



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

111 年 8 月 23 日 (星期二)
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

111 年第 3 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

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 1 季點值結算結果報告。	報 3-1
四、110 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。	報 4-1
五、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報告。	報 5-1
六、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。	報 6-1
七、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—保護性肢體制約適用對象申報情形報告。	報 7-1

肆、討論事項

一、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。(支付科需更新說明)	討 1-1
二、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。	討 2-1
三、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。	討 3-1
四、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。	討 4-1
五、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。	討 5-1

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 2 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 5 月 24 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、
視訊會議使用 Microsoft Teams 視訊軟體)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：阮柏叡

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表斯弘	王斯弘*	陳代表建志	陳建志*
何代表世章	何世章*	陳代表彥廷	陳彥廷*
吳代表迪	吳迪*	陳代表淑華	陳淑華*
吳代表明彥	吳明彥*	陳代表清家	陳清家*
林代表敬修	林敬修*	陳代表義聰	(請假)
林代表鎰麟	林鎰麟*	曾代表士哲	曾士哲*
邱代表建強	(請假)	黃代表克忠	黃克忠*
邱代表昶達	邱昶達*	黃代表純德	黃純德*
洪代表純正	洪純正*	黃代表智嘉	黃智嘉*
徐代表邦賢	徐邦賢*	劉代表守仁	劉守仁*
徐代表治民	徐治民*	劉代表振聲	劉振聲*
翁代表德育	翁德育*	賴代表博司	賴博司*
張代表禹斌	(請假)	謝代表偉明	謝偉明*
陳代表少卿	陳少卿*	簡代表志成	簡志成*
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	蘇主榮*

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	(請假)
衛生福利部口腔健康司	(請假)
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴*、張靈*
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會	楊文甫*、顏國濱*、連新傑*、邵格蘊*、潘佩筠*
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕*
台灣醫院協會	申哲*、顏正婷*、吳昱嫻*
中華牙醫學會	張軍堯*
中華民國醫院牙科協會	(請假)
本署臺北業務組	楊淑娟*、邱玲玉*、徐慕容*
本署北區業務組	蔡秀幸*、吳煥如*、黃文雯*
本署中區業務組	蘇彥秀*、戴秀容*、陳淑英*、張念賓*
本署南區業務組	林純美*、賴文琳*、高宜聲*
本署高屏業務組	謝明雪*、李金秀*、張慧娟*、黃皓綱*、侯志遠*、游燕資*、吳孜威*
本署東區業務組	李名玉*、張麗絹*、羅亦珍*、王素惠*、陳珮毓*、羅慶暄
本署醫審及藥材組	高幸蓓、陳盈如
本署違規查處室	朱文玥*
本署資訊組	吳少庾*
本署企劃組	吳箴*
本署財務組	李佩耿

本署醫務管理組

黃兆杰、游慧真、劉林義、
張作貞、陳依婕、呂姿曄、
洪于淇、蔡孟芸、林其瑩

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：下列 3 項繼續列管，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」，非健保特約院所實地訪查作業俟疫情緩和後持續追蹤，符合感染管制之非健保特約院所識別標章一節則解除列管。
- 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：110 年第 4 季牙醫門診總額點值結算結果。

決定：

一、110 年第 4 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	0.93390730	0.99977589	0.98880600	1.03837197	1.00359584	1.17647313	0.98182832
平均點值	0.93559455	0.99829374	0.99222913	1.03922064	1.00807133	1.17729567	0.98197861

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：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：110 年醫缺巡迴醫療未設置固定式治療椅原因報告案。

決定：為協助改善偏鄉醫療的就醫環境，請本署醫務管理組提供 110 年巡迴次數大於 16 次(含)及每診服務人次大於 21 人次(含)但未設置固定式診療椅之巡迴點名單，供牙全會及分區業務組參考。

肆、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「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、新申請特約之醫事服務機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定時程內進行實地訪查。
- 二、牙醫感染管制不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，回歸全民健康保險相關法規辦理。
- 三、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，感染管制書面評核規定修正如下：
 - (一)同意外展點僅上傳硬體設備相關資料，矯正機關因其特殊性，無法拍照，於書面評核作業中予以排除。
 - (二)巡迴醫療外展點，執行醫師可選擇每人每點上傳，或由符合共用硬體設備之外展點共同上傳；特殊醫療之外展點以外展點為單位共同上傳。

- (三)請牙全會盤點前述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，俾利核對及後續開發外展點之 VPN 牙醫院所感染管制書面評核登錄系統上傳作業。
- (四)同意 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，如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，於期限內未能完成上傳者，於排除上述不可抗力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。
- (五)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。

四、有關外展點之 VPN 牙醫院所感染管制書面評核登錄系統上傳作業，請牙全會與本署醫審及藥材組、資訊組共同研議。

五、因應 COVID-19 疫情影響，「牙醫門診加強感染管制實施方案」暫停實地訪查至 111 年 9 月 30 日(含)，並視疫情狀況滾動調整，暫停期間調整作為如下：

- (一)新申請特約之醫事機構於恢復實地訪查後，列入當年度實地訪查優先名單。
- (二)是否取消 111 年度實地訪查隨機抽訪，將視後續疫情發展提下次會議討論。
- (三)為避免因實地訪查時程延後而影響 111 年、112 年牙醫院所品質保證保留款之核發權益，放寬受疫情影響未能如期完成實訪之牙醫院所，其核發資格需「符合感染管制院所」之限制。

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「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」，新增申報「12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」及高齲齒率患者氟化物治療(P7301C)，請討論案。

決議：本案通過，同意「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」執業計畫診所及巡迴計畫醫療團皆得提供「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」服務及全民健康保險醫療服務給付項目及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。

伍、散會： 15 時 50 分。

陸、與會人員發言摘要詳附件

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」	<p>109年第1次臨時會議決議重點如下： 有關新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」，請牙全會修訂內容後於下次會議討論。</p> <p>110年第1次臨時會議決議重點如下： 除新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」未達共識暫予保留外，餘修正通過。</p>	<p>新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」已分別提至109年12月8日、12月23日、110年1月15日、110年8月24日牙醫門診總額研商議事會議討論，惟未獲共識，俟牙全會提案再提請討論。</p>	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
2	109_臨1_臨報(1)、109_臨2_臨提(1)、110_臨1_臨提(1)、110_1_報(5)、110_2_討(2)、111_1_討(1)、111_2_討(1)：有關修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。	<p>110年第2次會議決議重點如下： 有關疫情期間外展點牙醫服務感染管制評核方式，同意暫緩執行，惟為確保外展點感染管制品質，請牙全會研議相關配套措施。</p> <p>111年第1次會議決議重點如下： 考量外展點申報感控診察費前，仍需經全面感控評核，似無法以片面抽審取代，請牙全會重新規劃提案討論。</p> <p>111年第2次會議決議重點如下： 1. 本案同意通過，特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關，院所經書面評核審查合格者，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。 2. 請牙全會盤點感染管制書面評核上傳名單，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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本方案業以111年6月23日健保醫字第1110109120號公告，並自111年1月1日起生效。 2. 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。 3. 有關111年度「牙醫門診加強感染管制實施方案」是否重啟地訪查作業，於本次會議討論事項第五案討論。 	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
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。	本署擬俟牙醫服務感染管制評核實地訪查重啟實施後，再提案至本會議討論。	<input type="checkbox"/> 解除列管	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
4	110_1_討 (1)：有關「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」，新增申報「12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」及高齲齒率患者氟化物治療，請討論案。	本案同意通過。	本方案業以111年6月28日健保醫字第1110661674號修正公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 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

111.08.23



1

大 綱

1

111年第2季點值預估

2

111年第2季醫療供給及利用概況

3

111年第2季牙周病統合照護

4

協商新增項目111年上半年執行情形

5

111年第1季各專款執行情形



2

1

111年第2季點值預估



3



點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子採109Q2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年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率(98.71905199%)校正得之(該占率以110Q4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上半年爭審後核減率，各分區分別計之。



4

111年第2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2季	臺北	3,865	0	57	3,521	1.0815	1.0802
	北區	1,833	0	21	1,664	1.0894	1.0883
	中區	2,242	0	31	2,093	1.0561	1.0553
	南區	1,520	0	23	1,353	1.1066	1.1048
	高屏	1,719	0	17	1,611	1.0568	1.0562
	東區	221	0	6	163	1.3248	1.3140
	合計	11,400	0	154	10,404	1.0809	1.0797

註：110Q2結算全國平均點值1.2466



5

2

111年第2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6月	2,589	841	1,311	801	1,017	119	6,678	0.94%
108年6月	2,619	849	1,315	812	1,018	120	6,733	0.82%
109年6月	2,619	864	1,323	815	1,010	116	6,747	0.21%
110年6月	2,626	894	1,318	814	1,006	112	6,770	0.34%
111年6月	2,635	911	1,315	815	1,007	111	6,794	0.35%
各分區增減家數	9	17	-3	1	1	-1	24	
各分區成長率	0.3%	1.9%	-0.2%	0.1%	0.1%	-0.9%	0.4%	

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6月	5,953	1,924	2,591	1,589	2,007	213	14,277	2.8%
108年6月	6,135	1,999	2,646	1,617	2,059	216	14,672	2.8%
109年6月	6,338	2,083	2,712	1,662	2,105	215	15,115	3.0%
110年6月	6,468	2,181	2,785	1,663	2,152	212	15,461	2.3%
111年6月	6,548	2,255	2,814	1,677	2,220	213	15,727	1.7%
增減人數	80	74	29	14	68	1	266	
成長率	1.2%	3.4%	1.0%	0.8%	3.2%	0.5%	1.7%	

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6月	1,143	752	214	12,168	14,277	3.4%	1.9%	2.4%	2.8%
108年6月	1,182	750	226	12,514	14,672	3.4%	-0.3%	5.6%	2.8%
109年6月	1,207	774	239	12,895	15,115	2.1%	3.2%	5.8%	3.0%
110年6月	1,201	798	260	13,202	15,461	-0.5%	3.1%	8.8%	2.4%
111年6月	1,200	795	280	13,452	15,727	-0.1%	-0.4%	7.7%	1.9%
增減人數	-1	-3	20	250	266				

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

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109Q2	1,584	696	906	604	712	80	4,551	-7.0%
110Q2	1,289	601	791	531	634	69	3,891	-14.5%
111Q2	1,477	679	878	579	688	69	4,345	11.7%
增減人數	188	79	88	48	54	0	454	
成長率	14.6%	13.1%	11.1%	9.1%	8.5%	0.7%	11.7%	

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2季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	226	23.5%	3.0%	373,174	33.1%	3.4%	1,653	7.8%
2區域醫院	232	17.5%	3.1%	389,840	22.4%	3.6%	1,681	4.1%
3地區醫院	94	20.5%	1.3%	152,534	29.4%	1.4%	1,616	7.4%
4基層診所	6,939	12.0%	92.6%	9,758,666	14.1%	90.1%	1,406	1.9%
5交付機構	-	-	-	154,029	9.0%	1.4%	-	-
合計	7,491	12.6%		10,828,243	15.1%		1,445	2.2%

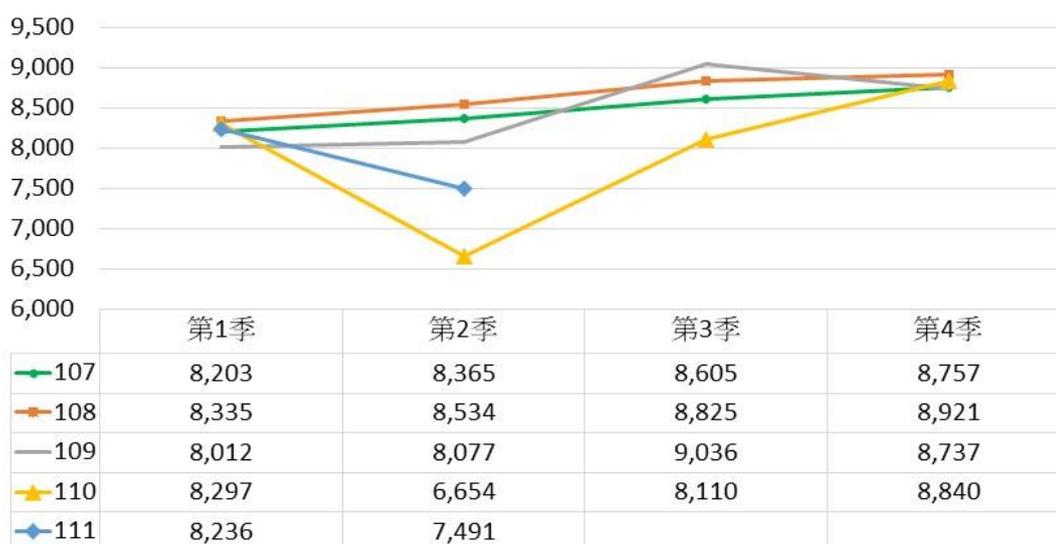
註：成長率係與前一年同期比較。



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



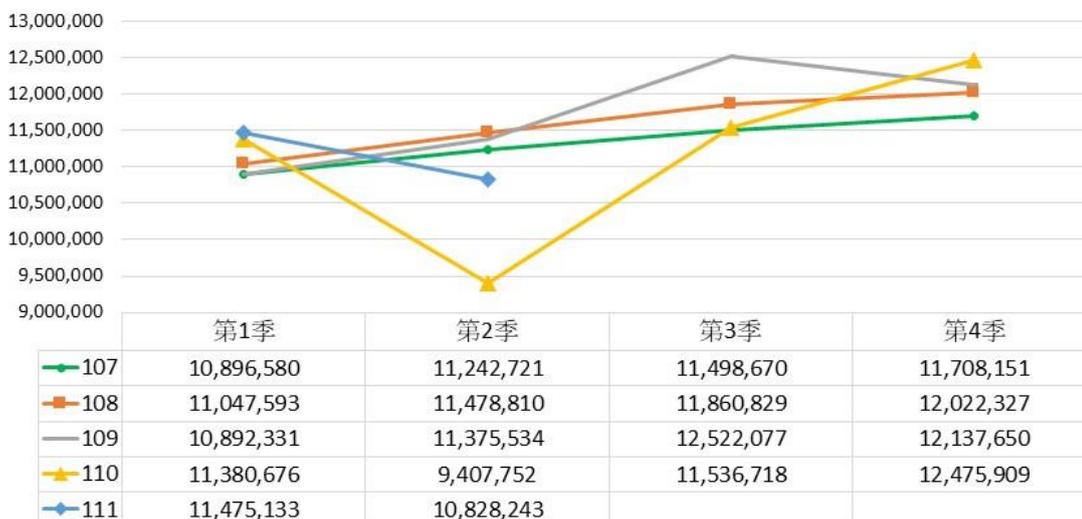
單位：千件



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2季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫次數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	2,523	17.5%	1,477	14.6%	1.71	2.5%	3,665,537	21.4%	1,453	3.3%
北區	1,155	12.6%	679	13.1%	1.70	-0.4%	1,717,721	13.7%	1,487	1.0%
中區	1,488	11.1%	878	11.1%	1.69	0.0%	2,184,701	13.8%	1,469	2.5%
南區	1,009	8.8%	579	9.1%	1.74	-0.2%	1,412,690	9.6%	1,400	0.7%
高屏	1,198	9.1%	688	8.5%	1.74	0.6%	1,666,735	11.3%	1,392	2.1%
東區	119	1.8%	69	0.7%	1.72	1.1%	180,859	5.2%	1,516	3.4%
合計	7,491	12.6%	4,345	11.7%	1.72	0.8%	10,828,243	15.1%	1,445	2.2%

