區分區	2,482,089	1.12911025	2,802,552	32,580	
	7-合計		1,425,548,672(GF)		252,676,439(AF)	10,745,702(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	42,241,806	1.08639547	45,891,307	411,295	
	2-北區分區	18,065,631	1.08639547	19,626,420	167,188	
	3-中區分區	30,155,813	1.08639547	32,761,139	281,041	
	4-南區分區	66,593,184	1.08639547	72,346,533	564,584	
	5-高屏分區	1,463,856,781(BF)	1.08639547	-----	12,113,088	28,143
	6-東區分區	4,055,631	1.08639547	4,406,019	48,153	
	7-合計		1,624,968,846(GF)		175,031,418(AF)	13,585,349(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	13,962,204	1.35856032	18,968,496	148,613	
	2-北區分區	4,789,663	1.35856032	6,507,046	66,090	
	3-中區分區	4,186,694	1.35856032	5,687,876	43,069	
	4-南區分區	2,895,140	1.35856032	3,933,222	30,345	
	5-高屏分區	6,583,986	1.35856032	8,944,742	54,060	
	6-東區分區	157,987,341(BF)	1.35856032	-----	2,013,983	1,100
	7-合計		190,405,028(GF)		44,041,382(AF)	2,356,160(BG)

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	= [ 4,478,550,947 - 975,015,810 - 37,589,977 - 164,659 ] / 3,757,291,508 = 0.92241459
北區分區	= [ 1,947,110,031 - 511,897,688 - 14,517,584 - 69,434 ] / 1,449,561,688 = 0.98003785
中區分區	= [ 2,189,113,453 - 207,873,663 - 18,267,887 - 81,423 ] / 1,949,794,799 = 1.00671644
南區分區	= [ 1,532,400,545 - 252,676,439 - 10,745,702 - 71,601 ] / 1,201,764,999 = 1.05586933
高屏分區	= [ 1,679,914,896 - 175,031,418 - 13,585,349 - 28,143 ] / 1,463,856,781 = 1.01872670
東區分區	= [ 236,751,926 - 44,041,382 - 2,356,160 - 1,100 ] / 157,987,341 = 1.20486415

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)

= [12,063,841,798 - 97,062,659 - 416,360] / 11,937,673,196 = 1.00240328

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	= [ 4,478,550,947 ] / [ 4,662,913,112 + 37,589,977 + 164,659 ] = 0.95274782
北區分區	= [ 1,947,110,031 ] / [ 1,891,558,495 + 14,517,584 + 69,434 ] = 1.02149076
中區分區	= [ 2,189,113,453 ] / [ 2,142,279,043 + 18,267,887 + 81,423 ] = 1.01318371
南區分區	= [ 1,532,400,545 ] / [ 1,425,548,672 + 10,745,702 + 71,601 ] = 1.06685940
高屏分區	= [ 1,679,914,896 ] / [ 1,624,968,846 + 13,585,349 + 28,143 ] = 1.02522458
東區分區	= [ 236,751,926 ] / [ 190,405,028 + 2,356,160 + 1,100 ] = 1.22820666

5. 一般服務全區平均點值 = [12,063,841,798] / [ 11,937,673,196 + 97,062,659 + 416,360 ] = 1.00238382

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」。

$$\begin{aligned}
& 6. \text{牙醫門診總額平均點值} = \text{加總} [ \text{依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額} (BD2) \\
& \quad + \text{專款專用暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額} ] \\
& \quad / \text{加總} [ \text{一般服務核定浮動點數} (GF) + \text{核定非浮動點數} (BG) + \text{自墊核退點數} (BJ) \\
& \quad + \text{專款專用已支用點數} (\text{含品質保證保留款}) + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數} ] \\
& = [ 12,063,841,798 + 281,560,154 + 34,899,026 + 2,432,130 ] \\
& / [ 11,937,673,196 + 97,062,659 + 416,360 + 274,909,463 + 31,128,851 ] = 1.00336617
\end{aligned}$$

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  
= 125,259,249 + 53,027,453 + 34,872,992 + 1,324,000 + 107,115 + 4,039,694 + 9,297,549 + 53,632,102  
= 281,560,154

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111/06(含)以前：於111/10/01~111/12/31期間核付者。

費用年月111/07~111/09：於111/07/01~111/12/31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。

**報告事項第六案**

**提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會**

**案由：111年1至6月未申報感染管制門診診察費院所本會輔導結果案。**

**說明：**

- 一、依據111年度第4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1至6月未申報感染管制門診診察費院所本會輔導結果詳如附件1(報6-3)。

**本署意見：**

- 一、依據111年牙醫門診加強感染管制實施方案(附件2、報6-4)之規定，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。
- 二、檢視牙全會提供輔導情形，包含持續輔導、無人接聽及表示無意願者，總計為18家牙醫診所(1家為111年起新特約診所、17家為原特約)，建議口腔健康司函請地方衛生主管機關納入牙醫診所督導考核，優先進行訪查，確保其符合基本感染管控標準。
- 三、有關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，再提案討論。

**決定：**

## 111 年 1 至 6 月未申報感染管制門診診察費之院所

## 一、未申報院所數

分區	醫院		基層		總計
	新特約	原特約	新特約	原特約	
台北	-	1	18	29	48
北區	-	-	4	1	5
中區	-	-	3	4	7
南區	-	1	2	-	3
高屏	-	-	1	-	1
總計	-	2	28	34	64

備註：新特約為 111 年起特約院所、原特約為 111 年以前已特約院所。

## 二、六分區回復輔導情形(摘錄重點)

層級	基層								醫院		合計家數
分區	台北		北區		中區		南區	高屏	台北	南區	
特約狀況	新特約	原特約	新特約	原特約	新特約	原特約	新特約	新特約	原特約	原特約	
已申報	16	11	4		3	1	2	1			38
經輔導會開始申報	1	2							1		4
已歇業						1					1
未申報牙科案件										1	1
僅 A3 預防保健				1		1					2
持續輔導中	1	1									2
多次聯繫無人接聽		2									2
無意願		13				1					14
合計家數	18	29	4	1	3	4	2	1	1	1	64

### \*備註：

1. 未申報牙科案件：南區醫院因急診試辦計畫才成立的牙科部門，未申報一般牙科案件。
2. 僅 A3 預防保健：北區 1 家、中區 1 家均為衛生所，僅辦理 A3 案件，未申報診察費。
3. 112.2.20 更新

## 111 年牙醫門診加強感染管制實施方案

108 年 5 月 3 日健保醫字第 1080005789 號公告修訂

108 年 9 月 27 日健保醫字第 1080013359 號公告修訂

109 年 2 月 13 日健保醫字第 1090001497 號公告修訂

109 年 9 月 21 日健保醫字第 1090013138 號公告修訂

110 年 3 月 10 日健保醫字第 1100032876 號公告修訂

111 年 6 月 23 日健保醫字第 1110109120 號公告修訂

### 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。

### 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 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）。

### 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。

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。

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)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 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。
  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。
- (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 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。

(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。

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。

## 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：112 年度牙醫門診總額地區預算分配案，提請討論。

說明：

- 一、依據 14-9 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理並提送健保會討論。
- 二、112 年地區預算分配方式調整，「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 9.2202 億元，「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」移撥 0.15 億元，共 12.9702 億元。
  - (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，為避免因預算不足排擠偏鄉民眾就醫之權利，由一般預算提撥 2 億於此。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。
  - (二)「牙醫特殊醫療服務計畫」，經費 0.5 億元由一般服務支應，為避免因預算不足排擠身障民眾就醫之權利，由一般預算提撥 0.5 億於此。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。
  - (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」移撥 0.8 億元，以疏緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題。
  - (四)「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，移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.2 億元及 0.1 億元。
  - (五)「牙周病統合治療方案」經費 9.2202 億元，六區預算按 110 年 7 月至 111 年 6 月第二階段支付 91022C 之申報件數執行率分配，詳如附件 1 (討 1-4)。

(六)「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」經費 0.15 億，為獎勵該季點值不到 1.0 的分區配合執行(91090C)，112 年由一般預算提撥 1 千 5 百萬，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，該預算按季均分及結算。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)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。

### 三、112 年牙醫門診總額醫療給付費用各項定義及計算方式說明：

(一)112 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額。

(二)醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用專用移撥款。

(三)牙醫特殊醫療服務計畫移撥款。

(四)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移撥款。

(五)中區及高屏投保人口就醫率全國最高二區之保障款。

(六)牙周病統合照護分配至各區預算。

(七)高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)移撥款。

(八)112 年各季一般服務部門分配至各分區預算。

(九)112 年一般服務部門六分區預算分配方式如下：

$$=[112 \text{ 年各季一般服務部門分配至各分區預算}] \times 100\% \times \\ 110 \text{ 年各分區人口風險因子}$$

(十)112 年一般服務部門六分區預算各季預算重分配方式如下：

$$= \text{一般服務部門分區預算} \times 108 \sim 110 \text{ 年各季結算核定點數(浮動} \\ + \text{非浮動核定點數} + \text{核退自墊金額)} \text{占率之年平均值。}$$

(十一)若由一般移撥經費有剩餘，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。

**本署意見：**

本案經全民健康保險會 111 年 11 月 18 日召開「衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 11 次委員會議」之決議(附件 2、討 1-5)，112 年「牙周病統合治療方案」移撥經費應維持 111 年之額度 8.724 億元，其餘依牙全會建議通過，共計 12.474 億元，本案建議依前開決議辦理。

**決 議：**

**推估112年牙統經費及件數分配情形**  
(以110年7月至111年6月牙周病統合治療方案執行率計算)

分區	110年 平均R值	110年7-12月 執行件數 (以91022計算)	111年1-6月 執行件數 (以91022計 算)	推估全國 執行占率	112年牙統91021~91023預算3073.4百萬元			
					112年推估 分配款項 (100%R值)	112年推估 分配款項 (70%R值)	112年推估 分配款項 (30%執行率)	112年推估 分配款項 (70%R值，30%執行率)
台北	0.3708625	49,502	47,935	37.42%	1,139,808,808	797,866,165	345,017,888	1,142,884,053
北區	0.1631925	19,813	18,266	14.62%	501,555,830	351,089,081	134,835,187	485,924,268
中區	0.1811500	24,633	25,200	19.14%	556,746,410	389,722,487	176,455,314	566,177,801
南區	0.1266525	13,960	13,286	10.46%	389,253,794	272,477,655	96,476,260	368,953,916
高屏	0.1385750	22,060	21,875	16.87%	425,896,405	298,127,484	155,570,891	453,698,374
花東	0.0195675	1,999	1,860	1.48%	60,138,755	42,097,128	13,664,460	55,761,589
全國	1.0000000	131,967	128,422	100.00%	3,073,400,000	2,151,380,000	922,020,000	3,073,400,000

備註:112年全年預算=前一年預算x當年一般服務成長率=3,052.0百萬\*(1+0.702%)=3073.4百萬元

## 【健保會會議資料】

## (二)本會研析意見：

## 1.第 1 項至第 4 項及新增第 6 項，建議可依照牙全會所提用途及經費：

牙全會建議前 4 項移撥用途及經費，係比照 111 年度維持不變。新增第 6 項「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」，移撥經費 0.15 億元，係為加強推動 111 年度一般服務新增項目「高風險疾病口腔照護」，尚屬合理。

## 2.第 5 項「牙周病統合治療方案」用途同過去年度，但 112 年度移撥經費額度較 111 年度為高，建請討論：

## (1)歷年移撥經費及計算方式(詳下表)：

- ①108~111 年度移撥比率分別為 90%、70%、50%、30%，逐年減少 20%，移撥經費介於 25.272 億元~8.724 億元，且逐年降低。
- ②112 年度移撥經費 9.2202 億元，較 111 年度 8.724 億元為高，經洽牙全會，其計算方式為 30%\*30.734 億元，移撥比率仍維持 111 年度之 30%，惟其方案預算基礎 30.734 億元改以 108 年該方案一般服務預算(28.08 億元)累滾至 112 年之費用計算。相較 111 年度，因方案預算基礎成長，雖移撥比率維持不變，移撥經費額度仍呈現增加情形。

