



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

111 年 11 月 22 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」

111 年第 4 次會議議程

壹、 主席致詞

貳、 前次會議紀錄確認

參、 報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1
三、111 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1
四、112 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。	報 4-1
五、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。	報 5-1

肆、 討論事項

一、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。	討 1-1
二、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。	討 2-1
三、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。	討 3-1
四、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。	討 4-1
五、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。	討 5-1
六、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。	討 6-1
七、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。	討 7-1
八、修訂「112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。	討 8-1
九、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 9-1

十、112 年度牙醫門診總額地區預算分配案。

討 10-1

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 3 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 8 月 23 日 14 時整

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

主席：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	陳清家(代)	陳代表義聰	陳義聰
吳代表廸	吳廸	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	葉代表忠武	葉忠武
洪代表純正	(請假)	董代表正宗	董正宗
邱代表建強	邱建強	劉代表守仁	劉守仁
邱代表昶達	蔡尚節(代)	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	(請假)	簡代表志成	吳志浩(代)
陳代表少卿	陳少卿	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	林學仁(代)

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司

蘇芸蒂

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、張靈

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

台灣醫院協會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署醫審及藥材組

本署違規查處室

本署資訊組

本署企劃組

本署醫務管理組

楊文甫、蔡欣原、連新傑

廖秋英、邵格蘊

黃羽婕

董家琪、許雅琪、顏正婷

吳昱嫻、吳亞筑

楊淑娟^{*}、邱玲玉^{*}、徐慕容^{*}

吳煥如^{*}、黃文雯^{*}

蘇彥秀^{*}、王奕晴^{*}、陳淑英^{*}

張念賓^{*}

林純美^{*}、丁增輝^{*}、賴文琳^{*}

林聖哲^{*}、高宜聲^{*}、盧靜宜^{*}

李金秀^{*}、張慧娟^{*}、黃皓綱^{*}

侯志遠^{*}、游燕資^{*}、吳孜威^{*}

吳建昌^{*}、李昀融^{*}、張瑛娟^{*}

游燕資^{*}、廖子喬^{*}、江亭葦^{*}

王素惠^{*}、陳珮毓^{*}、羅慶暄^{*}

宋瑞蛟、何小鳳、涂奇君

陳盈如

朱文玥

吳少庾

王宗曦、吳箴

劉林義、韓佩軒、陳依婕

洪于淇、鄭智仁、蔡孟芸

林其瑩

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」，本署將配合新增牙醫感染管制書面評核上傳系統之外展點送件功能。
- 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 1 季牙醫門診總額點值結算結果。

決定：

一、111 年第 1 季各分區一般服務點值確認如下：

點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.96130199	1.04500326	1.01149924	1.07265558	1.02805895	1.21006124	1.00482979
平均點值	0.95636014	1.03418682	1.00938051	1.06639351	1.02540689	1.20205116	1.00478622

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：110 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：

一、洽悉。

二、請本署醫務管理組提供 110 年度不予核發資格「不符合加強感染管制院所」、「本年度 12 月有 1 個(含)月以上費用未辦理第一次暫付者」之各分區院所名單予牙全會進行分析及輔導。

附帶事項：110 年牙醫品保款各項指標達成情形(分區別)如附件 1。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定事項需扣減費用之計算方式。

決定：

一、高風險疾病口腔照護：

有關協定事項列中扣減當年度未執行之額度一節，因本署與牙全會對於協定事項認知不同，將提報健保會決定。

二、12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，同意扣減費用計算方式如下：

於 111 年申報本項者，若其曾於 108 至 110 年任一年申報醫令代碼 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」，將依其申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙周病統合治療方案執行情形及 COVID-19 疫情期間退場機制計算及檢討。

決定：本案尊重牙全會意見，維持 COVID-19 疫情期間暫緩執行本方案退場機制。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年新增 91089C 糖尿病患者牙結石清除-全口之申報者糖尿病診斷及放寬 90021C 特殊狀況一保護性肢體制約適用對象之申報情形。

決定：洽悉。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂支付標準第三部牙醫通則第三點轉診加成相關規範，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、同一療程適用範圍：自轉診收治日起 180 天之同一療程處置皆予以加成。
- 二、接受轉診醫師規範：
 - (一)轉出及接受轉診不得為同一醫師。
 - (二)非附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則(二)之適用鄉鎮，同專科同層級可受理轉診，但不予加成給付，惟該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師則不在此限。
 - (三)附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則之適用鄉鎮，基層院所同層級可受理轉診，但不予以給付加成。
- 三、同一病人之轉出每次限轉診一種科別。
- 四、基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，90 天之內僅以 1 次為限。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關至各分區業務組審閱牙醫爭議審議爭議案件流程，提請討論。

決議：

- 一、通過牙全會所訂之審閱牙醫爭議審議爭議案件流程。
- 二、請牙全會於審閱前二週預先通知本署分區業務組，並請配合本署各分區業務組之實務作業程序辦理。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂支付標準附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則，提請討論。

決議：本案通過，新增「糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)」、「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」納入附表 3.3.3 排除項目。

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「111 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，提請討論。

決議：本案通過，修訂本計畫之醫療團牙醫醫療服務限制第二項為「每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過3萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過3萬點以上者，超過部分不予支付」。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：重啟「牙醫門診加強感染管制實施方案」實地訪查作業，提請討論。

決議：

- 一、本案通過，自即日起重新啟動牙醫感染管控之實地訪查作業。
- 二、考量 111 年受 COVID-19 疫情影響，5 月 23 日至 8 月 23 日暫緩實地訪查，爰當年度抽訪比率之分子納入新特約診所訪查家數，112 年起仍應依當年度方案之抽查原則辦理。

肆、臨時動議：無

伍、散會： 16 時 34 分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：

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」	<u>109年第1次臨時會議決議重點如下：</u> 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。 <u>110年第1次臨時會議決議重點如下：</u> 除新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」未達共識暫予保留外，餘修正通過。	新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」已分別提至109年12月8日、12月23日、110年1月15日、110年8月24日牙醫門診總額研商議事會議討論，惟未獲共識，俟牙全會提案再提請討論。	☐	☒
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。	<u>110年第2次會議決議重點如下：</u> 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。 <u>111年第1次會議決議重點如下：</u> 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。 <u>111年第2次會議決議重點如下：</u> 1. 本案同意通過，特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關，院所經書面評核審查合格者，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。 2. 請牙全會盤點感染管制書面評核應上傳名單，於112年2月28日(含)前提報本署各分區業務組核備。 3. 111年度外展點書面評核資料上傳期限訂為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。	1. 依據111年第2次會議決議及同年6月23日修訂之「牙醫門診加強感染控制實施方案」內容，配合新增牙醫感染管制書面評核上傳系統之外展點送件功能，並已依牙醫全聯會需求意見進行功能建置。 2. 111年10月13日「牙醫感染管制外展點書評系統及登錄系統」需求訪談會議：本署將與牙全會確認名單格式，待名單格式確認後，再請牙全會進行外展點書面評核系統之測試。 3. 111年11月15日「牙醫感染管制外展點書評系統及登錄系統」第2次需求訪談會議：牙全會提供名單須包含111年度感染管制書面評核應上傳及完整醫療團院所及醫師名單，並請牙全會於111年12月提供測試名單，以利本署測試系統運作。	☐	☒

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
3	110_1_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」自110年7月1日起停止適用案	本案緩議，下次會議再討論。	本案因 COVID-19 感管方案暫停實地訪查，暫緩討論至今，111 年第 3 次本會議決議重啟實地訪查，爰提本次會議討論案第 1 案討論。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
4	111_3_報 (5): 111 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定事項需扣減費用之計算方式。	1.高風險疾病口腔照護： 有關協定事項列中扣減當年度未執行之額度一節，因本署與牙全會對於協定事項認知不同，將提報健保會決定。 2.12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，同意扣減費用計算方式如下： 於 111 年申報本項者，若其曾於 108 至 110 年任一年申報醫令代碼 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」，將依其申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。	1.高風險疾病口腔照護 (1)高風險疾病口腔照護扣減當年度未執行之額度已提至 111 年 10 月 28 日健保會委員會議討論，並決議依本署原提報方式扣減費用。 (2)扣減方式如下： i. 實際增加費用(A)=申報 91090C 之費用-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。 ii. 扣減未執行額度之費用=預算 405 百萬元-實際增加費用(A)。 2.12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：本案已提至 111 年 10 月份健保會會議確認，將配合結算時程辦理扣減作業。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
5	111_3_討 (1): 有關修訂支付標準第三部牙醫通則第三點轉診加成相關規範。	本案通過，修訂重點如下： 1.同一療程適用範圍：自轉診收治日起 180 天內之同一療程處置皆予以加成。 2.接受轉診醫師規範： (1)轉出及接受轉診不得為同一醫師。 (2)非附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則(二)之適用鄉鎮，同專科同層級可受理轉診，但不予加成給付，惟該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師則不在此限。 (3)附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則之適用鄉鎮，基層院所同層	衛生福利部已於 111 年 11 月 14 日公告，並自 111 年 12 月 1 日生效。	☒ 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	
		級可受理轉診，但不予以給付加成。 3.同一病人之轉出每次限轉診一種科別。 4.基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，90 天內僅以 1 次為限。			
6	111_3_討(2)：有關至各分區業務組審閱牙醫爭議審議案件流程案。	1.通過牙全會所訂之審閱牙醫爭議審議案件流程。 2.請牙全會於審閱前二週預先通知本署分區業務組，並請配合本署各分區業務組之實務作業程序辦理。	1.本署已於 111 年 6 月 1 日以健保審字第 1110670560 號書函，周知本署各分區業務組有關提供爭議審議撤銷案件及相關資料予牙全會之原則。 2.本案由牙全會與各分區業務組相互配合辦理。	■ 解除列管	□ 繼續列管
7	111_3_討(3)：修訂支付標準附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則案。	本案通過，新增「糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)」、「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」納入附表 3.3.3 排除項目。	衛生福利部已於 111 年 11 月 14 日公告，並自 111 年 12 月 1 日生效。	■ 解除列管	□ 繼續列管
8	111_3_討(4)：修訂「111 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。	本案通過，修訂本計畫之醫療團牙醫醫療服務限制第二項為「每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過部分不予支付」。	已於 111 年 9 月 28 日公告，自 111 年 10 月 1 日生效。	■ 解除列管	□ 繼續列管
9	111_3_討(5)：重啟「牙醫門診加強感染管制實施方案」實地訪查作業案。	1.本案通過，自即日起重新啟動牙醫感染管控之實地訪查作業。 2.考量 111 年受 COVID-19 疫情影響，5 月 23 日至 8 月 23 日暫緩實地訪查，爰當年度抽訪比率之分子納入新特約診所訪查家數，112 年起仍應依當年度方案之抽查原則辦理。	已於 111 年 9 月 6 日以健保醫字 1110662661 號函通知各分區業務組，重新啟動牙醫感染管控實地訪查作業。	■ 解除列管	□ 繼續列管

決 定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案（詳附件）。

決定：

牙醫總額執行概況報告

行政院衛生福利部
中央健康保險署

111.11.22



1

大 綱

- 1 111年第3季點值預估
- 2 111年第3季醫療供給及利用概況
- 3 111年第3季牙周病統合照護
- 4 協商新增項目111年第1季到第3季執行情形
- 5 111年第2季各專款執行情形



2

1

111年第3季點值預估



3



點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子採109Q3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(99.38877497%)校正得之(該占率以111Q1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年下半年爭審後核減率，各分區分別計之。



4

111年第3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3季	臺北	3,981	0	37	4,186	0.9420	0.9425
	北區	1,994	0	17	1,910	1.0352	1.0348
	中區	2,469	0	21	2,371	1.0326	1.0323
	南區	1,634	0	14	1,508	1.0742	1.0735
	高屏	1,874	0	15	1,795	1.0358	1.0355
	東區	238	0	3	197	1.1975	1.1950
	合計	12,189	0	107	11,967	1.0097	1.0096

註：110Q3結算全國平均點值1.0486



5

2

111年第3季醫療供給及利用概況



6

牙醫診所數【分區別】

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
107年9月	2,598	842	1,312	807	1,020	119	6,698	0.80%
108年9月	2,622	851	1,322	812	1,012	119	6,738	0.60%
109年9月	2,620	870	1,317	815	1,012	115	6,749	0.16%
110年9月	2,626	900	1,320	814	1,010	112	6,782	0.49%
111年9月	2,646	917	1,321	813	1,004	112	6,813	0.46%
增減家數	20	17	1	-1	-6	0	31	
成長率	0.8%	1.9%	0.1%	-0.1%	-0.6%	0.0%	0.5%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。



7

牙醫師執業數【分區別】

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
107年9月	5,998	1,932	2,604	1,601	2,010	212	14,357	2.6%
108年9月	6,170	2,011	2,656	1,618	2,071	218	14,744	2.7%
109年9月	6,333	2,099	2,707	1,659	2,111	213	15,122	2.6%
110年9月	6,416	2,205	2,763	1,668	2,165	216	15,433	2.1%
111年9月	6,517	2,280	2,802	1,681	2,216	216	15,712	1.8%
增減人數	101	75	39	13	51	0	279	
成長率	1.6%	3.4%	1.4%	0.8%	2.4%	0.0%	1.8%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。



8

牙醫師執業數【層級別】

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9月	1,137	724	207	12,289	14,357	5.2%	-0.7%	-1.0%	2.6%
108年9月	1,158	722	227	12,637	14,744	1.8%	-0.3%	9.7%	2.8%
109年9月	1,164	738	241	12,979	15,122	0.5%	2.2%	6.2%	2.7%
110年9月	1,145	765	257	13,266	15,433	-1.6%	3.7%	6.6%	2.2%
111年9月	1,154	756	273	13,529	15,712	0.8%	-1.2%	6.2%	2.0%
增減人數	9	-9	16	263	279				

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。



9

就診牙醫人數【分區別】

單位：千人

季別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109Q3	1,847	805	1,036	664	779	86	5,176	5.7%
110Q3	1,599	727	950	618	730	79	4,672	-9.7%
111Q3	1,785	800	1,019	653	776	81	5,077	8.7%
增減人數	186	73	70	35	46	2	405	
成長率	11.6%	10.0%	7.3%	5.6%	6.4%	2.9%	8.7%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。



10

醫療服務價量比較【層級別】

■111年第3季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	281	23.4%	3.2%	446,799	24.8%	3.6%	1,592	1.2%
2區域醫院	282	13.5%	3.3%	459,318	13.0%	3.7%	1,630	-0.4%
3地區醫院	114	16.6%	1.3%	181,382	19.7%	1.5%	1,591	2.7%
4基層診所	7,989	6.0%	92.2%	11,004,544	5.2%	89.8%	1,377	-0.8%
5交付機構	-	-	-	167,784	5.2%	1.4%	-	-
合計	8,666	6.9%		12,259,827	6.3%		1,415	-0.6%

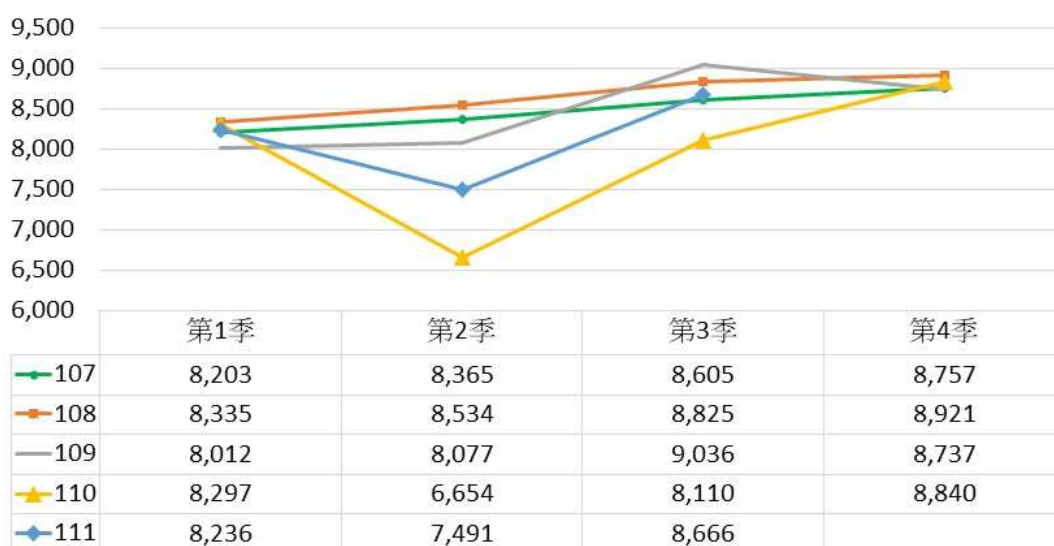
註：成長率係與前一年同期比較。



11

補充：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



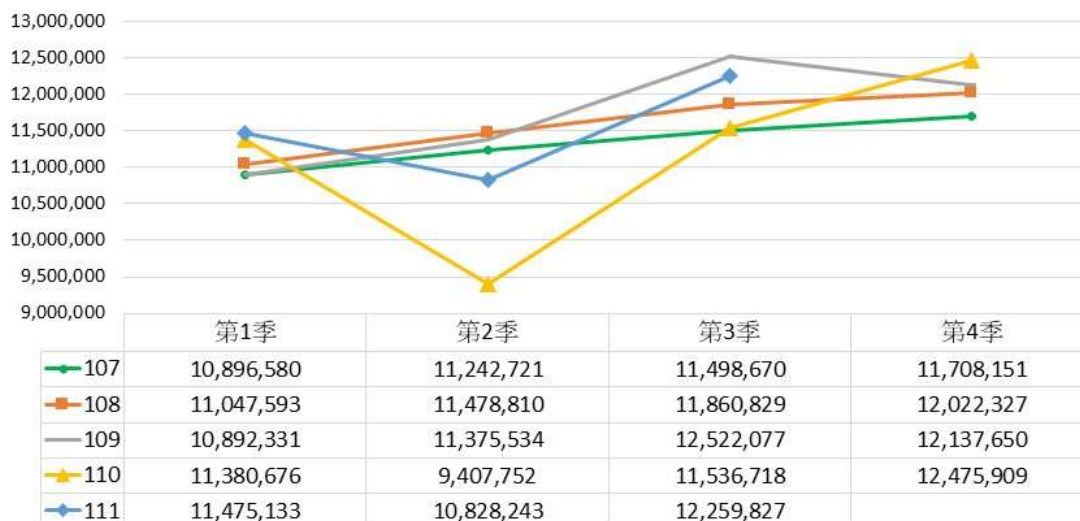
單位：千件



12

補充：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：千點



13

醫療服務價量比較【分區別】

■ 111年第三季

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	3,022	10.1%	1,785	11.6%	1.69	-1.4%	4,286,928	9.9%	1,418	-0.2%
北區	1,344	7.4%	800	10.0%	1.68	-2.4%	1,956,716	6.3%	1,455	-1.1%
中區	1,697	4.9%	1,019	7.3%	1.67	-2.2%	2,430,762	4.4%	1,432	-0.5%
南區	1,122	3.5%	653	5.6%	1.72	-2.0%	1,543,541	2.4%	1,375	-1.1%
高屏	1,340	5.2%	776	6.4%	1.73	-1.1%	1,834,071	4.4%	1,368	-0.7%
東區	139	1.2%	81	2.9%	1.71	-1.7%	207,810	1.4%	1,496	0.2%
合計	8,666	6.9%	5,077	8.7%	1.71	-1.7%	12,259,827	6.3%	1,415	-0.6%

註：成長率係與前一年同期比較。



14

醫療服務價量比較【案件分類】

■ 111年第3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)	24	14.1%	4,382	12.4%	186	-1.5%
2.牙醫急診	3	11.0%	5,918	12.5%	1,887	1.4%
3.牙醫門診手術	15	10.2%	46,136	18.0%	3,175	7.1%
4.無牙醫鄉服務	32	2.4%	42,477	2.0%	1,318	-0.4%
5.牙醫特殊醫療	40	21.5%	115,644	25.1%	2,866	3.0%
6.牙醫急診醫療不足區	0.2	18.8%	178	19.4%	1,007	0.5%
7.其他專案	8,552	6.8%	11,877,308	6.1%	1,389	-0.6%
8.交付機構	-	-	167,784	5.2%	-	0.0%
合 計	8,666	6.9%	12,259,827	6.3%	1,415	-0.6%

註：成長率係與前一年同期比較。



15

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】

■ 111年第3季

值單位：千點

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	61.1%	31	215.4%	8	-63.2%	4,342	12.3%	-	-	4,382	12.4%
2.牙醫急診	4,463	15.3%	1,344	1.0%	108	123.1%	4	-58.4%	-	-	5,918	12.5%
3.牙醫門診手術	26,428	30.5%	16,776	1.4%	2,578	32.0%	354	8.6%	-	-	46,136	18.0%
4.無牙醫鄉服務	22	119.3%	323	122.0%	163	150.2%	41,968	1.3%	-	-	42,477	2.0%
5.牙醫特殊醫療	24,057	35.9%	20,470	18.5%	8,698	11.6%	62,419	25.8%	-	-	115,644	25.1%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	178	19.4%	-	-	-	-	178	19.4%
7.其他專案	391,828	24.0%	420,375	13.2%	169,649	19.9%	10,895,457	5.1%	-	-	11,877,308	6.1%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	167,784	5.2%	167,784	5.2%
合 計	446,799	24.8%	459,318	13.0%	181,382	19.7%	11,004,544	5.2%	167,784	5.2%	12,259,827	6.3%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：111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新增每診1,000元之待診服務費。



16

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】

■ 111年第3季(1/2)

值單位：千點

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	1,541	54.0%	2,257	21.8%	8,627	48.3%	2,882	34.7%	34,259	40.4%
北區	694	22.9%	229	41.4%	4,314	27.2%	2,384	9.9%	20,466	35.4%
中區	610	27.0%	1,304	38.3%	12,544	-1.6%	12,139	-2.4%	24,911	17.1%
南區	929	-25.5%	832	-24.3%	7,025	1.5%	6,744	-2.3%	12,107	15.8%
高屏	550	-2.8%	1,106	9.9%	11,672	41.6%	13,761	2.2%	18,789	11.0%
東區	58	47.2%	191	-2.7%	1,955	-0.3%	4,567	0.7%	5,111	21.0%
合計	4,382	12.4%	5,918	12.5%	46,136	18.0%	42,477	2.0%	115,644	25.1%

註：成長率係與前一年同期比較。



17

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】

■ 111年第3季(2/2)

值單位：千點

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	-	-	4,181,366	9.7%	55,996	6.5%	4,286,928	9.9%
北區	-	-	1,900,778	6.0%	27,852	4.3%	1,956,716	6.3%
中區	-	-	2,345,147	4.4%	34,108	3.7%	2,430,762	4.4%
南區	178	19.4%	1,493,844	2.3%	21,881	5.1%	1,543,541	2.4%
高屏	-	-	1,763,961	4.2%	24,232	5.9%	1,834,071	4.4%
東區	-	-	192,213	1.0%	3,715	3.7%	207,810	1.4%
合計	178	19.4%	11,877,308	6.1%	167,784	5.2%	12,259,827	6.3%

註：成長率係與前一年同期比較。



18

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】

■ 111年第3季

值單位：千點

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	37,308	10.2%	28,348	7.7%	1,121,182	10.3%	3,099,865	9.8%	225	-9.2%	4,286,928	9.9%
北區	16,641	7.3%	13,672	5.3%	503,894	7.9%	1,422,481	5.7%	28	75.0%	1,956,716	6.3%
中區	21,028	4.0%	17,532	3.1%	631,132	5.0%	1,760,930	4.2%	140	15.4%	2,430,762	4.4%
南區	14,382	3.7%	11,656	4.7%	407,196	3.8%	1,110,154	1.8%	153	31.5%	1,543,541	2.4%
高屏	14,527	6.8%	12,453	6.3%	479,044	5.3%	1,327,989	4.1%	59	-9.8%	1,834,071	4.4%
東區	2,538	3.1%	1,940	1.6%	51,803	2.3%	151,482	1.1%	47	109.6%	207,810	1.4%
總計	106,424	6.9%	85,600	5.6%	3,194,251	7.1%	8,872,901	6.0%	651	10.6%	12,259,827	6.3%

註：成長率係與前一年同期比較。



19

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】

■ 111年第3季

值單位：千點

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	7,628	19.8%	3,226	22.3%	104,660	22.7%	330,892	25.7%	393	1.6%	446,799	24.8%
區域醫院	6,297	8.3%	3,604	14.0%	108,203	13.6%	340,995	12.8%	219	36.2%	459,318	13.0%
地區醫院	1,562	12.1%	1,271	14.3%	42,392	16.6%	136,119	20.9%	38	-7.1%	181,382	19.7%
基層診所	381	-2.1%	295	-6.2%	2,938,996	6.3%	8,064,872	4.8%	-	-	11,004,544	5.2%
交付機構	90,556	5.8%	77,204	4.5%	-	-	-	-	0.7	100.0%	167,784	5.2%
總計	106,424	6.9%	85,600	5.6%	3,194,251	7.1%	8,872,901	6.0%	651	10.6%	12,259,827	6.3%

註：成長率係與前一年同期比較。



20

111年Q3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9月)	2,646	917	1,321	813	1,004	112	6,813
成長率	0.8%	1.9%	0.1%	-0.1%	-0.6%	0.0%	0.5%
醫師數 (111年9月)	6,517	2,280	2,802	1,681	2,216	216	15,712
成長率	1.6%	3.4%	1.4%	0.8%	2.4%	0.0%	1.8%
人口數 (千)	7,405	3,836	4,530	3,267	3,629	532	23,198
人口數 (成長率)	-1.70%	-0.09%	-0.68%	-0.92%	-0.95%	-0.84%	-0.99%
每位醫師照護人口數	1,136	1,682	1,617	1,944	1,637	2,461	1,476
每萬人口醫師數	8.80	5.94	6.19	5.14	6.11	4.06	6.77
申報件數 (千)	3,022	1,344	1,697	1,122	1,340	139	8,666
成長率	10.1%	7.4%	4.9%	3.5%	5.2%	1.2%	6.9%
申報醫療費用 (百萬)	4,287	1,957	2,431	1,544	1,834	208	12,260
成長率	9.9%	6.3%	4.4%	2.4%	4.4%	1.4%	6.3%
平均每件申報醫療費用點數	1,418	1,455	1,432	1,375	1,368	1,496	1,415
成長率	-0.2%	-1.1%	-0.5%	-1.1%	-0.7%	0.2%	-0.6%

註1：人口數來源為111年9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。

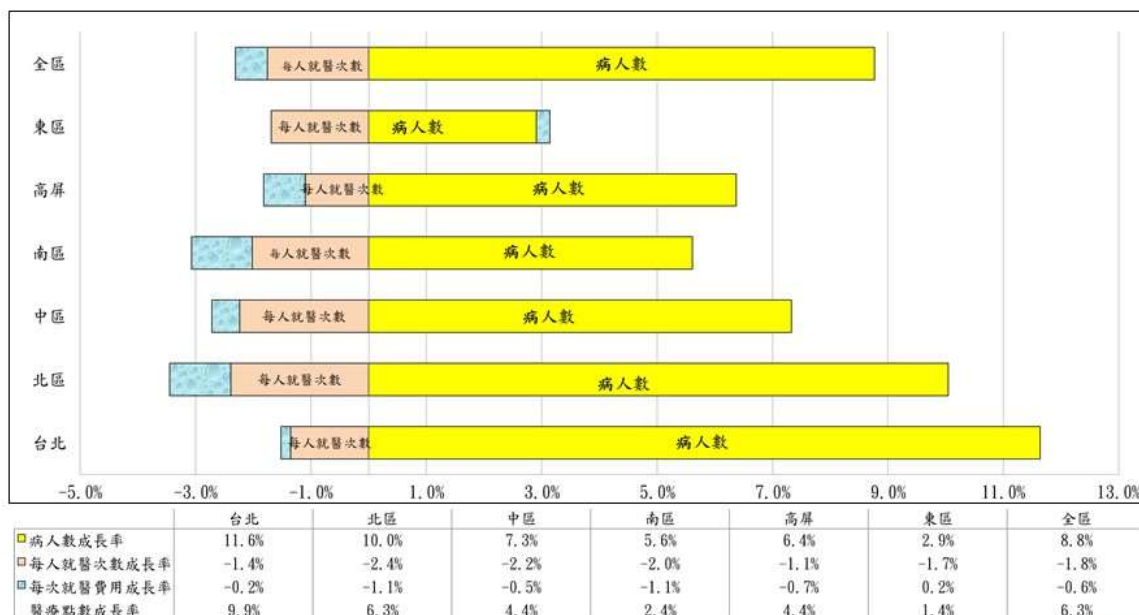
註3：不含代辦案件，資料期間為111年7-9月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較。



21

111年Q3醫療服務利用情形-解構圖



22

3

111年第3季牙周病統合照護



23



牙周病統合照護【以醫令代碼統計】

■ 111年第1-3季

醫令代碼	第二階段 (91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C~91023C) 治療合計 醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	199,279	14.6%	1,904.2	15.0%

全年預算：3,052.0百萬元

■ 累計預算執行率：62.4%

■ 服務人次執行率：66.4%
【199,279/300,000】

層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		全區	
	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)	73.5	28.4%	83.6	9.2%	43.7	35.4%	1703.4	14.4%	1,904.2	15.0%

分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
值(百萬點)	707.6	276.4	373.2	195.7	323.6	27.7	1,904.2
成長率	14.3%	16.3%	22.6%	2.6%	17.7%	-3.6%	15.0%

備註：

1.資料源自111/10/31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



24



牙周病統合照護【以醫令代碼統計】

■ 111年第3季

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C~91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	70,660	16.3%	673.3	17.3%

層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		全區	
	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)	25.9	37.9%	28.1	15.4%	16.0	45.3%	603.4	16.1%	673.3	17.3%

分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
值(百萬點)	249.8	100.1	133.1	67.2	113.4	9.8	673.3
成長率	18.0%	17.6%	24.2%	5.2%	17.2%	4.9%	17.3%

備註：

- 1.資料擷自111/10/31本署四代倉儲門診檔。
- 2.成長率係與前一年同期相比。



25



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110年收案人數由18.9萬人成長至25.3萬人之間，三階段照護完成率介於79%至81%。



26



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110年第二階段照護人次由18.5萬人次成長至24萬人次。



27

4

協商新增項目111年第1季至第3季執行情形



28

提升假日就醫可近性

統計至111年第3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%
111年1-9月	355.8	1.843%	10,961	12.7	194,366	156.0	590	3.6	205,915	172.3	48.43%

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。



29

高風險疾病患者牙結石清除-全口

111年3月至9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	8,050	6.6	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：111/10/31擷自本署健保四代倉儲系統之門診檔。

本案依全民健康保險會111年10月28日第10次委員會議決議略以，於111年12月份委員會議說明實施成效及節流效益之具體評估方式規劃；請牙全會依前述總額協定暨會議決議事項，**於111年11月30日前函送本署**，本署將提報該會辦理。



30

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

111年3月至9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	32,574	16.3	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：111/10/31擷取自本署健保四代倉儲系統之門診檔。

本案依全民健康保險會111年10月28日第10次委員會議決議略以，於111年12月份委員會議說明如何具體提升預算執行率、實施成效及節流效益之具體評估方式規劃；請牙全會依前述總額協定暨會議決議事項，**於111年11月30日前函送本署**，本署將提報該會辦理。



31

5

111第2季各專款執行情形



32

一般服務移撥專用相關預算執行情形

111年第2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	0	0	75,747	200,000	124,253
執行率	19.2%	18.7%	0.0%	0.0%	37.9%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	2,213	2,265	0	0	4,478	80,000	75,522
執行率	2.8%	2.8%	0.0%	0.0%	5.6%	-	-
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%	0.0%	-	-
合計	40,535	39,690	0	0	80,225	330,000	249,775

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。



33

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)

111年第2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					722,100	
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	4,844	3,660	0	0	8,503	3.70%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	15,517	12,786	0	0	28,303	12.31%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	24,114	20,711	0	0	44,825	19.50%
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	0	0	44,869	19.52%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,625	9,275	0	0	19,900	8.66%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	730	1,097	0	0	1,827	0.79%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,663	5,281	0	0	14,944	6.50%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,563	5,621	0	0	15,184	6.60%
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	0	0	21,294	9.26%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	580	361	0	0	941	0.41%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	25	14	0	0	39	0.02%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	660	373	0	0	1,033	0.45%
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	0	0	20,172	8.77%
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	377	159	0	0	535	0.23%
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	0.01%
16 醫療團特定需求者(論次)	235	86	0	0	322	0.14%



34



牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)

111年第2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	0	0	9	0.00%
18 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	14	58	0	0	72	0.03%
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	0	0	59	0.03%
20 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	19	8	0	0	28	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	0	0	2,393	1.04%
23 居家身心障礙者牙醫醫療服務	1,501	1,166	0	0	2,668	1.16%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	212	225	0	0	437	0.19%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	764	640	0	0	1,404	0.61%
26 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
27 家居整病人牙醫醫療服務	65	81	0	0	147	0.06%
28 居家出院準備牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
29 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
暫結金額	130,004	99,915	0	0	229,919	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	180,525	231,046	311,656	492,181		
本季末支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	50,521	131,131	311,656	492,181		
執行占總預算比率	18.0%	13.8%	0.0%	0.0%	31.8%	



35



醫療資源不足地區改善方案預算執行情形

111年第2季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					280,000	
1.執業服務之定額給付(論量)	21,239	20,522	-	-	41,761	36%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,698	3,449	-	-	7,146	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	-	-	0.4	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	-	-	9,033	8%
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	-	-	50,930	45%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	1	-	-	3.1	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,855	2,720	-	-	5,575	5%
暫結金額	57,596	56,853			114,449	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	70,000	82,404	95,551	165,551		
本季末支用金額	12,404	25,551	95,551	165,551		
各季執行占總預算比率(%)	20.6%	20%			40.9%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。



36

網路頻寬補助費用預算執行情形

111年第2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	0	0	69,425	168,000
執行率	20.6%	20.7%	0.0%	0.0%	41.3%	-

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。



37

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 預算執行情形

111年第2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	0	0	2,402	12,000
執行率	10.3%	9.7%	0.0%	0.0%	20.0%	-

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。



38

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2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	0	0	230	60,000
執行率	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.38%	-

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。



39

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2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	0	0	1,472	271,500
執行率	0.03%	0.5%	0.0%	0.0%	0.54%	-

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。
- 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。



40

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 預算執行情形

111年第2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	0	0	6,922	184,000
執行率	0.45%	3.3%	0.0%	0.0%	3.76%	-