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2季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	19	28.8%	3,485	27.4%	183	-1.1%
2.牙醫急診	3	-7.0%	5,110	-4.7%	1,909	2.5%
3.牙醫門診手術	13	13.8%	40,002	27.1%	3,190	11.7%
4.無牙醫鄉服務	34	-8.6%	46,966	-6.1%	1,371	2.7%
5.牙醫特殊醫療	32	2.6%	91,468	6.6%	2,893	4.0%
6.牙醫急診醫療不足區	0.1	27.2%	117	27.2%	1,000	0.0%
7.其他專案	7,391	12.7%	10,487,066	15.4%	1,419	2.3%
8.交付機構	-	-	154,029	9.0%	-	0.0%
合計	7,491	12.6%	10,828,243	15.1%	1,445	2.2%

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2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)	0	-100.0%	22	94.2%	5	-52.4%	3,459	27.4%	-	-	3,485	27.4%
2.牙醫急診	3,716	-5.8%	1,295	-6.0%	92	224.7%	8	-20.3%	-	-	5,110	-4.7%
3.牙醫門診手術	22,096	37.8%	15,258	13.8%	2,223	32.4%	424	15.6%	-	-	40,002	27.1%
4.無牙醫鄉服務	11	-38.9%	360	13.2%	101	-63.6%	46,494	-5.9%	-	-	46,966	-6.1%
5.牙醫特殊醫療	18,734	27.8%	15,942	15.1%	6,969	11.2%	49,823	-2.3%	-	-	91,468	6.6%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	117	27.2%	-	-	-	-	117	27.2%
7.其他專案	328,617	33.7%	356,963	23.3%	143,027	30.6%	9,658,458	14.4%	-	-	10,487,066	15.4%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	154,029	9.0%	154,029	9.0%
合計	373,174	33.1%	389,840	22.4%	152,534	29.4%	9,758,666	14.1%	154,029	9.0%	10,828,243	15.1%

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2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	1,075	38.5%	1,953	4.3%	6,991	39.9%	3,714	-21.2%	25,355	14.0%
北區	507	40.9%	228	8.6%	3,667	40.0%	3,125	-6.3%	15,284	2.2%
中區	378	23.6%	971	-15.4%	10,721	10.7%	11,370	-7.9%	21,471	3.2%
南區	1,064	24.2%	807	-18.5%	6,496	8.4%	10,233	10.8%	9,906	5.1%
高屏	437	7.0%	986	1.2%	10,189	54.1%	14,464	2.8%	15,701	5.9%
東區	26	-16.0%	166	-1.6%	1,938	23.4%	4,060	-35.8%	3,750	7.0%
合計	3,485	27.4%	5,110	-4.7%	40,002	27.1%	46,966	-6.1%	91,468	6.6%

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2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	-	-	3,575,772	21.6%	50,678	13.0%	3,665,537	21.4%
北區	-	-	1,669,465	13.9%	25,445	9.2%	1,717,721	13.7%
中區	-	-	2,108,040	14.2%	31,750	7.9%	2,184,701	13.8%
南區	117	27.2%	1,363,722	9.7%	20,345	6.0%	1,412,690	9.6%
高屏	-	-	1,602,429	11.4%	22,529	5.9%	1,666,735	11.3%
東區	-	-	167,638	6.7%	3,282	2.4%	180,859	5.2%
合計	117	27.2%	10,487,066	15.4%	154,029	9.0%	10,828,243	15.1%

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2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	33,568	16.3%	25,422	13.8%	933,691	17.6%	2,672,604	22.9%	237	35.8%	3,665,537	21.4%
北區	15,021	11.0%	12,461	9.7%	431,565	13.0%	1,258,644	14.0%	33	160.0%	1,717,721	13.7%
中區	19,445	8.4%	16,224	7.4%	552,271	11.3%	1,596,651	14.9%	114	-2.0%	2,184,701	13.8%
南區	13,219	2.3%	10,794	6.4%	364,955	8.9%	1,023,582	10.0%	144	24.7%	1,412,690	9.6%
高屏	13,468	6.7%	11,538	6.6%	428,246	9.3%	1,213,421	12.2%	65	69.1%	1,666,735	11.3%
東區	2,242	2.5%	1,736	3.2%	44,286	2.6%	132,575	6.2%	23	43.2%	180,859	5.2%
總計	96,963	10.1%	78,174	9.4%	2,755,014	12.8%	7,897,476	16.0%	616	30.1%	10,828,243	15.1%

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2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	6,747	21.7%	2,752	23.7%	83,287	23.1%	280,023	36.8%	365	14.3%	373,174	33.1%
區域醫院	5,444	5.2%	3,075	18.9%	87,660	16.8%	293,465	24.6%	196	63.5%	389,840	22.4%
地區醫院	1,346	11.4%	1,092	14.9%	34,880	20.6%	115,162	32.7%	54	58.6%	152,534	29.4%
基層診所	360	4.1%	293	13.9%	2,549,186	12.3%	7,208,827	14.8%	-	-	9,758,666	14.1%
交付機構	83,067	9.6%	70,961	8.5%	-	-	-	-	0.6	100.0%	154,029	9.0%
總計	96,963	10.1%	78,174	9.4%	2,755,014	12.8%	7,897,476	16.0%	616	30.1%	10,828,243	15.1%

註：成長率係與前一年同期比較。



20



111年Q2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6月)	2,635	911	1,315	815	1,007	111	6,794
成長率	0.3%	1.9%	-0.2%	0.1%	0.1%	-0.9%	0.4%
醫師數 (111年6月)	6,548	2,255	2,814	1,677	2,220	213	15,727
成長率	1.2%	3.4%	1.0%	0.8%	3.2%	0.5%	1.7%
人口數 (千)	7,401	3,826	4,528	3,270	3,630	532	23,186
人口數 (成長率)	-2.18%	-0.32%	-0.91%	-1.07%	-1.14%	-1.00%	-1.28%
每位醫師照護人口數	1,130	1,697	1,609	1,950	1,635	2,498	1,474
每萬人口醫師數	8.85	5.89	6.21	5.13	6.12	4.00	6.78
申報件數 (千)	2,523	1,155	1,488	1,009	1,198	119	7,491
成長率	17.5%	12.6%	11.1%	8.8%	9.1%	1.8%	12.6%
申報醫療費用 (百萬)	3,666	1,718	2,185	1,413	1,667	181	10,828
成長率	21.4%	13.7%	13.8%	9.6%	11.3%	5.2%	15.1%
平均每件申報醫療費用點數	1,453	1,487	1,469	1,400	1,392	1,516	1,445
成長率	3.3%	1.0%	2.5%	0.7%	2.1%	3.4%	2.2%

註1：人口數來源為111年6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4-6月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較。



21

3

111年第2季牙周病統合照護



22



牙周病統合照護【以醫令代碼統計】

■ 111年第1-2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	128,599	13.7%	1,230.7	13.8%

全年預算：3,052.0百萬元

- 累計預算執行率：40.3%
- 服務人次執行率：42.9%
【128,599/300,000】

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)	47.5	23.7%	55.5	6.3%	27.8	30.2%	1099.9	13.4%	1,230.7	13.8%

分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
值(百萬點)	457.8	176.2	240.1	128.5	210.2	17.9	1,230.7
成長率	12.4%	15.5%	21.7%	1.35%	17.9%	-7.7%	13.8%

備註：

- 1.資料擷自111/8/3本署三代倉儲門診檔。
- 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



23



牙周病統合照護【以醫令代碼統計】

■ 111年第2季

醫令代碼	第二階段 (91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C~91023C) 治療合計 醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	64,371	22.7%	611.5	23.5%

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)	22.0	51.6%	26.3	19.9%	13.4	61.9%	549.8	22.1%	611.5	23.5%

分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
值(百萬點)	223.2	88.5	121.4	64.0	105.9	8.5	611.5
成長率	25.7%	23.9%	28.9%	8.9%	25.4%	-2.9%	23.5%

備註：

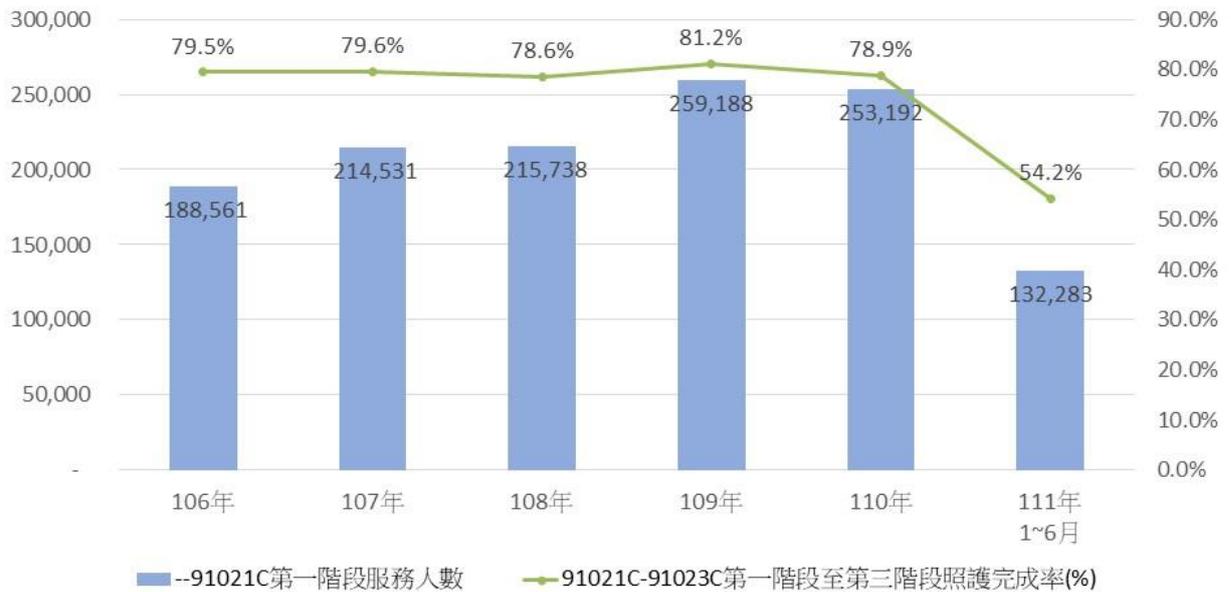
- 1.資料擷自111/8/3本署三代倉儲門診檔。
- 2.成長率係與前一年同期相比。



24



牙周病統合照護【三階段完成情形】



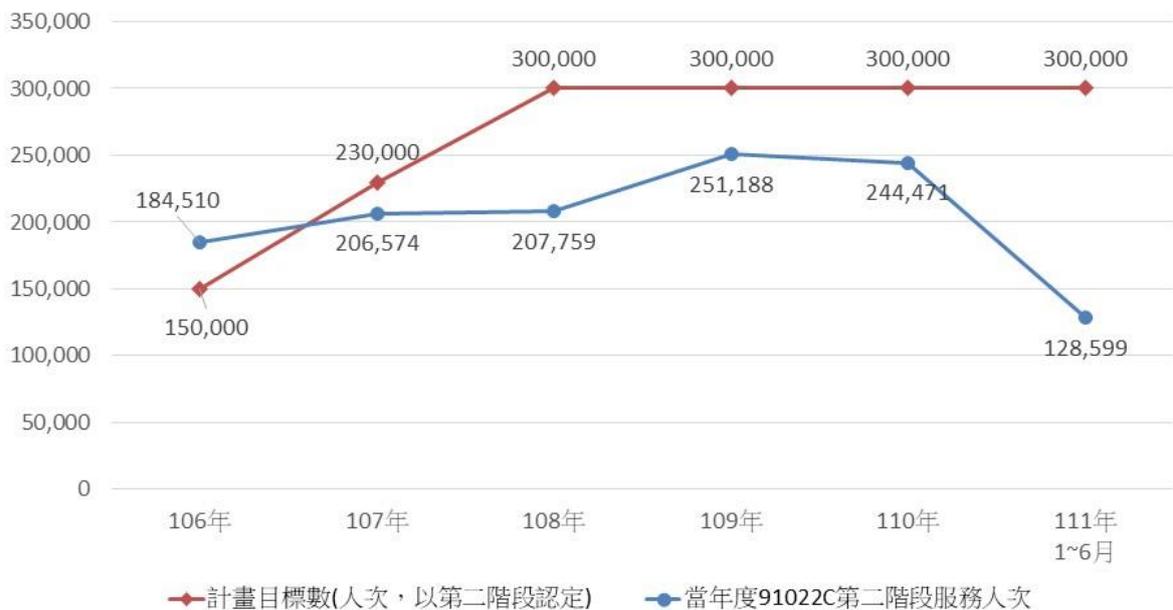
牙周病統合照護91021C106年至110年收案人數由18.9萬人成長至25.9萬人之
間，三階段照護完成率介於79%至81%。



25



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25萬人次。



26

4

協商新增項目111年上半年執行情形



27

高風險疾病患者牙結石清除-全口

111年3月至6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	4,465	3.1	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：111/7/29擷自本署健保四代倉儲系統之門診檔。