年度	移撥比率 (A)	方案預算基礎 (億元) (B)	移撥額度 (億元) (C=A*B)
108	90%	28.08 =108 年該方案預算(28.08)	25.272
109	70%		19.656
110	50%		14.04
111	30%	29.08 =108 年該方案預算(28.08) *(1+109 年度一般服務成長率 3.559%)	8.724

年度	移撥比率 (A)	方案預算基礎 (億元) (B)	移撥額度 (億元) (C=A*B)
112 (牙全會 建議案)	30%	30.734 =108年該方案預算(28.08) *(1+109年度一般服務成長率 3.559%) *(1+110年度一般服務成長率 3.054%) *(1+111年度一般服務成長率 1.843%) *(1+112年度一般服務成長率 0.702%)	9.2202

**(2)建議 112 年度移撥經費不宜大於 111 年度(8.724 億元)：**

牙周病統合治療既屬一般服務項目，則理應回歸以民眾需求面之人口占率分配為宜，而牙全會為考量對服務面之點值影響，乃於過渡期訂有特定用途移撥款，依申報件數執行率分配，但移撥款應逐年遞減方屬合理。爰建議 112 年度移撥經費不宜大於 111 年度，至多維持 111 年度經費額度 8.724 億元。

**(3)建請委員討論本項移撥經費額度：**

①牙全會建議移撥額度 9.2202 億元(較 111 年度增加約 0.5 億元)。

②本會建議移撥額度 8.724 億元(同 111 年度)。

七、依 112 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。

## 【健保會會議決議】

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第11次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年11月18日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、曾幼筑

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、林委員綉珠、侯委員俊良、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員鈺民、許委員馥洪、陳委員石池(台灣醫學中心協會工作小組游委員進邦代理)、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員彥廷、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會李常務監事懿軒代理)、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊(台灣醫療改革基金會劉董事梅君代理)、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

陸、討論事項(詳附錄第錯誤! 尚未定義書籤。~錯誤! 尚未定義書籤。頁)

### 第二案

提案單位：本會第三組

案由：112年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保

證保留款額度 1.164 億元)移撥 12.474 億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」、「牙周病統合治療方案」及「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」等 6 項特定用途，其中用於「牙周病統合治療方案」之額度為 8.724 億元。

2.移撥經費若有剩餘，優先用於「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。

3.扣除上開移撥費用後，預算 100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

## 討論事項第二案「112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳：謝謝各位委員，我們繼續進行，接下來要進行的是討論事項，討論事項第一案，請宣讀。啊，不是，討論事項第二案，請宣讀。

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

陳組長燕鈴：向委員說明，根據健保法，我們協商完以後，還要討論各總額的地區預算相關分配，目前其他的 3 個部門地區預算分配，我們已經完成討論，今天是最後 1 個牙醫門診總額 112 年度地區預算分配。目前牙全會已經在 10 月份把 112 年地區預算分配建議方案送本會討論，112 年度總額經本會協定的共識方案，一般服務成長率是 0.702%。

有關牙醫門診總額歷年地區預算執行概況，在會議資料第 77 頁，其實牙醫部門是第一個很早達到 100%，依照各地區校正人口風險(年齡性別指數)的保險對象人數占率，就是 R 值分配，從 95 年開始就達到 100%。

請看到會議資料第 78 頁，至於特定用途移撥款的部分，是從 99 年度起移撥部分一般服務預算作為特定用途。有關於它的歷年用途，彙整於會議資料第 80 頁彙整表，等一下會說明，我先就其中第 5 項，用於牙周病統合治療方案的部分，我說明一下它的緣由。牙周病統合治療方案，我們在 108 年度總額從專款導入一般服務預算是 28.08 億元，導入一般服務的初期，牙全會為了避免衝擊點值，所以初期先從一般服務移撥部分經費，但是依照各區執行率去分配這一筆預算，而不是依照 R 值分配。

牙全會也參考 107 年評核委員建議及委員會決議，所以牙全會就規劃以 5 年為期，會逐年調降依各分區執行率分配這筆預算的比率，移撥比率會逐年回歸下降，最後回歸依照 R 值分配，

我們就查 108~111 年度這筆費用的移撥比率逐年減少 20%，從 90% 一直降到 111 年的 30%，同時我們也在去年 11 月委員會議決議，牙周病統合治療方案從 113 年起回歸依照各區 R 值分配，也就是移撥經費不再用於牙周病統合治療方案這個方案。

我們再看就是牙全會所提出的建議方案，在會議資料第 78 頁這邊，在一般服務預算的分配部分已經 100% 依照 R 值分配了，特定用途移撥款的部分，建議移撥 12.9702 億元用於 7 項項目，這部分我們看一下，第 1 項是醫不足的，第 2 項是特殊醫療服務計畫，第 3 項是弱勢鄉鎮，前 3 項都是屬於弱勢民眾保障，也是延續性項目。第 4 項是用於保障全國就醫率最高二區，這也是延續項目。第 5 項是牙周病統合治療方案，這部分剛剛說明了，它也是延續，112 年移撥經費是 9.2202 億元，依據申報的執行率分配。第 6 項是高風險疾病患者牙結石清除，經費 0.15 億元，這是新增的項目，主要是鼓勵執行高風險疾病患者牙結石清除的這個項目的點值，最高補到每點 1 元。第 7 項就是說，如果這個有結餘的話，優先用於急診醫療不足區的獎勵試辦方案，如果最後有剩餘，回到 R 值分配到各區。

至於健保署對牙全會所提建議方案的執行面意見，在會議資料第 95 頁附件二，請委員參考。

我們看到 112 年度牙醫的部分，已經 100% 依照各地區校正人口後的保險人數 R 值分配，所以真的要討論的是特定移撥款的部分，我們有去彙整 108~111 年度的表，請參考會議資料第 80 頁的表，其中第 1~4 項的用途跟經費都跟 111 年度相同，第 5 項牙周病統合治療方案部分，用途是一樣的，但經費是 9.2202 億元，比 111 年度的 8.724 億元增加，在會議資料第 80 頁可以看到，第 6 項是新增 0.15 億元。

請看到會議資料第 81 頁本會研析意見，第 1 項至第 4 項及新增第 6 項建議依照牙全會研擬的用途跟經費，因為前 4 項移撥

是比照過去，第 6 項是要加強推動 111 年度新增項目，尚屬合理。但第 5 項牙周病統合治療方案的用途跟過去年度相同，但 112 年度移撥經費是高於 111 年度，這部分建請委員可以考量與討論。

我們可以看到會議資料第 81 頁最下面的那張表，108~111 年的移撥比例逐年減少 20%，所以移撥經費從 25.272 億元降到 111 年的 8.724 億元。今年 112 年度牙全會提出的移撥經費 9.2202 億元，之所以會比 111 年度的 8.724 億元高，經了解因為雖然移撥比例都是 30%，但計算 30% 的方案預算基礎是用 108 年一般服務預算的 28.08 億元一直累滾到一般服務的成長率，累滾到 112 年的費用去計算，base 相對比較高，雖然移撥經費不變，但是額度還是呈現增加的情形，可以看到會議資料 81 頁的表，111 及 112 年都是 30% 的移撥比率，但 112 年的 9.202 億元是高於 111 年的 8.724 億元。

請看會議資料 82 頁，我們是建議 112 年移撥經費不宜大於 111 年度，理由是這個治療已經回歸一般服務，理應回歸以民眾需求面的人口占率分配為宜，依申報件數執行率分配的部分，移撥款應該逐年遞減比較合理，建議移撥經費不要大於 111 年度，至多維持 111 年度的 8.724 億元，就請委員去討論本項經費移撥額度為多少，牙全會建議 9.2202 億元、本會建議 8.724 億元。

其他的部分就是一樣，跟各部門都一樣，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如果還需要點值保障，請健保署會同牙醫部門去議定後，於 12 月底前送本會同意後執行。一樣依協商原則，提報內容要包含保障點值的理由及其對總額預算的影響。相關參考資料如表 1~7，請委員參考。

擬辦的部分，本案經委員討論確定後，併其他各部門地區預算分配方式，報請衛福部核定。至於執行面及計算細節(含特定用

途移撥款)的部分，授權健保署會同牙醫部門去議定，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。以上說明。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，接下來請牙全會陳理事長說明，謝謝。

**陳委員彥廷：**本會循照慣例，是最早達到 100%的往人口的分配，我們利用這些預算調配，第一個是保障弱勢醫療，第二是有一些專案計畫剛開始實施時，因為醫療提供及民眾就醫習慣還沒建立，因為這 2 年牙周統合部分，我們的確還有 1 個落差存在，因為牙周統合基本上 1 個療程至少要 6 個月，衡諸我們實際就醫情況，所以我們建議明年度不往前走。至於額度的部分，因為當時並沒有把它的 base 會放大這件事考慮在內，如果委員們希望維持原來的預算額度，那我們也會接受，不過我們當時只是因為維持在 30%，如果維持在那個額度基本上就不是 30%了，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，我問一下牙全會，所以你們現在提出的 112 年度目前這樣的一個分配方式，也是跟健保署共同討論出來的嗎？沒有。好，接下來，就請委員來提出意見。滕委員請。

**滕委員西華：**謝謝牙全會的這個資料，提撥款就是牙全會這幾年來都一直把原本，應該講說原本的風險基金是為了補 R 值前進或 R 值到 100%之後，因為人口校正所產生就醫利用率點值的誤差或者是因為就醫利用率提高之後醫療資源分配沒有往比較需要地方去走設的。

但是這幾年來因為牙醫的地區預算分配裡面風險調控基金，跟別的總額比較不一樣的是他有多項計畫其實是去補專案的不足，那補專案的不足這件事情就跟總額協商付費者代表給的錢或者是牙全會提出來的專案金額是不是核實有關。究竟是提出來的時候就不足，所以我們用風險基金去補，那一邊執行率就可以變高，就是本來就不夠，執行率就會變得績效很好，還是說付費者給的錢的需要這幾年來都一直不夠，如果不夠的話，應該是要在隔年協商費用執行率超過 100%，導致部分可能有一些點值一直持續，

又採浮動偏低的應該要在隔年把成長率拉起來，這樣子比較合理，比較可以實際反映總額的需求。

但是因為雖然說用風險調控是牙醫自己總額從一般服務切過來，感覺好像付費者是沒有多花錢，但這樣長期我們就很難以知道將來滾入一般服務的時候，如果這樣去補的話，究竟我們的錢其實對不對。所以是不是之後我們牙醫的風險調控基金，這個風險基金是要這樣移撥，可能牙全會這邊要再考量一下，這是第 1 點。

第 2 點，因為他是要補人口風險 R 值的關係，所以我們反而是在其他的錢都優先補完，還有剩，才回到一般服務去補這個 R 值，比方說我們還有優先要用牙醫急診不足，就是會議資料第 79 頁(7)這一點。但是這個兩年來都 0，一直都沒有，是不是還有必要存在，而不是說剩下的全部回歸第 4 季人口因子去依 R 值分配，就是有沒有必要留喔。

還有就是牙醫特殊醫療，這 2 年 110 年、111 年也都是一直執行經費是 0，連續 2 年都是 0，這邊還要留著分配的理由是什麼，雖然還是那句話，用不完那還是會滾回去一般服務去補 R 值沒有錯，如果用不到又要放在這裡，這個很特別啦。

第 3 點是，我也覺得牙統今年執行率其實沒有很好，其實 8 億多，其實也一直都只有 2 億多，所以有沒有必要在隔年再增加到 9 億多，這個也要再考量。而且我們拿來補這個結石要到每點 1 元，這個也是照理說要補點值應該要像我們投保分區如會議資料第 79 頁(4)，就醫率最高的兩區，中區跟高屏，因為中區跟高屏你看點值都在第 4 名跟第 5 名，他從 103 年開始長期以來大概都是第 4 名跟第 5 名，我們又一直都給他 2 千萬、1 千萬左右的錢，墊底是臺北區，他還是長期一直是 4 名跟 5 名，如果要按照 R 值分配的精神，他不是應該要去補單項服務到每點 1 元啊！他

應該是要回歸去加強撥補給全國就醫率最高的兩區，提高那個金額，看起來是比較符合分區預算分配的精神。

所以我覺得我的結論是，我不是很能夠支持第 7 項的部分，還要用在牙醫急診撥補，因為他已經都是 0，應該要回歸到 R 值，第 2 個每點補到 1 元這件事情，還有牙統要不要增加這件事情，我都還蠻有疑慮的，以上，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，陳委員請。