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。



41

敬請指教



42

案 由：111 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。

說 明：

- 一、111年第2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、111年第2季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下（結算報表詳附件，頁次報3-2）：

年季 \ 分區		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
111Q2	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

- 三、檢附110年第2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
110Q2	浮動點值	1.33997556	1.32115720	1.23184339	1.30257215	1.22485417	1.49100965	1.24600804
	平均點值	1.25479006	1.25720004	1.21001713	1.27180502	1.20384091	1.43820217	1.24470312

- 四、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2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)	緩起訴 捐助款	浮動點值	平均點值
								$[BD - (跨區浮動點數 \times 前季點值(AF) + 緩起訴捐助款) - BG - BJ] / (GF)$	$(BD) / (GF + BG + 緩起訴捐助款 + BJ)$
臺北分區	4,287,346,762	3,227,065,947	4,045,760,442	787,012,648	25,865,184	125,682	0	1.07662605	1.05294907
北區分區	1,856,779,827	1,280,426,381	1,669,670,490	406,761,363	-32,985,698	80,993	0	1.15814793	1.13441999
中區分區	2,090,214,357	1,755,535,209	1,930,000,704	176,471,716	17,670,540	79,080	100,000	1.07995158	1.07308777
南區分區	1,471,784,013	1,101,847,873	1,300,548,169	213,136,981	9,422,187	57,245	5,059,872	1.12911025	1.11915294
高屏分區	1,615,219,654	1,335,819,409	1,482,045,495	150,329,036	12,692,159	32,069	938,230	1.08639547	1.07990310
東區分區	226,263,103	138,746,092	168,173,093	35,608,474	2,149,036	10,658	0	1.35856032	1.32835907
全 區	11,547,607,716		10,596,198,393		34,813,408	385,727	6,098,102	1.08589043	1.08555699

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

製表日期：111年10月28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(BD1)

=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)×109年各季預算占率(Ra)×該區109年各季人口風險因子(R_109)

= 11,322,007,716

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 46,430,695,862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)×Rax(R_109)。

2. 111年第2季調整後預算11,322,007,716元=111年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_109)。

3. 111年第3季調整後預算12,038,791,798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)×Rax(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
 = 46,430,695,862－ 11,082,964,385－ 11,322,007,716－ 12,038,791,798
 = 11,986,931,963元。

5. 計算過程詳本表頁次21：「三、一般服務費用總額」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：111/10/28

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 2

(二)111年調整前各季牙醫一般服務醫療給付費用分配至各分區預算											
應牙醫特 醫療服務 計畫預算 不足款 (I)	109年各季	108年各季校	109年 違反特管	110年 調整前各季	109年各季校	110年 違反特管	111年 調整前各季	106年編列	111年6項 一般服務	111年調整前各 季一般服務醫	支
	一般服務醫療	正投保人口預	辦法之扣	一般服務醫療	正投保人口預	辦法之扣	一般服務醫療	之品質保證	移撥專用	療給付費用分	殊
	給付費用總額	估成長率差值	款(註1)	給付費用總額	估成長率差值	款(註2)	給付費用總額	保留款預算	費用	配至各分區預算	
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(G1)	(C1)	(F)	(D2)	
				=(A1+B1+B2)×			=(G0+B3+B4)×			=G1-C1-F	
				(1+3.054%)			(1+1.843%)				
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	
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	
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	
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	
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	

註：

- 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。
- 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。
- 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	0(L6)	暫結金額	0(L26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L7)	暫結金額	0(L27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L11)	暫結金額	0(L21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L12)	暫結金額	0(L22)
(3)小計	加成前點數	0(L19)	暫結金額	0(L29)

暫結金額＝0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝74,253,111

第4季：

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 200,000,000/4 + 74,253,111＝124,253,111

(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	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 = 124,253,111

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	1,984(N6)	暫結金額	1,984(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	45,156,398(N7)	暫結金額	47,041,648(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	15,358(N11)	暫結金額	15,358(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	27,851,507(N12)	暫結金額	28,687,899(N22)
(3)小計	加成前點數	73,025,247(N19)	暫結金額	75,746,889(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 + 0 + 0

= 75,746,889

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 75,746,889

= 124,253,111 (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: 0

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額: 第3季預算-第3季暫結金額= 55,521,993- 0= 55,521,993

第4季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+55,521,993= 75,521,993

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= 75,521,993- 0= 75,521,993

全年合計: 預算=80,000,000

全年已支用點數: 4,478,007

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 4,478,007

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 80,000,000 - 4,478,007

= 75,521,993 (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: $0(Z) + 0(L29) + 0 + 0(H) + 0(R) = 0$

未支用金額: 第3季預算 - 第3季已暫結金額 = $392,875,104 - 0 = 392,875,104$

第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,232,400,000 / 4 + 392,875,104 = 700,975,104$

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 = $700,975,104 - 0 = 700,975,104$

全年合計: 預算 = 1,232,400,000

全年已暫結金額: 531,424,896

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

= $1,232,400,000 - 531,424,896 - 0$

= 700,975,104 (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)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	4,843,544(V01)	4,830,888(VF01)	12,656(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,517,247(V02)	14,847,191(VF02)	670,056(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,113,996(V03)	23,221,300(VF03)	892,696(VN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	23,574,936(V04)	22,955,323(VF04)	619,613(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,625,061(V05)	10,032,836(VF05)	592,225(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	729,664(V06)	690,419(VF06)	39,245(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,662,739(V07)	9,662,520(VF07)	219(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,562,642(V08)	9,562,434(VF08)	208(VN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	12,957,143(V09)	12,954,722(VF09)	2,421(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	580,135(V10)	580,046(VF10)	89(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	24,945(V11)	24,945(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	660,181(V12)	660,069(VF12)	112(VN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	12,499,200(V13)	12,499,200(VF13)	0(VN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	376,721(V14)	376,721(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,930(V15)	8,930(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	235,200(V16)	235,200(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,910(V17)	5,910(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,892(V18)	13,874(VF18)	18(VN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	31,914(V19)	31,914(VF19)	0(VN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,073(V20)	19,073(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V21)	0(VF21)	0(VN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,417,563(V22)	1,417,563(VF22)	0(VN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,501,446(V23)	1,501,446(VF23)	0(VN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	212,252(V24)	212,252(VF24)	0(VN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	764,459(V25)	764,459(VF25)	0(VN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V26)	0(VF26)	0(VN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	65,392(V27)	65,392(VF27)	0(VN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V28)	0(VF28)	0(VN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(99)合計	130,004,185(V99)	127,174,627(VF99)	2,829,558(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數 = 130,004,185	= 第1季預算 - 暫結金額 = 50,520,815		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3I08R01

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：111/10/28

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：8

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

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,659,681(W01)	3,659,487(WF01)	194(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,786,013(W02)	12,313,784(WF02)	472,229(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	20,711,285(W03)	19,792,875(WF03)	918,410(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	21,294,031(W04)	20,693,266(WF04)	600,765(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,274,897(W05)	8,833,006(WF05)	441,891(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,097,075(W06)	945,463(WF06)	151,612(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,281,459(W07)	5,281,309(WF07)	150(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,621,163(W08)	5,621,141(WF08)	22(WN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	8,336,620(W09)	8,335,351(WF09)	1,269(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	360,680(W10)	360,680(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	14,281(W11)	14,281(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	372,655(W12)	372,655(WF12)	0(WN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	7,672,800(W13)	7,672,800(WF13)	0(WN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	158,679(W14)	158,679(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	2,669(W15)	2,669(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	86,400(W16)	86,400(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,145(W17)	3,145(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	58,022(W18)	58,022(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	27,319(W19)	27,319(WF19)	0(WN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	8,462(W20)	8,462(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	975,278(W22)	975,278(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,166,438(W23)	1,166,438(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	224,728(W24)	224,728(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	639,799(W25)	639,799(WF25)	0(WN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W26)	0(WF26)	0(WN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	81,370(W27)	81,370(WF27)	0(WN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W28)	0(WF28)	0(WN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(99)合計	99,914,949(W99)	97,328,407(WF99)	2,586,542(WN99)
暫結金額		未支用金額	
＝ 1元/點×已支用點數＝ 99,914,949		＝ 第2季預算－暫結金額＝ 131,130,866	

=====

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

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X07)	0(XF07)	0(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X08)	0(XF08)	0(XN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X09)	0(XF09)	0(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X10)	0(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X11)	0(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(X12)	0(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團極重度、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(X13)	0(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：	0(X14)	0(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)：	0(X16)	0(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：	0(X17)	0(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：	0(X18)	0(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：	0(X19)	0(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：	0(X20)	0(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：	0(X22)	0(XF22)	0(XN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X23)	0(XF23)	0(XN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X24)	0(XF24)	0(XN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(X25)	0(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：	0(X27)	0(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	0(X99)	0(XF99)	0(XN99)
暫結金額		未支用金額	
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0		＝ 第3季預算 － 暫結金額＝ 311,655,866	

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 311,655,866＝ 492,180,866

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	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＝ 492,180,866		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3I08R01

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：111/10/28

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 11

全年合計：全年預算＝ 722,100,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	8,503,225(Z01)	8,490,375(ZF01)	12,850(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	28,303,260(Z02)	27,160,975(ZF02)	1,142,285(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	44,825,281(Z03)	43,014,175(ZF03)	1,811,106(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：	44,868,967(Z04)	43,648,589(ZF04)	1,220,378(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,899,958(Z05)	18,865,842(ZF05)	1,034,116(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,826,739(Z06)	1,635,882(ZF06)	190,857(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,944,198(Z07)	14,943,829(ZF07)	369(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,183,805(Z08)	15,183,575(ZF08)	230(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：	21,293,763(Z09)	21,290,073(ZF09)	3,690(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	940,815(Z10)	940,726(ZF10)	89(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	39,226(Z11)	39,226(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,032,836(Z12)	1,032,724(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)：	20,172,000(Z13)	20,172,000(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：	535,400(Z14)	535,400(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)：	321,600(Z16)	321,600(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,055(Z17)	9,055(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：	71,914(Z18)	71,896(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：	59,233(Z19)	59,233(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：	27,535(Z20)	27,535(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：	2,392,841(Z22)	2,392,841(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,667,884(Z23)	2,667,884(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	436,980(Z24)	436,980(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,404,258(Z25)	1,404,258(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：	146,762(Z27)	146,762(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	229,919,134(Z99)	224,503,034(ZF99)	5,416,100(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 + 0 + 0 = 229,919,134

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：111/10/28

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 12

全年已結算金額＝ 130,004,185 ＋ 99,914,949 ＋ 0 ＋ 0 ＝ 229,919,134

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 － (229,919,134 － 0)

＝ 722,100,000 － 229,919,134

＝ 492,180,866 (E6)(若第4季一般服務移撥款有結餘，優先支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫全年不足款，再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限)

註：

1. 依據「111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本預算由全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目及當年度該總額地區預算調整方式之移撥款支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
2. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定略以，111年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.324億元，按季均分，其中移撥0.50億元支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(二)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 280,000,000

第1季:

預算 = 280,000,000 / 4 = 70,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:

點數 13,457,382(J0)

收入

21,239,484(J1)

執業服務之「論次給付」(論次)J2:

已支用點數

3,697,600(J2)

執業計畫診所之品質獎勵費用J13:

已支用點數

0(J13)

(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):

加成前點數

1,169(J6)

加成已支用點數

234(J3)

巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):

加成前點數

22,967,513(J7)

加成已支用點數

4,608,029(J4)

巡迴計畫之品質獎勵費用J14:

已支用點數

0(J14)

(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)J5:

已支用點數

25,194,700(J5)

(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):

加成前點數

8,117(J11)

加成已支用點數

1,622(J8)

社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):

加成前點數

14,269,277(J12)

加成已支用點數

2,854,540(J9)

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

49,814,107(J10)

暫結金額

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

= 57,596,209

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 12,403,791

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

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 280,000,000/4 ＋ 12,403,791＝ 82,403,791

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1：	點數	11,973,772(K0)	收入	20,521,734(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2：			已支用點數	3,448,700(K2)
執業計畫診所之品質獎勵費用K13：			已支用點數	0(K13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	815(K6)	加成已支用點數	161(K3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	22,188,885(K7)	加成已支用點數	4,424,793(K4)
巡迴計畫之品質獎勵費用K14：			已支用點數	0(K14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)K5：			已支用點數	25,735,600(K5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	7,241(K11)	加成已支用點數	1,452(K8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	13,582,230(K12)	加成已支用點數	2,720,276(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14)：				48,304,754(K10)

暫結金額

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

＝ 56,852,716

未支用金額

＝ 第2季預算 － 暫結金額

＝ 25,551,075

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

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 280,000,000/4 ＋ 25,551,075＝ 95,551,075

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

暫結金額

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

＝ 0

未支用金額

＝ 第3季預算 － 暫結金額

＝ 95,551,075

※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(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 ＋ 95,551,075＝165,551,075

(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

＝ 165,551,075

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

=====

全年合計：

全年預算=280,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	25,431,154(N0)	收入	41,761,218(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	7,146,300(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	1,984(N6)	加成已支用點數	395(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	45,156,398(N7)	加成已支用點數	9,032,822(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	50,930,300(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	15,358(N11)	加成已支用點數	3,074(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	27,851,507(N12)	加成已支用點數	5,574,816(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				98,118,861(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 + 0 + 0 = 114,448,925

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 165,551,075

※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(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： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 69,424,620

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 69,424,620

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 168,000,000－69,424,620＝ 98,575,380

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＋前季未支用金額＝ 12,000,000/4＋3,598,000＝ 6,598,000

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3季預算－第3季暫結金額＝ 6,598,000－0＝ 6,598,000

第4季:預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 12,000,000/4＋6,598,000＝ 9,598,000

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＝ 9,598,000－0＝ 9,598,000

=====

全年合計:預算= 12,000,000

全年已支用點數: 2,402,000

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 2,402,000

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－(2,402,000－0)

= 9,598,000

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：RGBI3I08R01

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：111/10/28

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

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： 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3季預算—第3季暫結金額= 44,770,312— 0= 44,770,312

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 44,770,312= 59,770,312

(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= 59,770,312— 0= 59,770,312

全年合計:預算= 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數： 229,688
(2)品質獎勵費已支用點數： 0
(9)合計已支用點數： 229,688

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 229,688
全年未支用金額 = 全年預算— 全年已結算金額
= 60,000,000 — 229,688
= 59,770,312

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：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝202,153,336－0＝202,153,336

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝271,500,000/4＋202,153,336＝270,028,336

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＝270,028,336－0＝270,028,336

全年合計:預算＝271,500,000

已支用點數：1,471,664

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝1,471,664

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝271,500,000－1,471,664

＝270,028,336

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＋前季未支用金額＝184,000,000/4＋85,077,936＝131,077,936

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝131,077,936－0＝131,077,936

第4季:預算＝當季預算＋前季未支用金額＝184,000,000/4＋131,077,936＝177,077,936

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＝177,077,936－0＝177,077,936

全年合計:預算＝184,000,000

已支用點數：6,922,064

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝6,922,064

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝184,000,000－6,922,064

＝177,077,936

註:本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

=====

(八)品質保證保留款(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋111年編列之品質保證保留款預算

＝(105年1-4季牙醫一般服務醫療給付費用總額＋各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款成長率(0.30%)＋91,200,000

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

＋(9,977,436,416＋ 29,256,671)×0.30%＋91,200,000

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

＝207,582,605

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/10/28

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 25

(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× 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. 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	
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(說明2)(加總BD1)
3. 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×R_109	臺北分區	4,115,437,165	4,203,861,465	4,469,521,843	4,450,366,555	17,239,187,028
	北區分區	1,779,148,273	1,825,334,084	1,948,117,289	1,943,964,992	7,496,564,638
	中區分區	2,005,240,746	2,047,018,995	2,182,271,789	2,170,305,976	8,404,837,506
	南區分區	1,418,951,930	1,446,273,266	1,532,417,808	1,523,681,015	5,921,324,019
	高屏分區	1,545,630,213	1,577,268,895	1,669,780,422	1,662,977,603	6,455,657,133
	東區分區	218,556,058	222,251,011	236,682,647	235,635,822	913,125,538
	小計	11,082,964,385	11,322,007,716	12,038,791,798	11,986,931,963	46,430,695,862
4. 移撥牙周病統合治療方案(H)(註3)		218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000	872,400,000

程式代號：RGBI3108R01

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/28

頁次：26

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 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%	
6. 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
7. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I) (說明4)		0	0	0	0	0
8. 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
9. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註5)	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

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：111/10/28

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 27

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
10. 移撥醫療資源不足核實申報費用結餘款E4(說明6)					0	0
11. 移撥資源不足核實申報費用各分區結餘款BE4= E4×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
12. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(E5)(說明7)					0	0
13. 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
14. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結餘款E6(說明4)					0	0
15. 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

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：111/10/28

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：28

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
16. 調整後各季分區一般服務預算總額	臺北分區	4,198,922,462	4,287,346,762	4,553,007,140	4,533,851,853	17,573,128,217
(BD2)=(BD1)+(BH) -(BI)+	北區分區	1,810,594,016	1,856,779,827	1,979,563,032	1,975,410,735	7,622,347,610
(Z)+(BE4)+(BE5)+(BE6)	中區分區	2,048,436,108	2,090,214,357	2,225,467,151	2,213,501,339	8,577,618,955
	南區分區	1,444,462,677	1,471,784,013	1,557,928,555	1,549,191,762	6,023,367,007
	高屏分區	1,583,580,972	1,615,219,654	1,707,731,181	1,700,928,363	6,607,460,170
	東區分區	222,568,150	226,263,103	240,694,739	239,647,911	929,173,903
	小計	11,308,564,385	11,547,607,716	12,264,391,798	12,212,531,963	47,333,095,862

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. 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。
4. 「111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，說明如下：
 - (1)本計畫全年經費為7.221億元，其中6.721億元由111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
 - (2)依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決議略以，111年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.324億元，按季均分，其中移撥0.50億元支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
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。
6. 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。
7. 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。
8. 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。
9. 依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/10/28

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：29

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	3,227,065,947(BF)	0.96130199	-----	18,813,838	125,682
	2-北區分區	321,081,349	0.96130199	308,656,140	2,764,538	
	3-中區分區	199,185,489	0.96130199	191,477,407	1,763,441	
	4-南區分區	120,378,101	0.96130199	115,719,708	1,060,137	
	5-高屏分區	158,611,259	0.96130199	152,473,319	1,219,846	
	6-東區分區	19,438,297	0.96130199	18,686,074	243,384	
	7-合計	4,045,760,442(GF)		787,012,648(AF)	25,865,184(BG)	125,682(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	209,291,652	1.04500326	218,710,459	2,251,360	
	2-北區分區	1,280,426,381(BF)	1.04500326	-----	-36,765,529	80,993
	3-中區分區	84,768,304	1.04500326	88,583,154	731,578	
	4-南區分區	57,119,911	1.04500326	59,690,493	480,216	
	5-高屏分區	34,015,726	1.04500326	35,546,545	259,810	
	6-東區分區	4,048,516	1.04500326	4,230,712	56,867	
	7-合計	1,669,670,490(GF)		406,761,363(AF)	-32,985,698(BG)	80,993(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	63,021,861	1.01149924	63,746,565	601,953	
	2-北區分區	38,394,151	1.01149924	38,835,655	335,677	
	3-中區分區	1,755,535,209(BF)	1.01149924	-----	16,024,635	79,080
	4-南區分區	41,961,765	1.01149924	42,444,293	444,160	
	5-高屏分區	28,410,399	1.01149924	28,737,097	229,961	
	6-東區分區	2,677,319	1.01149924	2,708,106	34,154	
	7-合計	1,930,000,704(GF)		176,471,716(AF)	17,670,540(BG)	79,080(BJ)

程式代號：RGBI3108R01

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/28

頁 次： 30

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	52,278,463	1.07265558	56,076,785	640,949	
	2-北區分區	24,208,122	1.07265558	25,966,977	233,471	
	3-中區分區	58,509,892	1.07265558	62,760,962	570,442	
	4-南區分區	1,101,847,873(BF)	1.07265558	-----	7,441,755	57,245
	5-高屏分區	61,644,184	1.07265558	66,122,978	507,253	
	6-東區分區	2,059,635	1.07265558	2,209,279	28,317	
	7-合計	1,300,548,169(GF)		213,136,981(AF)	9,422,187(BG)	57,245(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	36,577,205	1.02805895	37,603,523	372,052	
	2-北區分區	16,054,748	1.02805895	16,505,227	145,007	
	3-中區分區	28,519,177	1.02805895	29,319,395	279,949	
	4-南區分區	61,485,522	1.02805895	63,210,741	552,277	
	5-高屏分區	1,335,819,409(BF)	1.02805895	-----	11,298,082	32,069
	6-東區分區	3,589,434	1.02805895	3,690,150	44,792	
	7-合計	1,482,045,495(GF)		150,329,036(AF)	12,692,159(BG)	32,069(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	12,050,380	1.21006124	14,581,698	143,840	
	2-北區分區	4,297,019	1.21006124	5,199,656	65,250	
	3-中區分區	4,303,777	1.21006124	5,207,834	44,843	
	4-南區分區	2,554,672	1.21006124	3,091,310	24,828	
	5-高屏分區	6,221,153	1.21006124	7,527,976	55,504	
	6-東區分區	138,746,092(BF)	1.21006124	-----	1,814,771	10,658
	7-合計	168,173,093(GF)		35,608,474(AF)	2,149,036(BG)	10,658(BJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)

— (投保該分區核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款)

— 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 = [4,287,346,762 - 787,012,648 - (25,865,184 + 0) - 125,682] / 3,227,065,947 = 1.07662605

北區分區 = [1,856,779,827 - 406,761,363 - (-32,985,698 + 0) - 80,993] / 1,280,426,381 = 1.15814793

中區分區 = [2,090,214,357 - 176,471,716 - (17,670,540 + 100,000) - 79,080] / 1,755,535,209 = 1.07995158

南區分區 = [1,471,784,013 - 213,136,981 - (9,422,187 + 5,059,872) - 57,245] / 1,101,847,873 = 1.12911025

高屏分區 = [1,615,219,654 - 150,329,036 - (12,692,159 + 938,230) - 32,069] / 1,335,819,409 = 1.08639547

東區分區 = [226,263,103 - 35,608,474 - (2,149,036 + 0) - 10,658] / 138,746,092 = 1.35856032

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) + 緩起訴捐助款)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [11,547,607,716 - (34,813,408 + 6,098,102) - 385,727] / 10,596,198,393 = 1.08589043

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) + 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區 = [4,287,346,762] / [4,045,760,442 + 25,865,184 + 0 + 125,682] = 1.05294907

北區分區 = [1,856,779,827] / [1,669,670,490 + -32,985,698 + 0 + 80,993] = 1.13441999

中區分區 = [2,090,214,357] / [1,930,000,704 + 17,670,540 + 100,000 + 79,080] = 1.07308777

南區分區 = [1,471,784,013] / [1,300,548,169 + 9,422,187 + 5,059,872 + 57,245] = 1.11915294

高屏分區 = [1,615,219,654] / [1,482,045,495 + 12,692,159 + 938,230 + 32,069] = 1.07990310

東區分區 = [226,263,103] / [168,173,093 + 2,149,036 + 0 + 10,658] = 1.32835907

5. 一般服務全區平均點值

= [11,547,607,716] / [10,596,198,393 + 34,813,408 + 6,098,102 + 385,727] = 1.08555699

註：

- 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。
- 依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」。

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

+ 專款專用暫結金額

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

／加總[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) +緩起訴捐助款+ 自墊核退點數(BJ)

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

＝[11,547,607,716+251,813,216+ 37,425,158+ 2,265,005]

／[10,596,198,393+ 34,813,408+ 6,098,102+ 385,727+243,265,254+ 35,779,171]= 1.08451130

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

＝ 99,914,949+ 56,852,716+ 34,779,070+ 1,165,000+ 107,942+ 1,383,986+ 6,085,803+ 51,523,750

＝ 251,813,216

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111/03(含)以前:於111/07/01~111/09/30期間核付者。

費用年月111/04~111/06:於111/04/01~111/09/30期間核付者。

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

報告事項第四案

提案單位：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。

說明：

一、依據 105 年第 1 次會議決議，以「近 3 年各季核定點數平均占率」進行一般服務預算四季重分配，以 108 年-110 年各季核定點數平均占率計算四季預算重分配後之占率如下：

第 1 季 24.307844%、第 2 季 23.185102%、第 3 季 26.072337%、第 4 季 26.434717%。

季別	108 年		109 年		109 年第 1~2 季 點數處理過程		110 年		108-110 年 平均占率
	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	
Q1	10,834	23.82%	21,843	47.49%	10,921	23.74%	11,169	25.41%	24.307844%
Q2	11,254	24.74%			10,921	23.74%	9,229	20.99%	23.185102%
Q3	11,635	25.58%	12,296	26.73%	12,296	26.73%	11,384	25.90%	26.072337%
Q4	11,763	25.86%	11,861	25.79%	11,861	25.79%	12,181	27.71%	26.434717%
合計	45,485	100.00%	46,000	100.00%	46,000	100.00%	43,963	100.00%	100%

備註：

1. 核定點數=浮動核定點數+非浮動核定點數+自墊核退點數。

2. 109 年第 1~2 季合併結算，爰 109 年第 1、2 季各季核定點數=109 年第 1~2 季核定點數÷2

二、考量 110 年受疫情影響，110 年第 2 季之核定點數平均占率僅 20.99%，建議比照 111 年之占率按 107-109 年各季核定點數平均占率(如下表)，重分配後占率如下：第 1 季 23.869908%、第 2 季 24.384747%、第 3 季 25.928519%、第 4 季 25.816826%。

季別	107 年		108 年		109 年		109 年第 1~2 季 點數處理過程		107-109 年 平均占率
	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	
Q1	10,234	24.06%	10,834	23.82%	21,843	47.49%	10,921	23.74%	23.869908%
Q2	10,504	24.70%	11,254	24.74%			10,921	23.74%	24.384747%
Q3	10,818	25.44%	11,635	25.58%	12,296	26.73%	12,296	26.73%	25.928519%
Q4	10,974	25.80%	11,763	25.86%	11,861	25.79%	11,861	25.79%	25.816826%
合計	42,530	100%	45,485	100%	46,000	100%	46,000	100%	100%

備註：

1. 核定點數=浮動核定點數+非浮動核定點數+自墊核退點數。

2. 109 年第 1~2 季合併結算，爰 109 年第 1、2 季各季核定點數=109 年第 1~2 季核定點數÷2

三、 112年牙醫門診一般服務之點值保障項目比照111年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，其他不保障。

決 定：

報告事項第五案

提案單位：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。

說明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。

二、112 年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4	5
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)

決定：

肆、討論事項

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。

說明：

- 一、依據本署109年12月8日本會議109年第1次臨時會會議紀錄、109年12月23日本會議109年第2次臨時會會議紀錄暨110年3月2日本會議110年第1次會議紀錄辦理。
- 二、依109年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配，有關「全面提升感染管制品質」之協定事項摘述如下(附件1，討1-3)：
 - (一) 用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準等。
 - (二) 執行目標為牙醫院所執行進階感染管制達100%。
- 三、109年支付標準第三部牙醫為配合全面提升感染管制品質，將第一章門診診察費拆分為第一節「一般牙科門診診察費(下稱一般診察費)」及第二節「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(下稱感管診察費)」，並於感管診察費通則規定，牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫門診加強感染管制實施方案(下稱感管方案)」申報感管診察費各項目。
- 四、本案相關會議討論如下：
 - (一) 本會議109年第1次臨時會，於「109年牙醫門診感染管制全面訪查報告案」，決定本保險支付標準「一般診察費」應訂定落日條款，並應要求所有牙科院所全面申報「感管診察費」。
 - (二) 本會議109年第2次臨時會，於討論修訂「感管方案」時，決議另案討論支付標準「一般診察費」(未申報感染管制診察費)停止適用。
 - (三) 本會議110年第1次會議就前述事項，本署提案討論自110年7月1日起停止適用第一節「一般診察費」，未落實牙醫

感染管制措施之院所，不得申報牙科門診診察費，會議決議本案緩議，下次會議再討論。

(四) 本案因COVID-19感管方案暫停實地訪查，暫緩討論至今，惟111年第3次本會議決議重啟實地訪查，爰再提會討論。

五、查112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料，111年1月至6月院所申報「感管診察費」比率約99.1% (6,985 / 7,049)。

(一) 統計111年1-6月全國牙醫醫療費用，平均每家申報約3.2百萬點。

(二) 分析未申報「感管診察費」64家如下：

1. 負責醫師年齡 ≥ 65 歲計17家，申報牙醫醫療費用介於5.5萬點至1.8百萬點。

2. 負責醫師年齡未滿65歲者計47家，申報牙醫醫療費用介於380點至2.6百萬點。

六、為保障民眾就醫安全及符合上述總額協定目標，建議辦理方式如下：

(一) 支付標準第三部牙醫第一章第一節之一般牙科門診診察費，除00304C「身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用」外，餘各項門診診察費停止適用，修訂之支付標準詳附件2 (討1-6)。

(二) 未落實牙醫感染管制措施之院所，不得申報牙科門診診察費。

七、本案如經確認同意，將提至「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。另請中華民國牙醫師公會全國聯合會儘速輔導會員，以全面落實及推行牙醫感染管制措施。

決 議：

表 1 109 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		2.430%	1,069.7	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素 成長率=[(1+人口結構改變 率+醫療服務成本指數改 變率)×(1+投保人口預估 成長率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率所 增加之預算(747.5 百萬元)： (1)預算優先併入「全面提 升感染管制品質」項目 使用。 (2)其餘預算用於藥事服務 費、牙醫診所設立無障礙 設施、離島假日開診之相 關獎勵措施等支付標準 之調整。 (3)請中央健康保險署整體 評估醫療服務之支付標 準，朝成本結構相對合 理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結 果(含調整項目及申報 增加點數)。
投保人口預估成長率		0.346%		
人口結構改變率		0.379%		
醫療服務成本指數 改變率		1.698%		
協商因素成長率		1.129%	496.9	請於 109 年 7 月底前提報各 協商項目之執行情形，延續 性項目則包含前 1 年成效評 估；實施成效並納入下年度 總額協商考量。
鼓勵 醫療 品質 及促 進保 險對 象健 康	牙周病統合治療 方案 〔107 年(含)之 前名稱為牙周 病統合照護計 畫〕	0.000%	0.0	1.本項於 108 年導入一般服務 ；109 年度預算執行率若未 達 8 成，將按比例扣款。 執行目標：30 萬人次。 預期效益之評估指標：(1) 服務量。(2)完 成率。(3)申報 第三階段件數 核減率。(4)治 療對象跨院所

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
鼓勵 醫療 品質 及 進 保 險 對 健 康				接受 91006C 至 91007C 比率。(5) 民眾抽樣調查治療之滿意度。 2.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形，並加強管理與監督機制。
	顎顏面外傷術後 整合照護	0.032%	14.0	1.本項預算新增給付項目不得與醫院總額現行支付標準重複申報。 2.執行目標：936 人次。 預期效益之評估指標：照護人次。
	全面提升感染管 制品質	1.136%	500.0	1.本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用。 2.用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。 執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達 100%。 預期效益之評估指標：109 年度牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣整體合格率(含複查合格率)。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於 108 年 12 月底前完成具體提升感染管制品質規劃(含確保全面符合感染管制之管理機制)，並提報全民健康保險會。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
				4.若執行全面提升感染管制品質院所未達 100%之目標，將按比例扣款。
其他 醫療 服務 利用 及密 集度 之改 變	醫院夜間急診加 成服務	0.023%	10.2	執行目標：申報案件達 20,300 件。 預期效益之評估指標：以下 指標較前 1 年改 善。 1.申報案件數。 2.申報點數。3. 就醫人數。4.平 均每就醫人費 用點數。5.平均 每件費用點數。
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	-0.062%	-27.3	本項不列入 110 年度總額協 商之基期費用。
一般服務 成長率(註1)	增加金額	3.559%	1,566.6	
	總金額		45,589.2	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方 案，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新 增計畫原則於 108 年 12 月 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
醫療資源不足地區改 善方案		280.0	0.0	辦理牙醫師至無牙醫鄉執 業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計 畫		647.13	113.13	1.辦理先天性唇顎裂與顫顏 畸形患者、特定障別之身心 障礙者、老人長期照顧暨安 養機構牙醫醫療服務。 2.108 年原編列於其他預算 之居家牙醫醫療服務費用 ，其 109 年費用由本項支 應。 3.新增醫療團提供護理之家 之牙醫醫療服務。

第一章 門診診察費

通則：本章所訂點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

第一節 一般牙科門診診察費

通則：

1、申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第二節「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」。

2、為全面落實牙醫門診感染管制及保障病人就醫安全，除00304C「身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用」外，本節各項門診診察費自○年○月○日起停止適用。

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
	牙科門診診察費					
00121C	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部分(≤20)					
	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	230
00122C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	230
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(>20)					
00123C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	120
00124C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	120
	3.山地離島地區					
00125C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	260
00126C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	260
	註：					
	1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。					
	4.本項支付點數含護理費29-39點。					
00128C	重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	v	v	v	v	520
	註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。					
00301C	中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	v	v	v	v	420
	註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。					
00302C	中度以上精神疾病病人診察費	v	v	v	v	320
	註：					
	1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。					
	2.限精神病及精神分裂之病人。					

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
00303C	輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	320
00304C	身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含 X 光片)。	v	v	v	v	200
01271C	環口全景 X 光初診診察 註： 1.係指病人在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景 X 光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景 X 光片攝影。 3.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.三年限申報一次，申報本項一年內不得申報 01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。	v	v	v	v	600
01272C	年度初診 X 光檢查 註： 1.係指病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙)及至少二張根尖周 X 光攝影(前牙)或至少四張根尖周 X 光片(不同部位，後牙優先)。 3.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報 01271C、01273C、00315C、00316C、00317C。	v	v	v	v	600

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
01273C	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查 註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診X光檢查需要者，醫師可於病患之主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片Bite-Wing（後牙）及至少二張根尖周X光攝影（前牙）。 3.高齲齒罹患率的族群為： (1)化療、放射線治療病人。 (2)中風病人。 (3)自體免疫疾病病人。 (4)糖尿病病人。 (5)心血管疾病病人。 (6)巴金氏症Parkinson's disease。 (7)透析治療(洗腎)病人。 (8)經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。(須詳細註明原因) 4.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 5.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 6.申報本項一年內不得申報01271C、01272C、00315C、00316C、00317C。	v	v	v	v	600

討論事項第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」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、文字修訂及項目點數調整，：