本案請牙全會依總額協定事項研議本項實施成效及節流效益之具體評估方式。



28

提升假日就醫可近性

統計至111年第2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1-6月	355.8	1.843%	7,485	8.7	132,311	106.2	395	2.4	140,191	117.3	33.00%

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

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

111年3月至6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	13,896	6.96	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：111/8/2擷取自本署健保四代倉儲系統之門診檔。

本案請牙全會依總額協定事項研議本項實施成效及節流效益之具體評估方式。



30

5

111年第1季年各專款執行情形



31

一般服務移撥專用相關預算執行情形

111年第1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	0	0	0	38,322	200,000	161,678
執行率	19.2%	0.0%	0.0%	0.0%	19.2%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	2,213	0	0	0	2,213	80,000	77,787
執行率	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	-	-
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	0	0	0	40,535	330,000	289,465

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。



32

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)

111年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率	
全年預算						722,100	
1 先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務	4,844	0	0	0	4,844	3.73%	
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	15,517	0	0	0	15,517	11.94%	
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	24,114	0	0	0	24,114	18.55%	
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	0	0	0	23,575	18.13%	
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,625	0	0	0	10,625	8.17%	
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	730	0	0	0	730	0.56%	
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,663	0	0	0	9,663	7.43%	
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,563	0	0	0	9,563	7.36%	
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	0	0	0	12,957	9.97%	
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	580	0	0	0	580	0.45%	
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	25	0	0	0	25	0.02%	
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	660	0	0	0	660	0.51%	
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	0	0	0	12,499	9.61%	
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	377	0	0	0	377	0.29%	
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	9	0	0	0	9	0.01%	
16 醫療團特定需求者(論次)	235	0	0	0	235	0.18%	



33

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)

111年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
17 醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務	6	0	0	0	6	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	0	0	0	14	0.01%
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	0	0	0	32	0.02%
20 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	19	0	0	0	19	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	0	0	0	1,418	1.09%
23 居家身心障礙者牙醫醫療服務	1,501	0	0	0	1,501	1.15%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	212	0	0	0	212	0.16%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	764	0	0	0	764	0.59%
26 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
27 居家居整病人牙醫醫療服務	65	0	0	0	65	0.05%
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	0	0	0	130,004	
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	180,525	231,046	411,571	592,096		100%
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	50,521	231,046	411,571	592,096		
執行占總預算比率	18.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18.0%	



34

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形

111年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					280,000	
1.執業服務之定額給付(論量)	21,239	-	-	-	21,239	37%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,698	-	-	-	3,698	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%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,608	-	-	-	4,608	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	-	-	-	25,195	44%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	-	-	-	1.6	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,855	-	-	-	2,854.5	5%
暫結金額	57,596				57,596	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	70,000	82,404	152,404	222,404		
本季未支用金額	12,404	82,404	152,404	222,404		
各季執行占總預算比率(%)	20.6%				20.6%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。



35

網路頻寬補助費用預算執行情形

111年第1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	0	0	0	34,646	168,000
執行率	20.6%	0.0%	0.0%	0.0%	20.6%	-

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。



36

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 預算執行情形

111年第1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	0	0	0	1,237	12,000
執行率	10.3%	0.0%	0.0%	0.0%	10.3%	-

備註：

- 1.依據「111年度全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款優先支應。
- 2.一般服務各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。



37

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1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	0	0	0	122	60,000
執行率	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.20%	-

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。



38

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1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	0	0	0	88	271,500
執行率	0.03%	0.0%	0.0%	0.0%	0.03%	-

註：

- 1.依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。
- 2.本計畫業於111年3月11日健保醫字第1110100318號公告，並自公告日起生效。



39

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 預算執行情形

111年第1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	0	0	0	836	184,000
執行率	0.45%	0.0%	0.0%	0.0%	0.45%	-

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。



40

敬請指教



41

案由：111年第1季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、111年第1季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、111年第1季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下（結算報表詳附件，頁次報3-2）：

年季 \ 分區		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
111Q1	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

三、檢附110年第1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
110Q1	浮動點值	0.94295554	1.03647044	1.00816557	1.04515605	1.02503681	1.19612557	0.99645206
	平均點值	0.94462065	1.03247913	1.00943486	1.04226259	1.02300917	1.18724279	0.99648125

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1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	4,198,922,462	3,509,806,762	4,353,763,004	788,176,895	36,584,138	177,189	0	0.96130199	0.95636014
北區分區	1,810,594,016	1,331,963,753	1,735,431,618	403,377,444	15,257,644	52,465	0	1.04500326	1.03418682
中區分區	2,048,436,108	1,832,258,540	2,013,855,227	179,563,894	15,385,214	58,876	100,000	1.01149924	1.00938051
南區分區	1,444,462,677	1,127,174,315	1,336,611,996	217,474,218	12,813,140	45,626	5,059,871	1.07265558	1.06639351
高屏分區	1,583,580,972	1,378,944,747	1,530,576,406	152,176,902	12,804,521	24,829	938,232	1.02805895	1.02540689
東區分區	222,568,150	152,720,633	182,926,335	35,536,197	2,220,494	10,141	0	1.21006124	1.20205116
全區	11,308,564,385		11,153,164,586		95,065,151	369,126	6,098,103	1.00482979	1.00478622

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7月29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(R₁₀₉)

= 11,082,964,385

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)×Ra×(R₁₀₉)。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)×Ra×(R₁₀₉)。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)×Ra×(R₁₀₉)。

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」。

(二)111年調整前各季牙醫一般服務醫療給付費用分配至各分區預算

	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	108年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	109年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	110年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	109年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	110年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	111年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G1)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	111年6項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	111年調整前各 季一般服務醫 療給付費用分 配至各分區預算 (D2)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)
				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 3.054\%)$			$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 1.843\%)$			$= G1 - C1 - F$	
第1季	10,509,129,248	-11,940,333	6,829,579	10,824,811,219	-8,826,518	17,347,685	11,032,990,702	26,806,674	308,100,000	10,698,084,028	0
第2季	11,251,494,719	-16,394,990	6,829,579	11,585,257,829	-18,333,661	17,347,685	11,797,769,983	28,723,750	308,100,000	11,460,946,233	0
第3季	12,075,412,429	-20,795,127	6,829,579	12,429,803,469	-23,429,501	17,347,685	12,652,690,843	30,832,102	308,100,000	12,313,758,741	0
第4季	11,753,155,168	-16,407,721	6,829,578	12,102,225,867	-46,061,440	17,347,684	12,296,026,939	30,020,079	308,100,000	11,957,906,860	0
合計	45,589,191,564	-65,538,171	27,318,315	46,942,098,384	-96,651,120	69,390,739	47,779,478,467	116,382,605	1,232,400,000	46,430,695,862	0

註：

1. 110年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

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

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

2. 111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

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

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

※111年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)69,390,739元，按季均分。

3. 106年編列之品質保證保留款預算(C1) = (105年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.3%)。

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後110年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與111年度品質保證保留款(91.2百萬元)合併運用(計207.6百萬元)。

4. 111年6項一般服務移撥專用費用(F)：依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定辦理。111年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計12.324億元，按季均分：

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

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

(3)移撥2億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

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

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

(5)移撥0.5億元支應「牙醫特殊醫療服務計畫」。

(6)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

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

(三)111年6項一般服務移撥專用費用

全年預算＝1,232,400,000元

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

2. 移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算＝200,000,000元

第1季：

第1季預算＝200,000,000/4＝50,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,169(J6)	暫結金額	1,169(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	22,967,513(J7)	暫結金額	23,728,928(J27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	8,117(J11)	暫結金額	8,117(J21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	14,269,277(J12)	暫結金額	14,583,517(J22)
(3)小計	加成前點數	37,246,076(J19)	暫結金額	38,321,731(J29)

暫結金額 = 38,321,731

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 11,678,269

第2季：

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4 + 11,678,269＝61,678,269

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

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 61,678,269

第3季：

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4 + 61,678,269＝111,678,269

(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	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 = 111,678,269

第4季：

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 111,678,269=161,678,269

(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	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 = 161,678,269

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	1,169(N6)	暫結金額	1,169(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	22,967,513(N7)	暫結金額	23,728,928(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	8,117(N11)	暫結金額	8,117(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	14,269,277(N12)	暫結金額	14,583,517(N22)
(3)小計	加成前點數	37,246,076(N19)	暫結金額	38,321,731(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 + 0 + 0 + 0

= 38,321,731

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 38,321,731

= 161,678,269 (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：0

暫結金額：1元/點×已支用點數=0

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額=37,786,998-0=37,786,998

第3季：預算=當季預算+前一季未支用金額=80,000,000/4+37,786,998=57,786,998

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=57,786,998-0=57,786,998

第4季：預算=當季預算+前一季未支用金額=80,000,000/4+57,786,998=77,786,998

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=77,786,998-0=77,786,998

全年合計：預算=80,000,000

全年已支用點數：2,213,002

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數=2,213,002

全年未支用金額=全年預算-全年已結算金額

=80,000,000-2,213,002

=77,786,998 (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：0(Z) + 0(K29) + 0 + 0(H) + 0(R) = 0
 未支用金額：第2季預算 - 第2季已暫結金額 = 350,065,267 - 0 = 350,065,267

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,232,400,000 / 4 + 350,065,267 = 658,165,267
 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 = 658,165,267 - 0 = 658,165,267

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,232,400,000 / 4 + 658,165,267 = 966,265,267
 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 = 966,265,267 - 0 = 966,265,267

全年合計：預算 = 1,232,400,000
 全年已暫結金額：266,134,733
 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 - 266,134,733 - 0
 = 966,265,267 (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	

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：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W03)	0(WF03)	0(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W05)	0(WF05)	0(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W06)	0(WF06)	0(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W07)	0(WF07)	0(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W08)	0(WF08)	0(WN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(W09)	0(WF09)	0(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W10)	0(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W11)	0(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(W12)	0(WF12)	0(WN12)
(13)醫療團極重度、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(W13)	0(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：	0(W14)	0(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W15)	0(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	0(W16)	0(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：	0(W17)	0(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：	0(W18)	0(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：	0(W19)	0(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：	0(W20)	0(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：	0(W22)	0(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W23)	0(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W24)	0(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(W25)	0(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：	0(W27)	0(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	0(W99)	0(WF99)	0(WN99)

暫結金額

= 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額 = 231,045,815

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4 + 231,045,815 = 411,570,815

	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：	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

= 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額 = 411,570,815

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4+ 411,570,815＝ 592,095,815

	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：	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

= 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額 = 592,095,815

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/07/29

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

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)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	4,843,544(Z01)	4,830,888(ZF01)	12,656(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,517,247(Z02)	14,847,191(ZF02)	670,056(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,113,996(Z03)	23,221,300(ZF03)	892,696(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：	23,574,936(Z04)	22,955,323(ZF04)	619,613(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,625,061(Z05)	10,032,836(ZF05)	592,225(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	729,664(Z06)	690,419(ZF06)	39,245(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,662,739(Z07)	9,662,520(ZF07)	219(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,562,642(Z08)	9,562,434(ZF08)	208(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：	12,957,143(Z09)	12,954,722(ZF09)	2,421(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	580,135(Z10)	580,046(ZF10)	89(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	24,945(Z11)	24,945(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	660,181(Z12)	660,069(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)：	12,499,200(Z13)	12,499,200(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：	376,721(Z14)	376,721(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,930(Z15)	8,930(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	235,200(Z16)	235,200(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：	5,910(Z17)	5,910(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：	13,892(Z18)	13,874(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：	31,914(Z19)	31,914(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：	19,073(Z20)	19,073(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：	1,417,563(Z22)	1,417,563(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,501,446(Z23)	1,501,446(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	212,252(Z24)	212,252(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	764,459(Z25)	764,459(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：	65,392(Z27)	65,392(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	130,004,185(Z99)	127,174,627(ZF99)	2,829,558(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 + 0 + 0 + 0 = 130,004,185

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：111/07/29

111年第1季

結算主要費用年月起迄：111/01-111/03

核付截止日期：111/06/30

頁次：12

全年已結算金額 = 130,004,185 + 0 + 0 + 0 = 130,004,185
 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 - (130,004,185 - 0)
 = 722,100,000 - 130,004,185
 = 592,095,815 (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：

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

暫結金額

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

= 0

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 82,403,791

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/07/29

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：15

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 82,403,791=152,403,791

(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

= 152,403,791

※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(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 + 152,403,791=222,403,791

(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

= 222,403,791

※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(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	13,457,382(N0)	收入	21,239,484(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	3,697,600(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	1,169(N6)	加成已支用點數	234(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	22,967,513(N7)	加成已支用點數	4,608,029(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	25,194,700(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	8,117(N11)	加成已支用點數	1,622(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	14,269,277(N12)	加成已支用點數	2,854,540(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				49,814,107(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 + 0 + 0 + 0 = 57,596,209

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 222,403,791

※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(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： 0

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： 34,645,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 34,645,550

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 168,000,000 - 34,645,550 = 133,354,450

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

(四)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

全年預算 = 12,000,000元

第1季:預算 = 12,000,000/4 = 3,000,000

已支用點數: 1,237,000

暫結金額 : 1元/點×已支用點數 = 1,237,000

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

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

已支用點數: 0

暫結金額 : 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額: 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 4,763,000 - 0 = 4,763,000

第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 12,000,000/4 + 4,763,000 = 7,763,000

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 = 7,763,000 - 0 = 7,763,000

第4季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 12,000,000/4 + 7,763,000 = 10,763,000

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 = 10,763,000 - 0 = 10,763,000

全年合計:預算= 12,000,000

全年已支用點數: 1,237,000

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 1,237,000

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 - (1,237,000 - 0)

= 10,763,000

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: 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2季預算 - 第2季暫結金額 = 29,878,254 - 0 = 29,878,254

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 29,878,254= 44,878,254

- (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= 44,878,254- 0= 44,878,254

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 44,878,254= 59,878,254

- (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= 59,878,254- 0= 59,878,254

全年合計:預算= 60,000,000

- (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

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 121,746
 全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額
 = 60,000,000 - 121,746
 = 59,878,254

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： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額= 135,662,322- 0= 135,662,322

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=271,500,000/4+135,662,322= 203,537,322

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= 203,537,322- 0= 203,537,322

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=271,500,000/4+203,537,322= 271,412,322

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= 271,412,322- 0= 271,412,322

全年合計:預算=271,500,000

已支用點數： 87,678

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 87,678

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額
 = 271,500,000 - 87,678
 = 271,412,322