**陳委員秀熙：**最主要是給牙全會的 1 個建議，就是說其實我們知道，我看到牙統這個的計畫，我想說，其實牙周病從過去這 10 年來，老實講我覺得這個部分跟相對其他牙科的醫療服務上，點值上的變化我覺得牙全會應該要基於幫助保險人、被保險人去做一下評估，因為你也知道我們現在很多學校的教育牙周病其實是弱勢，因為他的整體而言在牙周的部分其實不是只有洗牙而已，整個民眾對於牙周，當他的 CPI<sup>(註 1)</sup>值變高的時候或是他整個的 lose attachment<sup>(註 2)</sup>現象出現的時候，他這個需要的需求，事實上是很高的，其實這一塊我一直認為在台灣民眾對於牙周病不但存在城鄉之間的差異，而且需求是很高，除了牙統這個整合每次都在洗牙這邊，洗牙是前面第一關沒有錯，可是當你年紀越來越大的時候，這個牙周部分要處理，我一直認為牙全會應該了解這一個整個牙周病 provider 這個地方跟你其他的蛀牙，其他的 endo<sup>(註 3)</sup>這些其實都有差異。

所以你應該在總額下面幫助消費者，幫助這個保險機關健保署去規劃你長期以來這個預算要怎麼提撥調整，如果有剩下的錢，比方講今天你急診沒辦法做，那你整合要做，可是你這些相對之間，provider 之間的專業上面對於點值上面的差異，因為這一點對牙科非常重要，他決定今天所有牙科醫師後面人力供需平衡，那我們現在其實在學校教育都已經受到衝擊，所以我希望牙全會應該要從這個地方去整體評估才是 1 個良計，不然的話你老是

從 R 的東西來做調整，對民眾幫忙以及對保險人這邊他可以幫助你的這樣的調整比例，光光靠人口風險是不夠的，以上建議，謝謝。

註 1：CPI(Community Periodontal Index，社區牙周指數)。

註 2：lose attachment：係指牙周附連喪失(clinical attachment loss, CAL)。

註 3：endo(Endodontics treatment，根管治療)。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，如果沒有其他的意見，我再請陳理事長做回應。

**陳委員彥廷：**先回答滕委員的幾個疑問，其實我們這裡，譬如說我們的醫療資源不足地區的獎勵方案，基本上是專案式補助的是加乘，或者是執業的計畫，一般實質上的服務內容是用一般的預算論量，因為各區的醫療資源不足的比例跟我們人口結構其實是不一致的，所以相對來講在某些區就會不夠，比如說花東，他的醫不足人口占率超過 2% 很多，所以事實上他們在我們撥補的錢裡面會拿到接近 5%，所以如果沒有這個撥補，花東在這部分會萎縮，所以我們顧慮的是這件事。

那至於特殊醫療，我們剛好因為這兩年疫情的關係服務量沒有這麼多，可是我們以往曾經發生過他超出我們的預算，就會點值不到 1，所以我們是預留一個機制讓他一整年點值都維持 1，這是我們這樣想。

所以基本上我們現在列的幾個項目有考慮到這些因素，至於說撥補如果沒有用完或怎麼樣，就剛好是這幾年的一些狀況而已，所以其實我們在更早之前幾乎這些費用都有用到。

第二個是我們陳老師所提的問題，牙周統合跟牙周固本，都是做所謂的齒齦下刮術、根面整平，他其實如果能夠包含之前、之後的衛教跟個人口腔技巧的提升，那麼他就是我們所謂的基礎治療，所以我們很在意的是基礎治療的人要夠多，以我們目前在看，真正有做基礎治療的人數其實不夠，因為如果我們用之前的 1 個研究來看的話，大概有接近 800、900 萬的人會需要做，那我們

1 年最多就是做 30 萬，以現在的狀況實質上只做到 24 萬人次，所以基本上需要多努力幾年沒有錯，謝謝老師的提醒。

我們另外一個部分，有一些民眾可能沒有辦法完整的接受整個療程，所以我們再加上今年也有提到的固本，也就是說我們從不同的牙齒顆數，也是一樣做齒齦下刮術，只是他沒有辦法做完完整的，之前的評估，之後還要再看他的改善的情況，固本的那一部分差異在這裡。所以我們牙醫全聯會這邊我們其實還是鼓勵有需要的民眾能夠接受牙周統合照護計畫，因為他在治療前後，牙周病情的確是明顯的改善，而且他們自我照護的能力會提升，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，李委員請。

**李委員永振：**這一個會議資料第 80 頁裡面，對第 5 項的這個地方我是覺得他的趨勢怪怪的，是不是牙全會可以說明一下，因為你看後年就落入了嘛，就歸零了嘛，那剛才我們幕僚同仁也有分析，我個人是覺得不是維持去年的額度而已，應該要更低才對，這樣整個邏輯，你要落入的時候才會比較合理，那個落差也不會那麼大，你如果說不要每年都減 20%，至少減個比較明顯的嘛，不然你要維持 30% 到底理由在哪裡，是不是可以說明一下。

另外，第 6 項，我記得這好像是新增的項目，你新增的項目都沒有經驗就要留 1,500 萬在那邊，而且這個新增的項目我記得還有未執行還要再扣回，那我要求你要落實執行，結果你拿那個誘餌去引誘他來衡量嗎？這樣是不是整個政策考量的方面會矛盾？你如果說有經驗之後，到底哪裡不足，再來考量這一個是不是會比較合理？不然的話我現在錢先給你，我要求你要做好，不然的話沒有執行要扣回，結果你要保障他的話，就是吸引他來做，這樣整個考量好像有點矛盾，所以是不是這 1 項先不要列，如果還需要的話，有經驗再講，這樣會比較好，謝謝。

**周主任委員麗芳：**來，干委員請。

干委員文男：陳理事長，我看維持去年就好了，111 年就好了，增加反而增加你們的困難啦，尤其新的還沒有長成什麼樣子還要增加，不要減就好了，維持 111 年就好了。

周主任委員麗芳：你是全部嗎？全部都維持 111 年，第 6 項不要加嗎？

干委員文男：對啦，對啦，111 年，這部分。

周主任委員麗芳：你是 80 頁整個表都全部嗎？

干委員文男：他是增加，要增加 0.5 億嘛，牙周病啦！

周主任委員麗芳：喔，你講第 5 項啦，所以第 6 項你沒有意見，只有第 5 項有意見。好，我們就請理事長來回應一下。

陳委員彥廷：謝謝 2 位委員的提問，那個對於高風險疾病患者，其實我們現在辦 1 個新項目上去以後，醫療資源充沛的地區是比較容易執行，所以我們在都會區比較，那都會區點值剛好都比較低，所以他其實是不希望去懲罰，所以這一部分沒有說是鼓勵大家要往這邊所謂的衝量，因為事實上我們在執行上面就會說都會區的人做了以後，譬如說他拿的是 0.9，那他其實是沒有拿到足夠的錢，我們現在希望說全國大家都能夠注意這件事情，所以基本上說獎勵，應該講說是鼓勵大家要對於新的項目他應該要花比較多的心思，把他融入他的平常醫療提供的行為裡面，大概我們的想法是這樣，至於說剛剛干委員所提的，我們同意，就是額度按照去年的，以上。

周主任委員麗芳：好，謝謝，所以這個案子，就是剛剛談下來大家對於第 5 項都比較建議是維持去年，我先做這樣一個決議。

決議有 3 項，第 1 項，112 年度牙醫門診總額地區預算分配方式，100% 依照各地區校正人口風險後之保險對象人數佔率 R 值分配。

第 2 項，自一般服務移撥 12.474 億元，作為特定用途移撥款，用於牙全會建議之 7 項用途項目，其中第 5 項牙周病統合治療方案，建議 112 年度移撥經費維持 111 年度 8.724 億元。

第 3 項，其餘內容依會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理。

好，謝謝，接下來進行第三案，謝謝。

**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「112年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案，**  
**提請討論。**

**說明：**

- 一、依據 14-9 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、修訂對照表詳附件 1 (討 2-3)。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
  - (一)核發資格二文字由「不符合加強感染管制院所」修訂為「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)全口牙結石清除第 1、2 項次指標醫令代碼。
  - (三)刪除專業獎勵指標-(四)全口牙結石清除第 3 項次指標內容。
  - (四)政策獎勵指標-(二)牙周病統合照護品質，核算基礎調降為 5%。
  - (五)政策獎勵指標：新增「高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)」；操作型定義：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；核算基礎 10%。

**本署意見：**

- 一、前開牙全會修訂意見，本署尊重。
- 二、為提升指標鑑別度，建議可考量調整 110 年達成率大於 90%之專業獎勵指標之閾值(110 年指標達成率詳附件 2，討 2-14)：
  - (一) 指標 1A：65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率  $\leq$  7%，現行符合本項指標之院所數為 6,739 家，達成率 94.38%，如調整閾值為  $\leq$  4%，達成率為 86.96%。

指標1A：65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率					
閾值	$\leq$ 7%	$\leq$ 6%	$\leq$ 5%	$\leq$ 4%	$\leq$ 3%
達成院所數	6739	6636	6475	6209	5800
達成比率	94.38%	92.94%	90.69%	86.96%	81.23%

(二) 指標 1C：院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數 $\geq 20$  顆，現行符合本項指標之院所數為 6,574 家，達成率 92.07%，如調整閾值為 $\geq 40$  顆，達成率為 86.53%。

指標1C：院所該年65歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數					
閾值	$\geq 20$	$\geq 25$	$\geq 30$	$\geq 35$	$\geq 40$
達成院所數	6574	6485	6380	6273	6178
達成比率	92.07%	90.83%	89.36%	87.86%	86.53%

(三) 指標 3B：恆牙根管治療未完成率 $< 30\%$ ，現行符合本項指標之院所數為 6,632 家，達成率 92.89%，如調整閾值為 $< 20\%$ ，達成率為 86.76%。

指標3B：恆牙根管治療未完成率					
閾值	$< 30\%$	$< 25\%$	$< 20\%$	$< 15\%$	$< 10\%$
達成院所數	6632	6477	6195	5735	4829
達成比率	92.89%	90.71%	86.76%	80.32%	67.63%

(四) 指標 4A：全口牙結石清除比率 $> 20\%$ ，現行符合本項指標之院所數為 6,959 家，達成率 97.46%，如調整閾值為 $> 40\%$ ，達成率為 89.92%。

指標4A：全口牙結石清除比率					
閾值	$> 20\%$	$> 25\%$	$> 30\%$	$> 35\%$	$> 40\%$
達成院所數	6959	6854	6751	6618	6420
達成比率	97.46%	95.99%	94.55%	92.69%	89.92%

三、有關本次新增之政策獎勵指標：「高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)申報件數 12 件(含)以上」，經統計 111 年 3 月至 9 月醫院及診所申報情況(詳附件 3，討 8-17)，半年間申報 $\geq 12$  件之醫院為 49 家(27.37%)、診所 131 家(1.92%)。

四、110 年牙醫門診總額品質保證保留款核發結果請參考附件 4(討 2-19)。

決 議：

**112 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂對照表**

修訂內容	原內容	說明
<p><b>壹、依據</b></p> <p>全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	<p><b>壹、依據</b></p> <p>全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	<p>本項未修訂。</p>
<p><b>貳、預算來源</b></p> <p>全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。</p>	<p><b>貳、預算來源</b></p> <p>全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。</p>	<p>本項未修訂。</p>
<p><b>參、方案目的</b></p> <p>本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。</p>	<p><b>參、方案目的</b></p> <p>本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。</p>	<p>本項未修訂。</p>
<p><b>肆、核發資格</b></p> <p>牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且無下列情形者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：</p> <p>一、醫療行為異常暨違規院所：</p> <p>(一)牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。</p>	<p><b>肆、核發資格</b></p> <p>牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且無下列情形者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：</p> <p>一、醫療行為異常暨違規院所：</p> <p>(一)牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。</p>	<p>本項未修訂。</p>