(一)文字修訂：通則、92002C、92004C、92014C。

(二)112 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(0.653%)，預估約 310.6 百萬，預計調整：

1. 90007C「去除鑄造牙冠」點數 500 點提升至 800 點

2. 92004C「口外切開排膿」更改申報表別，由 C 表改為 B 表、點數 2000 點提升至 3000 點。

3. 00305C-00310C、00315C-00317C、00311C-00314C「感管診察費」提升 7 點，其中特定身心障礙者診察費由 16 專案（全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫）支應。

4. 成本分析及作業流程。

三、112 年度協商結果研議新增支付項目：

(一)特定牙周保存治療、超音波根管沖洗計畫(專案)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(專案)，支付項目文字。

(二)依據「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」之患者定義，同步修訂 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」及 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之備註文字。

(三)成本分析及作業流程。

本署意見：

一、依111年9月21日衛生福利部全民健康保險會112年全民健康保險醫療給付費用總額協商會議-牙醫門診總額協商結論，可增修訂診療項目之預算來源如下：

(一) 非協商因素-醫療服務成本指數改變率(0.653%)310.6百萬元。

(二) 協商因素成長率-其他醫療服務利用及密集度之改變-特定牙周保存治療（全口總齒數一至三顆）53.5百萬元。

(三) 專款項目：

1. 超音波根管沖洗計畫 144.8 百萬元。

2. 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 1,010 百萬元。

二、本署說明詳附件1（討2-3），校正之成本分析及作業流程表詳附件2（討2-20）。

三、考量全民健康保險會已協定本案新增預算相關辦理事項，建請牙全會定期每季於本會議報告執行情形（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），以利協助及推動。

決 議：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

一、第三部牙醫文字修訂

編號	修訂內容	原內容	全聯會說明	健保署意見	預算來源與預估增加費用
第三章牙科處置及手術					
通則	一、本章除第四節第二項開刀房手術各項目外，餘各項目之點數均包括牙科材料費在內。 ~~二、牙體復形各項目之點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內。~~	一、本章除第四節第二項開刀房手術各項目外，餘各項目之點數均包括牙科材料費在內。 二、牙體復形各項目之點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內。		1. 請牙全會說明刪除本項通則原因。 2. 查支付標準 96001C「牙科局部麻醉」支付點數為 90 點。 3. 牙體復形各項目若麻醉費得另外申報，本署推估費用如下： (1) 經洽牙全會牙體復形使用麻醉經驗值為 10%(以人次計)。 (2) 牙體復形申報人次 110 年 9.1 百萬人次，110 年 1-9 月 6.6 百萬人次(占全年 72.5%)，111 年 1-9 月 6.7 百萬人次，成長率 1.52%。 (3) 以 111 年 1-9 月申報人次及 110 年占率推估 111 年全年申報人次約為 9.2 百萬人次(6.7 百萬人次/72.5%)。 (4) 推估 112 年服務人次為 9.4 百萬人次【9.2 百萬人次*(1+1.52%)】。 (5) 推估增加費用為 84.6 百萬點(9.4 百萬*90 點*10%)。 4. 現行支付標準與本次提案修	請牙全會說明本項預算來源。

編號	修訂內容	原內容	全聯會說明	健保署意見	預算來源與 預估增加費用												
				訂優點如下： (1) 牙科局部麻醉包含於牙體復形各項目內：無論是否麻醉，支付點數均相同，爰非必要時不會使用麻醉。 (2) 牙體復形所需之麻醉費另外申報：執行麻醉者費用另核實申報，使醫師依其提供之服務，獲得適當之回饋，但會增加申報之複雜性。 5. 若同意麻醉費另外申報，考量本案無預算來源，請牙全會研議牙體復形項目下修支付點數。													
92002C (100點)	齒間暫時固定術，每齒 Temporariesplintingforonetooth 註：需附術後X光片 <u>或照片</u> 舉證。	齒間暫時固定術，每齒 Temporariesplintingforonetooth 註：需附術後X光片舉證。	考量固定材材料可能不會顯示在X光片上，故建議新增或以照片舉證	尊重牙全會意見。													
~~92004C~~ ~~92004B~~ (2,000點)	口外切開排膿	口外切開排膿	修改申報層級	1. 統計本項 108-110 年醫院及基層院所申報情況如下： 單位:醫令量 <table><tr><td></td><td>108 年</td><td>109 年</td><td>110 年</td></tr><tr><td>醫院</td><td>336</td><td>331</td><td>301</td></tr><tr><td>基層診所</td><td>120</td><td>92</td><td>71</td></tr></table> 2. 因仍有基層診所申報，請牙全會說明改限為醫院申報原		108 年	109 年	110 年	醫院	336	331	301	基層診所	120	92	71	
	108 年	109 年	110 年														
醫院	336	331	301														
基層診所	120	92	71														

編號	修訂內容	原內容	全聯會說明	健保署意見	預算來源與 預估增加費用
92014C (900點)	複雜性拔牙Complexextraction 註： 一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或懷孕婦女或第三大白齒可依本項申報。 全身性疾病包含： 1.符合「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。 2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3.服用抗凝血劑療程中。 4.洗腎病人。 5.張口困難(含口腔癌病人)不及2.5公分。 6.曾經接受器官移植病人。 7.凝血障礙或白血球障礙病人。 8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。 9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10.愛滋病。 11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12.肝硬化及癌症患者。 三、需檢附術前X光片以為審核(X光片及局部麻醉費用已	複雜性拔牙Complexextraction 註： 一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。 全身性疾病包含： 1.符合「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。 2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3.服用抗凝血劑療程中。 4.洗腎病人。 5.張口困難(含口腔癌病人)不及2.5公分。 6.曾經接受器官移植病人。 7.凝血障礙或白血球障礙病人。 8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。 9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10.愛滋病。 11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12.肝硬化及癌症患者。 三、需檢附術前X光片以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含，「全民健康保險牙醫門診	考量懷孕婦女當下的身分狀態，認定符合92014C之狀況	因。 1.除支付標準訂有適應症外，查「全民健保牙醫門診總額臨床治療指引」，92014C適應症為符合92013C「簡單性拔牙(510點)」適應症且有牙根靠近鼻竇或下齒槽神經等情況，合併支付規範第二點者得申報(討2-7)，爰以申報92013C之懷孕婦女推估費用。 2.本署推估費用如下： (1) 懷孕婦女申報92013C醫令量110年0.4萬，110年1-9月0.3萬(占全年75%)，111年1-9月0.2萬，成長率為負，以0%計算。 (2) 以111年1-9月醫令量0.2萬及110年占率推估111年全年醫令量約為0.3萬(0.2萬/75%)，推估112年醫令量為0.3萬。 (3) 推估增加費用為1.17百萬點【0.3萬*(900-510)點】。	請牙全會說明本項預算來源。

編號	修訂內容	原內容	全聯會說明	健保署意見	預算來源與 預估增加費用
	內含，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象經安撫無法配合者不在此限)。	總額特殊醫療服務計畫」之適用對象經安撫無法配合者不在此限)。			

全民健保牙醫門診總額臨床治療指引

	92013C 簡單性拔牙	92014C 複雜性拔牙
適應症 Indications	齲齒無法復形及保存 牙周病無法治癒之牙齒 牙齒外傷性斷折無法復形及保存 多生齒 感染區之牙齒 病灶區之牙齒 放射線治療之須要	一、如 92013C 之適應症有下列情況之一者： 牙根靠近鼻竇或下齒槽神經 牙根彎曲或肥大 牙齦下殘留齒根 牙根黏連 張口受限 25mm 以內 二、合併全身性疾病或 65 歲以上患者或第三大白齒 1. 唐氏症、自閉症、腦性麻痺、智障、身心精神障礙和癲癇症、多重障礙及染色體異常。 2. 心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3. 服用抗凝血劑療程中。 4. 洗腎病人。 5. 張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。 6. 曾經接受器官移植病人。 7. 凝血障礙或白血球障礙病人。 8. 糖尿病患者飯前血糖高於 200mg/dl。 9. 曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10. 愛滋病。 11. 免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 肝硬化及癌症患者。
診斷 DiagnosticStudy	病史、理學檢查 X 光檢查（必要） 牙周檢查	病史、理學檢查 X 光檢查（必要）
處置 Management	局部麻醉 患齒拔除(部份拔除牙冠或牙齒切半術或牙根切斷術，不屬此項)。 必要時傷口縫合	局部麻醉 患齒拔除(部份拔除牙冠或牙齒切半術或牙根切斷術，不屬此項)。 必要時傷口縫合
完成狀態 FinishingStatus	患齒拔除並將發炎組織清除。	患齒拔除並將發炎組織清除。

二、運用 112 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(0.653%)，310.6 百萬調整支付點數(牙全會提案)。

No.	代號	項目	支付點數 (A)	修訂點數 (B)	108 年醫令 數 (C)	109 年醫令 數 (D)	109 年較 108 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 112 年 醫令數 (F)=(D)*(1+E) (1+E)	預估 112 年增 加經費 (G)=(F)*(B-A)
1	90007C	去除鑄造牙冠	500	800	432,750	420,207	-2.90%	420,207	126,062,100
2	92004C→ 92004B	口外切開排膿 (C 改 B 表，故排除基層院所申報醫令 數)	2,000	3,000	302	281	-6.95%	281	281,000
3	92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次	1,000	1,500	16,129	14,942	-7.36%	14,942	7,471,000
4	00305C	SOP 診察費(20 人次以下)-交付處方	355	362		3,753,849	-2.30%	3,753,849	26,276,943
	00306C	SOP 診察費(20 人次以下)-自行調劑	355	362		18,850,916		18,850,916	131,956,412
	00307C	SOP 診察費(超過 20 人次)-交付處方	155	162		98,096		98,096	686,672
	00308C	SOP 診察費(超過 20 人次)-自行調劑	155	162		438,233		438,233	3,067,631
	00309C	SOP 診察費山地離島-交付處方	385	392		25,685		25,685	179,795
	00310C	SOP 診察費山地離島-自行調劑	385	392		165,893		165,893	1,161,251
	00315C	SOP 環口全景 X 光初診診察	635	642		1,589,940		1,589,940	11,129,580
	00316C	SOP 年度初診 X 光檢查	635	642		158,473		158,473	1,109,311
16 專案 支應	00317C	SOP 高齲齒罹患率族群年度初診 X 光 片檢查	635	642		672	-2.54%	672	4,704
	00311C	SOP 重度以上特定身心障礙(非精神疾 病)者診察費	555	562		50,524		50,524	353,668
	00312C	SOP 中度特定身心障礙(非精神疾病)者 診察費	455	462		27,717		27,717	194,019
	00313C	SOP 中度以上精神疾病患者診察費	355	362		20,868		20,868	146,076
	00314C	SOP 輕度特定身心障礙者(非精神疾病) 及失能老人診察費	355	362		16,889		16,889	118,223

*成長率負值則以零成長計算

*診察費自 109 年起拆分為一般診察費及感管診察費 2 節，推估 112 年費用時，以診察費申報總醫令數計算成長率，計算原則如後附。

***牙全會診察費成長率計算原則**

1. 109 年 9 月起新增「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」章節。
2. 考量因 108 年至 109 年申報項目轉換，推估 112 年費用時，以診察費申報總醫令數計算成長率，並以此成長率推估前述感管診察費 112 年影響之費用

(1) 108-109 年診察醫令數成長率：-2.30%

109.9 起	項目	項目	108 醫令數	109 醫令數
	00121C	診察費(20 人次以下)-交付處方	112,424	57,140
	00122C	診察費(20 人次以下)-自行調劑	668,490	312,846
	00123C	診察費(超過 20 人次)-交付處方	137,209	34,909
	00124C	診察費(超過 20 人次)-自行調劑	683,263	170,882
	00125C	診察費山地離島-交付處方	728	166
	00126C	診察費山地離島-自行調劑	19,135	13,313
X	00129C	SOP 診察費(20 人次以下)-交付處方	4,735,676	1,155,557
X	00130C	SOP 診察費(20 人次以下)-自行調劑	25,106,438	5,784,225
X	00133C	SOP 診察費山地離島-交付處方	33,479	8,778
X	00134C	SOP 診察費山地離島-自行調劑	209,076	50,773
	01271C	環口全景 X 光初診診察	2,117,880	538,555
	01272C	年度初診 X 光檢查	226,283	57,097
	01273C	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	764	341
V	00305C	SOP 診察費(20 人次以下)-交付處方		3,753,849
V	00306C	SOP 診察費(20 人次以下)-自行調劑		18,850,916
V	00307C	SOP 診察費(超過 20 人次)-交付處方		98,096
V	00308C	SOP 診察費(超過 20 人次)-自行調劑		438,233
V	00309C	SOP 診察費山地離島-交付處方		25,685
V	00310C	SOP 診察費山地離島-自行調劑		165,893
V	00315C	SOP 環口全景 X 光初診診察		1,589,940
V	00316C	SOP 年度初診 X 光檢查		158,473
V	00317C	SOP 高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查		672
醫令數小計			34,050,845	33,266,339
成長率				-2.30%

*成長率負值，以 0 成長計算。

本署說明：

No.	代號	項目	支付點數	牙全會提案本署估算						本署模擬於預算內之點數估算				現行點數 生效日期
				修訂點數	點數 調幅	一般服務		牙特計畫 16 專案		修訂點數	點數 調幅	一般服務 預估增加 金額 (點)	牙特計畫 16 專案預估增加 金額 (點)	
						預估 112 年醫令量	預估增加 金額 (點)	預估 112 年醫令量	預估增加 金額 (點)					
1	90007C	去除鑄造牙冠	500	800	60.0%	458,943	137,682,943	1,087	326,066	600	20.0%	45,894,314	108,689	103.02.01
2	92004C→ 92004B	口外切開排膿 (C 改 B 表，故排除基層院所申報醫令數)	2,000	3,000	50.0%	290	290,093	2	2,000	2,400	20.0%	116,037	800	103.02.01
3	92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次	1,000	1,500	50.0%	15,504	7,752,027	17	8,500	1,200	20.0%	3,100,810	3,400	105.04.01
4	00305C	SOP 診察費(20 人次以下)-交付處方	355	362	2.0%	5,430,555	38,013,882	25	175	362	2.0%	38,013,882	175	109.04.01
	00306C	SOP 診察費(20 人次以下)-自行調劑	355	362	2.0%	24,982,054	174,874,381	4,755	33,285	362	2.0%	174,874,381	33,285	109.04.01
	00307C	SOP 診察費(超過 20 人次)-交付處方	155	162	4.5%	208,498	1,459,486	-	-	159	2.6%	833,992	-	109.04.01
	00308C	SOP 診察費(超過 20 人次)-自行調劑	155	162	4.5%	864,930	6,054,507	-	-	159	2.6%	3,459,719	-	109.04.01
	00309C	SOP 診察費山地離島-交付處方	385	392	1.8%	31,334	219,336	-	-	392	1.8%	219,336	-	109.04.01
	00310C	SOP 診察費山地離島-自行調劑	385	392	1.8%	208,196	1,457,373	5	32	392	1.8%	1,457,373	32	109.04.01
	00315C	SOP 環口全景 X 光初診診察	635	642	1.1%	2,899,230	20,294,607	732	5,124	642	1.1%	20,294,607	5,124	109.04.01
	00316C	SOP 年度初診 X 光檢查	635	642	1.1%	239,904	1,679,330	77	541	642	1.1%	1,679,330	541	109.04.01
	00317C	SOP 高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	635	642	1.1%	531	3,719	-	-	642	1.1%	3,719	-	109.04.01
16 專 案 支 應	00311C	SOP 重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	555	562	1.3%	-	-	64,972	454,803	562	1.3%	-	454,803	109.04.01
	00312C	SOP 中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	455	462	1.5%	-	-	40,954	286,679	462	1.5%	-	286,679	109.04.01
	00313C	SOP 中度以上精神疾病患者診察費	355	362	2.0%	-	-	24,141	168,988	362	2.0%	-	168,988	109.04.01
	00314C	SOP 輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人 診察費	355	362	2.0%	-	-	22,099	154,695	362	2.0%	-	154,695	109.04.01
預估金額合計							389,781,682		1,440,887			289,947,499	1,217,210	

1. 調升點數牙全會預估一般服務金額為 309.4 百萬點，牙特計畫為 0.81 百萬點。
2. 查牙特計畫規定，屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報，爰調升點數亦影響該計畫費用。
3. 本署以 110 年醫令量、110 年 1-9 月之全年占率及 110 年及 111 年 1-9 月成長率推估，推估一般服務約需 389.78 百萬點，超出醫療服務成本指數改變率預算 310.6 百萬，爰模擬於預算內之點數，估算如上表。
4. 查 112 年牙醫門診總額較基期成長率為 2.588%，爰 00307C、00308C SOP 診察費(超過 20 人次)-交付處方／自行調劑點數，以前述成長率調整為 159 點【155*（1+2.588%）】。
5. 查 92093B 牙醫急症處置成本分析表(討 2-24)，列有牙科助理(或住院醫師)惟兩者成本應不同，請問工作內容及實際執行者為何。

三、特定牙周保存治療（一般服務）

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
	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs					
91015C	-全口總齒數九至十五顆 $9 \leq \text{no. of teeth} \leq 15$	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數四至八顆 $4 \leq \text{no. of teeth} \leq 8$	v	v	v	v	1000
91XXC	-全口總齒數一至三顆 $1 \leq \text{no. of teeth} \leq 3$	v	v	v	v	500
	註： 1.限總齒數至少 ~~四~~ <u>一</u> 顆且未達十六顆之患者申報。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數九至十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm 以上；全口總齒數四至八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm 以上； 全口總齒數一至三顆者，至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm 以上。 ）及治療前全口 X 光片（須符合患者口腔現況，X 光片費用另計，環口全景 X 光片費用不另計）以為審核。 3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C。					

本署說明：

1. 本項 112 年協定事項如下：

- (1) 本項經費與特定牙周保存治療-全口總齒數九至十五顆、特定牙周保存治療-全口總齒數四至八顆、91018C 牙周病支持性治療等 3 項診療項目採預算中平，經費整體統籌運用。
 - (2) 執行目標：112 年度特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數全年以 10 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。
 - (3) 預期效益之評估指標：18 歲以上執行「特定牙周保存治療-顆數一至三顆」者，追蹤其治療後 1 年之平均拔牙顆數低於其最近 3 年年平均拔牙顆數。
 - (4) 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體規畫內容（含給付條件、醫療服務內容及成效監測）。
2. 財務影響：以 110 年 18 歲以上於牙醫就醫約 894 萬人，依牙全會提供 18 歲以上 1-3 顆人數占率約為 0.90%，110 年申報 91018C 者平均每人申報 1.9 次/年，及牙全會建議應以 91001C 牙周緊急處置之點數（150 點）差值計算，費用推估約 53.5 百萬【(500-150 點)*894 萬人*0.9%*1.9 次/年】。

四、超音波根管沖洗計畫(專款)

比照 111-3 研商會議健保署對於高齲齒率患者氟化物治療之意見，本項雖為專款項目，惟僅有一項診療項目，建議將其列入支付標準之診療項目，不另新增計畫。

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
PXXXC	超音波根管沖洗 Ultrasonic irrigation in endodontics 註:應與根管治療項目併同申報。	Y	Y	Y	Y	100

➤ **建議同步新增審查注意事項：**(審查注意事項請於支付標準增修後另行提案研議)
肆、根管治療：八、執行超音波根管沖洗依牙位申報，同一療程可按實際執行次數申報，病歷應詳實記載，並於每次執行時申報。

本署說明：

- 建議新增「恆牙根管治療之超音波根管沖洗」項目(如後附)，並評估是否需修訂現行恆牙根管治療診療項目之支付規範文字。
- 本項 112 年協定事項如下：
 - 執行目標：112 年度超音波根管沖洗執行件數全年以 144.8 萬件為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。
 - 預期效益之評估指標：使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率，比未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率低。
 - 請中央健康保險署辦理下列事項：
 - 會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案（含給付條件、醫療服務內容及成效監測），並提全民健康保險會報告。
 - 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。
 - 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。
- 財務影響：
 - 以 90015C「根管開擴及清創」之醫令量、成長率估算，109 年醫令量 1.98 百萬件，110 年醫令量 1.81 百萬件，近年來成長率為負，以成長率為 0 估算，推估 112 年 90015C 醫令量為 1.81 百萬件。
 - 另依恆牙根管治療支付規範第 2 點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。經統計 110 年 90015C 醫令量 1.81 百萬件中 0.86 百萬件為併報恆牙根管治療（占率 47.5%），0.22 百萬件為併報難症特別處理（占率 12.2%）。
 - 以牙全會推估執行率 40%計算，費用推估約 1.448 億元【100 點*1.81 百萬(90015C 醫令量)*40%*2(牙全會提供使用次數)】。

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）	v	v	v	v	1210
PxxxxC	恆牙根管治療-超音波根管沖洗（單根）	v	v	v	v	1310
90002C	恆牙根管治療（雙根）	v	v	v	v	2410
PxxxxC	恆牙根管治療-超音波根管沖洗（雙根）	v	v	v	v	2510
90003C	恆牙根管治療（三根）	v	v	v	v	3610
PxxxxC	恆牙根管治療-超音波根管沖洗（三根）	v	v	v	v	3710
90019C	恆牙根管治療（四根）	v	v	v	v	4810
PxxxxC	恆牙根管治療-超音波根管沖洗（四根）	v	v	v	v	4910
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上）	v	v	v	v	6010
PxxxxC	恆牙根管治療-超音波根管沖洗（五根(含)以上）	v	v	v	v	6110
	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。					
90016C	乳牙根管治療	v	v	v	v	1010
PxxxxC	乳牙根管治療-超音波根管沖洗	v	v	v	v	1110
	註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、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（如已申報 90005C，六十天內不得再併加 90015C 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，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。					
90018C	乳牙多根管治療	v	v	v	v	1690

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
PxxxxC	乳牙多管治療-超音波根管沖洗 註： 1.本項費用包括 X 光費用、局部麻醉、拔髓治療、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 (如已申報 90005C，六十天內不得再併加 90015C 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，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。	V	V	V	V	1790

五、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(專款)

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
PXXX C	<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u> <u>Topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease</u> <u>註：</u> <u>1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險患者，提供本項診療服務。</u> <u>齲齒經驗之高風險患者包含：</u> <u>(1)糖尿病患者。</u> <u>(2)六十五歲以上患者。</u> <u>(3)腦血管疾病患者。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析患者。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。</u> <u>(6)惡性腫瘤患者。</u> <u>(7)障別及障礙等級不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之患者。</u> <u>2.每九十天限申報一次。</u> <u>3.含材料費。</u> <u>4.申報本項後九十天內不得再申報92051B、92072C、P7301C及P30002。</u>	Y	Y	Y	Y	500

本署說明：

- 查 111 年 9 月 23 日健保會第 5 屆 111 年第 9 次委員會議議事錄，本項適用對象共七種，其中第七項為「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」與上表註 1.(7)不同，請牙全會說明，並建議依協商結論辦理。
- 財務影響：
 - 112 年度協商內容：
 - 依據牙全會提供定義推估，齲齒經驗之高風險患者計 3.3 百萬(110 年 65 歲以上牙醫門診就醫人數 1.54 百萬人，未滿 65 歲糖尿病 1.2 百萬人，未滿 65 歲符合 91090C 高風險牙結石清除患者人數 0.55 百萬人)，另統計上述三類病人牙醫就醫率為 37%。
 - 經扣除符合現行 92051B 塗氟、92072C 口乾症塗氟及 P7301C 高齲齒率患者氟化物治療條件者(計 543,597 人)，約 2.7 百萬人【3,287,645-543,597】。
 - 另統計 65 歲以上 110 年申報 92051B、92072C 申報者，平均每人申報次數為 1.99 次／年，費用推估約 **10.1 億元**【500 點*2,744,048 人*1.99 次／年*37%】。
 - 因適用對象改變，額外增加費用估算如下：
 - 上表註 1.(7)較協商結論增加「輕度及中度視覺障礙、聽覺機能障礙者、平衡機能障礙者、聲音機能或語言機能障礙者、顏面損傷者」，110 年計約 18.4 萬人。

B. 本署無障別資料，爰以牙特計畫資料估算，110年符合牙特者就醫率為9.52%，平均每人接受1.06次服務，增加費用推估約92.8百萬點(500點*18.4萬人*1.06次/年*9.52%)。

3. 註4.之90天內不得併報項目建議增加P7102C青少年齲齒氟化物治療。

4. 本項112年協定事項如下：

(1) 本計畫適用對象：

①糖尿病患者。

②六十五歲以上患者。

③腦血管疾病患者。

④血液透析及腹膜透析患者。

⑤使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。

⑥惡性腫瘤患者。

⑦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) 本項經費不得與現行一般服務之診療項目（如：92051B塗氟、92072C口乾症塗氟及計有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善計畫」重複支應）。

(3) 執行目標：112年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以200萬人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。

(4) 預期效益之評估指標：1年後(113年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(5) 請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體實施方案（含給付條件、醫療服務內容及成效監測），並提全民健康保險會報告。

②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。

③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。

六、支付規範修訂：

項目	修訂條文	原條文	全聯會說明
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Fullmouthscalingforpatientsathighriskfordental 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)障別及障礙等級不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之患者肢體障礙、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。	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Fullmouthscalingforpatientsathighriskfordental 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。	【文字修訂】 明確定義係指障別及障礙等級不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」的患者，並刪除障別及障礙等級限制，以服務前述計畫外高風險患者，以符合本項目設計概念
P7301C	高齲齒率患者氟化物治療 Topicalfluorideapplicationforhighcariesriskpatients 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 及 PXXXX。	高齲齒率患者氟化物治療 Topicalfluorideapplicationforhighcariesriskpatients 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。	【文字修訂】 依據新項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」，同步修訂排除項目

本署說明：

(一) 91090C 高風險疾病患者牙結石清除：

1. 本項自 111 年 3 月 1 日生效，目標服務 27 萬人，至同年 9 月計服務人數 8,050

人，服務 9,341 人次。

2. 本項適用對象(5)由「不符牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者」，放寬為「不符牙特之障別及障礙等級」皆可利用本項服務，牙全會係依據 112 年協商新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」項目修訂，惟與協商結論不同，建議依協商結論辦理。

3. 預算來源：

- (1) 111 年於其他醫療服務利用及密集度之改變增編高風險疾病口腔照護 405.0 百萬元。
- (2) 依 112 年牙醫門總額協商結論，一般服務成長率 0.702%，112 年本項預算推估約 407.8 百萬元。

4. 增加費用推估：

- (1) 上表註 1.(5)較協商結論增加輕度及中度視覺障礙、聽覺機能障礙者、平衡機能障礙者、聲音機能或語言機能障礙者、顏面損傷者，110 年計約 18.4 萬人。
 - (2) 本署無障別資料，爰以牙特計畫資料估算，110 年符合牙特者就醫率為 9.52%，平均每人接受 1.06 次服務。
 - (3) 增加費用推估約 130 百萬點($700 \text{ 點} \times 18.4 \text{ 萬人} \times 1.06 \text{ 次/年} \times 9.52\%$)。
- (二) P7301C 高齲齒率患者氟化物治療：依據新項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」，同步修訂排除 90 天內不得併報項目，建議再增加 P7102C 青少年齲齒氟化物治療。

身心障礙者人數按等級及類別分The Disabled Population by Grade and Classification

中華民國110年底 End of 2021

單位：人 Unit：Persons

障礙類別 Classification		總計 Grand Total			極重度 Profound			重度 Severe			中度 Moderate			輕度 Mild		
		計 Total	男 Male	女 Female	計 Total	男 Male	女 Female	計 Total	男 Male	女 Female	計 Total	男 Male	女 Female	計 Total	男 Male	女 Female
舊制障礙類別	視覺障礙者 Visual Impairment	55,462	29,293	26,169	30	13	17	21,453	11,781	9,672	16,338	8,238	8,100	17,641	9,261	8,380
	聽覺機能障礙者 Hearing Impairment	127,035	71,291	55,744	36	16	20	20,733	11,050	9,683	34,723	20,131	14,592	71,543	40,094	31,449
	平衡機能障礙者 Motion and Balance Impairment	3,211	1,845	1,366	9	4	5	127	70	57	720	393	327	2,355	1,378	977
	聲音機能或語言機能障礙者 Vocal and Speech Impairment	15,556	11,600	3,956	60	34	26	3,946	3,247	699	3,329	2,492	837	8,221	5,827	2,394
	肢體障礙者 Moving Functional Limitation	352,800	207,747	145,053	4,697	2,666	2,031	45,734	25,783	19,951	127,252	76,043	51,209	175,117	103,255	71,862
	智能障礙者 Intellectual and Developmental Disability	102,908	58,523	44,385	6,806	3,724	3,082	13,638	7,552	6,086	39,545	21,665	17,880	42,919	25,582	17,337
	重要器官失去功能者 Internal Organ Loss Function and Related Disabilities	159,994	88,941	71,053	79,026	43,040	35,986	10,142	6,106	4,036	18,670	11,609	7,061	52,156	28,186	23,970
	顏面損傷者 Facial Disfigurements	4,588	3,087	1,501	—	—	—	331	195	136	849	521	328	3,408	2,371	1,037
	植物人 Persistent Vegetative State	2,491	1,417	1,074	2,487	1,415	1,072	2	1	1	—	—	—	2	1	1
	失智症者 Dementia	68,648	23,687	44,961	3,297	995	2,302	16,488	5,058	11,430	26,274	9,094	17,180	22,589	8,540	14,049
	自閉症者 Autism	17,887	15,489	2,398	251	195	56	1,145	926	219	3,278	2,824	454	13,213	11,544	1,669
	慢性精神病患者 Chronic Mental Health Conditions	133,056	63,213	69,843	1,716	868	848	20,155	10,429	9,726	71,218	35,000	36,218	39,967	16,916	23,051
	多重障礙者 Multiple Disabilities	135,134	77,021	58,113	42,997	23,028	19,969	48,083	27,007	21,076	41,131	24,916	16,215	2,923	2,070	853
	頑性(難治型)癲癇症者 Intractable Epilepsy	4,766	2,518	2,248	22	12	10	36	17	19	86	57	29	4,622	2,432	2,190
	因罕見疾病而致身心功能障礙者 Rare Diseases	1,686	893	793	34	14	20	808	431	377	307	178	129	537	270	267
	其他障礙者 Others	4,342	2,208	2,134	234	115	119	986	559	427	1,160	572	588	1,962	962	1,000
	新制類別無法對應舊制類別者 Unclassifiable as the result of classification system transformation	14,190	9,152	5,038	174	92	82	680	317	363	2,206	1,165	1,041	11,130	7,578	3,552
資料來源：直轄市、縣(市)政府。			牙特計畫適用對象													
Source：County and City Government.			現行91090C適用對象													
更新日期：2022/03/09			91090C擬增加適用對象													

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☒ 現有項目
 ☐ 新增項目

項目名稱：90007C 去除鑄造牙冠 (500→800點)

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	30	1,173	1,350
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員(牙科助理)	1		5.9	30	177	
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		1.carbide bur	支		100.0	2.0	200	200
							-	
							-	
							-	
							-	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		1. 高速手機	20,000	7	0.0	30	1	57
		2. 高速吸唾機	50,000	7	0.1	30	2	
		3. X光機	100,000	7	0.1	30	4	
		4. 手術燈	100,000	7	0.1	30	4	
		5. 牙科治療椅	500,000	7	0.7	30	22	
		小計					34	
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					10			
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
			50	0.00				
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%						13		
直接成本合計							1,607	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							211	
成本總計							1,818	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：去除鑄造牙冠 (500→800點)

支付標準編號：90007C

作 業 流 程	一. 前置期 1 術前檢查	二. 初期 1 使用EPT檢查牙冠下牙齒牙髓是否正常 2 使用牙刮匙，檢視牙橋是否鬆動	三. 中期 1 檢視病患牙套種類 2 傳統金屬瓷牙，準備圓形鑽針切開陶瓷層 3 待暴露出牙冠金屬層後再使用錫鋼拆假牙牙冠鑽針切開假牙	四. 後期： 1 若是全瓷冠假牙，透過全瓷冠氧化鋁口內專用破冠鑽針，將牙冠移除 2 照射牙套移除後牙齒，確認牙冠下牙齒齶齒部位 3
設 備	1 數位X光片(PSP) 數位讀片機	1 EPT 2 牙刮匙	1 高速手機 2 治療椅 3	1 數位X光片(PSP) 2 數位讀片機
人 力	1 醫師1位(5分) 2 行政人員(牙科助理)1位(5分)	1 醫師1位(5分) 2 行政人員(牙科助理)1位(5分)	1 醫師1位(10分) 2 行政人員(牙科助理)1位(10分)	1 醫師1位(10分) 2 行政人員(牙科助理)1位(10分)
檢 體 數				

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人

次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分)。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☒ 現有項目
 ☐ 新增項目

項目名稱：92004C→92004B口外切開排膿

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
		1.主治醫師以上	1		39.1	60	2,346	2,979	
		2.住院醫師							
		3.護理人員	1		7.6	60	456		
		4.醫事人員							
		5.行政人員(牙科助理)	1		5.9	30	177		
		6.工友、技工							
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計	
		1. 15號刀片			10.0	1.0	10	620	
		2. 麻藥2%			30.0	2.0	60		
		3. 細菌培養套組(culture)			100.0	2.0	200		
		4. 縫線nylon4-0			150.0	1.0	150		
		5. 生理食鹽水			50.0	1.0	50		
		6. 引流管500mL			150.00	1.0	150		
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
		小計							-
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %							-
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	-		
			50	0.00					
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%							-	
直接成本合計								3,599	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								471	
成本總計								4,070	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱 口外切開引流

支付標準編號 92004C-->92004B

作業流程	一.前期 →	二.中期 →	三.後期:
	1 生理跡象監測 2 麻藥施打 3 消毒與相關無菌面鋪設 4 器械準備 5 醫療人員穿戴隔離防護衣 6	1 切開引流 2 以止血鉗撐開膿瘍處，並止血 3 置入引流管 4 傷口縫合 5 大量生理食鹽水沖洗 6 覆蓋紗布	1 生理跡象監測 2 停留於手術台上後確認無不良後遺症 3 衛教傷口照護與呼吸道通暢監測 4 預約回診 5 6
設備	1 防水隔離衣 2 切開引流手術器械組 3 治療椅 4 麻藥器械組 5 生命徵象監測儀	1 防水隔離衣 2 切開引流手術器械組 3 治療椅 4 縫合器械組 5	1 防水隔離衣 2 切開引流手術器械組 3 治療椅 4 生命徵象監測儀 5
人力	醫師(15分) 護理人員(15分) 行政人員(牙助)(15分)	醫師(30分) 護理人員(30分)	醫師(15分) 護理人員(15分) 行政人員(牙助)(15分)
檢體數	1~2件		