註:依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」,預算係按季均分及結算,每點支付金額不
 高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算。

(七)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

全年預算= 184,000,000元

第1季:預算=184,000,000/4= 46,000,000

已支用點數： 836,261

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 836,261

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

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

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額= 91,163,739- 0 = 91,163,739

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=184,000,000/4+ 91,163,739 = 137,163,739

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= 137,163,739- 0 = 137,163,739

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=184,000,000/4+137,163,739 = 183,163,739

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= 183,163,739- 0 = 183,163,739

全年合計:預算=184,000,000

已支用點數： 836,261

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 836,261

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 184,000,000 - 836,261

= 183,163,739

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

=====

(八)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+111年編列之品質保證保留款預算

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

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

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

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

=207,582,605

三、一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額:

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2) ×100% × 109年各季人口風險因子(R_109)(四捨五入至整數位)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 111年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算(D2)		10,698,084,028	11,460,946,233	12,313,758,741	11,957,906,860	46,430,695,862
2. 109年人口風險因子(R_109)	臺北分區	0.37133	0.37130	0.37126	0.37127	
	北區分區	0.16053	0.16122	0.16182	0.16214	
	中區分區	0.18093	0.18080	0.18127	0.18105	
	南區分區	0.12803	0.12774	0.12729	0.12713	
	高屏分區	0.13946	0.13931	0.13870	0.13875	
	東區分區	0.01972	0.01963	0.01966	0.01966	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
3. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100%×(R_109)(說明1、2)	臺北分區	3,972,519,542	4,255,449,336	4,571,606,070	4,439,612,080	17,239,187,028
	北區分區	1,717,363,429	1,847,733,752	1,992,612,439	1,938,855,018	7,496,564,638
	中區分區	1,935,604,343	2,072,139,079	2,232,115,047	2,164,979,037	8,404,837,506
	南區分區	1,369,675,698	1,464,021,272	1,567,418,350	1,520,208,699	5,921,324,019
	高屏分區	1,491,954,799	1,596,624,420	1,707,918,337	1,659,159,577	6,455,657,133
	東區分區	210,966,217	224,978,374	242,088,498	235,092,449	913,125,538
	小計	10,698,084,028	11,460,946,233	12,313,758,741	11,957,906,860	46,430,695,862

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額:

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

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

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

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 (BD2)=(BD1)+(BH)-(BI)+ (Z)+(BE4)+(BE5)+(BE6)	臺北分區	4,198,922,462	4,287,346,762	4,553,007,140	4,533,851,853	17,573,128,217
	北區分區	1,810,594,016	1,856,779,827	1,979,563,032	1,975,410,735	7,622,347,610
	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：

- 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。
- 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。
- 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。
- 「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：
 - 本計畫全年經費為7.221億元，其中6.721億元由111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
 - 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」。

四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	3,509,806,762(BF)	0.93390730	-----	29,504,638	177,189
	2-北區分區	335,556,311	0.93390730	313,378,488	2,843,857	
	3-中區分區	206,108,789	0.93390730	192,486,503	1,751,402	
	4-南區分區	119,167,544	0.93390730	111,291,439	1,023,069	
	5-高屏分區	162,251,581	0.93390730	151,527,936	1,201,030	
	6-東區分區	20,872,017	0.93390730	19,492,529	260,142	
	7-合計	4,353,763,004(GF)		788,176,895(AF)	36,584,138(BG)		177,189(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	223,950,564	0.99977589	223,900,374	2,156,097	52,465
	2-北區分區	1,331,963,753(BF)	0.99977589	-----	11,630,484	
	3-中區分區	86,099,951	0.99977589	86,080,655	711,980	
	4-南區分區	55,200,840	0.99977589	55,188,469	446,164	
	5-高屏分區	34,034,359	0.99977589	34,026,732	253,474	
	6-東區分區	4,182,151	0.99977589	4,181,214	59,445	
	7-合計	1,735,431,618(GF)		403,377,444(AF)	15,257,644(BG)		52,465(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	68,658,337	0.98880600	67,889,776	642,163	58,876
	2-北區分區	40,423,764	0.98880600	39,971,260	353,932	
	3-中區分區	1,832,258,540(BF)	0.98880600	-----	13,727,451	
	4-南區分區	41,292,778	0.98880600	40,830,547	410,414	
	5-高屏分區	28,520,686	0.98880600	28,201,425	219,509	
	6-東區分區	2,701,122	0.98880600	2,670,886	31,745	
	7-合計	2,013,855,227(GF)		179,563,894(AF)	15,385,214(BG)		58,876(BJ)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	58,067,527	1.03837197	60,295,692	674,877	
	2-北區分區	25,494,281	1.03837197	26,472,547	234,644	
	3-中區分區	61,472,725	1.03837197	63,831,555	564,734	
	4-南區分區	1,127,174,315(BF)	1.03837197	-----	10,814,589	45,626
	5-高屏分區	62,099,630	1.03837197	64,482,515	494,149	
	6-東區分區	2,303,518	1.03837197	2,391,909	30,147	
	7-合計	1,336,611,996(GF)		217,474,218(AF)	12,813,140(BG)	45,626(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	39,801,151	1.00359584	39,944,270	388,351	
	2-北區分區	16,108,402	1.00359584	16,166,325	147,772	
	3-中區分區	29,143,486	1.00359584	29,248,281	279,624	
	4-南區分區	62,725,869	1.00359584	62,951,421	554,647	
	5-高屏分區	1,378,944,747(BF)	1.00359584	-----	11,388,033	24,829
	6-東區分區	3,852,751	1.00359584	3,866,605	46,094	
	7-合計	1,530,576,406(GF)		152,176,902(AF)	12,804,521(BG)	24,829(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	13,127,585	1.17647313	15,444,251	162,605	
	2-北區分區	4,364,571	1.17647313	5,134,801	54,933	
	3-中區分區	4,384,353	1.17647313	5,158,073	47,398	
	4-南區分區	2,472,910	1.17647313	2,909,312	24,343	
	5-高屏分區	5,856,283	1.17647313	6,889,760	52,846	
	6-東區分區	152,720,633(BF)	1.17647313	-----	1,878,369	10,141
	7-合計	182,926,335(GF)		35,536,197(AF)	2,220,494(BG)	10,141(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	= [4,198,922,462 - 788,176,895 - (36,584,138 + 0) - 177,189] / 3,509,806,762 = 0.96130199
北區分區	= [1,810,594,016 - 403,377,444 - (15,257,644 + 0) - 52,465] / 1,331,963,753 = 1.04500326
中區分區	= [2,048,436,108 - 179,563,894 - (15,385,214 + 100,000) - 58,876] / 1,832,258,540 = 1.01149924
南區分區	= [1,444,462,677 - 217,474,218 - (12,813,140 + 5,059,871) - 45,626] / 1,127,174,315 = 1.07265558
高屏分區	= [1,583,580,972 - 152,176,902 - (12,804,521 + 938,232) - 24,829] / 1,378,944,747 = 1.02805895
東區分區	= [222,568,150 - 35,536,197 - (2,220,494 + 0) - 10,141] / 152,720,633 = 1.21006124

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)
 = [11,308,564,385 - (95,065,151 + 6,098,103) - 369,126] / 11,153,164,586 = 1.00482979

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	= [4,198,922,462] / [4,353,763,004 + 36,584,138 + 0 + 177,189] = 0.95636014
北區分區	= [1,810,594,016] / [1,735,431,618 + 15,257,644 + 0 + 52,465] = 1.03418682
中區分區	= [2,048,436,108] / [2,013,855,227 + 15,385,214 + 100,000 + 58,876] = 1.00938051
南區分區	= [1,444,462,677] / [1,336,611,996 + 12,813,140 + 5,059,871 + 45,626] = 1.06639351
高屏分區	= [1,583,580,972] / [1,530,576,406 + 12,804,521 + 938,232 + 24,829] = 1.02540689
東區分區	= [222,568,150] / [182,926,335 + 2,220,494 + 0 + 10,141] = 1.20205116

5. 一般服務全區平均點值 = [11,308,564,385] / [11,153,164,586 + 95,065,151 + 6,098,103 + 369,126] = 1.00478622

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]

= [11,308,564,385 + 274,135,303 + 38,321,731 + 2,213,002]

／ [11,153,164,586 + 95,065,151 + 6,098,103 + 369,126 + 266,353,201 + 37,246,076] = 1.00561832

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

= 130,004,185 + 57,596,209 + 34,645,550 + 1,237,000 + 121,746 + 87,678 + 836,261 + 49,606,674

= 274,135,303

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110/12(含)以前：於111/04/01~111/06/30期間核付者。

費用年月111/01~111/03：於111/01/01~111/06/30期間核付者。

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

報告事項第四案

提案單位：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。

說明：

- 一、依據本署110年4月7日健保醫字第1100003934號公告「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、本署已於111年7月7日前完成發放作業。
- 三、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。
- 四、110年牙醫門診總額品質保證保留款核發作業辦理結果摘要說明如下(詳附件，頁次報4-2)：
 - (一)110年計6,249家(87.5%)院所符合獎勵條件且核發品保款，891家(12.5%)牙醫院所未領取品保款(875家不符核發資格，16家指標達成率為0%)。
 - (二)110年預算為204,282,605元，扣除109年申復核發金額57,275元後，可支用預算為204,225,330元。每家牙醫院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計204,225,359元，與預算相差29元。

決定：

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

註：

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

表 3、110 年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額-分區別

分區別	核發比率	不予核發	0%<X<20%	20%≤X<40%	40%≤X<60%	60%≤X<80%	80%≤X<100%	全部核發	總計
台北	家數	392	97	778	641	374	467	26	2,775
	家數占率	14.1%	3.5%	28.0%	23.1%	13.5%	16.8%	0.9%	100%
	核發金額	-	112,109	4,340,550	10,931,962	12,585,298	37,182,087	4,271,148	69,423,154
	金額占率	0%	0.16%	6.3%	15.7%	18.1%	53.6%	6.2%	100%
北區	家數	126	39	144	284	149	178	22	942
	家數占率	13.4%	4.1%	15.3%	30.1%	15.8%	18.9%	2.3%	100%
	核發金額	-	123,311	1,086,362	5,596,847	5,437,862	17,053,668	4,216,914	33,514,964
	金額占率	0%	0.37%	3.2%	16.7%	16.2%	50.9%	12.6%	100%
中區	家數	168	46	375	360	187	191	44	1,371
	家數占率	12.3%	3.4%	27.4%	26.3%	13.6%	13.9%	3.2%	100%
	核發金額	-	68,380	2,277,438	7,013,341	7,136,416	16,033,927	8,017,924	40,547,426
	金額占率	0%	0.17%	5.6%	17.3%	17.6%	39.5%	19.8%	100%
南區	家數	78	39	207	224	139	149	17	853
	家數占率	9.1%	4.6%	24.3%	26.3%	16.3%	17.5%	2.0%	100%
	核發金額	-	69,066	1,344,886	4,379,730	5,833,755	13,564,922	2,108,387	27,300,746
	金額占率	0%	0.25%	4.9%	16.0%	21.4%	49.7%	7.7%	100%
高屏	家數	110	60	310	239	176	149	21	1,065
	家數占率	10.3%	5.6%	29.1%	22.4%	16.5%	14.0%	2.0%	100%
	核發金額	-	112,512	2,050,865	4,239,361	7,514,905	12,812,615	2,984,961	29,715,219
	金額占率	0%	0.38%	6.9%	14.3%	25.3%	43.1%	10.0%	100%
東區	家數	17	6	27	31	21	28	4	134
	家數占率	12.7%	4.5%	20.1%	23.1%	15.7%	20.9%	3.0%	100%
	核發金額	-	2,754	167,325	545,997	857,021	1,726,929	423,824	3,723,850
	金額占率	0%	0.07%	4.5%	14.7%	23.0%	46.4%	11.4%	100%
總計	家數	891	287	1,841	1,779	1,046	1,162	134	7,140
	家數占率	12.5%	4.0%	25.8%	24.9%	14.6%	16.3%	1.9%	100%
	核發金額	-	488,132	11,267,426	32,707,238	39,365,257	98,374,148	22,023,158	204,225,359
	金額占率	0%	0.24%	5.5%	16.0%	19.3%	48.2%	10.8%	100%

註：不予核發包含0%及不符資格，全部核發為100%。

表 4、110 年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額-層級別

層級	核發比率	不予核發	0%<X<20%	20%≤X<40%	40%≤X<60%	60%≤X<80%	80%≤X<100%	全部核發	總計
醫學中心	家數	-	-	-	1	1	6	11	19
	家數占率	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	5.3%	31.6%	57.9%	100%
	核發金額	-	-	-	119,654	451,313	3,005,362	5,863,444	9,439,773
	金額占率	0%	0.00%	0.0%	1.3%	4.8%	31.8%	62.1%	100%
區域醫院	家數	6	-	3	7	14	27	15	72
	家數占率	8.3%	0.0%	4.2%	9.7%	19.4%	37.5%	20.8%	100%
	核發金額	-	-	65,509	177,144	1,039,958	4,981,117	3,169,342	9,433,070
	金額占率	0%	0.00%	0.7%	1.9%	11.0%	52.8%	33.6%	100%
地區醫院	家數	27	1	14	12	23	10	5	92
	家數占率	29.3%	1.1%	15.2%	13.0%	25.0%	10.9%	5.4%	100%
	核發金額	-	63	72,489	129,570	711,865	1,228,734	700,397	2,843,118
	金額占率	0%	0.00%	2.5%	4.6%	25.0%	43.2%	24.6%	100%
基層診所	家數	858	286	1,824	1,759	1,008	1,119	103	6,957
	家數占率	12.3%	4.1%	26.2%	25.3%	14.5%	16.1%	1.5%	100%
	核發金額	-	488,069	11,129,428	32,280,870	37,162,121	89,158,935	12,289,975	182,509,398
	金額占率	0%	0.27%	6.1%	17.7%	20.4%	48.9%	6.7%	100%
總計	家數	891	287	1,841	1,779	1,046	1,162	134	7,140
	家數占率	12.5%	4.0%	25.8%	24.9%	14.6%	16.3%	1.9%	100%
	核發金額	-	488,132	11,267,426	32,707,238	39,365,257	98,374,148	22,023,158	204,225,359
	金額占率	0%	0.24%	5.5%	16.0%	19.3%	48.2%	10.8%	100%