修訂內容	原內容	說明
<p>(二)保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。</li> <li>2. 三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條處以停止特約者。</li> <li>3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條處以終止特約者。</li> </ol> <p>[註]: 上述違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者), 倘停止或終止特約之期間為跨年度者, 該期間涵蓋所屬之年度, 均不予核發。</p> <p>二、<del>不符合加強感染管制院所: 院所未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且院所全年度</del>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。</p>	<p>(二)保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。</li> <li>2. 三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條處以停止特約者。</li> <li>3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條處以終止特約者。</li> </ol> <p>[註]: 上述違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者), 倘停止或終止特約之期間為跨年度者, 該期間涵蓋所屬之年度, 均不予核發。</p> <p>二、不符合加強感染管制院所: 院所未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且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。</p>	<p>同意修訂核發資格二文字。</p>
<p>伍、核發原則：</p> <p>一、專業獎勵: 共四項指標, 核算基礎為 70%, 詳附表 1。</p>	<p>伍、核發原則：</p> <p>一、專業獎勵: 共四項指標, 核算基礎為 70%, 詳附表 1。</p>	<p>本項未修訂。</p>

修訂內容	原內容	說明
<p>二、政策獎勵：共六項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。</p> <p>三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。</p> <p>[註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100% 為上限</p> <p>四、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。</p>	<p>二、政策獎勵：共六項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。</p> <p>三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。</p> <p>[註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100% 為上限</p> <p>四、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。</p>	
<p><b>陸、預算分配與支用</b></p> <p>一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下：</p>	<p><b>陸、預算分配與支用</b></p> <p>一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下：</p>	<p>本項未修訂。</p>

修訂內容	原內容	說明
<p>(一) 該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費) × 平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數) × ∑ 核算基礎比率</p> <p>(二) 該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/∑ 各院所核算基礎點數) × 當年度品質保證保留款</p> <p>二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(一)款之特約醫療院所名單，以及衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及附表 3 加計獎勵指標(一)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。</p>	<p>(一) 該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費) × 平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數) × ∑ 核算基礎比率</p> <p>(二) 該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/∑ 各院所核算基礎點數) × 當年度品質保證保留款</p> <p>二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(一)款之特約醫療院所名單，以及衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及附表 3 加計獎勵指標(一)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。</p>	
<p><b>柒、其他事項</b></p> <p>辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當</p>	<p><b>柒、其他事項</b></p> <p>辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當</p>	<p>本項未修訂。</p>

修訂內容	原內容	說明
時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。	時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。	
捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	本項未修訂。

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別		說明
			醫院	基層	
(一) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率	<p>65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率 <math>\leq 7\%</math> <del>4%</del>。</p> <p>[註]a.資料起迄時間：當年。</p> <p>b.資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率。</p> <p>c.分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病患同牙位於該醫療院所所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙牙冠顆數。</p> <p>d.分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。</p> <p>e.備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)。</p> <p>f.公式：(分子/分母)×100%。</p> <p>g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 <del>109</del><b>110</b> 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。</p> <p>h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 <del>20</del><b>40</b> 顆。</p>	20%	V	V	<p>健保署說明： 考量本項指標 110 年達成率偏高，為增加鑑別度，建議調整指標閾值，老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率由 <math>\leq 7\%</math> 調整為 <math>\leq 4\%</math>(達成率將由 94.38% 下修為 86.96)、老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆調整為 40 顆(達成率將由 92.07% 下修為 86.53%)。</p> <p>修訂年度</p>
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率	<p>4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 <math>\leq 10\%</math> 者。</p> <p>[註]a.資料起迄時間：當年。</p> <p>b.資料範圍：各醫療院所該年 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率。</p> <p>c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上同病患同牙位於該醫療院所所有兩次以上(含)OD 醫令之乳牙顆數。</p> <p>d.分母：該時期(該年)該醫療院所所有 5 歲 6 個月以上病患，實施牙齒填補之乳牙顆數。</p> <p>e.公式：(分子/分母)×100%。</p> <p>f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(<del>109</del><b>110</b> 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。</p> <p>g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。</p> <p>h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。</p>	20%	V	V	<p>修訂年度</p>

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別		說明
			醫院	基層	
(三) 恆牙根管治療	<p>分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，且根管治療點數占總點數之百分比須大於 5 % 者：</p> <p>1. 恆牙根管治療完成半年後的保存率 <math>\geq 95\%</math>。</p> <p>[註] a. 資料範圍：醫療院所前一年度下半年與該年度上半年往後追溯半年所有根管治療醫令。</p> <p>b. 分子：醫療院所就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。</p> <p>c. 分母：同時期各醫療院所申報根管治療之恆牙顆數。</p> <p>d. 計算：<math>1 - (\text{分子}/\text{分母}) \times 100\%</math>。</p> <p>e. 該院所該年須有 12 個月的申報資料。</p> <p>2. 恆牙根管治療未完成率 <math>&lt; \text{30\%} - \text{20\%}</math>。</p> <p>[註] a. 定義：恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上除以根管開擴及清創。</p> <p>b. 計算公式：<math>[1 - (90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C) / 90015C]</math>。</p> <p>3. 院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90098C)且其中 1 例同時同案件下申報應含橡皮障防濕裝置(90012C)。</p>	20%	V	V	<p>健保署說明： 考量本項指標 110 年達成率偏高，為增加鑑別度，建議調整指標閾值，<u>恆牙根管治療未完成率由 <math>&lt; 30\%</math> 調整為 <math>&lt; 20\%</math></u> (達成率將由 92.89% 下修為 86.76%)。</p>
(四) 全口牙結石清除	<p>分為下列 <del>23</del> 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準：</p> <p>1. 全口牙結石清除比率 <math>&gt; \text{20\%} - \text{40\%}</math>。</p> <p>[註] a. 分子：醫療院所申報 12 歲(含)以上全口牙結石清除術(醫令代碼 <u>91004C + 91005C + 91017C + 91089C + 91090C</u>) 的人數。</p> <p>b. 分母：醫療院所牙醫門診病人數(12 歲(含)以上之病人數)。</p> <p>c. 計算：分子/分母 <math>\times 100\%</math>。</p> <p>2. 施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率 <math>&gt; 20\%</math>。</p>	10%	V	V	<p>牙全會意見 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。</p> <p>健保署說明： 考量本項指標 110 年達成率偏高，為增加鑑別度，建議調整指標閾值，<u>全口牙結石清除比率由 <math>&gt; 20\%</math></u></p>

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所 層級別		說明
			醫院	基層	
	<p>[註] <b>a.分子：</b>當年施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齶齒控制基本處置(醫令代碼 併同 <b>91004C 之 91014C+91017C+91089C+91090C+併同 91004C 之 P7101C</b>)的人數。/全部全口牙結石清除人數</p> <p><b>b.分母：</b>全部全口牙結石清除人數。</p> <p><b>c.計算：</b>分子/分母 x100 %。</p> <p>3.該醫療院所同一病人往前追溯180天內重複執行全口牙結石醫令(含跨院)件數比例≤該層級99年度全國80百分位，且依兩層級(醫院、診所)分別核算。</p> <p>[註](半年內重複執行91004C之案件數)/該醫療院所執行91004C總案件數。</p>				<p>調整為 ≥40%(達成率將由 97.46% 下修為 89.92%)。</p> <p>刪除第3項次指標</p>
核算基礎小計		70%			

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別		說明
			醫院	基層	
(一) 牙周病顧本計畫	該院所當年度特定牙周保存治療 (91015C、91016C) 及牙周病支持性治療 (91018C) 合計申報件數在 15 件(含)以上。	3%	V	V	
(二) 牙周病統合照護品質	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上，且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%。	<del>5%</del> 15%	V	V	調降核算基礎
(三) 口腔癌篩檢	醫院當年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 12 筆至健康署口腔癌篩檢資料庫。	10%	V		
(四) 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	該院所須同時符合下列二項條件： 1. 每月於健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。 2. 當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數 $\geq$ 1 件 (不含預防保健案件)。 [註]週日及國定假日之定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 所訂。	3%		V	
(五) 月平均初核核減率	<del>H0111</del> 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。	5%		V	
(六) 特殊醫療服務計畫	1. 該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上。	2%	V	V	
	2. 該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上。	2%		V	

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別		說明
			醫院	基層	
(七) <u>高風險疾病患者照護</u>	<u>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。</u>	<u>10%</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>新增指標</u>
核算基礎小計			30%	30%	

**牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-加計獎勵指標**

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別		備註
			醫院	基層	
口腔癌篩檢、戒菸治療服務	該院所當年度口腔癌篩檢資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 4 筆至健康署口腔癌篩檢資料庫，或提供戒菸治療服務。	2%		V	未修訂

附表、110 年牙醫品保款各項指標達成情形(分區別)

原因別		分區別						合計
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	
■ 核發本方案品保款								
符合		2,387	820	1,208	777	956	117	6,265
		86.02%	87.05%	88.11%	91.09%	89.77%	87.31%	87.75%
不符合		388	122	163	76	109	17	875
		13.98%	12.95%	11.89%	8.91%	10.23%	12.69%	12.25%
■ 符合本方案核發資格院所之各項指標分析(含專業及政策指標)								
◎ 專業獎勵：核發基礎為 80%，採累計方式。								
1	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	2,223	747	1,159	705	863	111	5,808
		80.11%	79.30%	84.54%	82.65%	81.03%	82.84%	81.34%
1A	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率 ≤ 7%。	2,650	880	1,332	795	961	121	6,739
		95.50%	93.42%	97.16%	93.20%	90.23%	90.30%	94.38%
1B	院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 108 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,432	835	1,253	789	981	126	6,416
		87.64%	88.64%	91.39%	92.50%	92.11%	94.03%	89.86%
1C	院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補類數須達 20 顆。	2,519	847	1,261	802	1,023	122	6,574
		90.77%	89.92%	91.98%	94.02%	96.06%	91.04%	92.07%
2	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	1,040	565	682	399	485	76	3,247
		37.48%	59.98%	49.74%	46.78%	45.54%	56.72%	45.48%
2A	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 ≤ 10%。	2,415	881	1,271	731	893	116	6,307
		87.03%	93.52%	92.71%	85.70%	83.85%	86.57%	88.33%
2B	院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(108 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,473	847	1,271	798	995	127	6,511
		89.12%	89.92%	92.71%	93.55%	93.43%	94.78%	91.19%
2C	院所該年乳牙填補類數須達 60 顆。	1,193	637	760	478	620	85	3,773
		42.99%	67.62%	55.43%	56.04%	58.22%	63.43%	52.84%
3	恆牙根管治療分為下列 4 項次指標，	1,197	424	488	364	373	51	2,897

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
	每項次指標皆需達到符合標準，獎勵20%。	43.14%	45.01%	35.59%	42.67%	35.02%	38.06%	40.57%
3A	恆牙根管治療完成半年後的保存率 $\geq$ 95%。	2,331 84.00%	801 85.03%	1,176 85.78%	754 88.39%	918 86.20%	107 79.85%	6,087 85.25%
3B	恆牙根管治療未完成率 $<$ 30%。	2,552 91.96%	886 94.06%	1,288 93.95%	791 92.73%	993 93.24%	122 91.04%	6,632 92.89%
3C	院所當年應申報至少2例根管難症特別處理(90091C-90097C)且其中1例同時童案件下申報應含橡皮障防濕裝置(90012C)。	1,401 50.49%	486 51.59%	564 41.14%	411 48.18%	419 39.34%	59 44.03%	3,340 46.78%
3D	根管治療點數佔總點數之百分比須大於5%者。	2,483 89.48%	864 91.72%	1,201 87.60%	760 89.10%	924 86.76%	110 82.09%	6,342 88.82%
4	全口牙結石清除分為下列3項次指標，每項指標皆需達到符合標準，獎勵10%。	1,943 70.02%	669 71.02%	840 61.27%	559 65.53%	579 54.37%	68 50.75%	4,658 65.24%
4A	全口牙結石清除比率 $>$ 20%。	2,721 98.05%	913 96.92%	1,335 97.37%	822 96.37%	1,036 97.28%	127 94.78%	6,954 97.39%
4B	施行全口牙結石清除，且併同牙周疾病控制基本處置(91014C)的執行率 $>$ 20%。	1,984 71.50%	696 73.89%	866 63.17%	569 66.71%	594 55.77%	70 52.24%	4,779 66.93%
4C	該醫療院所同一病人往前追溯180天內重複執行全口牙結石醫令(含跨院)件數比例 $\leq$ 該層級全國80百分位。	2,730 98.38%	906 96.18%	1,323 96.50%	837 98.12%	1,032 96.90%	128 95.52%	6,956 97.42%
◎ 政策獎勵：核發基礎為20%，採累計方式。								
5	該院所當年度特定保存治療(91015C、91016C)及牙周病支持性治療(91018C)合計申報件數在12件(含)以上，獎勵3%。	860 30.99%	317 33.65%	387 28.23%	268 31.42%	294 27.61%	44 32.84%	2,170 30.39%
6	該院所當年度第3階段診療項目申報件數在10件(含)以上，且	945	336	388	299	334	44	2,346