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人每次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分)。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表三、成本分析表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：牙醫急症處置

支付標準編號：92093B

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

直 接 成 本	一、 用人 成本	人 員 別		人 數 (A) (整位數)		每人每分鐘 成本(B) (小數點1位)		耗用時間(分) (C) (整位數)		成本小計 (D=A*B*C) (整位數)		成本合計 (E=ΣD) (整位數)	
		1.主治醫師以上		1		34.4		30		1,032		1,422	
		2.牙科助理(或住院醫師)		1		3.3		30		99			
		3.護產人員		1		5.2		30		156			
		4.醫事人員(放射師)		1		5.6		10		56			
		5.行政人員		1		3.3		15		50			
		6.工友、技工、傳送人力		1		2.9		10		29			
	二、不計價材 料或藥品成本	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		成本小計 (H=F*G) (整位數)		成本合計 (I=ΣH) (整位數)	
		1.縫線(Novosyn 5/0)		條		123.00		1		123		225	
		2.無菌手套		雙		12.00		2		24			
		3.慢速吸唾管		支		0.50		1		0.5			
		4.高速吸唾管		支		6.00		1		6			
		5.刀片(#12D)		片		13.50		1		13.5			
		6.刀片(#15C)		片		18.00		1		18			
		7.大棉棒(2支/包)		包		10.00		1		10			
		8.金碘藥水		瓶		50.00		0.1		5			
		9.液態細菌採檢棒		個		25.00		1		25			
		10.											
	三、計價材料或 藥品成本	品 名		單 位		單位成本 (F) (整位數)		消耗數量 (G) (小數點1位)		不計算			
		本 次 免 填											
四、醫 療 設 備 折 舊 費 用	按 時 間 計 算	名 稱	購入年月	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折 舊金額 (J) (小數點2位)	估用時間 (分) (K) (整位數)	成本小計 (L=J*K) (整位數)	合計成本 (M=ΣL) (整位數)				
										1.診療椅	107	220000	5
		2.電力	108	395000	5	0.15	30	5					
		3.X光機	107	2280000	7	0.63	10	6					
		4.看診器械	107	44251	2	0.04	30	1					
		5.											
	其 他	名 稱	計算方式說明										
			1.電腦	資訊設備折舊5年，並以實際每例個案執行時間(30min)計算						2			
	五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用 ×Y%=												
	六、房 屋 折 舊	按時間計算	平方公尺 或坪數	取得成本 (整位數)	使用年限 (整位數)	每分鐘折 舊金額 (N) (小數點2位)	估用時間(分) (O) (整位數)	成本小計 (P=N*O) (整位數)	合計成本 (R=ΣP) (整位數)				
其 他		平方公尺 或坪數	計算方式說明										
七、維修費用	名 稱		計算方式說明					成本小計	合計成本				
	上述醫療設備維護費用		每年維修費用佔購入成本6%，前三年權責保固，依實際每例執行時間(30min)計算					5.37797619	5				
八、轉代檢費 用	名 稱		計算方式說明					成本小計 (整數位)	合計成本				
直接成本合計										1,698.87			
九、作業及管理費用(直接成本 × 00%)										50			
成本總計										1,749			

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☒ 現有項目
 ☐ 新增項目

項目名稱：92093B牙醫急症處置-每次門診限申報一次

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	30	1,173	1,747
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	30	228	
		4.醫事人員	1		8	10	80	
		5.行政人員(牙科助理)	1		5.9	30	177	
		5.行政人員	1		5.9	15	89	
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		1.縫線(Novosyn 5/0)	條		123.0	1.0	123	225
		2.無菌手套	雙		12.0	2.0	24	
		3.慢速吸唾管	支		0.5	1.0	1	
		4.高速吸唾管	支		6.0	1.0	6	
		5.刀片(#12D)	片		13.5	1.0	14	
		6.刀片(#15C)	片		18.0	1.0	18	
		7.大棉棒(2支/包)	包		10.0	1.0	10	
		8.金碘藥水	瓶		50.0	0.1	5	
	9.液態細菌採檢棒	個		25.00	1.0	25		
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		1.診療椅	220,000	7	0.3	30	10	104
2.電刀		395,000	7	0.6	30	17		
3.X光機		2,280,000	7	3.4	10	34		
4.看診器械		44,251	7	0.1	30	2		
5.電腦			7		30	2		
小計					63			
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					18			
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
			50	0.00				
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%							23	
直接成本合計								2,076
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								272
成本總計								2,348

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：牙醫急症處置

支付標準編號：92093B

作業流程	一. 前期 →	二. 中期 →	三. 後期:
	1 患者至急診櫃檯報到	1 傳送人員護送患者至牙科	1 通知傳送人員
	2 急診檢傷評估、量測生命徵象	2 牙科醫師初步問診及影像學檢查	2 傳送人員護送患者回急診
	3 急診醫師問診及會診牙科	3 接受牙科醫師理學檢查	2 急診護理師通知急診醫師
	4 聯絡牙科櫃台，通知牙科醫師	4 牙科急症處置與治療	3 患者辦理預約掛號及離院
設備	1 生命徵象檢測及登錄儀器	1 基本看診器械	1 電腦設備
	2 電腦設備	2 牙科診療椅	2 資訊設備
	3 資訊設備	3 牙科放射影像儀器	
		4 電腦	
		5 電刀	
人力		6 消毒布包	
		7 其他所需醫材儀器	
	1 急診行政人員	1 牙科櫃台	1 急診行政人員
	2 急診護理師	2 牙科放射師	2 急診護理師
	3 傳送人員	3 牙科護理師	3 傳送人員
檢 體 數	4 急診醫師	4 牙科助理	4 急診醫師
		5 牙科醫師	

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分)。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☒現有項目
☐新增項目

項目名稱：符合加強感染管制之牙科門診診察費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

錄案編號：

單位：元

人 員 別		人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1.主治醫師以上	1		39.1	10	391	515
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員(牙科助理)	1		5.9	21	124	
	6.工友、技工						
不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
	膠膜	片		0.5	6.0	3	89
	吸唾管	支		2.0	1.0	2	
	紙圍巾	張		3.0	1.0	3	
	漱口杯	個		2.0	1.0	2	
	漱口水	ml		0.2	10.0	2	
	表面消毒劑	人次		1.1	1.0	1	
	四合一器械+盤	組		2.0	1.0	2	
	消毒水(消毒水、酵素清潔劑、次氯酸鈉)	批		34.1	1.0	34	
	封口袋	個		0.5	2.0	1	
	手套	雙		1.5	2.0	3	
	醫用口罩/4D口罩	個		1.4	1.0	1	
	高壓蒸氣滅菌指示帶(包外)	人次		0.3	1.0	0	
	3M N95口罩(疾管署建	個		19.2	1.0	19	
	拋棄式隔離衣(疾管署建議)	件		14.4	1.0	14	
頭套(疾管署建議)	個		0.2	1.0	0		
面罩(疾管署建議)	個		0.4	1.0	0		
設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	診療椅	220,000	7	0.3	10	3	6
	消毒鍋	85,000	7	0.1	1	0	
	封口機	15,000	7	0.0	1	0	
	紫外線殺菌箱	14,000	7	0.0	1	0	
	超音波清洗機	35,000	7	0.1	1	0	
	冰箱	8,000	7	0.0	1	0	
	高速手機	132,000	7	0.2	1	0	
	小計					4	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					1	
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	
			50	0.00			
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%						1	
直接成本合計							610
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							80
成本總計							690

003-2作業流程

診療項目名稱：符合加強感染管制之牙科門診診療費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	進行治療檯清潔擦拭及其管路消毒。 管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘。 抽吸管以新鮮泡製0.005-0.02%漂白水（NaOCl）或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors)沖洗管路三分鐘。 覆蓋無法清洗且易污染的設備 準備充足器械及各式感染管制材料;從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用 依照洗手圖遵守手部衛生五時機及六步驟洗手 空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨，並定期維護	診療椅之診盤(tray)上儘量保持清潔與淨空 將患者欲治療所需之器械擺設定位。 醫師、牙助穿戴防護裝置 引導患者就位，圍上圍巾，給予漱口三十秒至一分鐘 對應診患者依「全面性預警防範措施」原則（universal precaution）詳細問診 病人IC卡雲端藥歷查詢 主訴記載	治療過程依感染管制之各項原則，「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」執行 治療盤上所有醫療棄物收集，並作感染與非感染性、可燃與非可燃性之區分 器械（包括手機、檢查器械等）收集後，若無馬上清除者，可暫存在「維持溶液」（holding solution）內，常用 2.0-3.2% glutaraldehyde，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗 噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作台、痰盂、治療椅台面 必要時重新覆蓋，換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。確定感染性疾病患者所有器械另行打包消毒 下一位病人就位前： 1.治療椅水路系統(例如三用噴槍、手機、洗牙機頭)至少沖洗20-30秒。 2.清潔消毒工作台、痰盂、治療椅檯面，必要時重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。 尖銳物扎傷事件,依「尖銳物扎傷處理流程」進行處理。 更換防護裝置(手套)	整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌器滅菌，無法加熱者，用2.0—3.2%戊二醛溶液浸泡之，使用過之手機先去除外表污穢物，再運轉 20-30 秒，讓水徹底清除手機內管路;拆下手機，依照廠商指示步驟及指定之清潔劑與清水刷洗外表殘屑，並乾燥;依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，可將手機裝回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨;包裝完成後，依廠商指示放入高溫高壓蒸氣滅菌鍋或低溫滅菌鍋內滅菌 洗牙機頭使用過之洗牙機頭，先去除外表污穢物及表面消毒，並浸泡於消毒溶液中；完成後進行打包及消毒滅菌。 環境作初級整理與消毒。 垃圾分類及處理，器械經清洗後進鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液內隔天處理 管路消毒，放水放氣與拆下濾網，徹底清洗 徹底洗手，必要時更衣換鞋 保持通風或使用空氣濾淨器
設備	消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機	診療椅(4分鐘)	診療椅(4分鐘)	診療椅(2分鐘) 消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機 冰箱 高速手機
人力	行政人員(牙助)1位(9分鐘)	醫師1位(4分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)	醫師1位(4分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)	醫師1位(2分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)
藥品	0.005~0.02%漂白水（NaOCl）或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors)		0.005-0.02%漂白水（NaOCl）或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors) 表面消毒劑	0.005~0.02%漂白水（NaOCl）或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors)
醫療器材	滅菌袋 化學監測劑			滅菌指示帶 滅菌袋 化學監測劑(未列成本) 生物監測劑(未列成本)
診療項目	診療行政作業、感染管制	病史資料收集、理學檢查 病人IC卡雲端藥歷查詢	牙髓活性測試、牙周檢查、	診療行政作業、感染管制、污水及醫療費器物處理

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☒ 現有項目拆分
 ☐ 新增項目

項目名稱：特定牙周保存治療

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	15	587	705
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員(牙科助理)	1		5.9	20	118	
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		唾液吸管	支		3.0	1.0	3	210
		攝子	支		5.0	1.0	5	
		口鏡	支		10.0	1.0	10	
		牙菌斑顯示劑	次		10.0	1.0	10	
		polish paste	支		10.0	1.0	10	
		牙周探針	支		10.0	1.0	10	
		牙周刮刀	支		150.0	1.0	150	
		手術手套	雙		12.0	1.0	12	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		牙科治療椅	500,000	7	0.7	10	7	18
		手術燈	100,000	7	0.1	10	1	
		X光機（選用）	100,000	7	0.1	10	1	
		超音波洗牙機頭	2,500	7	0.0	10	0	
		洗牙機	20,000	7	0.0	10	0	
		高速吸唾機	50,000	7	0.1	10	1	
polish cup		500	7	0.0	10	0		
牙周囊袋探測器		1,000	7	0.0	10	0		
小計						11		
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						3		
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
			50	0.00				
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%						4	
直接成本合計								933
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								122
成本總計								1,055

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

診療項目名稱：特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆

支付標準編號：91XXC

作業流程	一. 前期 1 病人報到確認 2 病歷確認 3 器械準備	→ 二. 中期 1 牙周檢查 2 牙菌斑控制紀錄 3 視病情提供牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療	→ 三. 後期 1 牙菌斑清除 2 潔牙說明，刷牙復習 3 回診安排
設備	1 牙醫治療椅	1 牙醫治療椅 2 吸唾機 3 洗牙機	1 牙醫治療椅
人力	1 助理一位(5分)	1 醫師一位(10分) 2 助理一位(10分)	1 醫師一位(5分) 2 助理一位(5分)
檢體數			

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分)。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐ 現有項目
 ☒ 新增項目

項目名稱：超音波根管沖洗

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	5	196	255
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員(牙科助理)	1		5.9	10	59	
		6.工友、技工						
	不計價材料或	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		超音波沖洗針	支		1.0	60.0	60	60
							-	
							-	
						-		
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		牙科治療椅	500,000	7	0.7	15	11	23
		手術燈	100,000	7	0.1	15	2	
		超音波沖洗機	80,000	7	0.1	10	1	
		小計					14	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					4	
		房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	
				50	0.00			
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%					5			
直接成本合計							338	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							44	
成本總計							382	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

診療項目名稱：超音波根管沖洗

支付標準編號：PXXXX

作業流程	一. 前期 1 病人報到確認 2 病歷確認 3 器械準備	二. 中期 1 檢查口腔狀況 2 於根管治療時進行超音波根管沖洗	三. 後期: 1 病歷記載 2 回診安排
設備	1 牙醫治療椅	1 牙醫治療椅 2 超音波沖洗機	
人力	1 助理一位(3分)	1 醫師一位(5分) 2 助理一位(5分)	1 助理一位(2分)
檢體數			

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分)。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：齲齒經驗之高風險患者氟化物治療

提案單位：

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	15	587	705
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員(牙科助理)	1		5.9	20	118	
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		棉捲	塊		1.0	6.0	6	48
		氟漆	ml		80.0	0.5	40	
		氟漆刷			2.0	1.0	2	
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
						-		
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		牙科治療椅	220,000	7	0.3	20	6	30
		手術燈	395,000	7	0.6	20	12	
小計					18			
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					5			
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
			50	0.00				
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%					7		
直接成本合計							783	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							103	
成本總計							886	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

診療項目名稱：齲齒經驗之高風險患者氟化物治療

支付標準編號：PXXXC

作業流程	一. 前期 1 病人報到確認 2 病歷確認 3 器械準備	→ 二. 中期 1 檢查口腔狀況 2 棉捲隔溼 3 氟化物治療	→ 三. 後期: 1 衛教 2 病歷記載 3 回診安排
設備	1 牙醫治療椅	1 牙醫治療椅 2 吸唾機	
人力	1 助理一位(5分)	1 醫師一位(10分) 2 助理一位(10分)	1 醫師一位(5分) 2 助理一位(5分)
檢體數			

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分)。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

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特殊醫療服務計畫」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 3-3）。
- 三、修訂內容重點摘要如下：

- (一)自閉症、失智症不論程度比照「極重度」障礙加成給付，一併新增特定治療項目代號。
- (二)增列「申報 P30002，不得同時申報 92051B、92072C、P7301C」。
- (三)醫療團申請書（附件 2，討 3-10）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。

本署意見：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會 111 年 9 月 23 日及同年 10 月 28 日委員會議紀錄(衛生福利部尚未核定)，112 年本計畫於專款編列 672.1 百萬元，與 111 年相較未增加預算。
- 二、有關牙全會建議修訂重點及本署說明如下：
 - (一)自閉症、失智症病人皆比照「極重度」障礙加成給付：
 - 1.現行除麻醉項目外，屬論量計酬之項目極重度身心障礙患者得加 9 成、重度患者得加 7 成、中度患者及中度以上精神疾病患者得加 3 成、輕度患者得加 1 成，本次提案自閉症、失智症不論障礙等級，皆比照「極重度」障礙加成給付。
 - 2.查 112 年全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料，委員表示自閉症、失智症患者是否看診難度較高?皆視同極重度障礙給予 9 成之加成給付，宜再考量其合理性。爰請牙全會說明自閉症、失智症不論障礙等級皆以「極重度」障礙加成給付之原因。
 - 3.財務影響：依 112 年牙醫總額協商資料內容，原計畫費用推估 112 年費用為 4.792 億元，失智症及自閉症患者皆以極重度障礙加成給付推估約需 0.215 億元，112 年所需預算

為 500.7 百萬（479.2 百萬+21.5 百萬）。

- (二)P30002 氟化物防齲處理：比照 P7301C 高齲齒率患者氟化物治療，增訂不得於 90 天內申報 92051B 塗氟、92072C 口乾症塗氟、P7301C 高齲齒率患者氟化物治療同類型服務，避免醫療資源重複挹注，尊重牙全會意見，不影響預算。
- (三)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：經洽牙全會表示，考量實務上為先設立醫療團後才著手辦理該醫療團之服務地點感染管制事宜，爰尊重牙全會所提，並須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」規定辦理，不影響預算。
- (四)餘文字修訂詳如「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂(草案)對照表」(同附件 1，討 3-3)。

決 議：

11~~1~~2 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(草案)對照表

修訂後條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
三、實施期間 11~~1~~<u>2</u> 年 1 月 1 日至 11~~1~~<u>2</u> 年 12 月 31 日止。	三、實施期間 111 年 1 月 1 日至 111 年 12 月 31 日止。	修訂年度	無意見。
五、預算來源 本計畫全年經費為 7.221 億元，其中： (一) 6.721 億元由 11~~1~~<u>2</u> 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地區預算調整方式之移撥款支應。 (二) 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。	五、預算來源 本計畫全年經費為 7.221 億元，其中： (一) 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地區預算調整方式之移撥款支應。 (二) 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。	依 112 年總額協商結果不修訂預算，僅修訂年度	無意見。
七、特定身心障礙者牙醫醫療服務： (一) 適用對象須符合下列條件之一： 屬肢體障礙(限腦性麻痺、<u>中度以上</u>腦傷及脊髓損傷之~~中度~~肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、	七、特定身心障礙者牙醫醫療服務： (一) 適用對象須符合下列條件之一： 屬肢體障礙(限腦性麻痺、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以	修訂本計畫適用對象中「肢體障礙」之適用範圍相關文字。	本計畫適用對象原已包含重度以上肢體障礙，爰建議修改為「中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙」。

修訂後條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。	上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。		
(三) 費用支付及申報規定： 1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。 (1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙患者<u>(含自閉症、失智症不分程度別)</u>得加9成、重度患者得加7成、中度患者(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病患者得加3成、輕度患者(含失能老人)得加1成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)，不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。 (2) 本計畫不得併報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	(三) 費用支付及申報規定： 1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。 (1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙患者得加9成、重度患者得加7成、中度患者(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病患者得加3成、輕度患者(含失能老人)得加1成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)，不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。 (2) 本計畫不得併報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及全民健康保險牙醫	自閉症、失智症不論程度比照「極重度」障礙加成給付。	1. 請牙全會說明自閉症、失智症不論程度皆以「極重度」障礙加成給付之原因、臨床困難。 2. 依112年牙醫總額協商，本計畫預算推估如下： (1) 原計畫費用推估112年費用為4.792億元。 (2) 失智症及自閉症患者皆以極重度障礙加成給付費用推估約需0.215億元。 (3) 綜上，推估112年所需預算為500.7百萬(479.2百萬+21.5百萬)。

修訂後條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
辦計畫及全民健康保險牙醫 門診總額 12 歲至 18 歲青少年 口腔提升照護試辦計畫支付 標準。	門診總額 12 歲至 18 歲青少年 口腔提升照護試辦計畫支付 標準。		
(3) 氟化物防齲處理(支付標準編號 為 P30002):執行特定身心障礙 者牙醫醫療服務時,得依病情適 適時給予氟化物防齲處理。每次 支付 500 點,每 90 天限申報 1 次,重度以上患者每 60 天得 申報 1 次。<u>申報本項後九十天 內,不得再申報 92051B、 92072C、P7301C。</u>	(3) 氟化物防齲處理(支付標準編號 為 P30002):執行特定身心障礙 者牙醫醫療服務時,得依病情適 適時給予氟化物防齲處理。每次支 付 500 點,每 90 天限申報 1 次, 重度以上患者每 60 天得申報 1 次。	增列申報 P30002,不得 同時申報 92051B、 92072C、P7301C。	比照 P7301C 高齲齒率 患者氟化物治療,增訂 不得於 90 天內申報 92051B 塗氟、92072C 口乾症塗氟、P7301C 高 齲齒率患者氟化物治療 同類型服務,避免醫療 資源重複挹注,尊重牙 全會意見。
2. 費用申報之規定: (1) 申報醫療費用時,案件分類請填 16,牙醫醫療服務特定治療項目 代號(一)填報如下: A. 院所內服務: 非精神疾病者:極重度-FG、重度- FH、中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者:重度以上-FC、中度- FD 發展遲緩兒童:FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障 礙:LF <u>自閉症、失智症:XX</u> B. 醫療團服務: 非精神疾病者:極重度-FK、重度- FL、中度-FM、輕度-FN 精神疾病者:重度以上-FE、中度	2. 費用申報之規定: (1) 申報醫療費用時,案件分類請填 16,牙醫醫療服務特定治療項目 代號(一)填報如下: A. 院所內服務: 非精神疾病者:極重度-FG、 重度-FH、中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者:重度以上-FC、中度- FD 發展遲緩兒童:FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障 礙:LF B. 醫療團服務: 非精神疾病者:極重度-FK、重 度-FL、中度-FM、輕度-FN 精神疾病者:重度以上-FE、中度	因自閉症、失智症不論 程度比照「極重度」障 礙加成給付,新增特定 治療項目代號。	若失智症及自閉症患者 皆同意以極重度障礙加 成,則配合修訂。

修訂後條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
-FF 發展遲緩兒童：FX 失能老人：L1 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG <u>自閉症、失智症：XX</u> C. 特定需求者服務： 極重度 FU、重度 FZ <u>自閉症、失智症：XX</u> D. 社區醫療站服務： 非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童：LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH <u>自閉症、失智症：XX</u>	-FF 發展遲緩兒童：FX 失能老人：L1 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG C. 特定需求者服務： 極重度 FU、重度 FZ D. 社區醫療站服務： 非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童：LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH		
(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下： （不適用於特定需求者牙醫醫療服務） A. 每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。 B. <u>每位牙醫師每月平均</u> 每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過部分不予支付。	(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下： （不適用於特定需求者牙醫醫療服務） A. 每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。 B. 每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過部分不予支付。	已通過 111-3 共擬會議，計畫尚未修訂公告。	已於 111 年 9 月 28 日公告，自 111 年 10 月 1 日生效。
(四) 申請程序：	(四) 申請程序：		

修訂後條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務) (1) 申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會： A. 縣市牙醫師公會評估表【附件 6】 B. 身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生	3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務) (1) 申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會： A. 縣市牙醫師公會評估表【附件 6】 B. 身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定	修訂附件 5 內容	【附件 5】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」：經洽牙全會表示，考量實務上為先設立醫療團後才著手辦理該醫療團之服務地點感染管制事宜，爰尊重牙全會意見，並須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」規定辦理。

修訂後條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。	設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。		
(五) 相關規範 8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。	(五) 相關規範 8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。	附件 14 修訂年度	無意見。
八、居家牙醫醫療服務： (二) 收案條件：限居住於住家(不含照護機構)且符合下列條件之一者。 1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。 2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。 3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙(限腦性麻痺、中度以上腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障	八、居家牙醫醫療服務： (二) 收案條件：限居住於住家(不含照護機構)且符合下列條件之一者。 1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。 2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。 3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙(限腦性麻痺、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障	修訂本計畫適用對象中「肢體障礙」之適用範圍相關文字。	本計畫適用對象原已包含重度以上肢體障礙，爰建議修改為「中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙」。

修訂後條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
礙)、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)或發展遲緩兒童等。 4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。	以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)或發展遲緩兒童等。 4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。		

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

- 一、公會別：
二、申請服務單位（全銜）：
三、醫療團負責或代表醫師：
四、申請檢附資料：（申請社區醫療站服務僅需檢送縣市公會評估表、牙科診間設備表、後送醫療院所）

- ☐ 縣市公會評估表
☐ 服務單位同意函
☐ 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、收容對象名冊及身心障礙類別輕重程度別等
☐ 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率
☐ 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的診療椅和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等
☐ 醫師服務排班表、☐ 後送醫療院所
☐ ~~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~~

- 五、醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險分區別	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	郵遞區號	院所地址	電話	相關教育訓練（檢附學分證明）	備註
									☐ 取消 ☐ 新增

- 六、變更醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險分區別	原申請資料					變更後申請資料				
	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話

*備註：申請變更醫療團醫師名單時，請各縣市公會或申請單位函文向本會提出變更，待保險人分區業務組核定變更作業程序完成後得執行之。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 醫療團院所之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

111~~2~~年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

三、標示應包含下列內容

- 1.全民健保牙醫特殊醫療服務
- 2.全民健保標誌
- 3.醫療團地點及時間
- 4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- 5.承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保 牙醫特殊 醫療服務	醫療團地 點及時間	主辦單位:衛 生福利部中央 健康保險署	承作醫療 院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色

3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

- 1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
- 2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。
原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
- 3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支

討論事項第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 年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」，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、考量計畫執行的困難度，擬簡化計畫執行複雜性，計畫修訂對照表詳附件(討 4-3)。

本署意見：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會 111 年 9 月 23 日及同年 10 月 28 日委員會議紀錄(衛生福利部尚未核定)，112 年本計畫於專款編列 60 百萬元，與 111 年相同。

二、本署意見重點摘要如下：

(一)本計畫於 110 年 8 月 1 日起實施，協定事項執行目標為服務 0~6 歲兒童人數 9,600 人，執行情形如下：

1. 110 年 8-12 月：服務人數 126 人、168 人次、申報 0.1 百萬點。
2. 111 年 1-9 月：服務人數 186 人、371 人次、申報 0.3 百萬點。
3. 另統計 110 年 8 月至 111 年 3 月收案 184 人，其中 95 人超過 180 天未申報本計畫相關醫令，依計畫規定可予結案。

(二)刪除教育訓練及申請程序：原參與本計畫須接受本計畫相關教育訓練，經牙全會審查後送本署分區業務核定，方得執行本計畫，請牙全會說明放寬所有牙醫師不需經教育訓練及審查皆得參與本計畫之原因。

(三)刪除退場機制：牙全會提案刪除當年度收案對象接受完整計畫之個案數比率 $<33.33\%$ 需退場之規定，考量本計畫目的係給予持續性、周全性的照護，以控制齲齒活性發生機率，刪除前述退場規定，似有違本計畫目的。

(四)修改再發生齲齒填補顆數計算：

1. 牙全會提案退場機制及品質獎勵之再發生齲齒填補顆數計算方式由跨院所（自家+他家）改為收案院所（自家）。
2. 查 110 年第 1 次本會議臨時會，牙全會對於再發生齲齒填補顆數計算，提案退場機制以跨院所計算（自家+他家），品質獎勵僅以自家計算，考量涉及執行本計畫品質，應以病人實

際發生齲齒事實認定，爰決議皆以跨院所計算(自家+他家)，建議維持原計算方式。

(五)整併診療項目：

1. 現行處置項目共四項，分別為 P6702C 初診治療(1,000 點)、P6703C 複診治療-第一次(700 點)、P6704C 複診治療-第二次(1,000 點)、P6705C 複診治療-第三次(700 點)，皆係施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊，本次牙全會提案將初診治療及 3 項複診治療合併為同一診療項目，支付點數為 1,000 點。
2. 查 110 年本會議第 1 次臨時會及同年第 1 次會議，就本計畫訂定 4 項處置項目不同支付點數，說明如下：
 - (1)牙全會原提案初診及複診治療 3 次支付點數皆為 1,000 點，考量一般服務已給付「91014C 牙周暨齲齒控制基本處置(100 點)，併同 91020C 實施，每 180 天限申報一次」、「91020C 牙菌斑去除照護(200 點)，每 180 天限申報一次」，本計畫為增加 2 次服務頻率(每 90 天得申報一次)，建議提高頻率的部分由專款支應，原本支付項目應該留在原本一般服務。
 - (2)承上，牙全會於 110 年第 1 次本會議中提供補充資料，將第一次及第三次複診治療支付點數扣除原一般服務 91014C、91020C 點數為 700 點，且須併同前述兩項目實施(由一般服務支應)，並於會議決議通過。
3. 建議維持上述會議決議，提高頻率的部分由專款支應，維持原診療項目。

(六)醫療費用申報：

1. 新增施行本計畫處置項目得併同申報牙科門診診察費，與現行實務相同，同意明訂於計畫中以臻明確。
2. 增訂本計畫治療處置(P6702C-P6705C)適用牙醫支付標準通則四「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」得加成 30%規定，考量支付衡平性，尊重牙全會意見。

三、餘修訂詳如「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(草案)對照表」(同附件)。

決 議：

111~~112~~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(草案)對照表

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署意見
三、實施期間： ~~111~~ 112年1月1日至 ~~111~~ 112年12月31日止。	三、實施期間：111年1月1日至111年12月31日止。	修訂實施期間	無意見。
四、年度執行目標： 本計畫照護人次以達成「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療（P6702C）」12,600服務人次為執行目標。	四、年度執行目標： 本計畫照護人次以達成「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療（P6702C）」12,600服務人次為執行目標。	配合支付項目修訂名稱。	建議維持原診療項目名稱「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」，詳如「八、給付項目及支付標準」之本署意見說明。
五、預算來源： (一) ~~111~~ 112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「0-6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為60.0百萬元。 (二) 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。 (三) 倘次年度未有預算來源，本年度收案對象跨年度之診療服務及品質獎勵費用，由次年度牙醫門診總額一般服務預算	五、預算來源： (一) 111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「0-6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為60.0百萬元。 (二) 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。 (三) 倘次年度未有預算來源，本年度收案對象跨年度之診療服務及品質獎勵費用，由次年度牙醫門診總額一般服務預算	全年經費依據 112 年牙醫門診總額談判協商結果。	無意見。

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署意見
支應。	支應。		
七、牙醫師申報請資格及退場機制審查程序： (一)申報請資格： 1.教育訓練： (1)~~一般醫師：須接受本計畫相關之教育訓練至少4學分，其中行政課程1學分；專業課程3學分。~~ (2)~~中華民國兒童牙科醫學會之專科醫師或一般會員：須接受本計畫相關行政課程之教育訓練至少1學分。~~ 2.醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。	七、牙醫師申請資格及審查程序： (一)申請資格： 1.教育訓練： (1)一般醫師：須接受本計畫相關之教育訓練至少4學分，其中行政課程1學分；專業課程3學分。 (2)中華民國兒童牙科醫學會之專科醫師或一般會員：須接受本計畫相關行政課程之教育訓練至少1學分。 2.醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。	刪除教育訓練課程。 減少行政申請程序。	1. 請牙全會說明刪除教育訓練課程及申請程序，放寬所有牙醫師皆得參與本計畫原因。 2. 統計 111 年 11 月執業牙醫師約 1.6 萬人，參與本計畫牙醫師 1,372 人。 3. 本計畫 111 年 1-9 月服務人數 186 人、371 人次、申報 0.3 百萬點。

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署意見
~~(二)申請程序：新加入計畫者，應於每月五日前將申請書(附件一)及相關教育訓練學分證明以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)。經牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄全民健康保險人(以下稱保險人)分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知申請者，並副知牙醫全聯會及相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本計畫服務。~~	(二)申請程序：新加入計畫者，應於每月五日前將申請書(附件一)及相關教育訓練學分證明以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)。經牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄全民健康保險人(以下稱保險人)分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知申請者，並副知牙醫全聯會及相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本計畫服務。		
~~(三)退場機制：保險人於113年10月依111年收治個案進行歸戶統計，符合下列條件之一者，自保險人文到日次年一月起，兩年內不得再收新案，已收之個案仍需依計畫內容完成相關診療項目；屆滿時，須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。~~ ~~1.申報複診治療次數達3次之個案數比率<33.33%(限同院所，不~~	(三) 退場機制：保險人於113年10月依111年收治個案進行歸戶統計，符合下列條件之一者，自保險人文到日次年一月起，兩年內不得再收新案，已收之個案仍需依計畫內容完成相關診療項目；屆滿時，須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。 1.申報複診治療次數達3次之個案數比率<33.33%(限同院所，不	配合修訂退場機制年度。 退場機制：為鼓勵醫師收案減少不確定因	1. 刪除未完成率： (1)本計畫係為強化 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童牙醫醫療照護，給予持續性、周全性的照護，以控制齲齒活性發生機率，爰訂有醫師照護個案複診治療達 3 次比率偏低之退場機制。 (2)統計 110 年 8 月至

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署意見
~~限同醫師完成)者。~~ 21.接受完整計畫期間(申報嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療(P6702C)次數達4次者)完成複診治療次數達3次者，其申報本計畫支付標準「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」至「嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療第三次」項目期間，再發生齲齒填補顆數平均大於2顆(含)以上(自家+他家)者。(計算方式同「九、品質獎勵」。)	限同醫師完成)者。 2.完成複診治療次數達3次者，其申報本計畫支付標準「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」至「嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次」項目期間，再發生齲齒填補顆數平均大於2顆(含)以上(自家+他家)者。(計算方式同「九、品質獎勵」。)	素，刪除未完成率的部份，以及再發生齲齒填補顆數計算，以「自家」為主家。	111年3月收案184人，其中95人超過180天未申報本計畫相關醫令。 (3)若刪除此項似有違本計畫提供嚴重齲齒兒童周全性及持續性照護之目的，請牙全會提供替代方案。 2.「完成複診治療次數…」修改為「接受完整計畫期間」：建議維持原文字，詳如「八、給付項目及支付標準」之本署意見說明。 3.再發生齲齒填補顆數計算：查110年第1次本會議臨時會，牙全會對於再發生齲齒填補顆數計算，提案退場機制以跨院所計算(自家+他家)，品質獎勵僅以