註：不予核發包含0%及不符資格，全部核發為100%。

表 5、110 年牙醫品保款各項指標符合院所數-分區別

原因別		分區別							該項目達成率
		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	87.75%
		38.1%	13.1%	19.3%	12.4%	15.3%	1.9%	100.0%	
	不符合	388	122	163	76	109	17	875	12.25%
		44.3%	13.9%	18.6%	8.7%	12.5%	1.9%	100.0%	
■ 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	81.34%
		38.3%	12.9%	20.0%	12.1%	14.9%	1.9%	100.0%	
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	94.38%
		39.3%	13.1%	19.8%	11.8%	14.3%	1.8%	100.0%	
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	89.86%
		37.9%	13.0%	19.5%	12.3%	15.3%	2.0%	100.0%	
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	92.07%
		38.3%	12.9%	19.2%	12.2%	15.6%	1.9%	100.0%	
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	45.48%
		32.0%	17.4%	21.0%	12.3%	14.9%	2.3%	100.0%	
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	88.33%
		38.3%	14.0%	20.2%	11.6%	14.2%	1.8%	100.0%	
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	91.19%
		38.0%	13.0%	19.5%	12.3%	15.3%	2.0%	100.0%	
2C	院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。	1,193	637	760	478	620	85	3,773	52.84%
		31.6%	16.9%	20.1%	12.7%	16.4%	2.3%	100.0%	
3	恆牙根管治療分為下列 4 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	2,331	801	1,176	754	918	107	6,087	85.25%
		38.3%	13.2%	19.3%	12.4%	15.1%	1.8%	100.0%	
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	85.25%
		38.3%	13.2%	19.3%	12.4%	15.1%	1.8%	100.0%	

原因別		分區別							該項目達成率
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
3B	恆牙根管治療未完成率<30%。	2,552	886	1,288	791	993	122	6,632	92.89%
		38.5%	13.4%	19.4%	11.9%	15.0%	1.8%	100.0%	
3C	院所當年度應申報至少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	46.78%
		41.9%	14.6%	16.9%	12.3%	12.5%	1.8%	100.0%	
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	88.82%
		39.2%	13.6%	18.9%	12.0%	14.6%	1.7%	100.0%	
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	65.24%
		41.7%	14.4%	18.0%	12.0%	12.4%	1.5%	100.0%	
4A	全口牙結石清除比率>20%。	2,721	913	1,335	822	1,036	127	6,954	97.39%
		39.1%	13.1%	19.2%	11.8%	14.9%	1.8%	100.0%	
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	66.93%
		41.5%	14.6%	18.1%	11.9%	12.4%	1.5%	100.0%	
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	97.42%
		39.2%	13.0%	19.0%	12.0%	14.8%	1.8%	100.0%	
◎ 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	30.39%
		39.6%	14.6%	17.8%	12.4%	13.5%	2.0%	100.0%	
6	該院所當年度第3階段診療項目申報件數在10件(含)以上，且占第1階段診療項目申報件數之比率至少達50%，獎勵15%。	945	336	388	299	334	44	2,346	32.86%
		40.3%	14.3%	16.5%	12.7%	14.2%	1.9%	100.0%	
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	60.66%
		22.5%	13.5%	18.9%	18.0%	20.7%	6.3%	100.0%	
8	每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提	892	315	515	403	463	44	2,632	37.83%

原因別		分區別							該項目達成率
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
	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）。	33.9%	12.0%	19.6%	15.3%	17.6%	1.7%	100.0%	
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	40.20%
		35.9%	12.4%	18.4%	14.6%	17.0%	1.7%	100.0%	
8B	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	86.05%
		36.5%	12.8%	20.7%	12.8%	15.6%	1.6%	100.0%	
9	109年月平均初核減率小於（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	92.14%
		38.7%	12.8%	19.5%	12.2%	15.0%	1.8%	100.0%	
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	12.24%
		22.8%	12.5%	26.5%	15.1%	18.2%	4.9%	100.0%	
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	8.70%
		22.0%	12.7%	27.9%	16.2%	16.7%	4.5%	100.0%	
■ 不符本方案核發品保款院所之原因分析								總家數：875	
◎ 不予核發資格									
0	不符合加強感染管制院所。	334	88	99	58	80	15	674	9.44%
		49.6%	13.1%	14.7%	8.6%	11.9%	2.2%	100.0%	
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	10.43%
		43.4%	14.2%	18.5%	9.3%	12.6%	2.0%	100.0%	
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	0.06%
		50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	100.0%	
3	本年度內經中央健康保險署處以扣減其十倍醫療費用者。處分日期：110/01/01 - 110/12/31。	3	6	5	0	0	1	15	0.21%
		20%	40%	33%	0%	0%	7%	100%	
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	0.55%
		10%	10%	38%	21%	21%	0%	100%	

原因別		分區別							該項目 達成率
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	
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	0.08%
		0%	33%	17%	17%	33%	0%	100%	
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	0.04%
		0%	0%	33%	67%	0%	0%	100%	
◎ 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	0.22%
		25.0%	25.0%	31.3%	12.5%	6.3%	0.0%	100.0%	

表 6、110 年牙醫品保款各項指標符合院所數-層級別

原因別		層級別					該項目達成率
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層	合計	
■ 核發本方案品保款							
	符合	19 0.3%	66 1.1%	72 1.1%	6,108 97.5%	6,265 100.0%	87.75%
	不符合	0 0.0%	6 0.7%	20 2.3%	849 97.0%	875 100.0%	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%。	18 0.3%	69 1.2%	67 1.2%	5,654 97.3%	5,808 100.0%	81.34%
1A	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率 ≤ 7%。	18 0.3%	69 1.0%	85 1.3%	6,567 97.4%	6,739 100.0%	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。	19 0.3%	72 1.1%	85 1.3%	6,240 97.3%	6,416 100.0%	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。	19 0.3%	72 1.1%	77 1.2%	6,406 97.4%	6,574 100.0%	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%。	18 0.6%	46 1.4%	25 0.8%	3,158 97.3%	3,247 100.0%	45.48%
2A	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 ≤ 10%。	18 0.3%	64 1.0%	71 1.1%	6,154 97.6%	6,307 100.0%	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。	19 0.3%	72 1.1%	85 1.3%	6,335 97.3%	6,511 100.0%	91.19%
2C	院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。	19 0.5%	50 1.3%	32 0.8%	3,672 97.3%	3,773 100.0%	52.84%
3	恆牙根管治療分為下列 4 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	18 0.6%	58 2.0%	40 1.4%	2,781 96.0%	2,897 100.0%	85.25%
3A	恆牙根管治療完成半年後的保存率 ≥ 95%。	19 0.3%	66 1.1%	63 1.0%	5,939 97.6%	6,087 100.0%	85.25%
3B	恆牙根管治療未完成率 < 30%。	18 0.3%	71 1.1%	81 1.2%	6,462 97.4%	6,632 100.0%	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 例同時童案件下應含橡皮障防濕裝置(90012C)。	19 0.6%	65 1.9%	58 1.7%	3,198 95.7%	3,340 100.0%	46.78%
3D	根管治療點數佔總點數之百分比須大於 5%者。	19 0.3%	66 1.0%	71 1.1%	6,186 97.5%	6,342 100.0%	88.82%

原因別		層級別					該項目達成率
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層	合計	
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%。	13	50	57	4,538	4,658	65.24%
		0.3%	1.1%	1.2%	97.4%	100.0%	
4A	全口牙結石清除比率>20%。	18	68	86	6,782	6,954	97.39%
		0.3%	1.0%	1.2%	97.5%	100.0%	
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%。	14	54	59	4,652	4,779	66.93%
		0.3%	1.1%	1.2%	97.3%	100.0%	
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。	19	71	87	6,779	6,956	97.42%
		0.3%	1.0%	1.3%	97.5%	100.0%	
◎ 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%。	19	57	41	2,053	2,170	30.39%
		0.9%	2.6%	1.9%	94.6%	100.0%	
6	該院所當年度第3階段診療項目申報件數在10件(含)以上，且占第1階段診療項目申報件數之比率至少達50%，獎勵15%。	19	57	45	2,225	2,346	32.86%
		0.8%	2.4%	1.9%	94.8%	100.0%	
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)。	18	57	36	-	111	60.66%
		16.2%	51.4%	32.4%	-	100.0%	
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)。	-	-	-	2,632	2,632	37.83%
		-	-	-	100.0%	100.0%	
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。	-	-	-	2,870	2,870	40.20%
		-	-	-	100.0%	100.0%	
8B	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)。	-	-	-	6,144	6,144	86.05%
		-	-	-	100.0%	100.0%	
9	109年月平均初核減率小於(等於)全國95百分位者，獎勵5%(診所適用)。	-	-	-	6,410	6,410	92.14%
		-	-	-	100.0%	100.0%	
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)。	17	43	33	781	874	12.24%
		1.9%	4.9%	3.8%	89.4%	100.0%	
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)。	-	-	-	605	605	8.70%
		-	-	-	100.0%	100.0%	

原因別	層級別					該項目 達成率	
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層	合計		
■ 不符本方案核發品保款院所之原因分析						總家數：875	
◎ 不予核發資格							
0	不符合加強感染管制院所。	0	5	20	649	674	9.44%
		0.0%	0.7%	3.0%	96.3%	100.0%	
1	本年度12月有1個(含)月以上費用未辦理第一次暫付者。	0	5	17	723	745	10.43%
		0.0%	0.7%	2.3%	97.0%	100.0%	
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。	0	0	0	4	4	0.06%
		0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	
3	本年度內經中央健康保險署處以扣減其十倍醫療費用者。處分日期：110/01/01 - 110/12/31。	0	0	0	15	15	0.21%
		0%	0%	0%	100%	100%	
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。	0	0	0	39	39	0.55%
		0%	0%	0%	100%	100%	
5	經中央健康保險署終止特約者(五年內)處分起迄日：106/01/01 - 110/12/31。	0	0	0	6	6	0.08%
		0%	0%	0%	100%	100%	
6	特約醫療院所所有異常醫療行為模式，經分區委員會輔導後，認其情節重大經決議提中華民國牙醫師公會全國聯合會報備者。	0	0	0	3	3	0.04%
		0%	0%	0%	100%	100%	
◎ 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%	0	0	7	9	16	0.22%
		0.0%	0.0%	43.8%	56.3%	100.0%	

報告事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111年度牙醫門診醫療給付費用總額協定事項需扣減費用之計算方式。

說明：

- 一、依據111年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配辦理。
- 二、有關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項目如下：

(一) 高風險疾病口腔照護（預算405百萬元）：

1. 依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
2. 檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源

(二) 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫（預算271.5百萬元）：依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

三、本署研擬計算方式，說明如下：

(一) 高風險疾病口腔照護：

1. 本項預算用於擴大特定對象服務頻率所增加之金額，並自111年3月1日起新增91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(700點)，費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導，每90天得申報1次（1年4次）。
2. 前述項目未實施前，健保係提供每人半年1次91004C「牙結石清除—全口」(600點)，及每年1次91014C「牙周暨齶齒控制基本處置」(100點)，執行牙菌斑偵測及去除維護教導。
3. 考量本項預算用於增加服務頻率所需額外經費，全口牙結石清除由1年2次增加為4次，牙周暨齶齒控制基本處置由1年1次增加為4次，故需扣除原服務次數之費用。
4. 研擬扣減當年度未執行額度之計算方式(附件1、頁次報5-3)：

(1) 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。

(2) 扣減未執行額度之費用=預算405百萬元-實際增加費用(A)。

(二) 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

1. 本項預算已於111年3月11日新增12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，並增訂P7101C「青少年齲齒控制照護處置」(300點)，須包含牙菌斑偵測、去除維護教導；與支付標準91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」服務內容重複。
2. 研擬扣減一般服務與本新增項目重複申報之費用(附件2、頁次報5-4)：於111年申報本項者，若其曾於108至110年任一年申報91014C，將依其申報91014C之點數扣減一般服務費用。

四、後續將依上述方式計算全年扣減費用，另有關91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」實施成效及節流效益，考量本項需長期觀察，請牙全會提供成效評估方式。

決定：

111年申報 91090C情形	申報次數	1次	2次	3次	4次	合計	
	人數	4,217	124	-	-	4,341	
	申報醫療費用	2,972,550	174,020	-	-	3,146,570	
111年利用 91090C者 108-110年 原提供服 務利用情 形	91004C全口 牙結石清除 (600點)	108-110年 任一年申報 1次且未有 申報2次人 數(A)	1,514	39	-	-	1,553
		108-110年 任一年申報 2次人數(B)	1,956	73	-	-	2,029
	91014C牙周 暨齶齒控制 基本處置 (100點)	108-110年 任一年申報 1次人數(E)	2,457	80	-	-	2,537
扣減一般 服務執行 原相關服 務之基期 費用	91004C全口 牙結石清除 (600點)	1.申報91090C 1 次者:於108至110 年有申報91004C 者,各扣減1次 91004C費用。 2.申報91090C2次 者: (1)於108至110 年申報91004C屬 (A)者,各扣減1 次91004C費用。 (2)於108至110年 申報91004C屬 (B)者,各扣減2 次91004C費用。	600*(1,514+1 ,956)= 2,082,000	600*39+1,20 0*73= 111,000	-	-	2,193,000
	91014C牙周 暨齶齒控制 基本處置 (100點)	於108-110年任一 申報91014C 1次 ,各扣減1次 91014C費用。	100*2,457=2 45,700	100*80=8,00 0	-	-	253,700
	合計	2,327,700	119,000	-	-	2,446,700	

項目	支付 點數	服務人數	服務人次	醫療點數	申報 P7101C 者 108-110 年曾申 報 <u>91014C</u> 人數 (A)	扣減一般服務 費用 B=A*100
P7101C 青少年 齲齒控制照護 處置	300	3,158	3,178	953,400	2,366	236,600
P7102C 青少年 齲齒氟化物治 療	500	2,033	2,046	1,023,000	-	-

註：91014C 牙周暨齲齒控制基本處置(100點)