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
	占第1階段診療項目申報件數之比率至少達50%，獎勵15%。	34.05%	35.67%	28.30%	35.05%	31.36%	32.84%	32.86%
7	醫院當年度資料上傳(含紙本交付衛生局(所)並成功上傳)至少10筆至健康署口腔癌篩檢資料庫，獎勵10%(醫院適用)。	25	15	21	20	23	7	111
		51.02%	53.57%	58.33%	76.92%	74.19%	53.85%	60.66%
8	每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務，分為下列2項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵3%(診所適用)。	892	315	515	403	463	44	2,632
		32.72%	34.46%	38.58%	48.73%	44.78%	36.36%	37.83%
8A	每月於健保資訊網服務系統(VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。	1,031	355	527	419	488	50	2,870
		37.15%	37.69%	38.44%	49.12%	45.82%	37.31%	40.20%
8B	週日或國定假日有提供牙醫醫療服務當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數≥1件(不含預防保健案件)。	2,244	786	1,270	784	960	100	6,144
		80.86%	83.44%	92.63%	91.91%	90.14%	74.63%	86.05%
9	109年月平均初核核減率小於(等於)全國95百分位者，獎勵5%(診所適用)。	2,478	821	1,248	785	961	117	6,410
		90.90%	89.82%	93.48%	94.92%	92.94%	96.69%	92.14%
10A	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在1件(含)以上，獎勵2%(醫院、診所適用)。	199	109	232	132	159	43	874
		7.17%	11.57%	16.92%	15.47%	14.93%	32.09%	12.24%
10B	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在10件(含)以上，獎勵2%(診所適用)。	133	77	169	98	101	27	605
		4.88%	8.42%	12.66%	11.85%	9.77%	22.31%	8.70%
■不符本方案核發品保款院所之原因分析								總家數：875

原因別		分區別						合計
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	
<b>◎ 不予核發資格</b>								
0	不符合加強感染管制院所(未每月申報感染管控制診察費)。	334 12.04%	88 9.34%	99 7.22%	58 6.80%	80 7.51%	15 11.19%	674 9.44%
1	本年度12月有1個(含)月以上費用未辦理第一次暫付者。	323 11.64%	106 11.25%	138 10.07%	69 8.09%	94 8.83%	15 11.19%	745 10.43%
2	本年度內經中央健康保險署違約記點者(一年內)處分日期:110/01/01-110/12/31	2 0.07%	1 0.11%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 0.75%	4 0.06%
3	本年度內經中央健康保險署處以扣減其十倍醫療費用者。處分日期:110/01/01-110/12/31	3 0.11%	6 0.64%	5 0.36%	0 0.00%	0 0.00%	1 0.75%	15 0.21%
4	經中央健康保險署停止特約者(三年內)處分起迄日:108/01/01-110/12/31	4 0.14%	4 0.42%	15 1.09%	8 0.94%	8 0.75%	0 0.00%	39 0.55%
5	經中央健康保險署終止特約者(五年內)處分起迄日:106/01/01-110/12/31	0 0.00%	2 0.21%	1 0.07%	1 0.12%	2 0.19%	0 0.00%	6 0.08%
6	特約醫療院所所有異常醫療行為模式,經分區委員會輔導後,認其情節重大經決議提中華民國牙醫師公會全國聯合會報備者。	0 0.00%	0 0.00%	1 0.07%	2 0.23%	0 0.00%	0 0.00%	3 0.04%
<b>◎ 符合核發資格,惟指標達成率為0%,故未領取品保款</b>								
	指標達成率為0%	4 0.14%	4 0.42%	5 0.36%	2 0.23%	1 0.09%	0 0.00%	16 0.22%

### 111 年 3 月至 9 月醫院及診所申報「高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)」情況

單位：件

91090C 執行件數百分位	特約類別	
	醫院	診所
40	0	0
50	1	0
60	5	0
70	10	0
80	21	0
90	43	1
95	101	4
99	152	22
最小值	0	0
最大值	206	217
總院所數	179 家	6,813 家
申報院所數	97 家	922 家
申報比例	54.19%	13.53%
≥12 件院所數	49 家	131 家
≥12 件比例	27.37%	1.92%

註：

1. 高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)自 111 年 3 月 1 日起生效。
2. 統計區間：111 年 03 月-111 年 9 月

表 1、110 年牙醫門診總額品質保證保留款預算數

年度	106 年	110 年	合計
預算	116,382,605	87,900,000	204,282,605

年度	109 年
申復金額	57,275

年度	總計
可支用預算	204,225,330

註：

1. 本預算係由原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 110 年度品質保證保留款(87.9 百萬元)合併運用(計 204.2 百萬元)。
2. 109 年牙醫品質保證保留款發放後之申復核發金額將自 110 年牙醫品質保證保留款項下優先支應。

表 2、110 年牙醫門診總額品質保證保留款指標核發及不核發家數統計

分區	各分區 院所家數 (A)=(B)+(C)+(D)	符合獎勵條件 且領取品保款 院所家數(B)	核發金額	未領取品保款		核發院所 家數百分 比 (E)=(B)/(A)	不核發院所 家數百分比 (F)=(C+D)/(A)
				不符核 發資格 院所家 數(C)	指標達成 率為 0% 院所家數 (D)		
臺北	2,775	2,383	69,423,154	388	4	85.9%	14.1%
北區	942	816	33,514,964	122	4	86.6%	13.4%
中區	1,371	1,203	40,547,426	163	5	87.7%	12.3%
南區	853	775	27,300,746	76	2	90.9%	9.1%
高屏	1,065	955	29,715,219	109	1	89.7%	10.3%
東區	134	117	3,723,850	17	-	87.3%	12.7%
總計	7,140	6,249	204,225,359	875	16	87.5%	12.5%

註：

1. 每家院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發 204,225,330 元，與預算相較差距 29 元。
2. 核發品保款資格：牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且非醫療行為異常暨違規院所及不符合加強感染管制院所者，得核發品質保證保留款。
3. 核發獎勵指標：分為專業獎勵共四項指標，核發基礎為 70%，詳方案附表一；政策獎勵共六項指標，核發基礎為 30%，詳方案附表二。

### 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」，提請討論。

#### 說明：

- 一、依據 14-9 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、修訂對照表詳附件 1 (討 3-2)。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
  - (一)第七點六分區點值結算年度維持 109 年。
  - (二)第八點(六)、(七)項新增「惟離島地區不受此限制」文字。

#### 本署意見：

- 一、考量疫情因素，同意結算年度維持 109 年度。
- 二、有關不予核發資格之(六)未執行牙特案件 2 件(含)以上者、(七)未執行口腔癌篩檢者，新增「惟離島地區不受此限制」一節：
  - (一)以 111 年上半年執行數試算，核發金核約增加 3.6 百萬元(附件 2，討 9-16)，考量上半年未支用金額達 35.5 百萬，預算足以支應，同意不予核發資格之(六)排除離島地區。
  - (二)統計 111 年 1 月至 12 月之口腔癌盛行率(附件 3，討 9-17)，離島地區口腔癌盛行率約為 0.24%，惟考量離島地區僅有 1 家診所每季上傳口腔癌篩檢資料，為增進離島地區院所執行口腔癌意願，建議不予核發資格(七)仍應納入離島地區。
- 三、另符合弱勢鄉鎮地區之院所，其執行口腔癌篩檢上傳比例仍偏低(111 年第 1 季：16.9%、111 年第 2 季：16.7%)，請牙全會協助加強該等地區院所執行口腔癌篩檢之輔導。
- 四、酌修方案文字詳如對照表(同附件 1，討 3-2)。

#### 決議：

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修訂對照表

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
本項未修訂	本項未修訂	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
本項未修訂	本項未修訂	二、實施目的： 為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。	
三、預算來源： <u>112</u> <del>111</del> 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	三、預算來源： <u>112</u> <del>111</del> 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	三、預算來源： 111 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	修訂年度
四、實施時程： <u>112</u> <del>111</del> 年 1 月 1 日起至 <u>112</u> <del>111</del> 年 12 月 31 日止。	四、實施時程： <u>112</u> <del>111</del> 年 1 月 1 日起至 <u>112</u> <del>111</del> 年 12 月 31 日止。	四、實施時程： 111 年 1 月 1 日起至 111 年 12 月 31 日止。	修訂年度

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
本項未修訂	本項未修訂	<p><b>五、實施對象：</b></p> <p>隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付（當月歇業者如符合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七條規定視同已辦理暫付）且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。</p>	
<p><b>六、適用鄉鎮：</b>篩選條件如下：</p> <p>（一）戶籍人數小於40,000，其牙醫師人口比低於 1：<u>2,970</u>3,054(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1：<u>5,940</u> 6,108(全國平均值*4)。</p> <p>[註]：<u>110</u>109年全國牙醫師人口比為 1：<u>1,485</u>1,527。</p>	<p><b>六、適用鄉鎮：</b>篩選條件如下：</p> <p>（一）戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1：<u>2,970</u>3,054(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1：<u>5,940</u> 6,108(全國平均值*4)。</p> <p>[註]：<u>110</u>109年全國牙醫師人口比為 1：<u>1,485</u>1,527。</p>	<p><b>六、適用鄉鎮：</b>篩選條件如下：</p> <p>（一）戶籍人數小於40,000，其牙醫師人口比低於 1：3,054(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1: 6,108(全國平均值*4)。</p> <p>[註]：109年全國牙醫師人口比為 1:1,527。</p>	修訂適用鄉鎮條件