修訂內容			原內容			牙全會說明	本署意見
							自家計算，考量涉及執行本計畫品質，應以病人實際發生齲齒事實認定，爰決議皆以跨院所計算（自家+他家），建議維持原計算方式。
八、給付項目及支付標準：			八、給付項目及支付標準：			收案條件已於計畫中明述，齲齒風險評估無涉及收案條件，故刪除齲齒風險評估及附件四：齲齒風險評估表。	1. P6701C 刪除齲齒風險評估：執行初診治療前，須完成齲齒治療，並評估其後續照護再發生齲齒風險，爰建議保留。 2. 整併初診治療及複診治療項目 (P6702C-P6705C)： (1) 現行處置項目共四項，分別為 P6702C 初診治療 (1,000 點)、P6703C 複診治療-
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數		
P6701C	嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費 註： 1. 本項主要進行初診診察記錄口腔狀況（包含牙齒萌發顆數、牙齦炎、牙周炎及口腔檢查表詳附件 <u>二</u> ） ~~→齲齒風險評估~~ 及口腔衛教。 2. 須檢附基本資料暨接受本計畫口腔健康照護治療確認書(附件 <u>二</u> ~~三~~) ~~→齲齒風險評估表(附件四)~~ 、幼兒飲食狀況表(附件 <u>三五</u>)及病歷供審查。 3. 不得同時申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下	635	P6701C	嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費 註： 1. 本項主要進行初診診察記錄口腔狀況（包含牙齒萌發顆數、牙齦炎、牙周炎及口腔檢查表詳附件二）、齲齒風險評估及口腔衛教。 2. 須檢附基本資料暨接受本計畫口腔健康照護治療確認書(附件三)、齲齒風險評估表(附件四)、幼兒飲食狀況表(附件五)及病歷供審查。 3. 不得同時申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下	635		

修訂內容			原內容			牙全會說明	本署意見
	稱醫療服務支付標準) 第三部牙醫第一章門 診診察費。 4. 申報本項後，一年內不 得申報 01271C、 01272C、01273C、 00315C、00316C、 00317C。			稱醫療服務支付標準) 第三部牙醫第一章門 診診察費。 4. 申報本項後，一年內不 得申報 01271C、 01272C、01273C、 00315C、00316C、 00317C。			第一次(700點)、 P6704C 複診治療- 第二次(1,000點)、 P6705C 複診治療- 第三次(700點)， 皆係施行牙周暨齲 齒控制基本處置、 牙菌斑去除照護、 氟化物治療，並提 供親子衛教資訊， 本次牙全會提案將 初診治療及3項複 診治療合併為同一 診療項目，支付點 數為1,000點。
P6702C	嚴重齲齒兒童口腔健康照 護初診治療 註： 1. <u>計畫期間首次申報</u> 限九十天內已申報 本計畫初診診察費 (P6701C)者，並 <u>本</u> <u>項</u> 須依初診診察「口 腔檢查表」紀錄，完 成執行全口齲齒填 補(得另外申報醫療 服務支付標準第三 部牙醫之相關費用) 後申報。 2. 本項主要施行牙周 暨齲齒控制基本處 置、牙菌斑去除照 護、氟化物治療，並 提供親子衛教資訊 (附件 <u>四六</u>)。 3. 須檢附口腔檢查表 (附件 <u>二</u>)及病歷供 審查。	1,000	P6702C	嚴重齲齒兒童口腔健康照 護初診治療 註： 1. 限九十天內已申報 本計畫初診診察費 (P6701C)者。 2. 本項須依初診診察 「口腔檢查表」紀 錄，完成執行全口齲 齒填補(得另外申報 醫療服務支付標準 第三部牙醫之相關 費用)後申報。 3. 本項主要施行牙周 暨齲齒控制基本處 置、牙菌斑去除照 護、氟化物治療，並 提供親子衛教資訊 (附件六)。 4. 須檢附口腔檢查表 (附件二)及病歷供 審查。 5. 不得與 91014C、	1,000		(2) 查110年第1次本 會議臨時會及110 年第1次本會議就 本計畫支付項目設 計討論，說明如

修訂內容			原內容			牙全會說明	本署意見
	<u>4. 每九十天限申報一次。</u> 5. 不得與 91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87同時申報，以及九十天內亦不得申報。			91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87同時申報，以及九十天內亦不得申報。			下： A. 牙全會原提案初診及複診治療 3 次支付點數皆為 1,000 點，考量一般服務已給付「91014C 牙周暨齲齒控制基本處置(100 點)，併同 91020C 實施，每 180 天限申報一次」、「91020C 牙菌斑去除照護(200 點)，每 180 天限申報一次」，本計畫為增加 2 次服務頻率（每 90 天得申報一次），建議提高頻率的部分由專款支應，原本支付項目應該留
P6703C	嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次註： 1. ~~本項須於本計畫初診治療（P6702C）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。~~ 2. ~~本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊(附件六)。~~ 3. ~~應併同 91014C(91114C)、91020C 實施。~~ 4. ~~須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。~~ 5. ~~九十天內不得申~~	700	P6703C	嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次註： 1. 本項須於本計畫初診治療（P6702C）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。 2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊(附件六)。 3. 應併同 91014C(91114C)、91020C 實施。 4. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。 6. 九十天內不得申	700		

修訂內容			原內容			牙全會說明	本署意見
	~~報91014C、 91020C、 91114C、 92051B、 92072C、 P30002、81、 87。~~			報91014C、 91020C、 91114C、 92051B、 92072C、 P30002、81、 87。			在原本一般服務。 B. 承上，牙全會於 110 年第 1 次本會 議中提供補充資 料，將第一次及第 三次複診治療支付 點數扣除原一般服 務 91014C、 91020C 點數為 700 點，且須併同前述 兩項目實施(由一 般服務支應)，並 於會議決議通過。 (3) 建議維持上述會議 決議，提高頻率的 部分由專款支應， 維持原診療項目。
P6704C	嚴重齲齒兒童口腔健康照 護複診治療-第二次 註： 1. ~~本項須於本計畫 複診治療-第一次 (P6703C) 後，間 隔九十天以上，一 百八十天內申報。~~ 2. ~~本項主要施行牙 周暨齲齒控制基 本處置、牙菌斑去 除照護、氟化物治 療，並提供親子衛 教資訊(附件六)。~~ 3. ~~須檢附口腔檢查 表(附件二)及病歷 供審查。~~ 4. ~~不得與 91014C、 91020C、91114C、 92051B、92072C、 P30002、81、87同 時申報，以及九十~~	1,000	P6704C	嚴重齲齒兒童口腔健康照 護複診治療-第二次 註： 1. 本項須於本計畫 複診治療-第一次 (P6703C) 後，間 隔九十天以上，一 百八十天內申報。 2. 本項主要施行牙 周暨齲齒控制基 本處置、牙菌斑去 除照護、氟化物治 療，並提供親子衛 教資訊(附件六)。 3. 須檢附口腔檢查 表(附件二)及病歷 供審查。 4. 不得與 91014C、 91020C、91114C、 92051B、92072C、 P30002、81、87同 時申報，以及九十	1,000		

修訂內容			原內容			牙全會說明	本署意見
	~~天內亦不得申報。~~			天內亦不得申報。			
			P6705C	嚴重齲齒兒童口腔健康照 護複診治療-第三次 註: 1. 本項須於本計畫 複診治療-第二次 (P6704C) 後, 間隔九十天以 上,一百八十天 內申報。 2. 本項主要施行牙 周暨齲齒控制基 本處置、牙菌斑 去除照護、氟化 物治療,並提供 親子衛教資訊(附 件六)。 3. 應併同 91014C(91114C)、 91020C 實施。 4. 須檢附口腔檢查 表(附件二)及病歷 供審查。 5. 九十天內不得申 報91014C、 91020C、 91114C、 92051B、 92072C、 P30002、81、 87。	700		
P6705C	嚴重齲齒兒童口腔健康照 護複診治療-第二次 註: 1. 本項須於本計畫 複診治療-第二次 (P6704C) 後, 間隔九十天以 上,一百八十天 內申報。 2. 本項主要施行牙 周暨齲齒控制基 本處置、牙菌斑 去除照護、氟化 物治療,並提供 親子衛教資訊(附 件六)。 3. 應併同 91014C(91114C)、 91020C 實施。	700					

修訂內容			原內容	牙全會說明	本署意見
	~~4. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。~~ ~~5. 九十天內不得申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。~~				
<u>九、結案：</u> <u>(一) 接受完整計畫：申報嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療(P6702C)次數達4次者。</u> <u>(二) 一百八十天內未申報本計畫相關醫令者。</u>					1. 接受完整計畫期間定義：「申報嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療(P6702C)次數達4次者」建議比照退場機制文字修改為「申報複診治療次數達3次」，詳如「八、給付項目及支付標準」之本署意見說明。 2. 另統計 110 年 8 月

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署意見
			至 111 年 9 月之收案對象計 238 人，未有病人於不同院所收案。 3. 180 天內未申報本計畫醫令者結案：本計畫收案條件列有執行本計畫前，請至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢，如病人未曾接受本計畫或 6 個月內無申報本計畫相關醫令者，始得收案，爰同意牙全會意見。
九~~上~~、品質獎勵費用： (一) 品質獎勵：~~以~~接受完整計畫期間（~~複診治療申報嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療(P6702C)~~次數達~~4~~3次者），再發生齲齒填補顆數計算品質獎勵費，醫師於退場後完成之個案不納入品質獎勵費用計算。	九、品質獎勵費用： (一) 品質獎勵：以接受完整計畫期間（複診治療次數達3次者），再發生齲齒填補顆數計算品質獎勵費，醫師於退場後完成之個案不納入品質獎勵費用計算。		1. 接受完整計畫期間定義由「複診治療次數達 3 次」修改為「申報嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療(P6702C)」：建議維持原文字，詳如「八、給付項目及支付標準」之本署

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署意見
(二) 核發原則：本項費用按季結算。接受完整計畫期間（~~複診治療~~<u>嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療(P6702C)</u>次數達~~43~~次者），再發生齲齒填補顆數小於1顆（含）以下（自家~~+他家~~），每一個案獎勵費用1,500點。 (三) 計算方式： 再發生齲齒填補顆數=<u>完整計畫期間</u>申報<u>第1次</u>「嚴重齲齒兒童口腔健康照護~~初診治療~~」至<u>第4次</u>「嚴重齲齒兒童口腔健康照護~~複診治療-第三次~~」項目期間，再發生齲齒填補顆數（自家~~+他家~~）。	(二) 核發原則：本項費用按季結算。接受完整計畫期間（複診治療次數達3次者），再發生齲齒填補顆數小於1顆（含）以下（自家+他家），每一個案獎勵費用1,500點。 (三) 計算方式： 再發生齲齒填補顆數=申報「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」至「嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次」項目期間，再發生齲齒填補顆數（自家+他家）。	品質獎勵費用核發原則再發生齲齒填補顆數計算，以「自家」為主	意見說明。 2. 再發生齲齒填補顆數計算：查 110 年第 1 次本會議臨時會，牙全會對於再發生齲齒填補顆數計算，提案退場機制以跨院所計算（自家+他家），品質獎勵僅以自家計算，考量涉及執行本計畫品質，應以病人實際發生齲齒事實認定，爰決議皆以跨院所計算（自家+他家），建議維持原計算方式。
十一、醫療費用申報及審查： <u>(一)施行本計畫診療項目處置費(P6702C)得併同申報牙科門診診察費。</u> <u>(二)符合「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」之處置費(P6702C)得加成百分之三</u>	十、醫療費用申報及審查：	新增第一、二項述明得併報牙科門診診察費及符合「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」處置費得加成百分之三十。	1. 施行本計畫診療項目處置費得併同申報牙科門診診察費，與現行相同，爰同意明訂於計畫中。 2. 增訂本計畫治療處

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署意見
~~十。~~ (一)(三)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二)(四)本計畫醫療費用點數申報格式： 1.案件分類：請填報「19(牙醫其他專案)」。 2.特定治療項目代號(一)：請填報「LK(0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫)」。	(一)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二)本計畫醫療費用點數申報格式： 1.案件分類：請填報「19(牙醫其他專案)」。 2.特定治療項目代號(一)：請填報「LK(0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫)」。		置(P6702C-P6705C)適用牙醫支付標準通則四「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」得加成30%規定，考量支付衡平性，尊重牙全會意見。
~~十一~~十二、計畫施行評估：試辦第一年蒐集下列指標數據，試辦滿一年後，該等指標須較前一年改善(以本計畫申報案件計算)： (一)自評指標： 1.申報案件數。 2.申報點數。	十一、計畫施行評估：試辦第一年蒐集下列指標數據，試辦滿一年後，該等指標須較前一年改善(以本計畫申報案件計算)： (一)自評指標： 1.申報案件數。 2.申報點數。 3.就醫人數(以ID歸戶)。	本項無修訂。	無意見。

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署意見
3. 就醫人數(以 ID 歸戶)。 4. 完成率(以院所歸戶) (二) 評估指標：兒童接受完整計畫期間，再發生齲齒填補顆數小於1顆(含)以下(自家+他家)。(計算方式同「九、品質獎勵」。)	4.完成率(以院所歸戶) (二) 評估指標：兒童接受完整計畫期間，再發生齲齒填補顆數小於1顆(含)以下(自家+他家)。(計算方式同「九、品質獎勵」。)		
<u>十三、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之1月1日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。</u>		新增新年度計畫實施日期追溯至1月1日。	無意見。
~~十三~~ <u>十四</u> 、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告	十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告	修訂序號	—

~~全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重高齦齒兒童口腔健康照護~~

~~試辦計畫加入計畫申請書(以醫師為單位)~~

~~一、申請醫師：身分證字號：_____~~

~~二、分區別：☐台北 ☐北區 ☐中區 ☐南區 ☐高屏 ☐東區~~

~~三、執業登記院所名稱：_____醫事機構代號：_____~~

~~四、聯絡人：_____電話：_____傳真：_____~~

~~院所地址：_____~~

~~五、申請資格：~~

~~☐1. 兒童牙科醫學會專科醫師 ☐2. 兒童牙科醫學會一般會員~~

~~☐3. 一般醫師~~

~~六、檢附教育訓練證明~~

~~註：1. 兒童牙科醫學會之專科醫師或一般會員須檢附教育訓練證明1學分（行政課程1學分）。~~

~~2. 一般醫師須檢附教育訓練證明4學分（行政課程1學分、專業課程3學分）。~~

牙醫師簽章

備註：

- ~~1. 申請程序：每月 5 日前郵寄申請書+教育訓練證明至牙醫全聯會(104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收)，由牙醫全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核定，核定後將由保險人於隔月發核定函予醫師。~~
- ~~2. 查詢繼續教育積分，請登入衛生福利部醫事系統入口網 (<https://ma.mohw.gov.tw/portal/#/login>) 查詢及列印，~~

口腔檢查表

病人姓名		身分證字號		年齡	
------	--	-------	--	----	--

初診診察紀錄											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數					醫師簽名				

初診治療紀錄(第一次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
☐ 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數					醫師簽名				

複診治療紀錄(第一二次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
☐ 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數					醫師簽名				

複診治療紀錄(第二三次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
☐ 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數					醫師簽名				

複診治療紀錄(第三四次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
☐ 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數					醫師簽名				

註: W: white lesion ; C: caries ; RR: residual root ; F: filling

附件二

基本資料暨接受 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療確認書

一、兒童基本資料

兒童姓名： 性別：☐男☐女 出生年月日：

身分證字號：

二、照顧者基本資料

照顧者姓名： 性別：☐男☐女 出生年月日：

與孩童關係：

身分證字號：

通訊地址：

聯絡電話：

醫師之聲明

1. 我已經為病人完成治療前評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：
☐治療的原因和方式
☐治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
☐相關說明資料（親子衛教資訊），我已交付立書同意人。
3. 我已經給予立書同意人充足時間，詢問下列有關本次治療，並給予答覆：

立書同意人之聲明

1. 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。
 - (1) 施行治療的原因和方式。
 - (2) 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
 - (3) 治療之健保支付項目。
 2. 我已獲得並且閱讀相關說明資料（親子衛教資訊）。
 3. 針對要接受的治療，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 4. 本人六個月內未曾接受本計畫嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療。
- 基於上述聲明，我同意接受本計畫嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療。

牙醫師簽名：

立同意書人簽名：

與病人之關係：

中 華 民 國

年

月

日

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

附件四

齲齒風險評估表

說明：1. 本表是為了評估個人因素，臨床判斷可以證明某種因素的用途來評估整體風險（例如，經常食用含糖的零食或飲料將增加 dmft 的總體風險）。
2. 請勾圖符合患者風險情形，有助於醫師及父母了解導致齲齒或預防齲齒的原因。

風險 評估	項目	有	否
高 風 險	1. 未滿二歲兒童齲齒顆數大於 2 顆(含)以上		
	2. 二歲至未滿四歲兒童齲齒顆數大於 3 顆(含)以上		
	3. 四歲至六歲兒童齲齒顆數大於 5 顆(含)以上		
	4. 母親或照顧者或兒童的兄弟姐妹有齲齒		
	5. 每天超過二次的含糖零食(含糖飲料)或用餐時間超過 30 分鐘		
	6. 經常含奶瓶睡覺(含糖或不含糖)		
	7. 齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損		
	8. 明顯蛀洞、填補、因齲齒之缺牙(DMFT) (一顆(含)以上之缺牙或齲齒或填補)		
中 風 險	1. 牙齒有明顯牙菌斑或睡前未潔牙		
	2. 特殊身心障礙患者		
低 風 險	1. 飲水加氟(吃氟鹽)或氟錠		
	2. 每天使用含氟牙膏		
	3. 定期接受專業塗氟		
	4. 建立牙醫家庭/定期檢查		

其他資料：

1. 家長是否為縣(市)主管機關核定之中低收入戶：☐1. 是；☐2. 否。

2. 照顧者身分：☐1. 新住民、原住民、單親、隔代教養、特殊身心障礙患者；☐2. 其他。

對兒童齲齒整體評估：☐高風險 ☐中風險 ☐低風險

註：高風險：若有一項為高風險，整體評即為高風險。

中風險：無高風險，但有一項為中風險，整體評估即為中風險。

低風險：無中高風險，則為低風險。

醫師簽名：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____

幼兒飲食狀況表

一、是否喝奶：

1. 母乳：每天_____次，
睡前：☐有 ☐無，
喝完以後是否潔牙：☐有 ☐無
2. 配方奶用奶瓶：每天_____次，
睡前：☐有 ☐無，
喝完以後是否潔牙：☐有 ☐無
3. 奶粉用杯子：每天_____次
睡前：☐有 ☐無
喝完以後是否潔牙：☐有 ☐無

二、正餐：

1. 每餐_____分鐘
2. 邊吃邊看電視(玩耍，3C)：☐有 ☐無
3. 是否含飯：☐有 ☐無

三、零食：

1. 每天_____次
2. 內容物：
A：水果：☐有☐無，與正餐間隔_____分鐘，
B：餅乾(糖果、巧克力)：☐有☐無，
C：飲料(優酪乳、養樂多、果汁、運動飲料、奶茶)：☐有☐無
3. 其他：☐有☐無，
請說明：_____

四、潔牙習慣

1. 刷牙：每天_____次，
☐家長親刷
☐小朋友自刷
2. 牙膏：☐有☐無，牙膏含氟量_____ppm
3. 牙線(牙線棒)：每天_____次，
☐家長操作
☐小朋友自己操作

親子衛教與治療【0~4 個月吸吮階段】

(1)嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	•吸吮 •媽媽的乳房或奶瓶	
2. 口腔動作發展發展	•舌頭： •下巴：會有局部咬的動作 •臉頰/唇：有尋乳反射	•餵奶時協助寶寶。 •臀部彎曲、縮下巴
3. 進食	•母乳或配方奶	

(2)齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1.低風險	6-12 個月回診	• 每天刷牙 2 次	個別輔導	• 觀察
2.中風險家長可配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
3.中風險家長無法配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
4.高風險家長可配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5.高風險家長無法配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【4~6 個月吸吮階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	• 成熟的吸吮 • 媽媽的乳房、奶瓶、湯匙	
2. 口腔動作發展發展	• 舌頭：可以前中後獨立移動 • 下巴：局部咬的動作遞減 • 臉頰/唇：尋乳反射遞減、下巴穩定度增加	• 湯匙前端水平的碰到舌頭，避免刮到牙齦或牙齒。 • 給予唇一點力氣來鼓勵唇閉合和從湯匙上刮下食物。
3. 進食	• 母乳或配方乳、嬰兒穀類(米精)、水果泥、菜泥	

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	• 每天刷牙 2 次	個別輔導	• 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【6~8 個月大嚼階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	• 原始反射消失、磨/嚼硬物 • 乳房/奶瓶、湯匙餵食、大人持杯緣給少量水	
2. 口腔動作發展發展	• 舌頭：開始有捲平、展舌的能力，咀嚼時舌頭會上下動 • 下巴：可以稍微左右移動 • 臉頰/唇：尋乳反射消失，上唇或下唇略可以吸 • 臉頰可用力，僅在初始或要結束時會漏出液體 • 下唇活動穩定度增加，磨碎食物時，在唇和頰的協助下形成食團	• 讓孩子去咬或是用舌頭從杯子裡吸液體 • 鼓勵下巴往下，不要用仰頭的方式喝水 • 握住杯子靠近嘴角，避免把大量的水倒入嘴裡
3. 進食	• 母乳或配方乳、嬰兒穀類(米精)、嬰兒果汁、水果、蔬菜、肉、手指食物(可以一口塞進的食物)	

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	• 每天刷牙 2 次	個別輔導	• 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【8~12 個月咬的階段】

(1)嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	• 上唇抵物、咬斷食物、乳房、湯匙餵食、用手拿食物進食、學習杯	
2. 口腔動作發展發展	• 舌頭：可以左右移動食物，出現所有活動的角度，精準度協調和持續能力增加 • 下巴：吃軟質食物時有較好的控制，可以控下巴開和關，開始有些旋轉動作 • 臉頰/唇：上下唇可以獨立活動，可以用唇、頰來協助固體食物，上門牙或牙齦可以來抵唇，吃東西時食物不太會囤積在嘴裡或流出來，很少流口水。	• 開始給小朋友練習坐餵食椅(要有好的身體支撐。
3. 進食	• 母乳或配方乳、嬰兒穀類(米精)、嬰兒果汁、水果、蔬菜、肉、手指食物(可以一口塞進的食物)	

(2)齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	• 每天刷牙 2 次	個別輔導	• 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【12~15 個月咀嚼階段】

(1)嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	•舌頭左右移動、下顎開始旋轉式移動 •用手拿食物進食、學習杯	
2. 口腔動作發展發展	•舌頭：會從兩側向中移動，主要以舌頭清除，在吞嚥時可以穩定地將舌尖上抬在齒槽區 •下巴：逐漸出現旋轉式移動 •臉頰/唇：舌頭及下巴在移動時，唇部可不受牽動	•開始練習斷奶 •讓小孩坐在適當的椅子上，並保持支撐
3. 進食	•母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉	

(2)齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	• 每天刷牙 2 次	個別輔導	• 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-至 6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【15~18 個月咀嚼階段】

(1)嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	• 舌頭下巴漸不會互動牽動 • 湯匙餵食、開始練習使用湯匙	
2. 口腔動作發展發展	• 舌頭：會從兩側向中移動，主要以舌頭清除，在吞嚥時可以穩定地將舌尖上抬在齒槽區 • 下巴：逐漸出現旋轉式移動 • 臉頰/唇：舌頭及下巴在移動時，唇部可不受牽動	• 開始練習斷奶 • 讓小孩坐在適當的椅子上，並保持支撐
3. 進食	• 母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉	

(2)齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	• 每天刷牙 2 次	個別輔導	• 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【18~24 個月類似成人進食狀態階段】

(1)嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	•開始會以舌頭舔唇周 •吸管、杯子、自己用食器餵食(矽膠湯匙)	
2. 口腔動作發展發展	•舌頭：可以舌頭舔唇 •下巴：下巴和舌頭動作不會再互相牽動 •臉頰/唇：藉由下巴移動幅度變大，不需要轉頭就可以進行咬合	•家長拿湯匙舀食物準備餵食時，讓小孩引導將家長的手引向嘴巴
3. 進食	•母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉	

(2)齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	• 每天刷牙 2 次	個別輔導	• 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【24 個月以上】

(1)嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	• 嘴唇及舌頭運動成熟 • 使用叉子	
2. 口腔動作發展發展	• 舌頭：吞嚥時舌頭上抬，可以快速地將食物從中間移至兩側或將食物從側邊移至中線，即使是較難咀嚼的食物，舌頭亦不會呈現先外吐再後縮的動作 • 下巴：功能成熟，可以吸吮，較不會咬杯緣，在咬不同質地食物，可以隨著厚度逐漸開合下巴動作 • 臉頰/唇：唇部閉合較成熟，喝水時較不會流出來，在咀嚼時，有足夠的唇部動作	• 協助小孩握持湯匙，控制食物。
3. 進食	• 母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉	

(2)齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		窩溝封填 建議施作	牙齒治療
		處置建議	飲食		
1.低風險	6-12 個月回診	• 每天刷牙 2 次	個別輔導	建議施作	• 觀察
2.中風險家長可配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 使用氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導	建議施作	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
3.中風險家長無法配合	3-6 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	建議施作	• 密切觀察是否有初期齲齒產生
4.高風險家長可配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導	建議施作	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5.高風險家長無法配合	3 個月回診	• 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	建議施作	• 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

討論事項第五案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：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，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（討 5-4）。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
 - （一）考量本計畫執行處置內容為「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」，將「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」併同納入執行目標之服務人次計算。
 - （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）收案條件新增 ICD-10-CM 代碼 K03.89。
 - （四）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。
 - （五）新增新年度計畫實施日期追溯至 1 月 1 日。

本署意見：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會 111 年 9 月 23 日及同年 10 月 28 日委員會議紀錄(衛生福利部尚未核定)，112 年本計畫於專款編列 271.5 百萬元，與 111 年相較未增加預算，請本署辦理事項如下：
 - （一）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。
 - （二）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。

二、本署說明：

- （一）本計畫於 111 年 3 月 11 日起實施，111 年 3-9 月申報 P7101C「青少年齲齒控制照護處置」9,060 人次、P7102C「青少年齲

齒氟化物治療」5,600 人次，總人次為 10,387 人次，申報醫療費用約 5.5 百萬點。

(二)修訂 112 年計畫執行目標人次：

1. 查本計畫 111 年協定事項執行目標之訂定，係依牙全會協商 111 年總額所提，本項預算規劃用於「牙周暨齲齒控制基本處置(牙菌斑偵測及去除維護教導)及牙菌斑去除照護」(300 點)，爰依預算額度(271.5 百萬元)訂定執行目標 90 萬人次($271.5 \text{ 百萬元} / 300 \text{ 點} = 90.5 \text{ 萬}$)。
2. 依 111 年總額協商預算牙全會規劃本計畫除原協商之「齲齒控制照護處置(牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除)」(300 點)項目，另新增「齲齒氟化物治療」(500 點)。
3. 本次牙全會建議依計畫支付項目及點數調整服務人次，並參考 111 年 3-8 月 2 項目執行量估算，P7101C 約占 60%、P7102C 約占 40%，推估 112 年可服務 76 萬人次($271.5 \text{ 百萬} * 60\% / 300 \text{ 點} + 271.5 \text{ 百萬} * 40\% / 500 \text{ 點}$)。
4. 牙全會建議下修 111 年總額協定執行目標，考量涉及健保會協定事項，請健保會幕僚表示意見。

(三)收案條件新增 ICD-10-CM 代碼 K03.89：

1. 查 K03.89 為「牙齒硬組織其他特定疾病」。
2. 財務影響如下：
 - (1) 110 年 12-18 歲 144.7 萬人，於牙醫就醫約 67.4 萬人，就醫率 46.6%。
 - (2) 110 年主次任一診斷 K03.89 之 12-18 歲計 0.15 萬人，於牙醫就醫約 3.8 次。
 - (3) 執行 P7101C：約增加 79.7 萬點($0.15 \text{ 萬人} * 46.6\% * 300 \text{ 點} * 3.8 \text{ 次/年}$)。
 - (4) 執行 P7102C：因符合收案條件者非全數執行 P7102C(限診斷為齲前白斑)，爰以 111 年 3-9 月申報 P7101C 及 P7102C 之人次比率估算，111 年 3-9 月申報 P7101C 共 9,060 人次、

P7102C 共 5,600 人次 (占率 38%)，約增加 50.5 萬點(0.15 萬人*46.6%*500 點*3.8 次/年*38%)。

(5)費用推估約增加 130.2 萬點(79.7 萬點+50.5 萬點)。

(四)P7102C 青少年齲齒氟化物治療診斷新增初期齲齒、琺瑯缺損者得執行：

1.牙全會提供新增之 ICD-10-CM 診斷碼為 K02.51(齲齒在凹陷及裂縫表面侷限於牙釉質)、K02.61(齲齒在平滑表面上侷限於牙釉質)。

2.財務影響如下：

(1)110 年主次要任一診斷 K02.51、K02.61 之 12-18 歲計 3.3 萬人，於牙醫就醫約 3.1 次，另 12-18 歲就醫率 46.6%。

(2)本計畫執行 P7102C 者占總人次之 53.9%(執行 P7102C 人次 5,600/總人次 10,387)。

(3)推估費用約 12.8 百萬點【500 點*3.3 萬人*就醫率 46.6%*53.9% 執行 P7102C 之總人次占率*3.1 次/年】。

(五)新增新年度計畫實施日期追溯至 112 年 1 月 1 日：本項為計畫延續條款，建議比照全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫「本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止」。

(六)餘文字修訂詳如「112 年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(草案)對照表」(同附件，討 5-4)。

決 議：

111~~111~~112 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(草案)對照表

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署說明
三、實施期間：自公告日起 <u>112年1月1日</u> 至 ~~111~~ <u>112</u> 年12月31日止。	三、實施期間：自公告日起至111年12月31日止。	配合修訂實施期間。	無意見。
四、年度執行目標： 本計畫照護人次以 <u>達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）、青少年齲齒氟化物治療（P7102C）」合計達760,200</u> 服務人次為執行目標。	四、年度執行目標： 本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」900,000服務人次為執行目標。	依111年3-8月 P7101C、P7102C 執行情形推估112年服務人次(全年經費 271,500,000 * P7101C 執行占率60% /300點 +全年經費271,500,000 * P7102C 執行占率40% / 500點=760,200)	1. 本計畫111年協定事項執行目標為服務90萬人次，於111年3月11日起實施。 2. 111年3-9月申報 P7101C 共9,060人次、P7102C 共5,600人次，總人次為10,387人次。 3. 查本計畫111年協定事項執行目標之訂定，係依牙全會協商111年總額所提，本項預算規劃用於「牙周暨齲齒

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署說明
			控制基本處置(牙菌斑偵測及去除維護教導)及牙菌斑去除照護」(300 點)，爰依預算額度(271.5 百萬元)訂定執行目標 90 萬人次(271.5 百萬元/300 點=90.5 萬)。 4. 依 111 年總額協商預算，牙全會規劃本計畫除原協商之「齲齒控制照護處置（牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除）」（300 點）項目，另新增

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署說明
			「齲齒氟化物治療」(500 點)。 5. 本次牙全會建議依計畫支付項目及點數調整服務人次，並參考 111 年 3-8 月 2 項目執行量估算，P7101C 約占 60%、P7102C 約占 40%，推估 112 年可服務 76 萬人次(271.5 百萬*60%/300 點+271.5 百萬*40%/500 點)。 6. 牙全會建議下修 111 年總額協定執行目標，考量涉及健保會協定事項，

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署說明
			請健保會幕僚表示意見。
五、預算來源： (一) ~~111~~112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為<u>271.5</u>百萬元。 (二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C 及 P7102C)之費用由本計畫預算支應。 (三) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。	五、預算來源： (一) 111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為271.5百萬元。 (二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C 及 P7102C)之費用由本計畫預算支應。 (三) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。	全年經費依據112年牙醫門診總額談判協商結果。	無意見。
六、收案條件： 12歲以上至未滿19歲經診斷	六、收案條件： 12歲以上至未滿19歲經診斷	新增 ICD-10-CM 代碼 K03.89	1. 111年3-9月申報醫療費用約5.5百萬。

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署說明
為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K02、 K03.89 、K05、K03.6、K06.1)。	為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K02、K05、K03.6、K06.1)。		2. 查 ICD-10-CM 代碼如下： (1)K02齲齒 (2)K03.89牙齒硬組織其他特定疾病 (3)K05齒齦炎及牙周疾病 (4)K03.6牙齒沉附著[增積]物 (5)K06.1牙齦腫大 3. 增列 K03.89費用推估約增加130.2萬點(79.7萬點+50.5萬點)，說明如下： (1)110年12-18歲144.7萬人，於牙醫就醫約67.4萬人，就醫率46.6%。 (2)110年主次任一診斷

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署說明
			K03.89 之 12-18 歲計 0.15 萬人，於牙醫就醫約 3.8 次。 (3) 執行 P7101C：約增加 79.7 萬點 (0.15 萬人 * 46.6% * 300 點 * 3.8 次 / 年) (4) 執行 P7102C：因符合收案條件者非全數得執行 P7102C(限診斷為齲前白斑)，爰以 111 年 3-9 月申報 P7101C 及 P7102C 之人次比率估算，推估費用約增加： A. 111 年 3-9 月申報 P7101C 共 9,060 人次、P7102C 共 5,600 人次 (占率 38%)。

修訂內容			原內容			牙全會說明	本署說明
							B. 約增加 50.5 萬點 (0.15 萬 人 *46.6%*500 點 *3.8 次/年*38%)
八、給付項目及支付標準：			八、給付項目及支付標準：			修訂 X 光攝影，可視 需要申報費用另計。	尊重牙全會依臨床需 求所提。
編號	診療項目	支付 點數	編號	診療項目	支付 點數		
P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌 斑偵測、去除維護 教導及牙菌斑清 除，且病歷應記載 供審查。 2. 可視需要申報「 ~~咬 翼式 X 光攝影~~ (34002C) ~~X 光攝影~~ 」 費用另計。 3. 每九十天限申報一 次。 4. 不得併報91014C。	300	P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌 斑偵測、去除維護 教導及牙菌斑清 除，且病歷應記載 供審查。 2. 可視需要申報「咬 翼式 X 光攝影」 (34002C)，費用另 計。 3. 每九十天限申報一 次。 4. 不得併報91014C。	300		

修訂內容			原內容			牙全會說明	本署說明
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、 <u>初期齲齒、琺瑯缺損</u> 者申報。 2. 須附一年內診斷照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施 <u>齲前白斑患者</u> 氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002及P7301C。	500	P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑者申報。 2. 須附一年內診斷照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施齲前白斑患者氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002及P7301C。	500	診斷新增初期齲齒、琺瑯缺損，實施項目均為氟化物治療。	1. 牙全會提供新增之 ICD-10-CM 診斷碼為 K02.51(齲齒在凹陷及裂縫表面侷限於牙釉質)、K02.61(齲齒在平滑表面上侷限於牙釉質)。 2. 財務影響如下： (1)110 年主次要任一診斷 K02.51、K02.61 之 12-18 歲計 3.3 萬人，於牙醫就醫約 3.1 次，另 12-18 歲就醫率 46.6%。 (2)本計畫執行 P7102C 者占總人次之 53.9%(執行 P7102C