報告事項第六案

提案單位：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。

說明：

- 一、依據109年第3次本會議及110年第2次本會議決議辦理。
- 二、牙周病統合治療方案對於第三階段完成率未達比率者，訂有牙醫師退場機制：依支付標準第三部第五章通則二（四）規定，醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報91023C「牙周病統合治療第三階段支付」個案數比率 < 33.33%者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
- 三、因應COVID-19疫情期間，前於本會議決議退場機制之計算方式：
 - （一）109年第3次本會議：
 1. COVID-19疫情期間暫緩執行本方案退場機制，疫情期間定義為成立「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」（109年1月20日）起。
 2. 支付標準牙周病統合治療方案分三階段支付，以執行91021C「牙周病統合治療第一階支付」起算，其療程最長180天。爰108年方案退場機制計算排除「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」成立前180天內申報91021C之個案。
 - （二）110年第2次本會議：本案退場機制之定義不變，請牙全會就「疫情期間」之定義，依實際疫情發展進行滾動式檢討及修正。

四、牙周病統合治療方案(原為牙周統合治療計畫)自99年起施行，並於108年3月起導入支付標準第三部牙醫第五章，110年執行情況摘要如下（詳附件，頁次報6-3）：

（一）預算執行：預算為2996.7百萬元，執行率為77.8%。

（二）服務人次(以第二階段服務人次計)：

1. 服務24.4萬人次。

2. 另依110年牙醫門診醫療給付費用總額及其分配協定目標30萬人次計算，達成率為81.5%。

（三）照護完成率(第一階段至第三階段)為79.8%。

五、各年度執行本方案退場醫師人數106年19人、107年20人、108年18人；另依原方案規定統計第三階段服務個案比率 < 33.33%之醫師，109年共17人、110年18人。

六、綜上，依支付標準規定本署援例須於每年八月辦理前年度之退場醫師，惟依上述本會議決議COVID-19疫情期間退場機制之計算方式，無醫師須退場；另考量疫情期間牙周病統合治療方案第一至第三階段之照護完成率與疫情前幾乎無異（106-108年介於78.6%-79.6%、109-110年介於81.2%-78.9%），為維持牙周病統合照護之品質，落實完成第三階段之牙周照護，建議牙全會就110年退場機制之疫情期間定義再評估及檢討。

決 定：

表14-1 106~111年6月牙周病統合照護計畫/治療方案執行情形

項目	年					
	106	107	108年	109年	110年	111年 1~6月 ^{註6}
預算來源^{註1}	專款項目		一般服務			
一般服務預算成長率	...	...	8.276%	3.559%	3.054%	1.843%
預算數(百萬元)^{註2}	1,393.0	2,152.8	2,808.0	2,907.9	2,996.7	3,052.0
第一、二階段	1,042.4	1,564.0	...	...	...	...
第三階段 ^{註3}	350.6	588.8	...	...	...	...
預算執行數(百萬元)	1,393.0	1,962.1	1,982.3	2,397.8	2,330.2	1,230.7
第一、二階段 ^{註4}	1,042.4	1,408.1	1,428.1	1,723.4	1,678.9	881.5
第三階段	350.6	554.0	554.2	674.4	651.3	349.2
預算執行率	100.0%	91.1%	70.6%	82.5%	77.8%	40.3%
實際申報醫療點數(百萬點)	1,742.3	1,977.8	1,982.3	2,397.8	2,330.2	1,230.7
第一、二階段	1,263.1	1,420.0	1,428.1	1,723.4	1,678.9	881.5
第三階段	479.2	557.8	554.2	674.4	651.3	349.2
服務人數						
--第一階段	188,561	214,531	215,738	259,188	253,192	132,283
--第二階段	184,017	206,286	207,545	251,008	244,353	128,554
--第三階段	149,459	174,140	173,046	210,615	203,435	109,090
服務總人次						
目標數	150,000	230,000	300,000	300,000	300,000	300,000
目標執行數						
--第一階段	189,118	214,835	215,961	259,365	253,322	132,327
--第二階段	184,510	206,574	207,759	251,188	244,471	128,599
--第三階段	149,703	174,285	173,158	210,722	203,514	109,110
目標達成率(以第二階段認定)	123.0%	89.8%	69.3%	83.7%	81.5%	42.9%
照護完成率(%)						
第一至第二階段	96.0%	96.2%	95.4%	96.2%	96.1%	91.5%
第一至第三階段	79.5%	79.6%	78.6%	81.2%	78.9%	54.2%
總額協定事項之執行情形(108、109年)						
評估指標						
--服務量	...	...	207,759	251,188	244,471	128,599
--完成率	...	...	78.6%	81.2%	78.9%	54.2%

製表人：蔡孟芸，分機：3622

註：1.牙周病統合照護計畫自108年起由專款項目導入一般服務，預算2,808百萬元，並更名為牙周病統合治療方案。

2.編列預算之金額，除首年預算外，其餘為前一年預算×當年一般服務成長率；預算執行率除當年度以協定預算之計算外，其餘計入往後年度成長率部分。

3.106年第3階段分別自一般服務移列65百萬元，若預算仍不足，再由一般服務支應。

4.106年第1、2階段自一般服務移列45.6百萬元支應；106年第1、2階段申請點數為1,263.1百萬點，超出預算改採浮動點值，如未採浮動點值，則執行率達121.2% (未含一般服務移撥金額)。

報告事項第七案

提案單位：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-保護性肢體制約適用對象之申報情形。

說明：

- 一、依據109年第4次本會議決議辦理。
- 二、109年第4次本會議針對有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，會議實錄及決議摘述如下：
 - (一) 同意新增診療項目91089C「糖尿病患者牙結石清除-全口」(支付點數700點)。另本項施行一定期間後由本署進行回溯性勾稽，以確認病人曾於西醫就醫且確實為糖尿病病人，並提至本會議討論。
 - (二) 90021C「特殊狀況-保護性肢體制約」放寬適用對象由「牙醫特殊醫療服務計畫」之「重度以上」身障患者放寬至「中度以上」身障患者：為避免過度制約情形發生，本項於施行1年後分析「重度以上」及「中度」身障者之申報情形，若中度約束比例比重度以上多則檢討。
- 三、91089C「糖尿病患者牙結石清除-全口」於110年一般服務增列「糖尿病患者口腔加強照護」225百萬元，並於110年7月1日起施行：
 - (一) 統計110年7月至111年6月各層級院所申報本項病人計19,693人，於就醫前一年有糖尿病診斷之病人16,659人(占率85%)，約有15%病人申報本項前1年未有糖尿病診斷；另有糖尿病診斷之病人申報1-2次者15,591人，申報大於3次者1,068人(占率6.4%=1,068/16,659)(附件1、頁次報7-3)。
 - (二) 本項支付標準未訂定適應症，惟全民健康保險醫療費用審查注意事項訂定申報91089C，病歷應詳載病史及相關佐證資料(如血糖值或糖化血色素等檢驗數據及日期或用

藥紀錄)隨病歷留存以供審查，爰請牙全會依支付標準及審查注意事項規定輔導會員申報。

四、90021C「特殊狀況－保護性肢體制約」適用對象由「重度以上」放寬至「中度以上」身障患者：

(一) 本項預算來源為牙特計畫專款，本項修訂費用預估約增加2.3百萬點，於110年7月1日起施行。

(二) 統計109年申報90021C之「重度以上」身障病人申報10,404人次，110年7月至12月「重度以上」身障病人申報3,755人次，「中度」身障患者申報733人次(占率16.33%)；111年1月至6月「重度以上」身障病人申報4,574人次，「中度」身障患者申報909人次(占率16.58%)(附件2、頁次報7-4)。

決 定：

110 年 7 月-111 年 6 月申報 91089C 被診斷為糖尿病統計

層級別	申報 91089C (人數) (A)	申報 91089C 前診 斷為糖尿病(人數) (B)	占率 (C=B/A)
醫學中心	444	367	82.66%
區域醫院	1,079	869	80.54%
地區醫院	646	522	80.80%
基層診所	17,524	14,901	85.03%

110年7月-111年6月申報91089C申報次數統計

申報次數	申報 91089C 前診斷為糖尿病 (人數)	申報 91089C 前未被診斷為糖尿病 (人數)
1 次	12,990	2,432
2 次	2,601	437
3 次	865	126
4 次	203	39

註:

- 資料來源:本署四代倉儲門住診檔(擷取日期 111 年 8 月 5 日)
- 申報 91089C:醫事類別 13、統計區間:11007-11106
- 申報 91089C 前診斷為糖尿病:
 - (1)糖尿病定義:醫事類別 11、12、21、22, 門住診主診斷前三碼 E08 至 E13
 - (2)區間:申報第一筆 91089C 前 365 天被診斷為糖尿病
- 以申報 91089C 之院所層級別歸戶

90021C特殊狀況—保護性肢體制約申報情形

服務類型	層級別	109年			110年7-12月							111年1-6月								
		重度以上			重度以上			中度			占率 [C=B/(A+B)]	重度以上				中度			占率 [C=B/(A+B)]	
		人數	人次	醫療費用 (千點)	人數	人次 (A)	醫療費用 (千點)	人數	人次 (B)	醫療費用 (千點)		申報醫院 家數	人數	人次 (A)	醫療費用 (千點)	申報醫院 家數	人數	人次 (B)		醫療費用 (千點)
合計		4,343	10,404	5477.6	2,788	3,755	2015.5	536	733	286.6	16.33%	100	3,105	4,574	2464.6	74	621	909	355.9	16.58%
院所	全國	2,559	6,862	3683.6	1,782	2,575	1382.7	437	624	244.1	19.51%	68	1,910	3,123	1677.3	56	521	800	313.4	20.39%
	醫學中心	1,045	2,679	1440.3	666	821	441.6	183	217	84.9	20.91%	11	745	1,103	591.7	8	215	303	119.5	21.55%
	區域醫院	977	2,454	1309.5	610	921	491.6	127	188	73.6	16.95%	17	590	952	509.6	14	137	203	79.2	17.58%
	地區醫院	66	173	94.7	116	139	74.6	34	49	19.1	26.06%	4	150	212	116.1	4	42	55	21.5	20.60%
	基層院所	504	1,556	839.2	394	694	374.9	94	170	66.5	19.68%	36	433	856	459.9	30	130	239	93.2	21.83%
醫療團	全國	1,869	3,540	1793.4	1,028	1,180	632.8	99	109	42.5	8.46%	49	1,212	1,451	787.3	25	101	109	42.5	6.99%
	醫學中心	20	23	12.8	13	13	7.0	13	13	5.1	50.00%	1	19	19	10.2	1	17	18	7.0	48.65%
	區域醫院	257	604	195.5	160	179	85.6	12	13	5.1	6.77%	3	203	269	144.8	1	3	3	1.2	1.10%
	地區醫院	240	652	356.4	173	236	129.8	25	32	12.5	11.94%	1	194	245	132.9	1	38	44	17.2	15.22%
	基層院所	1,356	2,261	1228.7	683	752	410.4	49	51	19.9	6.35%	44	798	918	499.4	22	43	44	17.2	4.57%
居家牙醫	全國	2	2	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	醫學中心	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	區域醫院	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	地區醫院	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	基層院所	2	2	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

註:

1.資料來源:本署四代倉儲門診檔 (擷取日期111年8月5日)

2.申報90021C:案件分類16

3.重度以上定義:

(1)院所:特定治療項目代號(-)FG、FH、FC

(2)醫療團:特定治療項目代號(-)FK、FL、FE、FU、FZ、L5、L6、L9

(3)居家牙醫:特定治療項目代號(-)FS、FY、

4.中度定義:

(1)院所:特定治療項目代號(-)FI、FD、LF

(2)醫療團:特定治療項目代號(-)FM、FF、LG、L7、LA、LH

(3)居家牙醫:特定治療項目代號(-)L4、LJ

肆、討論事項

討論事項第一案 **提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會**
案由：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。

說明：

- 一、依據 14-8 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、健保署 110/11/8 健保醫字第 1080033737 號函，建請本會提案修訂支付標準第三部牙醫轉診相關規範，針對同一療程案件之適用範圍期間、轉出及接受轉診之醫師資格及非牙科間轉診案件訂定明確規範，使申報轉診費用有所依循。

本署意見：

- 一、案係緣於支付標準第三部牙醫通則三規定略以，牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合該通則所載醫師資格及轉診範圍，得申報 30% 加成費用；惟前述加成並未針對同一療程案件之適用範圍期間、轉出及接受轉診之醫師資格及非牙科間轉診案件等訂有明確規範，爰請牙全會研議，以完善牙醫門診案件之轉診規範。
- 二、本次牙全會提案轉診加成規範摘述如下：
 - (一) 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。
 - (二) 接受轉診醫師規範：
 1. 轉出及接受轉診不得為同一醫師。
 2. 基層診所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再此限。
 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 天內僅以 1 次為限。

三、本署說明重點如下：

- (一)牙科分科轉診加成前於 90 年訂定「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」，於 106 年 3 月納入支付標準，其目的係為提升牙醫門診醫療品質、使接受高困難度之醫療機構報酬趨向合理、增加雙向轉診之可能性，另統計 107 年至 110 年執行轉診案件之比率介於 0.17%~0.24%，爰同意 180 天內同一療程之處置皆予以加成。
- (二)本次提案對於基層院所同專科或同層級可接受轉診但不予給付加成之原因請牙全會說明，另同專科之認定建議須考量牙醫師可能具多重專科醫師資格。
- (三)部分轉診規範僅限於基層院所（如：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。），醫院層級是否也需訂定相關規範。
- (四)本署完整說明詳附件 1(頁次討 1-3)，轉診加成之科別、範圍及項目如附件 2(頁次討 1-10)。

決 議：

支付標準第三部牙醫通則第三點修訂內容對照表

修訂內容(牙全會)	原內容	備註	本署意見
<p>三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。</p>	<p>三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。</p>	<p>無修訂。</p>	<p>—</p>
<p>(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉 	<p>(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 	<p>無修訂。</p>	<p>—</p>

修訂內容(牙全會)	原內容	備註	本署意見
<p>診範圍限(二)之第 7 項範圍。</p> <p>3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。</p>	<p>執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。</p> <p>3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。</p>		
<p>(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：</p> <p>1. 牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C外)，及 91009B、92030C~92033C。</p> <p>2. 牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除</p>	<p>(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：</p> <p>1. 牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C外)，及 91009B、92030C~92033C。</p> <p>2. 牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除</p>		