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
<p>(二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。</p> <p>(三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 <del>111</del>110年計畫起名單沿用 2 年(<del>112</del>111年計畫名單包含 <del>111</del>110年適用鄉鎮及 <del>112</del>111年適用鄉鎮)。</p>	<p>(二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。</p> <p>(三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 <del>111</del>110年計畫起名單沿用 2 年(<del>112</del>111年計畫名單包含 <del>111</del>110年適用鄉鎮及 <del>112</del>111年適用鄉鎮)。</p>	<p>(二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。</p> <p>(三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 110 年計畫起名單沿用 2 年(111 年計畫名單包含 110 年適用鄉鎮及 111 年適用鄉鎮)。</p>	<p>文字修訂並依篩選條件更新附件鄉鎮，本次新增<u>彰化縣社頭鄉、高雄市茄萣鄉及台東縣大武鄉</u>。</p>
<p><b>七、獎勵方式：</b></p> <p>(一) 獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。</p> <p>1. 六分區中點值最低之分區，屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計6%，超過50萬點部分不加計。</p> <p>[註]：六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(109年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</p>	<p><b>七、獎勵方式：</b></p> <p>(一) 獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。</p> <p>1. 六分區中點值最低之分區，屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計6%，超過50萬點部分不加計。</p> <p>[註]：六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(109年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</p>	<p><b>七、獎勵方式：</b></p> <p>(一) 獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。</p> <p>1. 六分區中點值最低之分區，屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計6%，超過50萬點部分不加計。</p> <p>[註]：六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(109年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</p>	<p><u>健保署說明：</u> 考量疫情因素，同意結算年度維持 109 年度</p>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
<p>2. 不屬前項分區但屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計5%，超過50萬點部分不加計。</p> <p>3.季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ各診所該季原核發金額)計算。</p> <p>(二) 不納入加計點數計算之案件：</p> <p>1. 預防保健案件(案件分類為A3)。</p> <p>2. 職災代辦案件(案件分類為B6)。</p> <p>3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。</p>	<p>2. 不屬前項分區但屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計5%，超過50萬點部分不加計。</p> <p>3.季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ各診所該季原核發金額)計算。</p> <p>(二) 不納入加計點數計算之案件：</p> <p>1. 預防保健案件(案件分類為A3)。</p> <p>2. 職災代辦案件(案件分類為B6)。</p> <p>3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。</p>	<p>2. 不屬前項分區但屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計5%，超過50萬點部分不加計。</p> <p>3.季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ各診所該季原核發金額)計算。</p> <p>(二) 不納入加計點數計算之案件：</p> <p>1. 預防保健案件(案件分類為A3)。</p> <p>2. 職災代辦案件(案件分類為B6)。</p> <p>3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。</p>	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
<p>4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。</p> <p>5. 「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」。</p> <p>6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。</p> <p>(三) 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。</p>	<p>4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。</p> <p>5. 「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」。</p> <p>6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。</p> <p>(三) 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。</p>	<p>4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。</p> <p>5. 「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」。</p> <p>6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。</p> <p>(三) 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。</p>	
<p>八、基層診所所有下列情形者，不予核發：</p> <p>(一) 執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。</p> <p>(二) 違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(107+06年至 111+10年)至</p>	<p>八、基層診所所有下列情形者，不予核發：</p> <p>(一) 執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。</p> <p>(二) 違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(107+06年至 111+10</p>	<p>八、基層診所所有下列情形者，不予核發：</p> <p>(一) 執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。</p> <p>(二) 違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(106 年至 110 年)至當年</p>	<p>修訂年度</p>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
<p>當年(112+111-年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次處分函所載停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。</p> <p>(三)本計畫實施前一年(111+110-年)至當年(112+111-年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達5萬點(含)以上者。</p> <p>(四)本計畫實施前一年(111+110-年)基層診所平均月初核核減率在全國90百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核核減率=基層診所每月初核核減率之合計/基層診所核定月數。</p>	<p>年)至當年(112+111-年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次處分函所載停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。</p> <p>(三)本計畫實施前一年(111+110-年)至當年(112+111-年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達5萬點(含)以上者。</p> <p>(四)本計畫實施前一年(111+110-年)基層診所平均月初核核減率在全國90百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核核減率=基層診所每月初核核減率之合計/基層診所核定月數。</p>	<p>(111年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次處分函所載停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。</p> <p>(三)本計畫實施前一年(110年)至當年(111年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達5萬點(含)以上者。</p> <p>(四)本計畫實施前一年(110年)基層診所平均月初核核減率在全國90百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核核減率=基層診所每月初核核減率之合計/基層診所核定月數。</p>	<p>修訂年度</p> <p>修訂年度</p> <p>修訂年度</p>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
<p>(五)不符合加強感染管制院所：未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且院所當季中未每月(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。</p> <p>(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：當季該院所未申報院所內牙特案件 2 件(含)以上者；<b>惟離島地區不受此限制。</b></p> <p>(七)未執行口腔癌篩檢者：當季該院所未上傳資料【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。</p>	<p>(五)不符合加強感染管制院所：未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且當季中未每月(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。</p> <p>(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：當季該院所未申報院所內牙特案件 2 件(含)以上者；<b>惟離島地區不受此限制。</b></p> <p>(七)未執行口腔癌篩檢者：當季該院所未上傳資料【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫；<b>惟離島地區不受此限制。</b></p>	<p>(五)不符合加強感染管制院所：未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且當季中未每月(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。</p> <p>(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：當季該院所未申報院所內牙特案件 2 件(含)以上者。</p> <p>(七)未執行口腔癌篩檢者：當季該院所未上傳資料【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。</p>	<p><u>健保署說明：</u> 配合 112 年牙醫品保款方案修訂文字。</p> <p><u>牙全會意見：</u> 離島地區排除第(六)、(七)項之限制。</p> <p><u>健保署說明：</u> 以 111 年上半年執行數試算離島地區排除(六)、(七)項限制後，核發金核約增加 3.6 百萬元，預算足以支應。惟為增進離島地區院所執行口腔癌意願，建議不予核發資格(七)仍應納入離島地區。</p>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
<p>本項未修訂</p>	<p><b>九、其他事項：</b></p> <p>(一) 本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。</p> <p>(二) 本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。</p>	<p><b>九、其他事項：</b></p> <p>(一) 本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。</p> <p>(二) 本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。</p>	

**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  
適用名單

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
1	台北	宜蘭縣	三星鄉	21,215	147	2	10,608
2	台北	宜蘭縣	大同鄉	6,137	9	1	6,137
3	台北	宜蘭縣	五結鄉	40,297	1,037	4	10,074
4	台北	宜蘭縣	冬山鄉	53,024	664	3	17,675
5	台北	宜蘭縣	壯圍鄉	24,366	633	2	12,183
6	台北	宜蘭縣	南澳鄉	5,954	8	1	5,954
7	台北	宜蘭縣	員山鄉	32,258	288	2	16,129
8	台北	宜蘭縣	頭城鎮	28,819	286	9	3,202
9	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	35,274	348	7	5,039
10	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	38,864	437	6	6,477
11	台北	金門縣	金沙鎮	20,732	503	1	20,732
12	台北	金門縣	金城鎮	43,000	1,980	9	4,778
13	台北	金門縣	金湖鎮	30,400	729	4	7,600
14	台北	金門縣	金寧鄉	33,070	1,108	1	33,070
15	台北	金門縣	烈嶼鄉	12,733	796	1	12,733
16	台北	金門縣	烏坵鄉	662	552	0	無牙醫鄉
17	台北	連江縣	北竿鄉	2,717	274	1	2,717
18	台北	連江縣	東引鄉	1,435	378	1	1,435
19	台北	連江縣	南竿鄉	7,638	734	6	1,273
20	台北	連江縣	莒光鄉	1,489	317	1	1,489
21	台北	新北市	三芝區	22,540	342	3	7,513
22	台北	新北市	平溪區	4,424	62	0	無牙醫鄉
23	台北	新北市	石門區	11,480	224	0	無牙醫鄉
24	台北	新北市	石碇區	7,565	52	1	7,565
25	台北	新北市	坪林區	6,703	39	0	無牙醫鄉
26	台北	新北市	金山區	21,127	429	4	5,282
27	台北	新北市	烏來區	6,416	20	1	6,416
28	台北	新北市	貢寮區	11,782	118	1	11,782
29	台北	新北市	萬里區	21,710	343	1	21,710
30	台北	新北市	雙溪區	8,468	58	1	8,468
31	北區	苗栗縣	三義鄉	15,665	226	2	7,833
32	北區	苗栗縣	三灣鄉	6,364	122	1	6,364
33	北區	苗栗縣	大湖鄉	13,884	153	1	13,884

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
34	北區	苗栗縣	公館鄉	32,397	453	5	6,479
35	北區	苗栗縣	西湖鄉	6,729	164	1	6,729
36	北區	苗栗縣	卓蘭鎮	16,196	212	3	5,399
37	北區	苗栗縣	南庄鄉	9,573	58	1	9,573
38	北區	苗栗縣	後龍鎮	35,221	465	9	3,913
39	北區	苗栗縣	泰安鄉	5,782	9	0	無牙醫鄉
40	北區	苗栗縣	通霄鎮	33,061	307	6	5,510
41	北區	苗栗縣	造橋鄉	12,177	254	2	6,089
42	北區	苗栗縣	獅潭鄉	4,158	52	0	無牙醫鄉
43	北區	苗栗縣	銅鑼鄉	17,279	220	2	8,640
44	北區	苗栗縣	頭屋鄉	10,240	195	1	10,240
45	北區	桃園市	復興區	12,354	35	1	12,354
46	北區	桃園市	新屋區	49,333	580	5	9,867
47	北區	新竹市	香山區	78,744	1,436	9	8,749
48	北區	新竹縣	五峰鄉	4,487	20	0	無牙醫鄉
49	北區	新竹縣	北埔鄉	9,035	178	1	9,035
50	北區	新竹縣	尖石鄉	9,646	18	1	9,646
51	北區	新竹縣	芎林鄉	19,872	487	2	9,936
52	北區	新竹縣	峨眉鄉	5,403	115	1	5,403
53	北區	新竹縣	新埔鎮	33,027	457	4	8,257
54	北區	新竹縣	橫山鄉	12,547	189	1	12,547
55	北區	新竹縣	關西鎮	27,775	221	6	4,629
56	北區	新竹縣	寶山鄉	14,619	226	1	14,619
57	中區	南投縣	中寮鄉	14,301	98	0	無牙醫鄉
58	中區	南投縣	仁愛鄉	15,818	12	0	無牙醫鄉
59	中區	南投縣	水里鄉	16,980	159	3	5,660
60	中區	南投縣	名間鄉	37,507	451	4	9,377
61	中區	南投縣	信義鄉	15,878	11	1	15,878
62	中區	南投縣	國姓鄉	17,965	102	1	17,965
63	中區	南投縣	魚池鄉	15,466	127	2	7,733
64	中區	南投縣	鹿谷鄉	17,231	121	2	8,616
65	中區	南投縣	集集鎮	10,461	210	1	10,461
66	中區	彰化縣	二水鄉	14,642	497	2	7,321
67	中區	彰化縣	大村鄉	38,457	1,249	6	6,410
68	中區	彰化縣	大城鄉	16,119	253	1	16,119
69	中區	彰化縣	永靖鄉	36,300	1,759	4	9,075

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
70	中區	彰化縣	田尾鄉	26,691	1,110	1	26,691
71	中區	彰化縣	竹塘鄉	14,808	351	0	無牙醫鄉
72	中區	彰化縣	伸港鄉	37,740	1,690	4	9,435
73	中區	彰化縣	芬園鄉	23,188	610	4	5,797
74	中區	彰化縣	芳苑鄉	32,720	358	1	32,720
75	中區	彰化縣	埔心鄉	34,451	1,644	5	6,890
76	中區	彰化縣	埔鹽鄉	31,919	827	2	15,960
77	中區	彰化縣	埤頭鄉	30,072	703	3	10,024
78	中區	彰化縣	溪州鄉	29,158	385	8	3,645
79	中區	彰化縣	線西鄉	16,665	921	1	16,665
80	中區	臺中市	大安區	18,864	688	1	18,864
81	中區	臺中市	外埔區	31,940	753	2	15,970
82	中區	臺中市	石岡區	14,670	806	1	14,670
83	中區	臺中市	和平區	10,809	10	2	5,405
84	中區	臺中市	新社區	24,064	349	2	12,032
85	南區	雲林縣	二崙鄉	26,029	437	0	無牙醫鄉
86	南區	雲林縣	口湖鄉	26,403	328	0	無牙醫鄉
87	南區	雲林縣	土庫鎮	28,305	577	4	7,076
88	南區	雲林縣	大埤鄉	18,604	413	4	4,651
89	南區	雲林縣	元長鄉	24,694	345	1	24,694
90	南區	雲林縣	水林鄉	24,177	331	1	24,177
91	南區	雲林縣	古坑鄉	30,868	185	3	10,289
92	南區	雲林縣	四湖鄉	22,387	290	1	22,387
93	南區	雲林縣	東勢鄉	14,155	293	2	7,078
94	南區	雲林縣	林內鄉	17,434	464	2	8,717
95	南區	雲林縣	崙背鄉	23,784	407	4	5,946
96	南區	雲林縣	麥寮鄉	47,951	598	5	9,590
97	南區	雲林縣	莿桐鄉	28,311	557	4	7,078
98	南區	雲林縣	臺西鄉	23,012	425	1	23,012
99	南區	雲林縣	褒忠鄉	12,477	337	3	4,159
100	南區	嘉義縣	大埔鄉	4,560	26	0	無牙醫鄉
101	南區	嘉義縣	中埔鄉	44,131	341	4	11,033
102	南區	嘉義縣	六腳鄉	22,196	356	1	22,196
103	南區	嘉義縣	太保市	38,536	576	8	4,817
104	南區	嘉義縣	水上鄉	49,012	709	6	8,169
105	南區	嘉義縣	布袋鎮	25,990	421	3	8,663