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署說明
			人次 5,600/總人次 10,387)。 (3) 推估費用約 12.8 百萬點【500 點*3.3 萬人 * 就醫率 46.6%*53.9% 執行 P7102C 之總人次占率*3.1 次/年】。
<u>十一、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之1月1日。</u>		新增新年度計畫實施日期追溯至1月1日。	建議比照牙特計畫，修訂為：本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之1月1日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施

修訂內容	原內容	牙全會說明	本署說明
			日之次月止。
~~十一~~ <u>十二</u> 、本計畫由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。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。	十一、本計畫由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。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。	修訂序號。	無意見。

討論事項第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：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。

說明：

- 一、依據本會 14-9 牙醫門診醫療服務審查執行會決議辦理。
- 二、執業及巡迴計畫提高論次支付點數每小時 300 點(詳對照表 P. 18~P. 20、P. 26~P. 28)。
- 三、現行每件醫療費用點數加計 2 成為每季結算時支付，希望能比照牙醫特殊計畫，於每月申報時先行暫付加成點數，另提高服務量管控「每位醫師每月平均每診次申請點數」為 3 萬點(詳對照表 P. 23~P. 24、P. 30)。
- 四、刪除學校巡迴點須於申請前兩年(含)之口腔健康狀況及醫療需求調查表完成齲齒填補率達 80%以上者方可申報論次支付點數之限制，仍保留醫療團須於期末時繳交學校學童口腔健康狀況調查表(詳對照表 P. 25~P. 26)。
- 五、提高每位醫師每月巡迴醫療服務診次，平日以不超過 20 次為原則，若有特殊狀況由各分區業務組核定(詳對照表 P. 30~P. 31)。
- 六、巡迴計畫之品質獎勵項目，依據各項目達成狀況分別給予獎勵。另此項目已試辦 5 年，建議刪除指標評估項目(詳對照表 P. 32~P. 37)。
- 七、新增巡迴計畫施行地區-嘉義縣中埔鄉裕民村(詳對照表 P. 51)。
- 八、嘉義縣番路鄉「番路隙頂農會」、「隙頂國小」、「大湖國小」由 1 級地區升為 2 級地區(詳對照表 P. 51~P. 53)。

本署意見：

一、執業計畫：

- (一)為規定周全，就保障額度年限計算增列「同一鄉鎮」醫師參與限制(詳對照表 P. 15)。

- (二) 本計畫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(詳對照表 P. 17~P. 18)。
- (三) 論次支付點數每小時提高 300 點，按不同地區級數及平/假日計算，成長率為 7%~20%，建議評估點數調增之成長率合理性；另新增「口腔衛生推廣」論次費用醫令代碼(詳對照表 P. 18~P. 20)。
- (四) 因本計畫診所申報之醫療費用無加計 2 成，爰「每位醫師每月平均每診次申請點數」之服務量管控額度建議維持 2.5 萬點(詳對照表 P. 23)。
- (五) 施行地區：建議刪除「台南市七股區」(詳對照表 P. 50~P. 51)。

二、巡迴計畫：

- (一) 同意本計畫醫療團成員申報醫療費用加計 2 成支付，由現行每季結算時支付，改為申報時即加計 2 成(加成部分亦計入暫付款)，並配合加成申報作業新增費用申報格式必填欄位(詳對照表 P. 24、P. 30、P. 42~P. 43)。
- (二) 所有巡迴服務皆得申報論次支付點數部分，建請牙全會評估若一級地區學校巡迴點不再以前兩年須達齲齒填補率 80%以上作為申報論次費用資格之標準，是否有致其他學校巡迴點齲齒填補率下降之可能性？及如有此情形發生，是否有維持醫療品質的因應作為？(詳對照表 P. 25~P. 26)。
- (三) 論次支付點數每小時提高 300 點部分，按不同地區級數及平/假日計算，成長率為 7%~20%，建議評估點數調增之成長率合理性；另新增「口腔衛生推廣」論次費用醫令代碼(詳對照表 P. 26~P. 28)。
- (四) 配合本計畫醫療團成員申報醫療費用加計 2 成支付，同意「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(詳對照表 P. 30)。
- (五) 不同意「每位醫師每月巡迴醫療服務診次」之服務量管控額度由平日不超過 16 次提高為 20 次，同意增列分區業務組得專案核定特殊情形之規定(詳對照表 P. 30~P. 31)。

(六) 本計畫品質獎勵費用改依各指標項目達成情形分別按比例支付部分，建議 A 指標單獨獎勵、巡迴點 B~C 指標及社區醫療站 B~E 指標仍應同時達標方能獎勵；刪除試辦指標評估項目(詳對照表 P. 32~P. 37)：

(七) 施行地區(詳對照表 P. 51~P. 53)：

- 1、同意新增中埔鄉裕民村(1 級地區)。
- 2、同意嘉義縣番路鄉「番路隙頂農會」、「隙頂國小」、「大湖國小」地區級數由 1 級升為 2 級。

三、財務評估：

(一) 本方案近三年預算執行情形如下表：

單位：百萬元、%

項目/年度	108 年	109 年	110 年
預算數	280.0	280.0	280.0
預算執行數	258.9	253.4	247.7
預算執行率	92.5%	90.5%	88.5%

(二) 牙全會所提修正草案中，需增加經費共 2,637 萬點，本署所提部分則增加 143 萬，共 2,780.3 萬點說明如下：

- 1、巡迴論次費用每小時增加 300 點-執業計畫(對照表 P. 20)：204 萬點。
- 2、巡迴計畫所有巡迴點皆得申報論次費用(對照表 P. 26)：52.4 萬點。
- 3、巡迴論次費用每小時增加 300 點-巡迴計畫(對照表 P. 28)：1,453 萬點。
- 4、巡迴計畫品質獎勵費用改按各指標達成依比例支付-巡迴點(對照表 P. 32)：190 萬點。
- 5、巡迴計畫品質獎勵費用改按各指標達成依比例支付-社區醫療站(對照表 P. 34)：732 萬點。
- 6、新增「中埔鄉裕民村」巡迴點(對照表 P. 51)：1.6 萬點。
- 7、嘉義縣番路鄉「番路隙頂農會」、「隙頂國小」、「大湖國小」三巡迴點由 1 級升為 2 級(對照表 P. 51~P. 53)：4 萬點。

8、刪除執業計畫同一時段、同一地點以支付一位牙醫師論次支付點數之規定(對照表 P.18)：143.3 萬。

(三)經查 110 年本方案因受 COVID-19 疫情影響，執行情形略有減少，專款未支用金額為 3,231 萬元，然 111 年、112 年疫情趨緩執行情形應有逐漸提升，112 年修正草案預估增加 2,780.3 萬點，經費是否足夠支應，建請貴會審慎評估。

四、方案條文修正對照表如附件(討 6：對照表)。

決 議：

112 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案修訂對照表

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
一、依據： 同 111 年度條文。	一、依據： 同 111 年度條文。	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定 年度醫療給付費用總額事項辦理。	
二、目的： 同 111 年度條文。	二、目的： 同 111 年度條文。	二、目的： 鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區 及山地離島執業及提供巡迴醫療服 務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有 效、積極、安全的醫療體系，期使全體 保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。	
三、實施期間： ~~111~~ 112 年 1 月 1 日至 ~~111~~ 112 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 11 ~~12~~ 年 1 月 1 日至 11 ~~12~~ 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 111 年 1 月 1 日至 111 年 12 月 31 日 止。	修改年度
四、預算來源： (一) ~~111~~ 112 年度全民健康保險牙醫門 診醫療給付費用總額中之「醫療資源 不足地區改善方案」專款項目下支應， 全年經費為 280 百萬元。 (二)有關巡迴計畫之「核實申報」費 用，加成前點數由該總額一般服務預 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。	四、預算來源： (一)11 ~~12~~ 年度全民健康保險牙醫門 診醫療給付費用總額中之「醫療資源 不足地區改善方案」專款項目下支應， 全年經費為 280 百萬元。 (二)有關巡迴計畫之「核實申報」費 用，加成前點數由該總額一般服務預 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。	四、預算來源： (一)111 年度全民健康保險牙醫門診 醫療給付費用總額中之「醫療資源不 足地區改善方案」專款項目下支應，全 年經費為 280 百萬元。 (二)有關巡迴計畫之「核實申報」費 用，加成前點數由該總額一般服務預 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。	修改年度

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
五、施行地區： 同 111 年度條文。	五、施行地區： 同 111 年度條文。	五、施行地區： (一)施行地區之分類： 本方案施行地區分四級執行，以計算承作方案之費用。各牙醫醫療資源不足地區係由當地衛生主管機關會同各縣市牙醫師公會評估後，提供全民健康保險保險人(以下稱保險人)作為施行地區分級參考。 1. 一級：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區，或山地地區但交通尚屬方便之牙醫醫療資源不足地區。 2. 二級：指山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。 3. 三級：指特殊困難地區(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。 4. 四級： (1)指極端特殊困難地區(以各縣市三級地區為基準計算，需額外一小時以上車程的地區，僅適用執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫)。 (2)四級地區係指新竹縣尖石鄉「司馬庫斯」、「玉峰村」、「秀巒村」、嘉義縣阿里山鄉「豐山村」、「新美村」、「茶山村」、高雄市桃源區「拉芙蘭里」、澎湖縣白沙鄉「吉貝嶼」及望安鄉「花嶼村」。 註：申請三級或四級地區之巡迴醫療	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		點時，須提具體理由(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難者)，並經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)評估後送所轄保險人分區業務組核定。 (二)執業計畫施行地區：以「無牙醫鄉」為優先(詳附件 1)；若執業醫師退出計畫，則開放該鄉鎮(區)執業服務申請。 (三)巡迴計畫施行地區(詳附件 2)。	
六、執行目標： 同 111 年度條文。	六、執行目標： 同 111 年度條文。	六、執行目標： (一)執業計畫： 1. 併同 91 年度起共減少 37 個牙醫醫療資源不足地區。 2. 服務總天數達成 6,000 天、總服務人次達成 50,000 人次。 (二)巡迴計畫： 1. 本年度至少組成 19 個醫療團。 2. 本年度至少設立 22 個社區醫療站。 3. 服務總天數達成 10,000 天、總服務人次達成 110,000 人次。	
七、執行內容及方式： 同 111 年度條文。	七、執行內容及方式： 同 111 年度條文。	七、執行內容及方式： (一)執業計畫： 執行內容須包含下列二類，總服務時數每週不得少於 30 小時： 1. 執業地點門診服務(分三級「牙醫醫療資源不足地區」執行並保障其承作本計畫之費用)：	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		(1)門診服務天數、時數： 保險醫事服務機構於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務(以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。 (2)門診時段： ①依保險醫事服務機構申請計畫書所列之時間表為依據。 ②門診時段若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診。 ③門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)、執業醫師休診單(附件 3-2)於異動或休診前月 15 日之前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。另，因故休診者，應於當月完成補班(跨月休診則個別於當月完成補班)，且補班天數及時數應和休診天數及時數相同。 ④當月未達原訂工作天數或診察時數者，依實際工作天數與原訂工作天數之比例或實際診察時數與原訂診察時數之比例，由保險人分區業務組依實際情況衡酌核減醫療費用，惟有不可抗力之事由者(如醫師傷病、天災或其他特殊情形等)，須經保險人分區業務	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		組專案核定。 (3)支援規定： ①執行本計畫之保險醫事服務機構負責醫師不得支援其他醫事服務機構，惟符合下列條件者除外： 本計畫保險醫事服務機構之負責醫師，且具衛生福利部認定之專科醫師資格者，得於缺乏該專科人力之地區支援其他醫事服務機構，惟須向牙醫全聯會提出申請，並由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定後，自保險人分區業務組核定日起於執業門診時段外得開始支援。 ②支援醫師加入診察，執行本計畫之保險醫事服務機構均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於 7 日前以書面函知牙醫全聯會，並由牙醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查(含支援及被支援醫事服務機構所屬之保險人分區業務組)。該保險醫事服務機構所有支援醫師合計其門診時數(含巡迴醫療服務)不得超過該保險醫事服務機構總牙醫門診時數的三分之一。 ③若因特殊情況須由支援醫師代理負責醫師時，應依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備，並向牙醫全聯會提出申請，由牙醫全聯會將相關資料	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		函送保險人分區業務組核定。該支援醫師仍受門診時數不得超過該保險醫事服務機構牙醫總門診時數三分之一的限制，惟負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數可全數由支援醫師代理。 2. 牙醫巡迴醫療服務： (1)服務次數： ①除寒暑假外，執行本計畫之保險醫事服務機構每月至少提供 2 次牙醫巡迴醫療服務(此 2 次不包含口腔衛生推廣服務)，惟如屬「社區」之巡迴點者，寒暑假期間仍應持續提供本項服務。 ②經查每月執行少於 2 次或未於巡迴點執行者，除不得申請該月巡迴醫療費用外，並列入下年度得否繼續參與本計畫之評估條件，若有特殊情況經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定者不在此限。 ③若將病患自巡迴點帶回診所看診者，該次服務不得申請論次支付點數，且不列入每月至少 2 次巡迴醫療之次數計算。 (2)服務項目： ①一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔。	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		②口腔衛生推廣服務：每家保險醫事服務機構每月至多申報 3 小時 A. 正確刷牙及牙線使用指導。 B. 含氟漱口水使用指導。 C. 家戶訪視及口腔疾病和口腔衛生檢查。 D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動。 E. 口腔衛生及疾病防治說明會。 (3)服務時段： ①巡迴醫療服務應於保險醫事服務機構報備門診服務之時段以外執行，支援醫師支援前開保險醫事服務機構執行本項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並將該醫師姓名列入支援時段表。但支援醫師不得申報論次支付點數。 ②執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務，該保險醫事服務機構應於前月 15 日前，填寫月申請表(附件 3-3)及執業計畫巡迴點統計表(附件 3-4)並註明門診服務時段和本項服務巡迴地點及時段，以書面函送牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送所轄保險人分區業務組核定後執行。申請案經保險人分區業務組核定為不	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		同意者，保險醫事服務機構得於核定通知到達之日起 30 日內，檢附完整相關資料向所轄保險人分區業務組申請複審，並以一次為限。 ③巡迴時段有異動應填寫門診/巡迴時段異動表(附件 3-1)與臨時申請表(附件 3-5)，以書面函送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。 ④牙醫全聯會須於前月月底，以電子檔為原則，傳送本執業計畫各診所當月之「巡迴點」資料(執業診所、鄉鎮區、級數、巡迴點及其地址、巡迴時段…等)予保險人登錄，以利執業診所申報巡迴醫療服務論次支付點數。 (二)巡迴計畫： 1. 執行方式有二類： (1)巡迴點醫療服務： ①對象：本計畫施行地區(詳附件 2)之國小及國中學童、教職員及當地民眾。 ②服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 10-3)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： A. 符合「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	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		試辦計畫(以下稱 0-6 歲計畫)及「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」(以下稱 12-18 歲計畫)之收案對象牙醫醫療服務，其中 0-6 歲計畫之執行醫師須參與該計畫。 B. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第三部第三章第四節第四項「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)服務。 (2)社區醫療站醫療服務： ①由醫療團成員輪流排班，以維持每週 3 至 6 天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 ②如為必要設置社區醫療站之地區，因其居民人數少故須減少排班天數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。 ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該社區醫療站應備有急救設備及氧氣設	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		備，並須經牙醫全聯會審核通過。 B. 符合「0-6 歲計畫」及「12-18 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務，其中 0-6 歲計畫之執行醫師須參與該計畫。 C. 支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)服務。 ④於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方式及診療期間。 (3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。 2. 巡迴醫療服務之醫師、時段及地點名單： (1)巡迴醫療團應依計畫申請書所列之醫師名單及巡迴地點進行巡迴服務；巡迴點及社區醫療站醫療服務之巡迴天數、時段、地點，依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據。 (2)如有變更或增減牙醫師名單及巡迴地點，應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於當月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。 (3)每月服務醫師、診療時段及地點，應由醫療團於前月 20 日前，以書面函送至當地衛生主管機關、所轄保險人	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		分區業務組、牙醫全聯會(以電子檔為原則傳送)、巡迴點及服務醫師，並委請衛生所(室)、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務，則不予支付當次論次支付點數。 (4)巡迴醫療時段、地點及服務醫師若有異動(包含新增及取消)，應由巡迴醫療團所屬公會填寫其異動表(附件3-6)，並於次月15日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查，如未依期限送件，當年度累積達3次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。 3. 保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫及中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。	
八、申請條件、文件及程序： 同 111 年度條文。	八、申請條件、文件及程序： 同 111 年度條文。	八、申請條件、文件及程序： (一)申請條件： 1. 通則：申請參與本方案之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 2. 執業計畫： (1)申請本計畫之執業醫師，應為牙醫	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		全聯會會員，且曾於全民健康保險醫事服務機構執業達二年(含)以上。 (2)申請本計畫之執業醫師有下列情事之一者，五年內不得再申請加入(前述期間之認定，以下列情事發生事實日起算)： ①曾經因本計畫考核列入輔導，複核後仍未達標準而停止執行本計畫者。 ②曾於不同鄉鎮(區)申請參與本計畫，累計兩次計畫執行未滿三年者。 (3)經牙醫全聯會及保險人分區業務組查證有醫療模式異常紀錄且報經牙醫全聯會及保險人審核不予通過者，不得加入。 (4)於本計畫執行期間，已有保險醫事服務機構延續或牙醫師新申請辦理本計畫之鄉鎮(區)，不再受理其他牙醫師申辦本計畫，另屬延續辦理本計畫者，無須重新提出申請。 3.巡迴計畫： (1)醫療團：由各縣市牙醫師公會、牙醫全聯會所屬牙醫門診醫療服務審查執行會之各分區分會、教學醫院所組成；醫療團規模大小，由當地牙醫師公會規劃、協調。 (2)醫療團成員：參與成員應為牙醫全聯會會員，且曾於本保險醫事服務機構執業達一年(含)以上。	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		(二)申請須檢附之相關文件： 1. 執業計畫： 自本方案公告日起，符合申請條件之牙醫師應檢送申請書(附件 4-1)、計畫書書面資料(附件 4-2)、申請之醫療資源不足地區鄉鎮(區)公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。 2. 巡迴計畫： 自本方案公告日起，首次申請參與本計畫之醫療團或已核定之醫療團，應將申請參與醫療團之醫師及巡迴地點名單，與申請書、計畫書書面資料(格式及內容如附件 4-3、4-4)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔為原則傳送備查。 (三)申請程序： 1. 通則： (1)牙醫全聯會自本方案公告日起，即受理牙醫師申請執業計畫、巡迴醫療團申請巡迴計畫；於受理申請後 45 個工作日內(以郵戳為憑)依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點(詳附件 5)完成資料評估，並於評估完成後 10 個工作日內函報所轄保險人分區業務組評估結果。 (2)保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，10 個工作日內函復執	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		業計畫申請人及巡迴醫療團核定結果。 2. 執業計畫： 收到保險人分區業務組核定函者，應依醫師法相關規定辦理執業登記，並於該核定函發文日起 30 個工作日內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。超過 30 個工作日未完成簽約事宜者，得另重新提出申請及審核。 3. 巡迴計畫： 經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行巡迴醫療服務。	
九、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1. 執業計畫： (1)執業地點門診服務：	九、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1. 執業計畫： (1)執業地點門診服務： 同 111 年度條文。	九、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1. 執業計畫： (1)執業地點門診服務： ①每月保障額度已包含基本承作費用、定額變動費用及風險分擔醫療費用，依施行地區分級設定如下： A. 一級地區：每月為 22 萬點。 B. 二級地區：每月為 24 萬點。 C. 三級地區：每月為 30 萬點。 前開每月保障額度點數之支付須扣除「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」(以下稱矯正機關醫療服務計畫)案件醫療費用(含加成)。	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
②保障額度核付管控原則： A. 年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算；負責醫師如曾為同一鄉鎮(區)已歇業保險醫事服務機構之負責醫師 <u>或三年內曾執行本計畫但因故自行退出計畫</u>者，其年限計算應新、舊保險醫事服務機構合併計算。		②保障額度核付管控原則： A. 年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算；負責醫師如曾為同一鄉鎮(區)已歇業保險醫事服務機構之負責醫師者，其年限計算應新、舊保險醫事服務機構合併計算。 B. 每月總服務量依施行地區分級管控如下： a. 一級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 35%，未達者核付保障額度之 35%。 b. 二級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 25%，未達者核付保障額度之 40%。 c. 三級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 20%，未達者核付保障額度之 50%。 C. 依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。 D. 門診時段如遇重大天然災害有公布停止上班(課)或特殊情形時，由保險人分區業務組依實際情況衡酌門診時段比率，以計算調整管控額度百分比。 E. 前開每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算，不含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計	<u>健保署說明：</u> 執業計畫診所如短期內自行退出計畫後再申請加入，與診所歇業後再開業並申請加入計畫之情形雷同，為方案規定周全，故增列前開文字。

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		畫、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齦齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)之案件。 ③保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底止未滿 1 個月者，則按診療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。 ④執行本計畫滿三年者，如前一年度之每月總服務量累計 2 個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後，核定該診所停止執行本計畫。 ⑤本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。 ⑥核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少 1 元計算。每月總服務量低於本計畫設定保障額度及其管控標準者，以核付管控原則計算；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付。 ⑦結算：每家保險醫事服務機構每月至少依本計畫之保障額度核付管控原則支領醫療費用；核定點數(含部分負擔)超過保障額度者，則依該區當季每點支付金額至少 1 元計算；核定點數(含部分負擔)低於保障額度者，則依該區當季之浮動點值，每點支付金額	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
(2)牙醫巡迴醫療服務： ②論次支付點數：~~同一時段、同一地點以支付一位牙醫師費用為原則。~~	(2)牙醫巡迴醫療服務： ②論次支付點數：同一時段、同一地點以支付一位牙醫師費用為原則。	最高 1 元計算。 ⑧負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數，如有牙醫師支援代理，則請假期間依計畫規定支付相關醫療費用及保障額度；若請假期間無支援醫師代理者，保險人不予支付保障額度。 (2)牙醫巡迴醫療服務： ①執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數(執行矯正機關醫療服務計畫者除外)。 ②論次支付點數：同一時段、同一地點以支付一位牙醫師費用為原則。	健保署說明： <u>刪除執業計畫-牙醫巡迴服務之論次支付點數，同一時段、同一地點限支付一位牙醫師之規定：</u> 1.本方案巡迴計畫未限制同一時段、同一地點僅支付一位牙醫師論次費用(因學生數較多之學校，醫療團可能同時派 2 名以上牙醫師提供巡迴服務)。 2.本方案第七、(一)之 2.(3)點規定執業計畫診所提供巡迴醫療服務，應於門診服務以外之時段執行。實務上目前已有 1

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
A. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費	A. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費	A. 依施行地區分級，每次服務小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。	家執業計畫診所所有執登其他醫師(非支援醫師)，執登醫師如欲提供巡迴醫療服務亦須依規定於非門診時段進行，故大多係與負責醫師同時進行巡迴醫療服務。如負責醫師與執登醫師於看診人數較多之巡迴點同時提供牙醫巡迴醫療，論次費用卻僅能由一位牙醫師申請，相較巡迴計畫醫療團醫師似有不公。 3.經統計該名執登醫師 111 年 1~9 月巡迴服務診次計 186 診，其中無申報論次費用之診次計 177 診，如每診皆以 3 小時申報二級地區 P22003，推估增加費用 2,700 點*3 小時*177 診=1,433,700 點，所增 143.3 萬點預算尚足支應。 4.另執業計畫診所之支援醫師支援執行牙醫巡迴服務，依計畫規定不受門診時段限制，故支援醫師仍不得申報論次支付點數，併與敘明。 <u>牙全會意見：</u> 1.因近期成本提高，建議論次費用每小時提高 300 點。

112 年度條文(健保署版)						112 年度條文(牙醫全聯會版)						111 年度條文						備註		
用。						用。												2.以 111 年執業計畫每月平均巡迴 240 次推估,預計增加費用：每月 240 次*每小時增加 300 點*每診 3 小時*12 個月=2,592,000 點。 <u>健保署說明：</u> <u>1. 請評估論次支付點數調增之成長率合理性：</u> (1)依 110 年執業計畫診所申報巡迴服務論次費用總時數 6,797 小時計算，每小時增加 300 點*6,797 小時=增加 2,039,100 點。 (2)現行論次支付點數標準係自 105 年起調整(假日部分自 106 年起新增、四級地區自 108 年起)，查消費者物價指數以 105 年為基期(100)，至 111 年 10 月為 108.24，漲幅為 8.24%；依牙全會不分地區級數及平假日皆提高 300 點，成長率如下： 單位：點,%		
地區分級		服務項目	平日		假日		地區分級		平日		假日		地區分級		平日		假日			
			支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼			支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼			支付點數	申報代碼				
一級地區		醫療服務	點數 待定	P22002	點數 待定	P22005	一級地區		1,500 點	P22002	1,800 點	P22005	一級地區		1,500 點	P22002	1,800 點			P22005
		口腔衛生推廣		P22XXX		P22XXX			二級地區		2,400 點	P22003			2,700 點	P22006				
二級地區		醫療服務	點數 待定	P22003	點數 待定	P22006	二級地區				2,400 點	P22003	2,700 點	P22006	二級地區		2,400 點	P22003	2,700 點	P22006
		口腔衛生推廣		P22XXX		P22XXX			三級地區		3,400 點	P22004	3,700 點	P22007						
三級地區		醫療服務	點數 待定	P22004	點數 待定	P22007	三級地區				3,400 點	P22004	3,700 點	P22007	三級地區		3,400 點	P22004	3,700 點	P22007
		口腔衛生推廣		P22XXX		P22XXX			四級地區		4,000 點	P22008	4,300 點	P22009						
四級地區		醫療服務	點數 待定	P22008	點數 待定	P22009	四級地區				4,000 點	P22008	4,300 點	P22009	四級地區		4,000 點	P22008	4,300 點	P22009
		口腔衛生推廣		P22XXX		P22XXX														

討 6：對照表-19

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註																				
			<table><tr><td></td><td>1,800</td><td></td><td>2,100</td><td></td></tr><tr><td>二級</td><td>2,400 ↓ 2,700</td><td>12.5%</td><td>2,700 ↓ 3,000</td><td>11.1%</td></tr><tr><td>三級</td><td>3,400 ↓ 3,700</td><td>8.8%</td><td>3,700 ↓ 4,000</td><td>8.1%</td></tr><tr><td>四級</td><td>4,000 ↓ 4,300</td><td>7.5%</td><td>4,300 ↓ 4,600</td><td>7.0%</td></tr></table> (3)查 110 年未支用專款約 3,231 萬餘點，執業計畫論次費用每小時增加 300 點推估支付金額增加 204 萬點，雖尚足支應，然請評估論次支付點數調增之成長率合理性及整體財務影響。 2. <u>新增「口腔衛生推廣」論次費用醫令代碼：</u> 本方案規定「口腔衛生推廣」服務每月至多申報 3 小時，因分區業務組現行僅能以院所檢送之排班表及照片佐證，費用勾稽作業若該時段無醫療費用申報，需重尋原始佐證資料，為利院所申報及分區檢核，爰新增醫令代碼。		1,800		2,100		二級	2,400 ↓ 2,700	12.5%	2,700 ↓ 3,000	11.1%	三級	3,400 ↓ 3,700	8.8%	3,700 ↓ 4,000	8.1%	四級	4,000 ↓ 4,300	7.5%	4,300 ↓ 4,600	7.0%
	1,800		2,100																				
二級	2,400 ↓ 2,700	12.5%	2,700 ↓ 3,000	11.1%																			
三級	3,400 ↓ 3,700	8.8%	3,700 ↓ 4,000	8.1%																			
四級	4,000 ↓ 4,300	7.5%	4,300 ↓ 4,600	7.0%																			
		B. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天																					

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		然災害停止上班日及依勞動基準法與該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。 C. 18:00 以後視為夜診,其論次支付點數以假日計算。 D. 另若為離島保險醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務,位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船),其論次支付點數以二級地區計算。 ③巡迴醫療服務時數之計算: A. 每診次服務時間:每診次以 3 小時為限。 B. 每天服務時數: a. 屬一級或二級地區:每天服務時數以 6 小時為原則;如須延長至 9 小時者,須提出申請,且符合提出申請時該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件,並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 b. 屬三級或四級地區:每天服務時數以 9 小時為限,惟第 7 小時之後,以地區分級少一級之論次點數支付;屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人審查通過者,第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		支付。 C. 每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為依準。 D. 本項服務時間係以實際醫療時間計算，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。 ④巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於 3 人，計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療。巡迴醫療每月平均就診人次不足 3 人時，則將當月總看診人次依照 3 人一個分段，不足整數的部分，則由保險人分區業務組取整數之次數(無條件捨去)後，核減一次論次支付點數，核減順序以診療人次為 0 人之診次為優先，如無則以巡迴點地區分級級數較低之診次為優先。 例如：假設當月有 10 次巡迴醫療時段，總人次為 25 人，故當月平均看診人次為 2.5 人(不滿 3 人)，但依方案規定，總看診人次至少需 30 人才可達到平均人次為 3 人，計算以 3 人為一個分段($25 \div 3 = 8.34$)，則核發 8 次費用。 ⑤執業醫師至鄰近鄉鎮(區)執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，前述鄰近鄉鎮應為本計畫公告之鄉鎮(區)。另牙醫全聯會應優先鼓勵每月	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 2.5 萬點的部份，不予支付。 (3)執業計畫之品質獎勵費用：同 111 年度條文。	⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 ~~2.5~~ <u>3</u> 萬點為原則(<u>以加成後論量支付點數計算</u>)；不含牙醫特殊服務計畫、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 ~~2.5~~ <u>3</u> 萬點的部份，不予支付。 (3)執業計畫之品質獎勵費用：同 111 年度條文。	總服務量保障額度偏低之保險醫事服務機構，增加巡迴醫療次數。 ⑥執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次支付點數以 30%支付。 ⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 2.5 萬點的部份，不予支付。 (3)執業計畫之品質獎勵費用：每月達成下列①或②情形者，依當月總申報人次給予每人次 300 點獎勵費用；於全年結算時併同支付。 ①牙體復形(以下稱 OD)案件+牙周案件申報點數占率$\geq 70\%$。 A. OD 案件為支付標準第三部第三章第一節「牙體復形」所列醫令代碼，「89088C」(牙體復形轉出醫療院所之轉診費用)除外。 B. 牙周案件為支付標準第三部第三章第三節「牙周病學」所列醫令代碼，	<u>牙全會意見：</u> 因修訂為每月申報時先行暫付加計 2 成點數，爰提高服務量管控為 3 萬點 [=2.5 萬*(1+20%)]。 <u>健保署說明：</u> 執業計畫診所申報之醫療費用無加計 2 成，建議維持每位醫師每月平均每診次申請點數不超過 2.5 萬點之服務量管控。

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		「91088C」(牙周病轉出醫療院所之轉診費用)除外。 ②根管治療(以下稱 Endo)案件申報點數占率$\geq 20\%$。 Endo 案件為支付標準第三部第三章第二節「根管治療」所列醫令代碼，「90088C」(根管治療轉出醫療院所之轉診費用)除外。	
2. 巡迴計畫： (1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列~~兩種~~方式~~之一~~申報費用： ①「<u>核實加成</u>申報」：醫療費用須帶回執業登記保險醫事服務機構申報。 A. 每件醫療費用點數加計 2 成支付，加成前點數由一般服務預算移撥之經費支應；加成部分，納入本方案專款支應，餘依全民健康保險相關規定辦理。 B. 屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)之案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費	2. 巡迴計畫： (1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列~~兩種~~方式~~之一~~申報費用： ①「核實申報」：醫療費用須帶回執業登記保險醫事服務機構申報。 A. 每件醫療費用點數加計 2 成支付，加成前點數由一般服務預算移撥之經費支應；加成部分，納入本方案專款支應，<u>並於申報時先行暫付</u>，餘依全民健康保險相關規定辦理。 B. 屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)之案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費	2. 巡迴計畫： (1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列兩種方式之一申報費用： ①「核實申報」：醫療費用須帶回執業登記保險醫事服務機構申報。 A. 每件醫療費用點數加計 2 成支付，加成前點數由一般服務預算移撥之經費支應；加成部分，納入本方案專款支應，餘依全民健康保險相關規定辦理。 B. 屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)之案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費	<u>牙全會意見：</u> 1. 現行加計 2 成點數為每季結算時支付，希望比照牙醫特殊計畫，於每月申報時先行暫付加成點數。 2. 已於 8/31 牙全彥字第 00145 號函建請健保署研議修訂之可行性。 3. 健保署回應可執行，以明年上線為目標努力。 <u>健保署說明：</u> 同意申報時即加計 2 成(加成部分亦計入暫付款)，並酌修文字。