修訂內容(牙全會)	原內容	備註	本署意見
<p>91001C、91003C、91004C、91088C外),及92030C~92033C、91021C~91023C。</p> <p>3. 口腔顎面外科:本標準第三章第四節口腔顎面外科(除92001C、92013C、92088C外)。</p> <p>4. 牙體復形科:本標準第三章第一節牙體復形(除89006C、89088C外)。</p> <p>5. 口腔病理科:92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、<u>92021B</u>、<u>92022B</u>、<u>92053B</u>、<u>92054B</u>、<u>92067B</u>、<u>92068B</u>、<u>92069B</u>、<u>92070B</u>、<u>92097C</u>、<u>92098C</u>、<u>92161B</u>。</p>	<p>91001C、91003C、91004C、91088C外),及92030C~92033C、91021C~91023C。</p> <p>3. 口腔顎面外科:本標準第三章第四節口腔顎面外科(除92001C、92013C、92088C外)。</p> <p>4. 牙體復形科:本標準第三章第一節牙體復形(除89006C、89088C外)。</p> <p>5. 口腔病理科:92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。</p>	<p>新增口腔病理科診療項目,納入轉診加成範圍。</p>	<p>現行牙科門診分科轉診加成之限制之科別與診療項目(附件2),查本次口腔病理科新增轉診加成之診療項目為支付標準第三部第三章第四節口腔顎面外科之診療項目,本署尊重牙全會意見。</p>

修訂內容(牙全會)	原內容	備註	本署意見
<p>6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。</p> <p>7.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，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。</p>	<p>6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。</p> <p>7.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，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。</p>		
<p><u>(三)轉診加成規範：</u></p> <p><u>1. 轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；同一療程之處置於同療期間皆予以加成。</u></p> <p><u>2. 轉診加成轉出及接受轉診之醫師規範：</u></p> <p><u>(1) 轉出及接受轉診不得為同一醫師。</u></p> <p><u>(2) 基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：同專科同層級可受理轉診，但不予</u></p>	<p>(無)</p>	<p>新增(三)轉診加成規範內容，針對同一療程案件之適用範圍期間、轉出及接受轉診之醫師資格及非牙科間轉診案件訂定相關規範。</p>	<p>1. 同一療程適用轉診加成範圍：</p> <p>(1) 牙科門診分科轉診加成係依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理保險對象接受特約院所安排轉至其他適當院所繼續診治，接受轉診個案醫師得加成30%。</p> <p>(2) 查前述加成前於90年訂定「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」，於106年3月納入支付標準，其目的係為提升牙醫門診醫療品質、使接受</p>

修訂內容(牙全會)	原內容	備註	本署意見
<p><u>以給付加成，不同專科不受此限制。但若該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師則不在此限。</u></p> <p><u>(3) 附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則(二)適用鄉鎮之基層院所同層級可受理轉診，但不予以給付加成。</u></p> <p><u>3. 同一病人之轉出每次限轉診一種科別。</u></p> <p><u>4. 基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以 1 次為限。</u></p>			<p>高困難度之醫療機構報酬趨向合理、增加雙向轉診之可能性。</p> <p>(3)另統計107年至110年執行轉診案件之比率介於0.17%~0.24%。</p> <p>(4)綜上，考量轉診加成訂定之目的，同意左列第1點同一療程轉診加成規範。</p> <p>2. 有關轉診加成之轉出及接受轉診之醫師規範：</p> <p>(1) 查現行轉診加成之科別限牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、牙體復形科、口腔病理科及兒童牙科，包含醫院及診所(如：上、下轉)適用。</p> <p>(2) 請牙全會說明下列事項：</p> <p>i. 適用範圍：左列第2點(2)(3)及第4點皆係僅限於基層院所，醫院層級是否須訂定相關規範。</p>

修訂內容(牙全會)	原內容	備註	本署意見
			<p>ii.同專科同層級可受理轉診,但不予以給付加成之原因?若醫師有多項專科如何認定?如何加成?若轉診醫師建議轉診科別與接受轉診醫師實際執行治療之科別不同時如何認定?</p> <p>iii.請說明所左列第2點(2)與(3)之差異,若係區分為「牙醫相對合理門診點數給付原則之適用鄉鎮與非適用鄉鎮」,第左列第2點(2)建議修改為「<u>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</u>,同專科同層級可受理轉診...」,若該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師則不在此限」,另請說明「該縣市無可上轉之專科醫師不再此限」開放同層級同專科醫師互轉得申報轉診加成之理由?</p>

修訂內容(牙全會)	原內容	備註	本署意見
			3. 左列第4點「基層院所同一病人轉診加成,90天內僅以1次為限」,與第1點「同一療程轉診收治日起180天內;同一療程之處置於同療期間皆予以加成。」規範似有矛盾。
(三 四)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診,否則無效。	(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診,否則無效。	修訂序號。	—

牙科門診分科轉診加成之轉診範圍，限制之科別與診療項目

1. 牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C 齒內治療緊急處理 150 點、90006C 去除縫成牙冠 240 點、90007C 去除鑄造牙冠 500 點、90088C 根管治療轉出醫療院所之轉診費用外 200 點)，及 91009B、92030C~92033C。

編號	診療項目	支付點數
90001C	恆牙根管治療 (單根)	1210
90002C	恆牙根管治療 (雙根)	2410
90003C	恆牙根管治療 (三根)	3610
90019C	恆牙根管治療 (四根)	4810
90020C	恆牙根管治療 (五根(含)以上)	6010
90005C	乳牙斷髓處理	800
90008C	去除釘柱-每一釘柱	1235
	難症特別處理，範圍如下所列各項：	
90091C	— 大白齒(C-Shaped)根管	1000
90092C	— 有額外根管者 (1)前牙及下顎小白齒有超過一根管者。 (2)上顎小白齒有超過二根管者。 (3)大白齒有超過三根管者。 (4)以實際超過根管數計算。	1000
90093C	— 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折 (非同一醫療院所)，以根管數計算。	1000
90094C	— 根管重新治療在 X 光片上 root canal 內顯現出 radioopaque 等有 obstruction 之根管等個案，以根管數計算。	1500
90095C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(雙根管)	1600
90096C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(三根管)	2400
90097C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(四根管)	3200
90098C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管)	4000
90010C	根尖逆充填術	900
90011C	牙齒再植術	1000
90012C	橡皮障防濕裝置	150
	根尖成形術或根尖生成術	
90013C	— 前牙	500
90014C	— 後牙	1000
90015C	根管開擴及清創	600
90016C	乳牙根管治療	1010
90017C	恆牙斷髓處理	600
90018C	乳牙多根管治療	1690
90021C	特殊狀況—保護性肢體制約	300
90112C	特殊狀況橡皮障防濕裝置	250
91009B	牙周骨膜翻開術— 局部(牙周囊袋 5mm 以上 三齒以內)	3010

編號	診療項目	支付點數
92030C	前齒根尖切除術	1800
92031C	小白齒根尖切除術	2800
92032C	大白齒根尖切除術	4000
92033C	牙齒切半術或牙根切斷術	1500

2. 牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C 牙周緊急處置 150 點、91003C 牙結石清除-局部 150 點、91004C 牙結石清除-全口 600 點、91088C 牙周病轉出醫療院所之轉診費用 200 點外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。

編號	診療項目	支付點數
91002C	牙周敷料每次	120
91006C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) -全口	3200
91007C	-二分之一顎	800
91008C	-局部(三齒以內)	400
91009B	牙周骨膜翻開術 -局部(牙周囊袋 5mm以上 三齒以內)	3010
91010B	-三分之一顎(牙周囊袋 5mm以上 四至六齒)	5010
91011C	牙齦切除術 Gingivectomy -局部(三齒以內)	910
91012C	-三分之一顎	1510
91013C	牙齦切除術	330
91014C	牙周暨齶齒控制基本處置	100
91103C	特殊狀況牙結石清除 -局部	150
91104C	-全口	600
91114C	特殊牙周暨齶齒控制基本處置	250
91005C	口乾症牙結石清除-全口	600
91015C	特定牙周保存治療 -全口總齒數九至十五顆	2000
91016C	-全口總齒數四至八顆	1000
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	800
91018C	牙周病支持性治療	1000
91019C	懷孕婦女牙周緊急處置	500
91020C	牙菌斑去除照護	200
91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口	700
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口	700
92030C	前齒根尖切除術	1800
92031C	小白齒根尖切除術	2800
92032C	大白齒根尖切除術	4000
92033C	牙齒切半術或牙根切斷術	1500

編號	診療項目	支付點數
91021C	牙周病統合治療第一階段支付	1800
91022C	牙周病統合治療第二階段支付	5000
91023C	牙周病統合治療第三階段支付	3200

3. 口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C 非特定局部治療 50 點、92013C 簡單性拔牙 510 點、92088C 口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用 200 點外)。

編號	診療項目	支付點數
92066C	特定局部治療	50
92002C	齒間暫時固定術，每齒	100
92003C	口內切開排膿	510
92004C	口外切開排膿	2000
92005C	拆線 每次	50
92006C	固定鋼線移除	500
92007B	鋼線固定 三齒以內	1270
92008B	鋼線固定(上顎或下顎固定術) 四齒以上	2010
92009C	去除齒列夾板	360
92010B	顎間固定法	9780
92011B	環繞結紮法	2560
92012C	拔牙後特別處理	160
92014C	複雜性拔牙	900
	囊腫摘除術	
92017C	— 小 Small < 2cm	3000
92018B	— 中 Medium 2-4cm	3500
92019B	— 大 Large > 4cm	5000
92021B	軟組織切片	1000
92022B	硬組織切片	2000
92023B	囊腫造袋術	3020
92024B	瘻管切除術	800
	腐骨清除術	
92025B	— 簡單, 三分之一顎以下	2010
92026B	— 複雜, 三分之一顎以上	3010
92027C	齶蓋切除術	510
	繫帶切除術	
92028C	— 簡單法	410
92029C	— Z字法	570
92030C	前齒根尖切除術	1800
92031C	小白齒根尖切除術	2800
92032C	大白齒根尖切除術	4000

編號	診療項目	支付點數
92033C	牙齒切半術或牙根切斷術	1500
92035B	神經撕除法	1200
92036B	口內植皮	2400
92037B	涎石切除術，在腺管中	2010
	皮瓣手術	
92038B	— 小（未滿四平方公分）	720
92039B	— 中（四至十六平方公分）	2000
92040B	— 大（十六平方公分以上）	3200
92041C	齒槽骨成形術(二分之一顎以內)	570
92042C	齒槽骨成形術(二分之一顎以上)	1070
	顳顎關節脫臼整復	
92043C	— 無固定	310
92044B	— 有固定	2010
92045B	自體牙齒移植	4020
92046A	酒精注射	300
92047B	顎關節內注射	600
92048A	唾液腺導管	200
92049B	黏膜下注射	400
92050C	埋伏齒露出手術	970
92051B	塗氟	500
92052B	閉塞器裝置或手術導引板治療	5000
92053B	硬式咬合板治療	4000
92054B	軟性咬合器治療	800
92055C	乳牙拔除	260
92060B	手術用固定用焊鈎	2000
92061B	矯正後之活動維持裝置(每顎)	2000
92062C	唾液腺管沖洗	150
92067B	癌前病變軟組織切片	1810
92068B	癌前病變硬組織切片	2510
92065B	口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護	600
92069B	複雜型顳顎障礙症之特殊咬合板	7000
92070B	複雜型顳顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整	600
92071C	簡單性口內切開排膿	210
92072C	口乾症塗氟	500
92073C	口腔黏膜難症特別處置	600
92089B	氟托(單顎)	1500
92090C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療	600
92091C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療	400
92092C	乳牙複雜性拔牙	560

編號	診療項目	支付點數
92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次	1000
92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次	800
92095C	顎顏面骨壞死術後傷口照護	600
92096C	牙齒外傷急症處理	4976
92097C	顱顎關節障礙特殊檢查費-初診	1000
92098C	顱顎關節障礙特殊檢查費-複診	500
92099B	單側顱顎關節障礙乾針治療	500
92100B	單側顱顎關節沖洗	1400
92129B	顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費	2500
92130B	顎顏面外傷術後照護費	1000

第二項 門診手術

編號	診療項目	支付點數
92015C	單純齒切除術	2730
92016C	複雜齒切除術	4300
92020B	口內軟組織腫瘤切除	1800
92034B	口竇瘻管／相通修補術	5710
92056C	骨瘤切除術	5010
92057C	骨瘤切除術	10010
92058C	骨瘤切除術	15010
92059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物	6010
92063C	手術拔除深部阻生齒	8010
92064C	手術去除解剖間隙內異物或牙齒	10510
92161B	唾液腺摘取術(每部位)	2000

第三項 開刀房手術(92201~92230)

編號	診療項目	支付點數
92201B	單側髁狀突下截骨術或關節成形術	9060
92202B	涎石切除術，在腺體內	1900
92203B	髁狀突切除術，單側	3780
92204B	造碟術及腐骨清除術	4160
92205B	造碟術	790
92206B	髁狀突骨折手術復位術、單側	6260
92207B	補顎術	3792
92208B	顴骨弓骨折整復術	2610
	顎骨折整復術	
92209B	— 單一骨折	4130
92210B	— 複雜骨折	5700
92211B	顎骨切除術、邊緣切除	4410
92212B	顎骨切除術部份切除	7020
92213B	顎骨切除術、半切除	7020
92214B	顎骨重建術、骨移植	7730
92215B	顎骨重建術、金屬夾板（材料另計）	4850
	唾液腺切除術	
92218B	— 表淺或良性	2470
92219B	— 惡性	4120
92220B	末梢神經抽除術	3160
92221B	下齒槽神經抽除術	3780
92222B	顳顎關節脫臼手術整復	2750
	顎骨矯正手術	
92223A	— 合併上、下顎骨切除術或Le Fort III型切骨術	9270
92224A	— 單顎或二處	7730
92225A	— 一處	5410
92229B	快速顎骨擴張器治療	6260
92230B	單側顳顎關節鏡手術	12861

4. 牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C 覆髓 140 點、89088C 牙體復形轉出醫療院所之轉診費用 200 點外)。