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
106	南區	嘉義縣	竹崎鄉	34,797	214	6	5,800
107	南區	嘉義縣	東石鄉	23,766	291	0	無牙醫鄉
108	南區	嘉義縣	阿里山鄉	5,527	13	0	無牙醫鄉
109	南區	嘉義縣	梅山鄉	18,687	156	5	3,737
110	南區	嘉義縣	鹿草鄉	14,913	275	2	7,457
111	南區	嘉義縣	番路鄉	11,180	95	1	11,180
112	南區	嘉義縣	新港鄉	31,162	472	6	5,194
113	南區	嘉義縣	溪口鄉	14,055	425	1	14,055
114	南區	嘉義縣	義竹鄉	17,602	222	5	3,520
115	南區	臺南市	七股區	22,142	201	0	無牙醫鄉
116	南區	臺南市	下營區	23,452	699	4	5,863
117	南區	臺南市	大內區	9,200	131	1	9,200
118	南區	臺南市	山上區	7,128	256	0	無牙醫鄉
119	南區	臺南市	六甲區	21,668	321	4	5,417
120	南區	臺南市	北門區	10,601	240	1	10,601
121	南區	臺南市	左鎮區	4,569	61	0	無牙醫鄉
122	南區	臺南市	玉井區	13,602	178	2	6,801
123	南區	臺南市	白河區	27,245	216	6	4,541
124	南區	臺南市	安定區	30,374	971	1	30,374
125	南區	臺南市	西港區	24,522	726	2	12,261
126	南區	臺南市	官田區	21,212	300	3	7,071
127	南區	臺南市	東山區	20,152	161	1	20,152
128	南區	臺南市	南化區	8,398	49	0	無牙醫鄉
129	南區	臺南市	後壁區	22,755	315	3	7,585
130	南區	臺南市	將軍區	19,073	454	1	19,073
131	南區	臺南市	楠西區	9,178	84	1	9,178
132	南區	臺南市	學甲區	25,293	468	7	3,613
133	南區	臺南市	龍崎區	3,768	59	0	無牙醫鄉
134	南區	臺南市	關廟區	33,941	633	3	11,314
135	南區	臺南市	鹽水區	25,001	479	8	3,125
136	高屏	屏東縣	九如鄉	21,962	523	2	10,981
137	高屏	屏東縣	三地門鄉	7,689	39	0	無牙醫鄉
138	高屏	屏東縣	竹田鄉	16,615	571	2	8,308
139	高屏	屏東縣	牡丹鄉	4,865	27	0	無牙醫鄉
140	高屏	屏東縣	車城鄉	8,278	166	1	8,278
141	高屏	屏東縣	里港鄉	25,707	373	5	5,141

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
142	高屏	屏東縣	佳冬鄉	18,620	601	1	18,620
143	高屏	屏東縣	來義鄉	7,448	44	1	7,448
144	高屏	屏東縣	枋山鄉	5,240	303	0	無牙醫鄉
145	高屏	屏東縣	枋寮鄉	23,680	410	5	4,736
146	高屏	屏東縣	長治鄉	29,470	739	3	9,823
147	高屏	屏東縣	南州鄉	10,364	546	3	3,455
148	高屏	屏東縣	春日鄉	4,947	31	0	無牙醫鄉
149	高屏	屏東縣	崁頂鄉	15,378	492	0	無牙醫鄉
150	高屏	屏東縣	泰武鄉	5,351	45	0	無牙醫鄉
151	高屏	屏東縣	琉球鄉	12,121	1,782	2	6,061
152	高屏	屏東縣	高樹鄉	23,775	264	3	7,925
153	高屏	屏東縣	新埤鄉	9,561	162	0	無牙醫鄉
154	高屏	屏東縣	新園鄉	33,939	886	6	5,657
155	高屏	屏東縣	獅子鄉	4,839	16	0	無牙醫鄉
156	高屏	屏東縣	萬巒鄉	20,189	332	1	20,189
157	高屏	屏東縣	滿州鄉	7,471	53	0	無牙醫鄉
158	高屏	屏東縣	瑪家鄉	6,768	86	1	6,768
159	高屏	屏東縣	霧臺鄉	3,247	12	0	無牙醫鄉
160	高屏	屏東縣	鹽埔鄉	24,999	388	3	8,333
161	高屏	高雄市	大樹區	41,764	624	6	6,961
162	高屏	高雄市	內門區	13,976	146	0	無牙醫鄉
163	高屏	高雄市	六龜區	12,391	64	4	3,098
164	高屏	高雄市	永安區	13,705	606	1	13,705
165	高屏	高雄市	田寮區	6,919	75	0	無牙醫鄉
166	高屏	高雄市	甲仙區	5,877	47	0	無牙醫鄉
167	高屏	高雄市	杉林區	11,541	111	0	無牙醫鄉
168	高屏	高雄市	那瑪夏區	3,147	12	0	無牙醫鄉
169	高屏	高雄市	阿蓮區	28,331	818	4	7,083
170	高屏	高雄市	美濃區	38,611	322	5	7,722
171	高屏	高雄市	茂林區	1,915	10	0	無牙醫鄉
172	高屏	高雄市	桃源區	4,223	5	0	無牙醫鄉
173	高屏	高雄市	湖內區	29,882	1,482	4	7,471
174	高屏	高雄市	旗津區	27,785	18,980	5	5,557
175	高屏	高雄市	彌陀區	18,872	1,277	2	9,436
176	高屏	澎湖縣	七美鄉	3,885	556	0	無牙醫鄉
177	高屏	澎湖縣	白沙鄉	9,907	493	1	9,907

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
178	高屏	澎湖縣	西嶼鄉	8,353	446	2	4,177
179	高屏	澎湖縣	馬公市	63,206	1,859	31	2,039
180	高屏	澎湖縣	望安鄉	5,371	390	0	無牙醫鄉
181	高屏	澎湖縣	湖西鄉	15,230	457	2	7,615
182	東區	花蓮縣	光復鄉	12,369	79	2	6,185
183	東區	花蓮縣	秀林鄉	16,143	10	1	16,143
184	東區	花蓮縣	卓溪鄉	6,036	6	0	無牙醫鄉
185	東區	花蓮縣	富里鄉	10,004	57	1	10,004
186	東區	花蓮縣	新城鄉	20,058	682	6	3,343
187	東區	花蓮縣	瑞穗鄉	11,312	83	0	無牙醫鄉
188	東區	花蓮縣	萬榮鄉	6,237	10	0	無牙醫鄉
189	東區	花蓮縣	壽豐鄉	17,589	81	2	8,795
190	東區	花蓮縣	鳳林鎮	10,821	90	2	5,411
191	東區	花蓮縣	豐濱鄉	4,376	27	0	無牙醫鄉
192	東區	臺東縣	太麻里鄉	10,925	113	1	10,925
193	東區	臺東縣	成功鎮	13,505	94	1	13,505
194	東區	臺東縣	池上鄉	8,073	98	2	4,037
195	東區	臺東縣	卑南鄉	16,961	41	0	無牙醫鄉
196	東區	臺東縣	延平鄉	3,549	8	1	3,549
197	東區	臺東縣	東河鄉	8,203	39	0	無牙醫鄉
198	東區	臺東縣	金峰鄉	3,699	10	1	3,699
199	東區	臺東縣	長濱鄉	6,926	45	0	無牙醫鄉
200	東區	臺東縣	海端鄉	4,105	5	1	4,105
201	東區	臺東縣	鹿野鄉	7,601	85	0	無牙醫鄉
202	東區	臺東縣	達仁鄉	3,489	11	0	無牙醫鄉
203	東區	臺東縣	綠島鄉	4,026	267	1	4,026
204	東區	臺東縣	關山鎮	8,420	143	2	4,210
205	東區	臺東縣	蘭嶼鄉	5,249	108	1	5,249
206	中區	彰化縣	社頭鄉*	42,026	1,163	7	6,004
207	高屏	高雄市	茄萣區*	29,812	1,891	5	5,962
208	東區	臺東縣	大武鄉*	5,635	81	1	5,635

註1：資料來源：戶籍人口數、土地面積(109+108.12內政部內政統計資料)、牙醫師數(衛生福利部109+108年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計)

註2：醫師人口比(戶籍人口數/牙醫師數)、人口密度(戶籍人口數/平方公里)

註3：\*為依112+111年計畫篩選條件名單，以110+109年相關資料計算。

**不予核發資格(六)、(七)項增加「惟離島地區不受此限制」  
111 年試算結果**

費用年季	111Q1	111Q2
符合弱勢鄉鎮地區之院所	356 家	354 家
不予核發資格(一)至(五)排除院所數	68 家	71 家
不予核發資格(六)排除院所數	130 家	157 家
不予核發資格(七)排除院所數	120 家	91 家
<b>111 年實際核發情形</b>		
實際核發家數	38 家(10.7%)	35 家(9.9%)
實際核發金額	2,213,002 元	2,265,005 元
<b>離島地區診所不受此限制後進行試算</b>		
試算核發家數	75 家(21.1%)	72 家(20.3%)
試算核發金額	4,060,047 元	4,066,339 元
<b>增加院所及金額統計</b>		
增加院所數	37 家(10.4%)	37 家(10.5%)
增加金額	1,847,045 元	1,801,334 元
<b>增加金核(合計)</b>	<b>3,648,379 元</b>	

註：

一、本方案不予核發資格如下：

- (一)執行牙醫醫療資源不足地區之執業服務計畫者。
- (二)方案執行前 5 年至當年處分 1 個月以上者。
- (三)前一年至當年各季之前 1 季經各分區審查分會輔導繳回 5 萬點以上者。
- (四)前 1 年月初核減率高於全國 90 百分位。
- (五)當季任一月未申報符合加強感染管制之牙科門診診察費。
- (六)當季該院所未申報院所內牙特案件 2 件(含)以上者。
- (七)當季該院所未上傳資料至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。

二、每季上傳口腔癌篩檢 $\geq 1$ 筆之院所數：111Q1\_60 家(16.9%)、111Q2\_59 家(16.7%)

三、離島地區僅有 1 家診所每季上傳口腔癌篩檢資料。

## 111 年 1 月至 12 月各縣市口腔癌盛行率統計

戶籍地縣市別	口腔癌就醫人數 (A)	戶籍人口數 (B)	口腔癌盛行率 (A/B)
臺北市	4,765	2,480,681	0.19%
新北市	9,822	3,995,551	0.25%
基隆市	957	361,526	0.26%
宜蘭縣	1,186	449,062	0.26%
金門縣	300	141,295	0.21%
連江縣	32	13,983	0.23%
桃園市	4,949	2,281,464	0.22%
新竹市	870	452,473	0.19%
新竹縣	1,125	580,503	0.19%
苗栗縣	1,480	535,132	0.28%
臺中市	7,033	2,814,459	0.25%
彰化縣	4,350	1,245,239	0.35%
南投縣	1,896	479,595	0.40%
雲林縣	3,003	664,092	0.45%
嘉義市	778	262,924	0.30%
嘉義縣	2,233	488,158	0.46%
臺南市	5,248	1,852,997	0.28%
高雄市	8,850	2,728,137	0.32%
屏東縣	3,315	798,703	0.42%
澎湖縣	295	107,223	0.28%
花蓮縣	1,277	318,892	0.40%
臺東縣	1,143	212,551	0.54%
全國合計	64,907	23,264,640	0.28%
離島地區	627	262,501	0.24%

備註：

1. 資料統計區間：111 年 1 月-12 月。
2. 口腔癌係依健保申報資料之主診斷（ICD10：唇、口腔及咽部之惡性腫瘤）分類後計算。
3. 就醫人口戶籍地縣市別依保險對象戶籍所在地區分。
4. 就醫人數依戶籍地縣市別、身分證號與生日歸戶後計數。
5. 戶籍人口數來源為內政部戶政司 111 年 12 月統計資料

## 討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂牙醫支付標準「環口全景X光初診診察」申報頻率，  
提請討論案。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫辦理。
- 二、本案擬修訂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，說明如下：
  - (一) 01271C、00315C支付規範第1點皆為「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」。
  - (二) 申報頻率限制：
    1. 01271C：三年限申報一次，申報本項一年內不得申報01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。
    2. 00315C：三年限申報一次，申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00316C、00317C。
  - (三) 上述兩項醫令皆為環口全景X光初診診察，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，考量現行申報頻率限制已各自訂有「三年限申報一次」，爰建議本項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，並分別於01271C、00315C增加「本項與00315C(001271C)三年內限擇一申報一次」。