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
用支應，不再額外加計 2 成。 ②「<u>核實加論次申報</u>」：醫療費用須帶回執業登記之保險醫事服務機構申報。除依前述「<u>核實加論次申報</u>」之規定外，巡迴服務地點符合下列資格者可申報「論次支付點數」： A. 資格：一級無牙醫鄉及二級以上(含)之地區不受下列資格限制；符合下列條件，且經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者。 a. 該醫療團及所屬成員成立一年且無違反全民健康險相關法規者。 b. 該醫療團申請前，該學校前兩年(含)內之口腔健康狀況及醫療需求調查表(詳附件 10-3)完成齲齒填補率達 80%以上者。 c. 醫療團於「非學校」巡迴地點執行巡迴醫療業務時，得依本計畫施行地區之分級申報論次支付點數。 d. ~~提出申請時，須附相關口腔公共衛生計畫，當年度於該單位至少執行 1 次口腔衛生服務。~~	費用支應，不再額外加計 2 成。 ②「~~核實加論次申報~~」：醫療費用須帶回執業登記之保險醫事服務機構申報。~~除依前述「核實申報」之規定外，巡迴服務地點符合下列資格者可申報「論次支付點數」：~~ A. ~~資格：一級無牙醫鄉及二級以上(含)之地區不受下列資格限制；符合下列條件，且經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者。~~ ~~a. A. 該醫療團及所屬成員成立一年且無違反全民健康險相關法規者。~~ ~~b. 該醫療團申請前，該學校前兩年(含)內之口腔健康狀況及醫療需求調查表(詳附件 10-3)完成齲齒填補率達 80%以上者。~~ e. B. 醫療團於「~~非學校~~」巡迴地點執行巡迴醫療業務時，得依本計畫施行地區之分級申報論次支付點數。 d. C. 提出申請時，須附相關口腔公共衛生計畫，當年度於該單位至少執行 1 次口腔衛生服務。	用支應，不再額外加計 2 成。 ②「核實加論次申報」：醫療費用須帶回執業登記之保險醫事服務機構申報。除依前述「核實申報」之規定外，巡迴服務地點符合下列資格者可申報「論次支付點數」： A. 資格：一級無牙醫鄉及二級以上(含)之地區不受下列資格限制；符合下列條件，且經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者。 a. 該醫療團及所屬成員成立一年且無違反全民健康險相關法規者。 b. 該醫療團申請前，該學校前兩年(含)內之口腔健康狀況及醫療需求調查表(詳附件 10-3)完成齲齒填補率達 80%以上者。 c. 醫療團於「非學校」巡迴地點執行巡迴醫療業務時，得依本計畫施行地區之分級申報論次支付點數。 d. 提出申請時，須附相關口腔公共衛生計畫，當年度於該單位至少執行 1 次口腔衛生服務。	<u>牙全會意見：</u> 牙醫不足方案已實施多年，學校巡迴點已趨於穩定，不再限制學校學童齲齒填補率，所有巡迴點均能核實+論次申報費用。 <u>健保署說明：</u> 1. 有關所有巡迴地點皆得申報論次費用部分： (1)經統計 110 年巡迴計畫醫療團於 547 間學校提供巡迴服務 5,435 診次，其中無申報論次費用者計 12 間學校 (2.2%) 共 97 診次 (1.8%)。 (2)依 110 年統計無申報論次費用之學校巡迴點雖僅佔 2.2%，惟若學校巡迴點不再以前兩年須達齲齒填補率 80%以上作為申報論次費用標準之資格，<u>建請牙全會評估是否有致其他學校巡迴點齲齒填補率下降之可能性？及如有此情形發生，是否有維持醫療品質的因應作為？</u> (3)另 110 年末支用專款約

112 年度條文(健保署版)						112 年度條文(牙醫全聯會版)						111 年度條文						備註																																																																																																																			
B. 論次支付點數： a. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。 <table><tr><th rowspan="2">地區分級</th><th rowspan="2">服務項目</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr><tr><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td rowspan="2">一級地區</td><td>醫療服務</td><td rowspan="2">點數 待定</td><td>P22002</td><td rowspan="2">點數 待定</td><td>P22005</td></tr><tr><td>口腔衛生推廣</td><td>P22XXX</td><td>P22XXX</td></tr><tr><td rowspan="2">二級地區</td><td>醫療服務</td><td rowspan="2">點數 待定</td><td>P22003</td><td rowspan="2">點數 待定</td><td>P22006</td></tr><tr><td>口腔衛生</td><td>P22XXX</td><td>P22XXX</td></tr></table>												地區分級	服務項目	平日		假日		支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼	一級地區	醫療服務	點數 待定	P22002	點數 待定	P22005	口腔衛生推廣	P22XXX	P22XXX	二級地區	醫療服務	點數 待定	P22003	點數 待定	P22006	口腔衛生	P22XXX	P22XXX	~~B.~~<u>D.</u> 論次支付點數： a. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。 <table><tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr><tr><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>一級地區</td><td><u>1,800</u> 點</td><td>P22002</td><td><u>2,100</u> 點</td><td>P22005</td></tr><tr><td>二級地區</td><td><u>2,700</u> 點</td><td>P22003</td><td><u>3,000</u> 點</td><td>P22006</td></tr><tr><td>三級地區</td><td><u>3,700</u> 點</td><td>P22004</td><td><u>4,000</u> 點</td><td>P22007</td></tr><tr><td>四級地區</td><td><u>4,300</u> 點</td><td>P22008</td><td><u>4,600</u> 點</td><td>P22009</td></tr></table>												地區分級	平日		假日		支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼	一級地區	<u>1,800</u> 點	P22002	<u>2,100</u> 點	P22005	二級地區	<u>2,700</u> 點	P22003	<u>3,000</u> 點	P22006	三級地區	<u>3,700</u> 點	P22004	<u>4,000</u> 點	P22007	四級地區	<u>4,300</u> 點	P22008	<u>4,600</u> 點	P22009	B. 論次支付點數： a. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。 <table><tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr><tr><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>一級地區</td><td>1,500 點</td><td>P22002</td><td>1,800 點</td><td>P22005</td></tr><tr><td>二級地區</td><td>2,400 點</td><td>P22003</td><td>2,700 點</td><td>P22006</td></tr><tr><td>三級地區</td><td>3,400 點</td><td>P22004</td><td>3,700 點</td><td>P22007</td></tr><tr><td>四級地區</td><td>4,000 點</td><td>P22008</td><td>4,300 點</td><td>P22009</td></tr></table>												地區分級	平日		假日		支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼	一級地區	1,500 點	P22002	1,800 點	P22005	二級地區	2,400 點	P22003	2,700 點	P22006	三級地區	3,400 點	P22004	3,700 點	P22007	四級地區	4,000 點	P22008	4,300 點	P22009	3,231 萬餘點，如 110 年按規定無申報論次費用之巡迴 97 診次皆得申報論次費用，推估增加 97 診次*每診次 3 小時*1,800 點=523,800 點，增加 52.4 萬點，雖尚足支應，惟仍應評估整體財務影響。 2. 另巡迴計畫期末報告已規定須呈現口腔衛生保健服務情況，故於論次費用申報規定部分刪除須執行口腔衛生服務規定之相關文字。 <u>牙全會意見：</u> 1. 因近期成本提高，建議論次費用每小時提高 300 點。 2. 以 111 年巡迴點數量共 880 個推估，預計增加費用：880 個點*每小時增加 300 點*每診 3 小時*一年每個點平均去 3 次=2,376,000 點。。 <u>健保署說明：</u> <u>1. 請評估論次支付點數調增之成長率合理性：</u> (1)社區醫療站依方案規定每週須以 3~6 天提供巡迴服務，故無法以一年每個點											
地區分級	服務項目	平日		假日																																																																																																																																	
		支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼																																																																																																																																
一級地區	醫療服務	點數 待定	P22002	點數 待定	P22005																																																																																																																																
	口腔衛生推廣		P22XXX		P22XXX																																																																																																																																
二級地區	醫療服務	點數 待定	P22003	點數 待定	P22006																																																																																																																																
	口腔衛生		P22XXX		P22XXX																																																																																																																																
地區分級	平日		假日																																																																																																																																		
	支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼																																																																																																																																	
一級地區	<u>1,800</u> 點	P22002	<u>2,100</u> 點	P22005																																																																																																																																	
二級地區	<u>2,700</u> 點	P22003	<u>3,000</u> 點	P22006																																																																																																																																	
三級地區	<u>3,700</u> 點	P22004	<u>4,000</u> 點	P22007																																																																																																																																	
四級地區	<u>4,300</u> 點	P22008	<u>4,600</u> 點	P22009																																																																																																																																	
地區分級	平日		假日																																																																																																																																		
	支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼																																																																																																																																	
一級地區	1,500 點	P22002	1,800 點	P22005																																																																																																																																	
二級地區	2,400 點	P22003	2,700 點	P22006																																																																																																																																	
三級地區	3,400 點	P22004	3,700 點	P22007																																																																																																																																	
四級地區	4,000 點	P22008	4,300 點	P22009																																																																																																																																	

112 年度條文(健保署版)						112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註																																						
	<u>推廣</u>								巡迴 3 次推估費用。 (2)依 110 年巡迴計畫醫療團申報巡迴服務論次費用總時數 48,417 小時計算 每小時增加 300 點 *48,417 小時 = 增加 14,525,100 點。 (3)現行論次支付點數標準係自 105 年起調整(假日部分自 106 年起新增、四級地區自 108 年起)，查消費者物價指數以 105 年為基期(100)，至 111 年 10 月為 108.24，漲幅為 8.24%；依牙全會不分地區級數及平假日皆提高 300 點，成長率如下： 單位：點,%																																					
三級地區	<u>醫療服務</u>	<u>點數</u> <u>待定</u>	P22004	<u>點數</u> <u>待定</u>	P22007				<table><tr><th rowspan="2">地區</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr><tr><th>支付點數</th><th>成長率</th><th>支付點數</th><th>成長率</th></tr><tr><td rowspan="2">一級</td><td>1,500 ↓ 1,800</td><td rowspan="2">20%</td><td>1,800 ↓ 2,100</td><td rowspan="2">16.7%</td></tr><tr><td>2,400 ↓ 2,700</td><td>2,700 ↓ 3,000</td></tr><tr><td rowspan="2">二級</td><td>3,400 ↓ 3,700</td><td rowspan="2">12.5%</td><td>3,700 ↓ 4,000</td><td rowspan="2">11.1%</td></tr><tr><td>4,000 ↓ 4,300</td><td>4,300 ↓ 4,600</td></tr><tr><td rowspan="2">三級</td><td>4,000 ↓ 4,300</td><td rowspan="2">8.8%</td><td>4,300 ↓ 4,600</td><td rowspan="2">8.1%</td></tr><tr><td>4,300 ↓ 4,600</td><td>4,600 ↓ 4,900</td></tr><tr><td rowspan="2">四級</td><td>4,300 ↓ 4,600</td><td rowspan="2">7.5%</td><td>4,600 ↓ 4,900</td><td rowspan="2">7.0%</td></tr><tr><td>4,600 ↓ 4,900</td><td>4,900 ↓ 5,200</td></tr></table>	地區	平日		假日		支付點數	成長率	支付點數	成長率	一級	1,500 ↓ 1,800	20%	1,800 ↓ 2,100	16.7%	2,400 ↓ 2,700	2,700 ↓ 3,000	二級	3,400 ↓ 3,700	12.5%	3,700 ↓ 4,000	11.1%	4,000 ↓ 4,300	4,300 ↓ 4,600	三級	4,000 ↓ 4,300	8.8%	4,300 ↓ 4,600	8.1%	4,300 ↓ 4,600	4,600 ↓ 4,900	四級	4,300 ↓ 4,600	7.5%	4,600 ↓ 4,900	7.0%	4,600 ↓ 4,900	4,900 ↓ 5,200
	地區		平日		假日																																									
支付點數		成長率	支付點數	成長率																																										
一級	1,500 ↓ 1,800	20%	1,800 ↓ 2,100	16.7%																																										
	2,400 ↓ 2,700		2,700 ↓ 3,000																																											
二級	3,400 ↓ 3,700	12.5%	3,700 ↓ 4,000	11.1%																																										
	4,000 ↓ 4,300		4,300 ↓ 4,600																																											
三級	4,000 ↓ 4,300	8.8%	4,300 ↓ 4,600	8.1%																																										
	4,300 ↓ 4,600		4,600 ↓ 4,900																																											
四級	4,300 ↓ 4,600	7.5%	4,600 ↓ 4,900	7.0%																																										
	4,600 ↓ 4,900		4,900 ↓ 5,200																																											
四級地區	<u>醫療服務</u>	<u>點數</u> <u>待定</u>	P22008	<u>點數</u> <u>待定</u>	P22009																																									
	<u>口腔衛生推廣</u>		<u>P22XXX</u>		<u>P22XXX</u>																																									

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註					
			<table><tr><td></td><td>4,300</td><td></td><td>4,600</td><td></td></tr></table> (4)查 110 年未支用專款約 3,231 萬餘點，巡迴計畫論次費用每小時增加 300 點推估支付金額增加 1,453 萬點，雖尚足支應，然請評估論次支付點數調增之成長率合理性及整體財務影響。 2. 新增「口腔衛生推廣」論次費用醫令代碼： 本方案規定「口腔衛生推廣」服務每月至多申報 3 小時，因分區業務組現行僅能以院所檢送之排班表及照片佐證，費用勾稽作業若該時段無醫療費用申報，需重尋原始佐證資料，為利院所申報及分區檢核，爰新增醫令代碼。		4,300		4,600	
	4,300		4,600					
		b. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。 c. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。 d. 另若為離島院所至同一縣市離島地						

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。 C. 巡迴醫療服務時數之計算： a. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限，巡迴點及社區醫療站設於衛生所(室)而有特殊需求者，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，不在此限。 b. 每天服務時數： ①屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴醫師於該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 ②屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。 c. 本項服務時間係以實際醫療時間計	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
(2)服務量管控： ②每位醫師每月平均每診次申請點數(含加成)以不超過 <u>2.5—3</u> 萬點為限；不含牙醫特殊服務計畫、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 <u>2.5—3</u> 萬點的部分，不予支付。 ③每位醫師每月巡迴醫療服務診次，	(2)服務量管控： ②每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 <u>2.5—3</u> 萬點為限(以加成後論量支付點數計算)；不含牙醫特殊服務計畫、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 <u>2.5—3</u> 萬點的部分，不予支付。 ③每位醫師每月巡迴醫療服務診次，	算，每診次間至少相隔半小時，且不含車程、用膳及休息時間。 d. 跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。 D. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)服務、0-6 歲計畫與 12-18 歲計畫收案對象及社區醫療站提供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。 (2)服務量管控： ①各醫療團須於年度巡迴服務開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報請牙醫全聯會評估，且全年總申報點數不得超過評估結果之額度。 ②每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為限；不含牙醫特殊服務計畫、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 2.5 萬點的部分，不予支付。 ③每位醫師每月巡迴醫療服務診次，	<u>牙全會意見：</u> 因修訂為每月申報時先行暫付加計 2 成點數，爰提高服務量管控為 3 萬點 [=2.5 萬*(1+20%)]。 <u>健保署說明：</u> 同意調整金額，並酌修文字。 <u>牙全會意見：</u>

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		個月仍未達標，由牙醫全聯會評估該巡迴地點下年度得否繼續提供巡迴醫療服務，並將評估結果函送保險人。	
(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。 ①巡迴點：執行之醫師全年<u>同時</u>符合下列 A <u>指標者，其論次支付點數加計 5%支付、同時符合 B 至 C 指標者，其論次支付點數加計 10% 支付(合計 15%)</u>。 A. 醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅，且須定期維護，並符合「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」(以下稱巡迴感染管制 SOP 作業細則)。 B. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 ≥ 95%。 C. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 ≥ 89%。 ~~D. 本項獎勵屬試辦性質，並依下列指標評估下年度是否繼續試辦：~~ ~~a. 確保民眾就醫安全：當年度有設置固定診療椅之巡迴點數量相較 110 年增加。~~ ~~b. 提高民眾就醫可近性：當年度巡迴點總服務天數及總服務人次 ≥ 110 年數值、當年度巡迴點總服務人數 ≥ 110~~	(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。 ①巡迴點：執行之醫師全年<u>同時</u>符合下列 A 至 C 指標者，其論次支付點數<u>加計 15%依照比例</u>支付。 A. 醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅，且須定期維護，並符合「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」(以下稱巡迴感染管制 SOP 作業細則)。<u>若符合，論次支付加計 5%支付。</u> B. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 ≥ 95%。<u>若符合，論次支付加計 5%支付。</u> C. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 ≥ 89%。<u>若符合，論次支付加計 5%支付。</u> ~~D. 本項獎勵屬試辦性質，並依下列指標評估下年度是否繼續試辦：~~ ~~a. 確保民眾就醫安全：當年度有設置固定診療椅之巡迴點數量相較 110 年增加。~~ ~~b. 提高民眾就醫可近性：當年度巡迴點總服務天數及總服務人次 ≥ 110 年~~	(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。 ①巡迴點：執行之醫師全年同時符合下列 A 至 C 指標者，其論次支付點數加計 15%支付。 A. 醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅，且須定期維護，並符合「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」(以下稱巡迴感染管制 SOP 作業細則)。 B. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 ≥ 95%。 C. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 ≥ 89%。 D. 本項獎勵屬試辦性質，並依下列指標評估下年度是否繼續試辦： a. 確保民眾就醫安全：當年度有設置固定診療椅之巡迴點數量相較 110 年增加。 b. 提高民眾就醫可近性：當年度巡迴點總服務天數及總服務人次 ≥ 110 年數值、當年度巡迴點總服務人數 ≥ 110	<u>牙全會意見：</u> 1. 依據各項目達成狀況，分別給予獎勵。 2. 巡迴計畫之品質獎勵項目已試辦 5 年，建議刪除指標評估項目。 <u>健保署說明：</u> 1. 本項獎勵費用逐年成長，顯見獎勵目的達初步成效，同意由試辦項目改為例行項目。 2. 依 110 年巡迴點獎勵統計，申報醫師數共 272 人，按現行獎勵規定 A~C 指標皆達標者計 64 人，獎勵費用(論次支付點數加計 15%)計 167 萬點。 3. 110 年獎勵費用如依牙全會版本改為分別達成 A、B、C 指標可個別獎勵 5%推估，獎勵費為 357 萬點(A 達標 239 人、187 萬;B 達標 101 人、83 萬;C 達標 131 人、87 萬)，較原獎勵費用增加 190 萬點。 4. 建議獎勵方式調整如下： (1)<u>A 指標達標單獨獎勵 5%: 牙全會及各醫療團自 106 年起</u>

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
~~年數值(如有天災之不可抗力因素需予以特別考量)。~~	~~數值、當年度巡迴點總服務人數$\geq$110 年數值(如有天災之不可抗力因素需予以特別考量)。~~	年數值(如有天災之不可抗力因素需予以特別考量)。	於各巡迴點增設固定治療椅已具成效，且近年牙醫師巡迴看診應符合巡迴感染管制 SOP 已為趨勢，爰同意本項指標單獨獎勵。 (2)<u>B~C 指標皆達標獎勵 10%</u>：配合 A 指標廣設固定式診療椅及牙醫師巡迴看診符合感控 SOP，巡迴醫療品質應維持其既定水準，故 B、C 兩項填補保存率仍應同時達標方可支付獎勵費用。 (3)110 年獎勵費用如以 A 指標單獨獎勵、B~C 指標皆達標方獎勵推估，獎勵費為 298 萬點(A 達標 239 人、187 萬；B、C 皆達標 74 人、111 萬)，較原獎勵費用增加 131 萬點。 5. 查 110 年末支用專款約 3,231 萬點，如巡迴點品質獎勵調整指標，尚足支應，惟仍請評估支付方式及整體財務影響。
②社區醫療站：執行之醫師當年 <u>同時</u> 符合下列 A <u>指標者，其論次支付點數加計 5%支付、同時符合 B 至 E 指標者，其論次支付點數加計 25%支付(合計 30%)</u> 。	②社區醫療站：執行之醫師當年 <u>同時</u> 符合下列 A 至 E 指標者，其論次支付點數 <u>加 30%依照比例</u> 支付。 A. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及 X 光機設備，且須	②社區醫療站：執行之醫師當年同時符合下列 A 至 E 指標者，其論次支付點數加 30%支付。 A. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及 X 光機設備，且須	<u>牙全會意見：</u> 1. 據各項目達成狀況，分別給予獎勵。 2. 巡迴計畫之品質獎勵項目已試辦 5 年，建議刪除指標評

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
A. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及 X 光機設備，且須定期維護，並符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」。 B. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。 C. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 ≥ 95%。 D. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 ≥ 89%。 E. 每年須於社區醫療站完成 12 件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件：90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。 ~~F. 本項獎勵屬試辦性質，並依下列指標評估下年度是否繼續試辦：~~ ~~a. 確保民眾就醫安全：設有固定式治療椅之社區醫療站占率達 100%，設有 X 光機之社區醫療站占率達 95%。~~ ~~b. 提高民眾就醫可近性：當年度社區醫療站總服務天數及總服務人次 ≥ 110 年數值、當年度社區醫療站總服務人數 ≥ 110 年數值(如有天災之不可抗力因素需予以特別考量)。~~ ~~c. 提升醫療品質：當年度於社區醫療站完成 12 件根管治療案件之醫師數 ≥ 27 人。~~	定期維護，並符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」。<u>若符合，論次支付加計 5% 支付。</u> B. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。<u>若符合，論次支付加計 5% 支付。</u> C. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 ≥ 95%。<u>若符合，論次支付加計 5% 支付。</u> D. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 ≥ 89%。<u>若符合，論次支付加計 5% 支付。</u> E. 每年須於社區醫療站完成 12 件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件：90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。<u>若符合，論次支付加計 10% 支付。</u> ~~F. 本項獎勵屬試辦性質，並依下列指標評估下年度是否繼續試辦：~~ ~~a. 確保民眾就醫安全：設有固定式治療椅之社區醫療站占率達 100%，設有 X 光機之社區醫療站占率達 95%。~~ ~~b. 提高民眾就醫可近性：當年度社區醫療站總服務天數及總服務人次 ≥ 110 年數值、當年度社區醫療站總服務人數 ≥ 110 年數值(如有天災之不可抗力因素需予以特別考量)。~~	定期維護，並符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」。 B. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。 C. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 ≥ 95%。 D. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 ≥ 89%。 E. 每年須於社區醫療站完成 12 件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件：90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。 F. 本項獎勵屬試辦性質，並依下列指標評估下年度是否繼續試辦： a. 確保民眾就醫安全：設有固定式治療椅之社區醫療站占率達 100%，設有 X 光機之社區醫療站占率達 95%。 b. 提高民眾就醫可近性：當年度社區醫療站總服務天數及總服務人次 ≥ 110 年數值、當年度社區醫療站總服務人數 ≥ 110 年數值(如有天災之不可抗力因素需予以特別考量)。 c. 提升醫療品質：當年度於社區醫療站完成 12 件根管治療案件之醫師數 ≥ 27 人。	估項目。 <u>健保署說明：</u> 1. 本項獎勵費用逐年成長，顯見獎勵目的達初步成效，同意由試辦項目改為例行項目。 2. 依 110 年社區醫療站獎勵統計，申報醫師數共 149 人，按現行獎勵規定 A~E 指標皆達標者計 7 人，獎勵費用(論次支付點數加計 30%)計 132 萬點。 3. 110 年獎勵費用如依牙全會版本改為分別達成 A、B、C、D、E 指標可個別獎勵 5%(A~D 指標)及 10%(E 指標)推估，864 萬點(A 達標 149 人、289 萬；B 達標 94 人、177 萬；C 達標 31 人、58 萬；D 達標 26 人、47 萬；E 達標 46 人、293 萬)，較原獎勵費用增加 732 萬點。 4. 建議獎勵方式調整如下： (1) <u>A 指標達標單獨獎勵 5%</u>：牙全會及各醫療團所設社區醫療站皆裝置固定治療椅及 X 光機設備，且看診牙醫師多符合巡迴感染管制 SOP，爰同意本項指標單獨

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
	~~可抗力因素需予以特別考量)。~~ ~~c. 提升醫療品質：當年度於社區醫療站完成 12 件根管治療案件之醫師數 ≥ 27 人。~~		獎勵。 (2)<u>B~E 指標皆達標獎勵 25%</u>： 配合 A 指標皆設固定式診療椅、X 光機設備及牙醫師巡迴看診皆符合感控 SOP，醫療站看診品質應維持其既定水準，故 C、D 兩項填補保存率及 E 指標根管治療完成件數仍應同時達標，另 B 指標執行醫師須參與牙醫特殊計畫亦應同時符合，方能於牙醫不足地區提供身障病人服務，以維持當地病人就醫公平性，爰 B~E 應同時達標。 (3)110 年獎勵費用如以 A 指標單獨獎勵、B~E 指標皆達標方獎勵推估，獎勵費為 399 萬點(A 達標 149 人、289 萬；B~E 皆達標 7 人、110 萬)，較原獎勵費用增加 267 萬點。 5. 查 110 年未支用專款約 3,231 萬點，如巡迴點品質獎勵調整指標，尚足支應，惟仍請評估支付方式及整體財務影響。
③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明：	③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明：	③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明：	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
同 111 年度條文。	同 111 年度條文。	A. 定義： a. 病人恆牙 2 年內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。 b. 病人乳牙 1 年 6 個月內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。 B. 計算說明： a. 恆牙填補 2 年保存率： 分子(同牙位再補之牙位數)：以分母之牙位追蹤 2 年(730 天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(恆牙牙體復形總牙位數)：依同一醫師當年度在巡迴點及社區醫療站同保險對象同一恆牙牙位歸戶，統計執行牙體復形醫令之牙位數。 指標計算：$1 - (\text{分子} / \text{分母})$ b. 乳牙填補 1 年 6 個月保存率： 分子(同牙位再補之牙位數)：以分母之牙位追蹤 1 年半(545 天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(乳牙牙體復形總牙位數)：依同一醫師當年度在巡迴點/社區醫療站同保險對象同一乳牙牙位歸戶，統計執行牙體復形醫令之牙位數。 指標計算：$1 - (\text{分子} / \text{分母})$	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。	
④前述固定式診療椅定義： 同 111 年度條文。 ⑤前述指標之資料來源： ~~A.各獎勵指標：指標 A 項由牙醫全聯會於 1123 年 1 月底前提報名單予保險人進行結算作業，指標 B 至 E 項由保險人於 1123 年 1 月底前提進行結算作業。~~ <del>B.評估續辦指標：第 a 項由牙醫全聯會於 111 年 10 月底前提報資料予保險人進行評估作業；第 b 及 c 項由保險人於 111 年 10 月底前提暫依 111 年 1~9 月申報資料進行評估作業。</del>	④前述固定式診療椅定義： 同 111 年度條文。 ⑤前述指標之資料來源： 同 111 年度條文。	④前述固定式診療椅定義：固定式診療椅(須備有燈光、連接水電且可隨意升降至適合看診角度)、貨車載具之牙科固定治療椅及巡迴醫療車。 ⑤前述指標之資料來源： A.各獎勵指標：指標 A 項由牙醫全聯會於 112 年 1 月底前提報名單予保險人進行結算作業，指標 B 至 E 項由保險人於 112 年 1 月底前提進行結算作業。 B.評估續辦指標：第 a 項由牙醫全聯會於 111 年 10 月底前提報資料予保險人進行評估作業；第 b 及 c 項由保險人於 111 年 10 月底前提暫依 111 年 1~9 月申報資料進行評估作業。	修改年度
3. 本方案點值結算方式： 同 111 年度條文。	3. 本方案點值結算方式： 同 111 年度條文。	3. 本方案點值結算方式： 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	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		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。	
(二)申報及審查： 1. 通則：	(二)申報及審查： 1. 通則： 同 111 年度條文。	(二)申報及審查： 1. 通則： (1)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (2)執行本方案須配合全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關作業；巡迴服務地點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴服務地點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴醫療服務。另依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，須填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊(附件 6)，並由醫療院所自存備查。未依健保卡相關規定作業，經保險人分區業務組審核，不符資格者，不予支付。 (3)保險對象應自行負擔之醫療費用：依全民健康保險法第四十三、四十八條規定計收；若屬全民健康保險法第	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
(5)本方案不列入「 ~~111~~ 112 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計算。		四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。 (4)本方案服務量不列入門診合理量計算。 (5)本方案不列入「111 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計算。	修改年度
2. 門診醫療費用點數申報格式： (1)案件分類： 同 111 年度條文。 (2)特定治療項目代號： 同 111 年度條文。	2. 門診醫療費用點數申報格式： (1)案件分類： 同 111 年度條文。 (2)特定治療項目代號： ①執業計畫： 同 111 年度條文。	2. 門診醫療費用點數申報格式： (1)案件分類：點數清單段欄位 IDd1 請填報「14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。 (2)特定治療項目代號： ①執業計畫： A. 門診醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」。 b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F2。 c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF 特定治療項目代號(二)填報 F2 d. 申報「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目代號(二)填報 F2。 e. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2。 B. 巡迴醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」、欄位 IDd5「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。 b. 申報矯正機關醫療服務計畫案件者，特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)或(四)依該計畫規定填報 JA 或 JB。 c. 申報「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		代號(二)填報 F2、特定治療項目代號(三)F3。 d. 於矯正機關執行「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目代號(二)填報 F2、特定治療項目代號(三)F3、特定治療項目代號(四)填報 JA 或 JB。 e. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2、特定治療項目代號(三)F3。 ②巡迴計畫： A. 巡迴點： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。 b. 申報「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目代號(二)填報 F3。 c. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F3。 B. 社區醫療站：	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
(3)自費特材群組序號/其他特殊註記：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp21 請填報「XXX」。		a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「FT(社區醫療站)」。 b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT。 c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童：LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH 特定治療項目代號(二)填報 FT d. 申報「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目代號(二)填報 FT。 e. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 FT。 (3)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執	健保署說明： 配合巡迴計畫加成申報規定，增列費用申報必填欄位「<u>自費</u>

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
<u>(4)支付成數：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp8 請填報「120」。</u> (35)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。		行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。	<u>特材群組序號/其他特殊註記」及「支付成數」。</u>
3. 論次支付點數之申報：	3. 論次支付點數之申報：	3. 論次支付點數之申報： (1)牙醫巡迴醫療服務或口腔衛生推廣執行完成後，應檢附下列申報表單資料連同門診費用申報，於次月 1 日起六個月內，寄至所轄保險人分區業務組核定。另口腔衛生推廣每位醫師每月申報至多 3 小時，超過部分不予支付。 (2)申報檢附資料： 執業計畫診所以診所為單位、巡迴計畫之醫療團成員以學校及所屬之村、部落為單位檢附以下資料： ①醫療報酬申請表(附件 7-1)：費用申報時，須至健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, VPN)登錄巡迴醫療服務明細(巡迴服務地點資格為「核實申報」者亦須登錄)，傳送資料後，請列印巡迴論次費用申報總表及明細，蓋上院所印信後寄送。請於信封上註明「申請牙醫門診總額專	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		款專用醫療報酬」，執業計畫之診所應另將影本寄牙醫全聯會、巡迴計畫之醫療團成員應另將影本寄所屬醫療團公會，並以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。 ②公文：執業計畫診所應提供經牙醫全聯會評估並由所轄保險人分區業務組同意之事前申請表、同意函；執行巡迴醫療服務之院所應提供醫事人員報備支援同意函。 ③彩色照片(可彩色列印，不限相片紙)、牙醫巡迴醫療服務執行表(附件 7-2)： 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為 0 人者)或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附彩色照片三張(服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳)、牙醫巡迴醫療服務執行表。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。	
十、相關規範： 同 111 年度條文。	十、相關規範： 同 111 年度條文。	十、相關規範： (一)通則： 1. 巡迴醫療服務： (1)診療時至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至 45 度)，替代牙科治療台使用，並須符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」相關規定。	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		(2)醫事人員執行巡迴醫療服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。 (3)保險醫事服務機構應按醫師法及全民健保相關規定不得再領取牙醫全聯會及地方衛生主管機關辦理之口腔保健費用。 (4)巡迴醫療服務之牙醫師或醫療團應將「全民健保牙醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於明顯處(標示製作作業說明請依附件 9 規定辦理)。 2. 參與本方案之保險醫事服務機構或醫師，如經牙醫全聯會及保險人分區業務組查察有違約並遭停止特約以上處分者，自保險人第一次處分函所載之停約日起即停止執行本計畫(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。醫院及衛生所如因非牙科所致原因遭停約處分，於處分結束後，該院所牙科得經所轄保險人分區業務組同意繼續執行本計畫。因本項規定經保險人分區業務組停止執行本計畫者，得於收到該處分函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組申請複核。 (二)執業計畫： 1. 保險醫事服務機構至少應具備基本	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		診療設施，其包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染管制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 天內完成。 2. 保險醫事服務機構應至少聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。 3. 保險醫事服務機構可配合交通流線於適當之地點設置巡迴點，並於執業執照登記 60 天內設置完成。 4. 保險醫事服務機構應執行牙醫全聯會交付之口腔衛生工作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣及家戶訪視並配合當地牙醫師公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫全聯會所製作之計畫說明宣導及意見回覆卡，並於年底繳交執行報告。 5. 保險醫事服務機構執行巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分布及地理交通狀況，做適當適時之調配。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況評估其巡迴醫療服務次數。 6. 保險人分區業務組及牙醫全聯會各分區分會將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段提供服務，經電	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		訪 3 次，未依所訂門診時段提供服務且無具體原因者，經保險人分區業務組函文通知改善 3 次，而未改善者，則依本規範「7.違規處理」第 2 款辦理。 7.違規處理： (1)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(1)、(2)或第 2 目，或第十項「相關規範」之第(二)款第 3 目者，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會及保險人依違規情節輕重，評估該保險醫事服務機構下年度執行資格。 (2)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(3)，或第十項「相關規範」之第(一)款第 1 目(3)及第(二)款第 1、5、6 目者，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會報請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定即終止該保險醫事服務機構執行本計畫。 (3)如無故休診兩星期、兩次以上者或請假休診兩個月者(已報備產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者除外)，由牙醫全聯會轉請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定終止該保險醫事服務機構執行本計畫。	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		8. 計畫考核：依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核作業要點」(詳附件 8)辦理。 (三)巡迴計畫： 1. 巡迴醫療團之醫師名單及巡迴地點等巡迴服務相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢。 2. 醫療團實際診療診次與報備診次之執行率低於 85%者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。 3. 醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公會口腔衛生活動。 4. 本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，如有特殊情況可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。 5. 管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理： (1)訪視時如發現保險醫事服務機構	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。 (2)訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 90%者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。 (3)訪視結果之齲齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全聯會得報請保險人停止該醫師執行本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。	
十一、執行報告及評核報告： 同 111 年度條文。	十一、執行報告及評核報告： 同 111 年度條文。	十一、執行報告及評核報告： (一)執行報告： 1. 執業計畫： 執行本計畫者除應每季以電子檔為原則提供執行情形之醫療報酬申請表(附件 7-1)予牙醫全聯會外，於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告至牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組。執行報告之格式及內容，詳附件 10-1(執行報告第三項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。 2. 巡迴計畫： 執行之巡迴醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告(附件 10-2)及學童口腔健康狀況調查統計表(附件 10-4)至牙醫全聯會，並以	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		電子檔傳送備查為原則；牙醫全聯會以電子檔為原則，提供保險人分區業務組彙整執行情形(附件 10-4)之統計報表。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。執行報告第十一項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。 (二)評核報告： 由牙醫全聯會將本方案執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。	
十二、原 ~~110~~ <u>111</u> 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 ~~111~~ <u>112</u> 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 ~~111~~ <u>112</u> 年 1 月 1 日起，至 ~~111~~ <u>112</u> 年度本方案公告實施日之次月底止。	十二、原 110 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 ~~111~~ <u>112</u> 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 ~~111~~ <u>112</u> 年 1 月 1 日起，至 ~~111~~ <u>112</u> 年度本方案公告實施日之次月底止。	十二、原 110 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 111 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 111 年 1 月 1 日起，至 111 年度本方案公告實施日之次月底止。	修改年度
十三、 同 111 年度條文。	十三、 同 111 年度條文。	十三、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。	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
附件 1：執業計畫施行地區 建議刪除：台南市七股區			<u>健保署說明：</u> 台南市七股區已有牙醫診所自行開業，爰建議刪除施行地區。
附件 2：巡迴計畫施行地區 <u>同意新增</u> 中埔鄉(灣潭村、沄水村、同仁村、石礮村、 <u>裕民村</u>)(1 級地區)	附件 2：巡迴計畫施行地區 <u>新增</u> 中埔鄉 <u>裕民村</u>		<u>牙全會意見：</u> 嘉義縣中埔鄉裕民村大有國小位處偏遠地區，弱勢家庭比例偏高，希望能納入偏鄉巡迴醫療服務地區。學校公文詳 P. 54-55，中埔鄉當地三間牙醫診所同意書詳 P. 56-58。 <u>健保署說明：</u> 同意嘉義縣中埔鄉裕民村新增為巡迴計畫施行地區： <u>1. 查該鄉已有 3 間牙醫診所，所提巡迴點「大有國小」距該等牙醫診所約 2~7 公里，車程約 4~11 分鐘。</u> <u>2. 考量大有國小已列為偏遠學校，且該鄉 3 間牙醫診所同意該校由巡迴醫療團進駐提供巡迴服務，爰同意新增為巡迴計畫施行地區。</u> <u>3. 以牙全會推估一個巡迴點一年去 3 次計算，新增此巡迴點之論次費用約 3 診次*3 小時*1,800 點=16,200 點，增加費用 1.6 萬點尚足支應，惟仍請評估整體財務影響。</u>

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
同意嘉義縣番路鄉「番路隙頂農會」、「隙頂國小」、「大湖國小」地區級數由 1 級升為 2 級	提升嘉義縣番路鄉「番路隙頂農會」、「隙頂國小」、「大湖國小」地區級數由 1 級升為 2 級。		<u>牙全會意見：</u> 此三個地點皆為番路鄉的特偏地區，其中隙頂國小及番路隙頂農會海拔約 1300 公尺，雖然 google 地圖顯示到達時間是 1 小時左右，但實際到達時間約 1 小時 30 分鐘，且山路狹小崎嶇，下雨天還有路陷落石的可能，番路鄉目前是為無牙醫鄉鎮，為提高巡迴醫師服務意願，建請此三個地點分類級數，由 1 級升為 2 級。學校公文及交通路線照片詳 P.59-64。 <u>健保署說明：</u> 同意嘉義縣番路鄉「番路隙頂農會」、「隙頂國小」、「大湖國小」三巡迴點為二級地區(不列入附件 2-施行地區一覽表)： 1. 查嘉義縣番路鄉目前為無牙醫鄉。 2. 本方案二級地區定義為「山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區」。 3. 考量嘉義縣番路鄉隙頂地區海拔逾 1250 公尺，其中隙頂國小列為特偏學校；又大湖國小位於海拔 700 公

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
			尺，亦列為特偏學校，爰同意該三巡迴點由一級地區升為二級地區。 4. 經統計該三個巡迴點 110 年巡迴診次及時數共 16 次 45 小時(番路隙頂農會 8 次 24 小時、隙頂國小 5 次 14 小時、大湖國小 3 次 7 小時)，每小時論次費用增加 900 點(2,700 點-1,800 點)共增加 900 點*45 小時=40,500 點，增加費用 4 萬點尚足支應，惟仍請評估整體財務影響。

正 本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

嘉義縣中埔鄉大有國民小學 函

地址：60667嘉義縣中埔鄉裕民村石頭厝
17-1號

承辦人：彭美穎

電話：05-2531561

電子信箱：annaasos@yahoo.com.tw

受文者：嘉義縣牙醫師公會

發文日期：中華民國108年11月22日

發文字號：嘉中大國衛字第1080003403號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：茲因本校位處偏遠地區，弱勢家庭比例偏高，如說明，懇請
貴會將本校納入偏鄉巡迴醫療服務，請 查照惠復。

說明：

- 一、本校108學年度學生健檢（一、四年級）齲齒率高達66.7%。
- 二、本校弱勢家庭（低收入戶、隔代教養、外配及單親）子女合計63.2%。
- 三、雖鄰近中埔牙醫診所距離2公里，多採預約制，就醫等候時間久，加上弱勢家庭健康知識匱乏，平日忙於工作，對孩子口腔衛生無法配合定期就診。

正本：嘉義縣牙醫師公會

副本：

校長林俊榮

檔 號：

保存年限：

嘉義縣中埔鄉大有國民小學 函

地址：606004嘉義縣中埔鄉裕民村石頭厝
17-1號

承辦人：吳芳蘭

電話：05-2531561

電子信箱：lan3652001@gmail.com

受文者：嘉義縣牙醫師公會

發文日期：中華民國110年8月31日

發文字號：嘉中大國衛字第1100002688號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：為加強學童口腔保健，懇請嘉義縣牙醫師公會將本校列入
110學年度校園巡迴醫療名單。

說明：

- 一、本校屬偏遠學校, 110學年度弱勢家庭學生數占50%，單親有8人，隔代教養3人。
- 二、109學年度一、四年級健康檢查齲齒率100%。
- 三、懇請牙醫師公會提供口腔檢查及治療等資源。

正本：嘉義縣牙醫師公會

副本：

校長林俊榮

同意書

本診所為 中埔 牙醫診所：

因應當地小學請求及為平衡嘉義縣牙科資源，普及口腔衛生保健、俾利偏鄉和弱勢家庭學童的牙科就診便利性，建請將「中埔鄉裕民村」增列為巡迴服務計畫施行地區。

故本診所同意中埔鄉裕民村列為「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」巡迴服務之進駐。

特立此同意書為憑

立同意書人：

林正裕 

日期：111 年 7 月 7

同意書

本診所為 江島仁 牙醫診所：

因應當地小學請求及為平衡嘉義縣牙科資源，普及口腔衛生保健、俾利偏鄉和弱勢家庭學童的牙科就診便利性，建請將「中埔鄉裕民村」增列為巡迴服務計畫施行地區。

故本診所同意中埔鄉裕民村列為「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」巡迴服務之進駐。

特立此同意書為憑

立同意書人： 蘇清盈

日期： 111 年 2 月 2

同意書

本診所為 愛鄰 牙醫診所：

因應當地小學請求及為平衡嘉義縣牙科資源，普及口腔衛生保健、俾利偏鄉和弱勢家庭學童的牙科就診便利性，建請將「中埔鄉裕民村」增列為巡迴服務計畫施行地區。

故本診所同意中埔鄉裕民村列為「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」巡迴服務之進駐。

特立此同意書為憑

立同意書人： 謝淑忠

日期： 111 年 7 月 7

正 本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

嘉義縣番路鄉隙頂國民小學 函

地址：60247嘉義縣番路鄉公田村隙頂40-1號

承辦人：莊淑惠

電話：052586218

電子信箱：jns006@ycahcc.edu.tw

受文者：嘉義縣牙醫師公會

發文日期：中華民國111年8月31日

發文字號：嘉番隙國教字第1110003320號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

日期	111.9.-2
文序號	525
存查	
轉文	
交辦	委員會

主旨：茲因本校位處偏遠山區，就醫不便，祈請貴會將本校納入偏鄉巡迴醫療團，請查照惠覆。

說明：

- 一、隙頂社區位於阿里山公路(台18線)55公里處，海拔1250公尺，距離市區達40餘公里，屬特偏山區學校。
- 二、家長以務農維生，社區生活機能差、醫療匱乏，下山路程至少50分鐘，牙醫診所多採預約看診且等候時間久，來回一趟耗費半日時間，家長忙於生計無法配合定期就診。

正本：嘉義縣牙醫師公會

副本：本校教導處

校長 陳瑞賢

檔 號：

保存年限：

嘉義縣番路鄉大湖國民小學 函

地址：602036嘉義縣番路鄉大湖村5鄰下
坪仔8號

承辦人：劉惠君

電話：05-2581159

嘉義縣牙醫師公會	
日期	111.9.12
號	542
存查	
轉文	
交辦	委員會

受文者：嘉義縣牙醫師公會

發文日期：中華民國111年9月1日

發文字號：嘉番大國衛字第1110003128號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：茲因本校位處偏遠山區，弱勢家庭比例偏高，祈請貴會將
本校納入偏鄉巡迴醫療團，請查照惠覆。

說明：

- 一、本校110學年度學生健檢(一、四年級)齲齒率偏高。
- 二、本校地處偏遠山區，交通不便，山路崎嶇，通路狹窄，且降雨時易有落石。
- 三、鄰近的番路牙醫診所距離約13公里，且多數家庭以務農為主，平時忙於工作，加上弱勢家庭健康知識匱乏，對孩子口腔衛生無法配合定期就診。

正本：嘉義縣牙醫師公會

副本：

校長李奕龍





番路隙頂農會上及看診照片





討論事項第七案 **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牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」案。

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（討 7-2）。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
 - （一）申請條件：醫療團醫師資格，執登於牙醫急診試辦中心之牙醫師可加入醫療團執行本計畫。
 - （二）修訂假日定義含勞動節的補假。

本署意見：

- 一、申請條件(討 7-3)：
 - （一）建議依照現行條文，並以拓展服務醫療團為目標。
 - （二）本計畫設立目的係為保障無夜間牙醫地區之就醫需求，爰鼓勵地方牙醫診所組成醫療團，並由當地醫院提供場域以提供夜間牙醫急診服務。
 - （三）已具牙科之醫院如提供夜間牙醫急診服務，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫通則八「醫院於夜間限牙醫師申報牙醫急診案件之特定醫令之處置費，加計百分之五十(含西醫急診照會牙科)」申報醫療費用(含加成)。
 - （四）另迄今為止仍僅一家醫療團承作，於 112 年度總額協商會議共識，本計畫再試辦一年，如未具成效即退場。
- 二、同意修訂假日定義含勞動節的補假(討 7-8)。
- 三、餘酌修年度及部分文字(同附件，討 7-2)。

決議：

112 年度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修訂對照表

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
一、依據： 同 111 年度條文。	一、依據： 同 111 年度條文。	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
二、目的： 同 111 年度條文。	二、目的： 同 111 年度條文。	二、目的： 協助民眾於夜間遇到急性口腔問題(如牙齒疼痛、牙齒外傷等)，能迅速就醫解決急性牙痛及外傷疾病。	
三、實施期間： 自 ~~111~~ 112 年 1 月 1 日起至 ~~111~~ 112 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 自 ~~111~~ 112 年 1 月 1 日起至 ~~111~~ 112 年 12 月 31 日止。	三、實施期間： 自 111 年 1 月 1 日起至 111 年 12 月 31 日止。	修改年度
四、預算來源： (一) ~~111~~ 112 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」專款項下支應，全年經費為 ~~12~~ 10 百萬元。 (二)本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，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。	四、預算來源： (一) ~~111~~ 112 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」專款項下支應，全年經費為 ~~12~~ 10 百萬元。 (二)本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，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。	四、預算來源： (一)111 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」專款項下支應，全年經費為 12 百萬元。 (二)本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，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。	修改年度 111 年 9 月 21 日 112 年度總額研商會議共識本計畫全年經費下修為 10 百萬元。
五、施行地區： 同 111 年度條文。	五、施行地區： 同 111 年度條文。	五、施行地區： 限六直轄市以外之縣市。	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
六、申請條件、文件及程序： 同 111 年度條文。	六、申請條件、文件及程序： (一)申請條件： 2.醫療團：由各縣市(不含六直轄市)牙醫師公會組成醫療團，以設有急診部門但未有夜間牙科急診之醫院為牙醫急診試辦中心，~~並由中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)協請合作牙醫師支援執行~~夜間牙醫急診服務。	六、申請條件、文件及程序： (一)申請條件： 1.申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 2.醫療團：由各縣市(不含六直轄市)牙醫師公會組成醫療團，以設有急診部門但未有夜間牙科急診之醫院為牙醫急診試辦中心，並由中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)協請合作牙醫師支援夜間牙醫急診服務。	<u>牙全會意見</u> 修訂後執登於牙醫急診試辦中心之牙醫師可加入醫療團執行本計畫。 <u>健保署說明</u> 建議本計畫僅適用由中華民國牙醫師公會全國聯合會協請合作牙醫師(院外牙醫師)支援夜間牙醫急診服務組成之醫療團，說明如下： 1. 本計畫設立目的係為保障無夜間牙醫地區之就醫需求，爰鼓勵地方牙醫診所組成醫療團，並由當地醫院提供場域以提供夜間牙醫急診服務。 2. 已具牙科之醫院如提供夜間牙醫急診服務，應依全民健康保

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
			險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫通則八「醫院於夜間限牙醫師申報牙醫急診案件之特定醫令之處置費，加計百分之五十(含西醫急診照會牙科)」申報醫療費用(含加成)。 3. 另計畫目的為補足醫院牙醫資源之不足，開放醫院原有之牙醫師加入本計畫與計畫設立目的不符，且具牙醫師之醫院本就得依支付標準第三部牙醫通則八申報費用，爰資源不應重複配置。 4. 迄今僅一家醫療團承作，且 111 年 9 月 21 日 112 年度總額協商會議共識本計畫再試辦一年，如未具成效即退場，爰建議以拓展服務醫療團為目標，實踐本計畫推動初衷，將預算更妥適運用為宜。

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
	(二)申請須檢附之相關文件： 自本計畫公告日起，申請參與本計畫之醫療團，應將申請書資料(附件一)，以掛號郵寄至<u>中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)</u>受理收件，並以電子檔傳送備查。	(二)申請須檢附之相關文件： 自本計畫公告日起，申請參與本計畫之醫療團，應將申請書資料(附件一)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔傳送備查。 (三)申請程序： 1. 牙醫全聯會自本計畫公告日起受理申請，於受理申請後 45 個工作日內(以郵戳為憑)完成資料評估，並於評估完成後 10 個工作日內函報所轄保險人分區業務組評估結果。 2. 保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，於 10 個工作日內函復醫療團核定結果。 3. 經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行牙醫急診醫療服務。 4. 醫事人員執行本計畫服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。	前已具中華民國牙醫師公會全國聯合會之全稱
七、執行內容： 同 111 年度條文。	七、執行內容： 同 111 年度條文。	七、執行內容： (一)由醫療團成員於夜間時段(21:00-09:00)輪流排班，於牙醫急診試辦中心所在醫院提供牙醫急診醫療服務。 (二)前述牙醫急診醫療服務之適應症	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		如下： 1.顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。 2.外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 3.拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 4.下顎關節脫臼(S03.0)。 5.顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2,L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 6.口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 7.外傷導致之牙齒脫落或脫位(S03.2, S02.42, S02.67)。 (三)執行牙醫師、時段及地點名單： 1.執行本計畫之牙醫師應依計畫申請書所列之醫師名單進行排班，每月排班表(附件二)應由醫療團於前月 20 日前，以書面函送至當地衛生主管機關、所轄保險人分區業務組及牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查。 2.醫療團成員如有變更或增減名單，醫療團應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會。經牙醫全聯會審查後，於當	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。 3.排班醫師若有異動，應由醫療團填寫異動表(附件三)，於次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查，如未依期限送件者，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。	
八、醫療費用支付原則、申報及審查：	八、醫療費用支付原則、申報及審查：	八、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1. 醫療費用點數：由牙醫急診試辦中心所在醫院依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)規定申報；本項費用由牙醫門診總額一般服務預算支應。 2. 論次支付點數：夜間時段(21:00-09:00)每四小時為一診次，由實際看診牙醫師攜回執業登記之保險醫事服務機構申報；本項費用由本計畫專款支應。 (1)限前項醫療費用點數有申報支付標準「92093B、92094C 或 92096C」之案件，始可申報 P22201 或 P22202 論次點數。	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註									
		(2)每診次支付點數如下表：本支付點數包括車馬費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。 <table><tr><th>支付項目</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(平日)</td><td>P22201</td><td>10,000</td></tr><tr><td>支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(假日)</td><td>P22202</td><td>12,000</td></tr></table>	支付項目	申報代碼	支付點數	支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(平日)	P22201	10,000	支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(假日)	P22202	12,000	
支付項目	申報代碼	支付點數										
支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(平日)	P22201	10,000										
支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(假日)	P22202	12,000										
(3)假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日~~及~~、勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。	(3)假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日~~及~~、勞動節及勞動節的補假。	(3)假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及勞動節。	牙全會意見 建議將勞動節的補假亦納入「假日」。因勞動節雖非國定假日但亦屬重要節日，且牙醫師目前也有加入勞保，故勞動節的補假應納入「假日」以維護加入計畫醫師之權益。 健保署說明 同意敘明勞動節遇例假及休息日之補假亦屬假日。									

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		(4)值班待診費用，申報代碼 P2201C，每診次 1,000 點，申報本項不得再申報 P22201、P22202。 (二)申報及審查： 1.通則： (1)依支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (2)保險對象應自行負擔之醫療費用：依現行急診部分負擔計收；若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。 (3)本方案服務量不列入門診合理量計算。 2.門診醫療費用點數申報格式： (1)案件分類:點數清單段欄位 IDd1 請填報「17(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)」。	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		(2) 診斷代碼：點數清單段欄位 IDd19~IDd23 任一主、次診斷代碼，須填報「K03.81、K04.0、K04.1-K04.99、K05.0、K05.2、S02.5、K91.840、S03.0、K12.2、L03.221、L02.01、L03.211、L03.212、S01.4、S01.5、S03.2、S02.42、S02.67」。 (3) 藥品(項目)代號：醫令清單段欄位 IDp4 藥品(項目)代號，須填報「92093B、92094C 或 92096C」任一醫令代碼。 (4) 執行時間起迄：醫令清單段欄位 IDp14~IDp15 請填報執行時間起迄。 (5) 餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用。 3. 論次支付點數申報方式： 實際看診之牙醫師每月 20 日前須至健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network, VPN) 登錄本計畫費用申請表(如附件四)，傳送資料後列印該申請表 (附件四)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		組，副本寄送所屬醫療團公會，由該醫療團公會彙整當月資料後寄送牙醫全聯會備查。	
九、執行報告及評核報告 同 111 年度條文。	九、執行報告及評核報告 同 111 年度條文。	九、執行報告及評核報告 (一)執行報告： 執行之醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告(附件五)至所轄保險人分區業務組及牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。執行報告內容將做為下年度審查之依據。 (二)評核報告： 由牙醫全聯會將本計畫執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。 (三)試辦第一年請蒐集下列指標數據，試辦滿一年後，該等指標須較前 1 年改善(以本計畫申報案件計算)： 1.自評指標： (1)申報案件數。 (2)申報點數。 (3)就醫人數(以 ID 歸戶之就醫人數)。 (4)平均每就醫人費用點數(分子：申報	

112 年度條文(健保署版)	112 年度條文(牙醫全聯會版)	111 年度條文	備註
		點數、分母：就醫人數)。 (5)平均每件費用點數(分子：申報點數、分母：申報案件數)。 2.評估指標：3 日內同疾病再急診率 分子：同病人且同牙位於 3 日內再申報 92093B、92094C 或 92096C 等醫令代碼件數 分母：申報案件數	
十、原 ~~110~~ <u>111</u> 年執行本計畫者，若施行地區符合 ~~111~~ <u>112</u> 年度年度本計畫公告之施行地區者，其施行日期追溯至 ~~111~~ <u>112</u> 年度年 1 月 1 日起，至 ~~111~~ <u>112</u> 年度年度本計畫公告實施之次月底止。	十、原 ~~110~~ <u>111</u> 年執行本計畫者，若施行地區符合 ~~111~~ <u>112</u> 年度本計畫公告之施行地區者，其施行日期追溯至 ~~111~~ <u>112</u> 年度年 1 月 1 日起，至 ~~111~~ <u>112</u> 年度年度本計畫公告實施之次月底止。	十、原 110 年執行本計畫者，若施行地區符合 111 年度本計畫公告之施行地區者，其施行日期追溯至 111 年 1 月 1 日起，至 111 年度本計畫公告實施之次月底止。	修改年度
十一、同 111 年度條文。	十一、同 111 年度條文。	十一、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。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。	

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
申請書

一、申請單位：

1. 醫療團：_____牙醫師公會

2. 負責醫師：

3. 聯絡電話：()

4. 聯絡地址：□□□

二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)：

1. 醫院名稱：

2. 電話：

3. 地址：

三、設立牙醫急診動機：請具體詳述設立目的、當地牙醫醫療概況、地理環境(檢附地圖)、牙醫急診醫療需求情形

四、人力概況：

序號	醫師姓名	身分證字號	診所名稱	診所代號	聯絡電話

五、評估預期效益：請詳述牙醫急診醫療服務之預期效益，並表列各項預定達成指標。

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

年 月排班表

一、申請單位：

1. 醫療團：_____牙醫師公會

2. 負責醫師：

3. 聯絡電話：()

4. 聯絡地址：□□□

二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)

1. 醫院名稱：

2. 電話：

3. 地址：

三、醫師排班：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
醫師							
日期							
時段							
醫師							
日期							
時段							
醫師							
日期							
時段							
醫師							

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

年 月異動班表

一、申請單位：

1. 醫療團：_____牙醫師公會

2. 負責醫師：

3. 聯絡電話：()

4. 聯絡地址：□□□

二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)：

1. 醫院名稱：

2. 電話：

3. 地址：

三、醫師異動班表：

(一)原時段醫師：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
醫師							

(二)新時段醫師：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
醫師							

【附件四】

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫論次費用

受理日期：		受理編號：							
醫事服務機構名稱：		醫事服務機構代號：			醫事類別：		費用年月：		
編號	醫事人員 姓名	醫事人員 身份證字號	支付別 *註二	日期 *註三	排班 時段	服務時 數*註四	診療 人次	申請 金額	服務 地點
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
小計									
總 表	項目 支付表別	申請次數	服務時數	診療人次	每次申請 金額	申請金額總數			
	P22201								
	P22202								
	總計								
負責醫師姓名：			註： 一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別：4 小時為 1 診次。平日：每診次 10,000 點(申報代碼 P22201)；假日：每診次 12,000 點(申報代碼 P22202)，以排班時段起日對應之申報代碼填報。 三、日期：以排班時段起日填報。 四、服務時數：依實際牙醫急診醫療服務之執行起迄時間計算及填報時數。 六、診療人次：填寫當次診療之人次。 七、填寫時請依同一「醫事人員」、「支付別」集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期： 年 月 日						
醫事服務機構地址：									
電話：									
印信：									

一式三聯 第一聯：送保險人分區業務組、第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯：醫療院所自行留存

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

年 月 日至 年 月 日執行報告

一、申請單位：

1. 醫療團：_____牙醫師公會
2. 負責醫師：
3. 聯絡電話：()
4. 聯絡地址：□□□

二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)：

1. 醫院名稱：
2. 電話：
3. 地址：

三、實際執行醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	診所名稱	診所代號	聯絡電話

四、執行情形：

	平日	假日	總計
排班醫師數			
總診次			
論次總費用			
就醫人數			
論量申報案件數			
論量申報點數			
平均每就醫人費用點數			
平均每件費用點數			

五、執行困境與建議：

討論事項第八案 提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會
案由：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 8-3）。
- 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 8-13)：
 - （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 ≥ 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 ≥ 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	≥ 20	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 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 ≥ 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 8-18)。

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
壹、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	壹、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	本項未修訂。
貳、預算來源 全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	貳、預算來源 全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	本項未修訂。
參、方案目的 本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。	參、方案目的 本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。	本項未修訂。
肆、核發資格 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： 一、醫療行為異常暨違規院所： (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。	肆、核發資格 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： 一、醫療行為異常暨違規院所： (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。	本項未修訂。

修訂內容	原內容	說明
(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： 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。 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。 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。 [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。 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)保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者： 1. 依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。 2. 三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條處以停止特約者。 3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條處以終止特約者。 [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。 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。	修訂核發資格二文字。
伍、核發原則： 一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。	伍、核發原則： 一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。	本項未修訂。

修訂內容	原內容	說明
二、政策獎勵：共六項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。 三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。 [註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100%為上限 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。	二、政策獎勵：共六項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。 三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。 [註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100%為上限 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。	
陸、預算分配與支用 一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下： （一）該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費) ×	陸、預算分配與支用 一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數（受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費）乘以平均核付率比例計算之，公式如下： （一）該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費) ×	本項未修訂。

修訂內容	原內容	說明
平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數)×Σ 核算基礎比率 (二) 該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/Σ 各院所核算基礎點數)× 當年度品質保證保留款 二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(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。	平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數)×Σ 核算基礎比率 (二) 該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/Σ 各院所核算基礎點數)× 當年度品質保證保留款 二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(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。	
柒、其他事項 辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。	柒、其他事項 辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。	本項未修訂。

修訂內容	原內容	說明
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	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率 $\leq$ ~~7%~~ <u>4%</u>。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病患同牙位於該醫療院所所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙牙冠顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。 e.備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)。 f.公式：(分子/分母)×100%。 g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 ~~109~~<u>110</u> 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 ~~20~~<u>40</u> 顆。	20%	V	V	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 $\leq$ 7% 調整為 $\leq$ 4%(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%)。 修訂年度
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 $\leq$ 10 %者。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上同病患同牙位於該醫療院所所有兩次以上(含)OD 醫令之乳牙顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所所有 5 歲 6 個月以上病患，實施牙齒填補之乳牙顆數。 e.公式：(分子/分母)×100%。 f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(~~109~~<u>110</u> 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。 h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。	20%	V	V	修訂年度

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

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	
	[註]<u>a.分子</u>：當年施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(<u>醫令代碼 併同 91004C 之 91014C+91017C+91089C+91090C+併同 91004C 之 P7101C</u>)的人數。<u>/全部全口牙結石清除人數</u> <u>b.分母</u>：全部全口牙結石清除人數。 <u>c.計算</u>：分子/分母 x100 %。 ~~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。~~ ~~[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。~~				~~40%(達成率將由 97.46% 下修為 89.92%)。~~ 刪除第 3 項次指標
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%。	~~5%~~ 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≥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) 月平均初核減率	~~110~~ 111 年月平均初核減率小於(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						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
■ 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顆數須達 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	院所該年乳牙填補顆數須達 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≥95%。	2,331	801	1,176	754	918	107	6,087
		84.00%	85.03%	85.78%	88.39%	86.20%	79.85%	85.25%
3B	恆牙根管治療未完成率<30%。	2,552	886	1,288	791	993	122	6,632
		91.96%	94.06%	93.95%	92.73%	93.24%	91.04%	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	486	564	411	419	59	3,340
		50.49%	51.59%	41.14%	48.18%	39.34%	44.03%	46.78%
3D	根管治療點數佔總點數之百分比須大於5%者。	2,483	864	1,201	760	924	110	6,342
		89.48%	91.72%	87.60%	89.10%	86.76%	82.09%	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	669	840	559	579	68	4,658
		70.02%	71.02%	61.27%	65.53%	54.37%	50.75%	65.24%
4A	全口牙結石清除比率>20%。	2,721	913	1,335	822	1,036	127	6,954
		98.05%	96.92%	97.37%	96.37%	97.28%	94.78%	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	696	866	569	594	70	4,779
		71.50%	73.89%	63.17%	66.71%	55.77%	52.24%	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≤該層級全國80百分位。	2,730	906	1,323	837	1,032	128	6,956
		98.38%	96.18%	96.50%	98.12%	96.90%	95.52%	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	317	387	268	294	44	2,170
		30.99%	33.65%	28.23%	31.42%	27.61%	32.84%	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						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
◎ 不予核發資格								
0	不符合加強感染管制院所(未每月申報感染管控診察費)。	334	88	99	58	80	15	674
		12.04%	9.34%	7.22%	6.80%	7.51%	11.19%	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	106	138	69	94	15	745
		11.64%	11.25%	10.07%	8.09%	8.83%	11.19%	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	1	0	0	0	1	4
		0.07%	0.11%	0.00%	0.00%	0.00%	0.75%	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	6	5	0	0	1	15
		0.11%	0.64%	0.36%	0.00%	0.00%	0.75%	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	4	15	8	8	0	39
		0.14%	0.42%	1.09%	0.94%	0.75%	0.00%	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	2	1	1	2	0	6
		0.00%	0.21%	0.07%	0.12%	0.19%	0.00%	0.08%
6	特約醫療院所有異常醫療行為模式，經分區委員會輔導後，認其情節重大經決議提中華民國牙醫師公會全國聯合會報備者。	0	0	1	2	0	0	3
		0.00%	0.00%	0.07%	0.23%	0.00%	0.00%	0.04%
◎ 符合核發資格，惟指標達成率為 0%，故未領取品保款								
	指標達成率為 0%	4	4	5	2	1	0	16
		0.14%	0.42%	0.36%	0.23%	0.09%	0.00%	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 不符核 發資格 院所家 數(C)	指標達成 率為 0% 院所家數 (D)	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)
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。

討論事項第九案

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 9-3）。
- 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，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。
- 三、統計 111 年 1 月至 9 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 0.22%，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，不予核發資格(七)是否排除離島地區，建請衛生福利部口腔健康司表示意見。
- 四、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。
- 五、酌修方案文字詳如對照表（同附件 1，討 9-3）。

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： 112 ~~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。	三、預算來源： 112 ~~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。	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： 112 ~~111~~ 年 1 月 1 日起至 112 ~~111~~ 年 12 月 31 日止。	四、實施時程： 112 ~~111~~ 年 1 月 1 日起至 112 ~~111~~ 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	五、實施對象： 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。	
六、適用鄉鎮：篩選條件如下： （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)。 [註]：<u>110</u>109年全國牙醫師人口比為 1：<u>1,485</u>1,527。	六、適用鄉鎮：篩選條件如下： （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)。 [註]：<u>110</u>109年全國牙醫師人口比為 1：<u>1,485</u>1,527。	六、適用鄉鎮：篩選條件如下： （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)。 [註]：109年全國牙醫師人口比為 1:1,527。	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
(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。 (三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 ~~111~~110 年計畫起名單沿用 2 年(~~112~~111 年計畫名單包含 ~~111~~110 年適用鄉鎮及 ~~112~~111 年適用鄉鎮)。	(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。 (三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 ~~111~~110 年計畫起名單沿用 2 年(~~112~~111 年計畫名單包含 ~~111~~110 年適用鄉鎮及 ~~112~~111 年適用鄉鎮)。	(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。 (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)。	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</u>、<u>高雄市茄萣鄉</u>及<u>台東縣大武鄉</u>。
七、獎勵方式： (一) 獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。 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。 [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。	七、獎勵方式： (一) 獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。 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。 [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。	七、獎勵方式： (一) 獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。 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。 [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。	<u>健保署說明：</u> 考量疫情因素，同意結算年度維持 109 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
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。 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。 (二) 不納入加計點數計算之案件： 1. 預防保健案件(案件分類為A3)。 2. 職災代辦案件(案件分類為B6)。 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。	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。 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。 (二) 不納入加計點數計算之案件： 1. 預防保健案件(案件分類為A3)。 2. 職災代辦案件(案件分類為B6)。 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。	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。 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。 (二) 不納入加計點數計算之案件： 1. 預防保健案件(案件分類為A3)。 2. 職災代辦案件(案件分類為B6)。 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。	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
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。 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」。 6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。 (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。	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。 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」。 6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。 (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。	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。 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」。 6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。 (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。	
八、基層診所所有下列情形者，不予核發： (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。 (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(107106年至 111110年)至	八、基層診所所有下列情形者，不予核發： (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。 (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(107106年至 111110	八、基層診所所有下列情形者，不予核發： (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。 (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	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
當年(<del>112</del>~~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)。 (三)本計畫實施前一年(<del>111</del>~~110~~年)至當年(<del>112</del>~~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。 (四)本計畫實施前一年(<del>111</del>~~110~~年)基層診所平均月初核減率在全國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減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。	年)至當年(<del>112</del>~~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)。 (三)本計畫實施前一年(<del>111</del>~~110~~年)至當年(<del>112</del>~~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。 (四)本計畫實施前一年(<del>111</del>~~110~~年)基層診所平均月初核減率在全國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減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。	(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)。 (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。 (四)本計畫實施前一年(110年)基層診所平均月初核減率在全國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減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。	修訂年度 修訂年度 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
(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。 (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；<u>惟離島地區不受此限制</u>。 (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。	(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。 (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；<u>惟離島地區不受此限制</u>。 (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；<u>惟離島地區不受此限制</u>。	(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。 (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。 (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。	<u>健保署說明：</u> 配合 112 年牙醫品保款方案修訂文字。 <u>牙全會意見：</u> 離島地區排除第(六)、(七)項之限制。 <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，不予核發資格(七)是否排除離島地區，建請衛生福利部口腔健康司表示意見。

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	九、其他事項： (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。 (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。	九、其他事項： (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。 (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。	

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
34	北區	苗栗縣	公館鄉	32,397	453	5	6,479

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
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
70	中區	彰化縣	田尾鄉	26,691	1,110	1	26,691

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
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
106	南區	嘉義縣	竹崎鄉	34,797	214	6	5,800

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
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
142	高屏	屏東縣	佳冬鄉	18,620	601	1	18,620

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
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
178	高屏	澎湖縣	西嶼鄉	8,353	446	2	4,177

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
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(109108.12 內政部內政統計資料)、牙醫師數(衛生福利部 109108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 112111年計畫篩選條件名單，以 110109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
111 年實際核發情形		
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
離島地區診所不受此限制後進行試算		
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
增加院所及金額統計		
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
增加金核(合計)	3,648,379 元	

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 ≥ 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 9 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	4,543	2,460,932	0.18%
新北市	9,374	3,979,218	0.24%
基隆市	920	361,006	0.25%
宜蘭縣	1,117	448,945	0.25%
金門縣	275	140,843	0.20%
連江縣	28	13,938	0.20%
桃園市	4,689	2,271,464	0.21%
新竹市	827	450,893	0.18%
新竹縣	1,052	578,495	0.18%
苗栗縣	1,406	535,187	0.26%
臺中市	6,656	2,804,081	0.24%
彰化縣	4,147	1,245,530	0.33%
南投縣	1,798	480,027	0.37%
雲林縣	2,884	664,963	0.43%
嘉義市	745	262,501	0.28%
嘉義縣	2,135	489,169	0.44%
臺南市	5,016	1,850,687	0.27%
高雄市	8,456	2,722,716	0.31%
屏東縣	3,145	799,153	0.39%
澎湖縣	282	106,806	0.26%
花蓮縣	1,216	318,858	0.38%
臺東縣	1,082	212,721	0.51%
全國合計	61,793	23,198,133	0.27%
離島地區	585	261,587	0.22%

備註：

1. 資料統計區間：111 年 1 月-9 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 9 月統計資料

討論事項第十案

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，詳附件（討 10-4）。

(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，112 年「牙周病統合治療方案」經費維持 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								