本署意見：

修訂支付標準如附件（討4-2），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：

## 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
01271C	<p>環口全景X光初診診察</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 申報時應檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影。</li> <li>3. 同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。</li> <li>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。</li> <li>5. <u>本項與00315C</u>三年內限擇一申報一次，申報本項一年內不得申報01272C、01273C、<del>00315C</del>、00316C、00317C。</li> </ol>	v	v	v	v	600

#### 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
00315C	<p>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</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 申報時應檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影。</li> <li>3. 同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。</li> <li>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。</li> <li>5. <u>本項與01271C</u>三年內限擇一申報一次，申報本項一年內不得申報<del>01271C</del>、01272C、01273C、00316C、00317C。</li> </ol>	v	v	v	v	635

## 討論事項第五案

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，提請討論。

說明：

一、依據全民健康保險法第1條規定，本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。

二、案係緣於本署屢次接獲民眾反映接受顯微根管治療，院所向其收取自費疑義，說明如下：

(一) 現行支付標準第三部牙醫訂有90001C~90003C、90019C、90020C「恆牙根管治療(單根至五根以上)」，亦依不同部位及根管數訂有90091C~90098C「難症特別處理」項目，故本署於98年函知牙全會顯微根管治療以前述兩項申報，不得向保險對象收取自費(附件1、討5-3)。

(二) 本項多次徵詢牙全會意見，說明如下：

1. 牙全會針對上述規範函復表示使用顯微鏡等新科技項目輔助複雜性根管治療係用於根管阻塞、根管彎曲、根管穿孔、器械斷裂、具複雜根管型態無法以傳統根管治療完成等，屬自費項目(附件2、討5-6)。

2. 又於107年接獲民眾陳情前揭情事，本署再次就顯微根管治療費用申報請牙全會表示意見，該會表示「難症特別處理」項目並未納入操作行顯微鏡或頭戴式放大鏡等相關設備費用，爰不宜以難症特別處理申報(附件3、討5-8)。

3. 為保障民眾就醫權益，並合理反映顯微根管治療成本，爰本署108年請牙全會研議新增「顯微根管治療」項目之可行性，並訂定適應症及爭取牙醫總額新醫療科技

預算。惟牙全會函復，經其邀集中華民國牙髓病學會、中華民國牙科學會、中華民國醫院牙科協會及各大醫學中心牙科部討論適應症及費用，適應症訂定仍有疑慮，暫不宜納入健保給付(附件4、討5-9)。

**本署意見：**

考量根管治療屬於疾病醫療照護服務，且總額歷年均可爭取新增診療項目預算，為維護民眾就醫權益，建議牙全會納入113年總額預算編列項目並依新增診療項目流程辦理。

**決 議：**

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
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1210
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2410
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	3610
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	4810
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals  註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001C、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者支付。	v	v	v	v	6010

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
	難症特別處理Management of endodontic difficult case，範圍如下所列各項：					
90091C	— 大白齒(C-Shaped)根管	v	v	v	v	1000
90092C	— 有額外根管者 (1)前牙及下顎小白齒有超過一根管者。 (2)上顎小白齒有超過二根管者。 (3)大白齒有超過三根管者。 (4)以實際超過根管數計算。	v	v	v	v	1000
90093C	— 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。	v	v	v	v	1000
90094C	— 根管重新治療在X光片上root canal內顯現出radioopaque等有obstruction之根管等個案，以根管數計算。	v	v	v	v	1500
90095C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(雙根管)	v	v	v	v	1600
90096C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(三根管)	v	v	v	v	2400
90097C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(四根管)	v	v	v	v	3200
90098C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管)	v	v	v	v	4000

副本

檔號：  
保存年限：

### 中央健康保險局 函

機關地址：台北市信義路3段140號  
傳真：(02)27026324  
聯絡人及電話：甯素珠(02)27065866轉2651  
電子信箱：All0061@mail.nhi.gov.tw

受文者：本局醫務管理處

發文日期：中華民國98年12月30日  
發文字號：健保醫字第0980096977號  
速別：  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：關於貴會回復本局前函詢患者接受顯微鏡根管治療，醫院收取自費乙事，本局意見如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴會98年11月30日牙全輝字第1625號函。
- 二、貴會表示，顯微鏡根管治療利用顯微鏡等新科技項目輔助複雜性根管治療，針對少數牙齒根管細小及阻塞、根管彎曲、根管穿孔、斷裂器械、有額外根管或是複雜根管系統項目（如C形根管、分叉根管...等）進行根管治療，屬自費項目。惟現行全民健康保險醫療費用支付標準第三部總則業訂有根管治療項目及難症特別處理費用，且第一部總則五亦訂有各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經健保局報由中央主管機關核定後實施之規定，故該項治療未提報新療法前，為避免院所施行，造成病人的負擔，及可能收取自費又向本保險申報根管治療費用之情事，仍應以難症特別處理費支付為宜。
- 三、副本抄送各分局，請轉知所轄相關醫療院所，顯微鏡根管治療未公告新增前，牙醫師施行後，應依支付標準所訂之根管治療項目及難症特別處理費用申報給付，不得向民眾收取自費。

正本：中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：本局各分局、本局醫審暨藥材小組、本局醫務管理處

中央健康保險局  
收對章(3)

# 總經理 鄭守夏

本案依分層負責規定授權處室主管決行

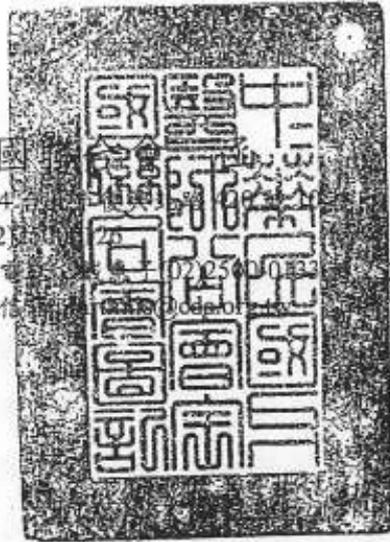
## 中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：104

傳真：(02)

聯絡人及電

電子郵件信



受文者：中央健康保險局

發文日期：中華民國 98 年 11 月 30 日

發文字號：牙全輝字第 1625 號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：復 貴局有關患者接受顯微鏡根管治療，醫院收取自費乙事，  
本會回覆詳如說明段，敬請 查照。

說明：

- 一、復 貴局 98 年 2 月 10 日健保醫字第 0980028056 號函。
- 二、依據本會 98 年 11 月 25 日第 10 屆第 37 次全民健保牙醫門診總額執行委員會工作組擴大會議決辦理。
- 三、在牙科治療項目中，根管治療乃是保存牙齒的最終方式。若是因深度齲齒（蛀牙）或外傷導致根管系統發炎或感染，甚至形成根尖區骨頭病變而形成膿腫或瘻管時，若能經由良好的根管治療，常可使牙齒保留下來而免去拔除的命運。因此之故，大多數單純的根管治療，一般牙醫師皆能勝任且治療效果良好；但是少數牙齒，因為具有以下的情形如根管細小及阻塞、根管彎曲、根管穿孔、斷裂器械、有額外根管或是複雜的根管系統（如 C 形根管、分叉形根管…等），常常造成根管治療的失敗而導致拔牙的命運。這類複雜性根管治療以往當有賴牙醫師經

過特別的牙髓病臨床訓練來處理，相當耗時費事。故在健保給付上有難症特別處理作為額外給付，以鼓勵牙醫師儘其所能以做好複雜的根管治療。但其成功率比起單純根管治療而言，就顯得較低且較不可預期。

四、近年來牙科手術用顯微鏡及其他特殊器械及材料的使用，增加了複雜根管治療的成功率，但是醫師需要接受更多的訓練，才能勝任操作昂貴且精細的手術用顯微鏡及其他特殊器械及材料，方能達到治療成功的目標。此項新科技的應用乃適合前述傳統性的根管治療仍無法成功的複雜病例，一般佔大多數單純的病例並不需要使用即可達成治療的目標。因此這項新科技項目的使用，只侷限於少數病例如根管阻塞、根管彎曲、根管穿孔、器械斷裂、具複雜根管形態無法以傳統根管治療完成，且患者不想拔牙仍想保留牙齒時，由受過專門訓練的牙髓病科醫師來執行。

五、綜合說明二、三之理由，本會認為在特定狀況下（如上述具複雜根管形態等…），無法以健保給付之傳統根管治療達到療效的牙齒，患者若希望保留牙齒不想拔牙時，使用顯微鏡等新科技項目輔助複雜性根管治療以達成保留牙齒之目標屬自費項目。

六、目前健保對牙周病支付點數偏低，建議收取自費差額或修訂牙周病支付表點數。

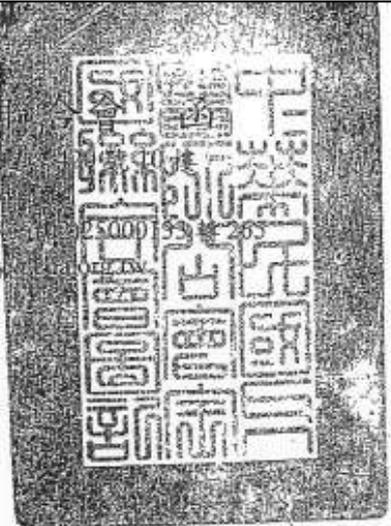
正本：中央健康保險局

理事長 蘇鴻輝

本案依照分層負責規定  
授權 全民健保牙醫門診  
總額執行委員會 主委 決行

社團法人中華民國牙醫師公會全國

地址：台北市復興  
傳真：(02)2500012  
聯絡人及電話：潘保  
電子郵件信箱：pp



受文者：詳如正本

發文日期：中華民國 108 年 4 月 10 日  
發文字號：牙全廷字第 2599 號  
遠別：  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：有關貴署函詢顯微放大鏡根管治療是否以根管難症特別處理費申報之相關意見，詳如說明段，請查照。

說明：

- 一、復貴署 108 年 1 月 28 日健保醫字第 1080032603 號函號函。
- 二、有關全民健康保險醫療給付項目及支付標準難症特別處理，並未納入操作型顯微鏡或頭戴式放大鏡等相關設備費用。  
*90091C-90098C*
- 三、顯微根管治療並不適用所有的根管難症特別處理，而其適應症難以明確界定，不宜以難症特別處理費申報之。

正本：衛生福利部中央健康保險署 

理事長 謝尚廷

本案依照分層負責規定  
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

保存年限

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號304室  
 傳真：(02)25000126  
 聯絡人及電話：潘佩瑛 02-25000126  
 電子郵件信箱：ppyc@ccfd.org.tw

受文者：詳如正本

發文日期：中華民國 108 年 11 月 4 日  
 發文字號：牙全源字第 0773 號  
 速別：  
 密等及解密條件或保密期限：  
 附件：

主旨：有關 貴署函詢「顯微放大鏡根管治療」相關疑義，詳如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署 108 年 7 月 29 日健保醫字第 1080058932 號函。
- 二、有關於根管治療時使用顯微鏡乙事說明如下：顯微鏡僅是放大、照明等功能，用於改善牙科操作視野的工具，而目前較常可能使用的時機為：
  - (一) 診斷應用，如裂齒症檢查。
  - (二) 非手術性根管治療—開口尋找及避免遺漏根管。
  - (三) 重新治療—充填物移除。
  - (四) 難症處理（如：斷械處理、穿孔修復等）。
  - (五) 根尖手術。
  - (六) 活髓治療、再生性根管治療。
  - (七) 其他特殊或高難度病例。
- 三、本會 108 年 4 月 10 日牙全廷字 2599 號函重申：全民健康保險醫療給付項目及支付標準難症特別處理，並未納入操作型顯微鏡或頭戴式放大鏡等相關設備費用，不宜以難症特別處理費申報之。
- 四、本會於 108 年 10 月 23 日，邀請中華民國牙髓病學會、中華牙醫學會、中華民國醫院牙科協會及各大醫學中心牙科部，召開「評估顯微根管治療」之適應症及費用討論會，

於會議中對於是否納入新增項目並無共識，適應症的訂定  
仍有疑慮，本會建議目前暫不宜納入健保新科技之給付。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會  
投訴專線(266)

理事長 王棟源

本案依照分層負責規定  
授權 牙醫門診醫療  
服務審查執行會 主委 決行