編號	診療項目	支付點數
	銀粉充填	
89001C	— 單面	450
89002C	— 雙面	600
89003C	— 三面	750
	前牙複合樹脂充填	
89004C	— 單面	500
89005C	— 雙面	650
89007C	釘強化術 (每支)	500
	後牙複合樹脂充填	
89008C	— 單面	600
89009C	— 雙面	800
89010C	— 三面	1000
89011C	玻璃離子體充填	400
89012C	前牙三面複合樹脂充填	1050
89013C	複合體充填	1000
89014C	前牙雙鄰接面複合樹脂充填	1200
89015C	後牙雙鄰接面複合樹脂充填	1450
	特殊狀況之銀粉充填	
89101C	— 單面	450
89102C	— 雙面	600
89103C	— 三面	750
	特殊狀況之前牙複合樹脂充填	
89104C	— 單面	500
89105C	— 雙面	650
	特殊狀況之後牙複合樹脂充填	
89108C	— 單面	600
89109C	— 雙面	800
89110C	— 三面	1000
89111C	特殊狀況之玻璃離子體充填	400
89112C	特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填	1050
89113C	特殊狀況之複合體充填	1000
89114C	特殊狀況之前牙雙鄰接面複合樹脂充填	1200
89115C	特殊狀況之後牙雙鄰接面複合樹脂充填	1450

5. 口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。

編號	診療項目	支付點數
92049B	黏膜下注射	400
92065B	口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護	600
92073C	口腔黏膜難症特別處置	600
92090C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療	600
92091C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療	400
92095C	顎顏面骨壞死術後傷口照護	600

本次牙全會研擬新增項目

編號	診療項目	支付點數
92021B	軟組織切片	1000
92022B	硬組織切片	2000
92053B	硬式咬合板治療	4000
92054B	軟性咬合器治療	800
92067B	癌前病變軟組織切片	1810
92068B	癌前病變硬組織切片	2510
92069B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板	7000
92070B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整	600
92097C	顱顎關節障礙特殊檢查費-初診	1000
92098C	顱顎關節障礙特殊檢查費-複診	500
92161B	唾液腺摘取術(每部位)	2000

6. 兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。

7. 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，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部份。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)加強感染管制實施方案診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。

(二)適用鄉鎮：

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

註：

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

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下情形，不適用本原則之折付方式：

1.該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。

2.專科醫師。

3.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。

4.除第 1、2、3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

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

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

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

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

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

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

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

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

討論事項第二案

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。

說明：

- 一、依據 14-8 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、次依健保署北區業務組 111 年 6 月 9 日健保桃費三字第 1118303294 號函(詳附件、頁次討 2-2)，及牙醫門診醫療服務審查勞務委託契約，本會應研議降低爭議審議案件數量之對策，並對具爭議性案例建立案例研討機制辦理。
- 三、為審閱爭議審議爭議案件，擬成立審閱小組並建立審閱流程。
 - (一)審閱小組成員：爭審審查醫藥專家(原分區推派代表及爭審組分配之審查醫藥專家)、分區審查醫藥專家召集人、分區醫審組組長，小組成員均須具備審查醫藥專家資格，且至少 3 人以上，以討論共識。
 - (二)爭議性案例可分為：(1)撤銷案件；(2)駁回率 100%之院所案件。
- 四、流程表、爭審撤銷案件紀錄單，詳附件 2-2(頁次討 2-3)。

本署意見：

- 一、依據本署牙醫門診醫療服務審查勞務委託契約，牙醫全聯會應研訂降低爭議審議案件數量之對策，並對具爭議性案例建立案例研討機制。
- 二、本署尊重牙全會所訂流程表及爭審撤銷案件紀錄單草案。
- 三、請牙全會至少二週前通知本署分區業務組到署時間、名單...等，並配合各分區業務組之實務作業程序辦理。

決議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署北區業務組 書函

地址：32005 桃園市中壢區中山東路3段
525號
聯絡人：鄭美萍
聯絡電話：03-4339111 分機：8006
傳真：03-4381842

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年6月9日
發文字號：健保桃費三字第1118303294號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關牙醫爭議審議撤銷案件專業共識討論之辦理方式，請
貴分會配合事項，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署牙醫門診醫療服務審查勞務委託契約，牙醫全聯會應研訂降低爭議審議案件數量之對策，並對具爭議性案例建立案例研討機制辦理。
- 二、有關爭議審議撤銷案件，應於署內有適當防護措施之隔絕空間討論使用，並依相關個人資料保護法規範妥善管理，爰請貴分會配合作業如下：
 - (一)牙醫執行會或本區審查分會如欲針對爭議審議案件進行審查共識討論，請通知本組。
 - (二)本組為立案紀錄，將比照現有審查案件之送審作業模式，於本署二代醫療系統辦理分案作業，並請執行會或審查分會之審查醫藥專家於本組審查區進行專業共識討論，不再以加密電子檔提供審查分會或牙醫執行會至其他處所討論。

電子
文
騎

8

正本：牙醫門診醫療服務北區審查分會
副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會



裝



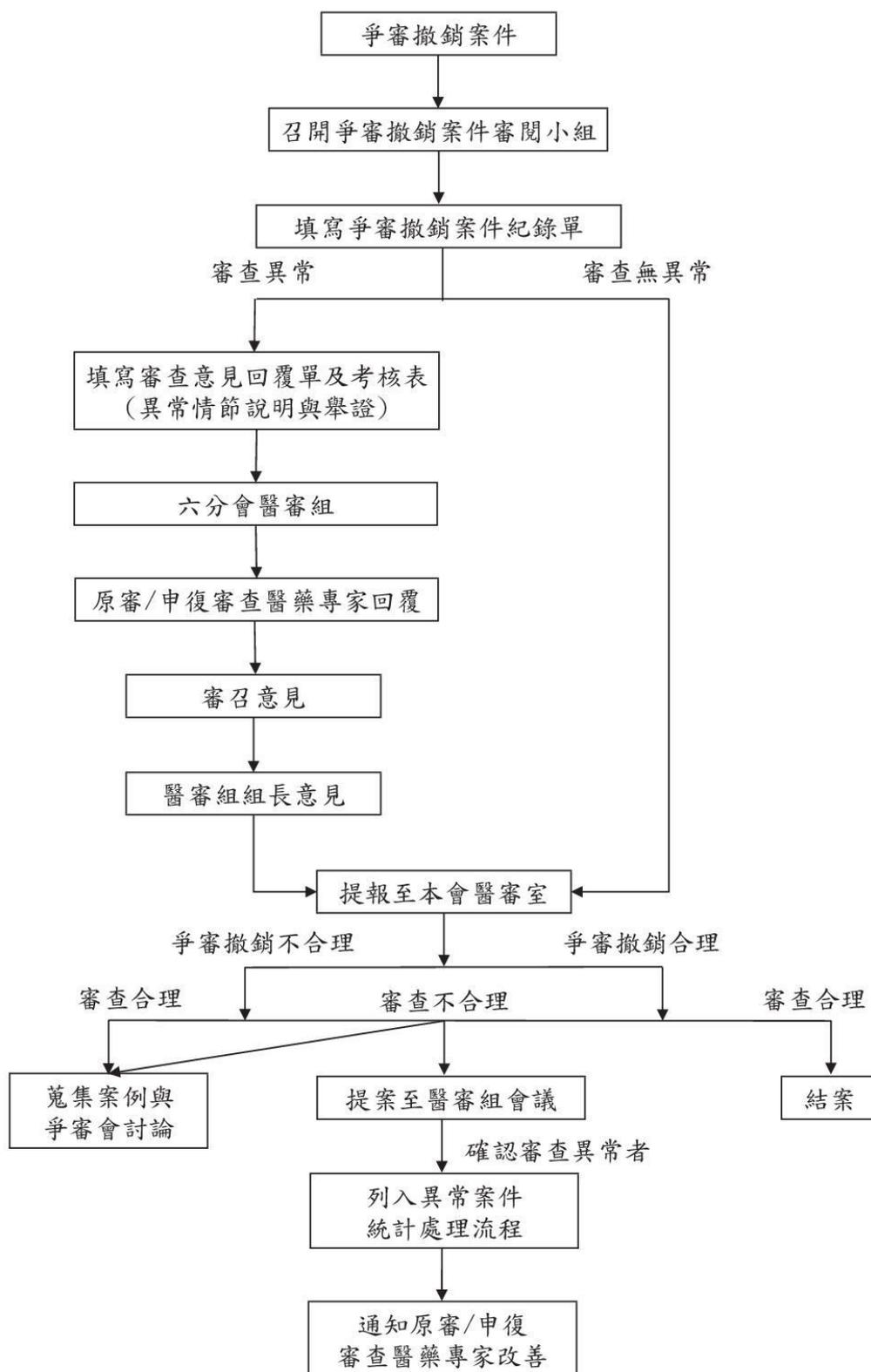
訂

線



審閱牙醫爭議審議爭議案件流程(草案)

附件2-2



爭審撤銷案件紀錄單(草案)

分區別：	醫事機構代號：	醫事機構名稱：
流水號：	姓名：	費用年月：
爭審醫令：		是否為行政核減： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
初審醫師意見：(如為行政核減，請寫核減代碼及理由)		
申復醫師意見：		
爭審會審定結果： <input type="checkbox"/> 同意撤銷 <input type="checkbox"/> 部分撤銷 <input type="checkbox"/> 不同意撤銷		
爭審會審定意見：		
爭審撤銷案件審閱小組： 本案審議爭點：		
➤ 本案提至_____醫審室會議討論		
建議： <input type="checkbox"/> 宣導審查醫藥專家 <input type="checkbox"/> 修訂支付表/審查注意事項 <input type="checkbox"/> 存查		

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。

說明：

- 一、依據 14-8 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、將「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「相對合理門診點數」排除項目。

本署意見：

- 一、牙醫支付標準附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則，係為改善非都會區就醫可近性，確保牙醫醫療服務品質而訂定，對適用鄉鎮（多為都會區）每位醫師每月申報總醫療費用點數扣除特定排除項目費用點數，超過 55 萬點部分按級距予以折付。
- 二、查 110 年牙醫門診總額於協商因素成長率-糖尿病患者口腔加強照護編列 225 百萬元，用於新增 91089C「糖尿病患者牙結石清除-全口」診療項目，並於 110 年 7 月 1 日生效；111 年協商因素成長率-高風險疾病口腔加強照護編列 405 百萬元，用於新增 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」診療項目，並於 111 年 3 月 1 日生效。
- 三、上述 2 診療項目執行情形如下：
 - (一)91089C 糖尿病患者牙結石清除-全口：110 年申報 7.1 百萬點，預算執行率 3.2%，服務約 1 萬人次；111 年預算成長為 229.1 百萬，111 年 1-6 月申報 10.7 百萬點，預算執行率 4.7%，服務約 1.5 萬人次(附件 1、頁次討 3-3)。
 - (二)91090C 高風險疾病患者牙結石清除-全口：111 年 1-6 月申報 3.1 百萬點，預算執行率約 1%，服務約 0.4 萬人次(附件 2、頁次討 3-4)。
- 四、本次牙全會為鼓勵牙醫師提供糖尿病及高風險患者之牙結石清除服務，將 91089C、91090C 納入附表 3.3.3 排除項目，本署予

以尊重。

五、修訂對照表詳附件 3(頁次討 3-5)。

決 議：

表14-5 106~110年牙醫門診總額一般服務項目執行情形
-糖尿病患者口腔加強照護執行情形

項目	年	106	107	108年	109年	110年	111年 1~6月 ^{註4}
一般服務成長率		2.340%	1.706%	8.276%	3.559%	3.054%	1.843%
糖尿病患者口腔加強照護(110年編列預算225百萬元) ^{註2}							
預算數 ^{註1}		225.0	229.1
申報增加點數(百萬點) ^{註3}		7.1	10.7
預算執行率(%)		3.2%	4.7%
糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)							
利用情形							
--服務人數		9,271	13,547
--服務人次		10,130	15,317
--平均每人利用次數		1.1	1.13
總額協定事項之執行情形(110年)							
執行目標：服務150,000人		150,000	150,000
--執行數(服務人數)		9,271	13547
--目標達成率(%)		6.2%	9.0%
評估指標：3個月內進入牙周病統合治療方案人數，試辦1年後較前1年改善							
--3個月內進入牙周病統合治療方案人數		本項目110年7月1日起實施，無109年資料	295	191

製表人：蔡孟芸，分機：3622

註：1.編列預算之金額，除首年預算外，其餘為前一年預算×當年一般服務成長率；預算執行率除當年度以協定預算之計算外，其餘計入往後年度成長率部分。

2.110年總額之「糖尿病患者口腔加強照護」編列0.494%(225百萬元)，協定事項：執行目標為服務糖尿病患者15萬人；預期效益之評估指標為3個月內進入牙周病統合治療方案人數，試辦1年後較前1年改善。

3.110.7.1起新增診療項目「糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)」，提供糖尿病人全口牙結石清除(含牙菌斑偵測及去除維護教導)，支付點數為700點，限1年申報4次(糖尿病病人牙結石清除頻率由1年2次增加為4次，牙周暨齲齒控制基本處置由1年1次增加至4次)。(請健保署補充申報增加點數計算方式)

表14-4 106~111年6月牙醫門診總額一般服務項目執行情形
-高風險疾病口腔照護執行情形(111年新增項目)

年	106	107	108年	109年	110年	111年 1~6月 ^{註4}
項目						
一般服務成長率	2.340%	1.706%	8.276%	3.559%	3.054%	1.843%
高風險疾病口腔照護(111年編列預算405百萬元) ^{註2}						
預算數 ^{註1}	...	...	...	...	...	405.0
申報增加點數(百萬點) ^{註3}	...	...	...	...	...	3.1
預算執行率(%)	...	...	...	...	...	1%
高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)						
利用情形 ^{註3}						
--服務人數	...	...	...	...	...	4,341
--服務人次	...	...	...	...	...	4,465
--平均每人利用次數	...	...	...	...	...	1.03
總額協定事項之執行情形(111年)						
執行目標：服務270000人	...	...	...	...	...	270,000
--執行數(服務人數)	...	...	...	...	...	4,341
--目標達成率(%)	...	...	...	...	...	1.61%

資料來源：(擷取日：111年7月29日)

製表人：蔡孟芸，分機：3622

註：1.編列預算之金額，除首年預算外，其餘為前一年預算×當年一般服務成長率；預算執行率除當年度以協定預算之計算外，其餘計入往後年度成長率部分。

2.111年總額之「高風險疾病口腔照護」編列0.863%(405百萬元)，協定事項：(1)執行目標及預期效益之評估指標如上表。(2)依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

3.111.3.1起新增診療項目高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)，針對腦血管疾病、血液透析及腹膜透析病人、使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆藥物、惡性腫瘤及不符合牙特計畫之肢障、慢性精神病或重要器官失去功能等5類高風險疾病病人，提供全口牙結石清除(含牙菌斑偵測及去除維護教導)，支付點數為700點，限1年申報4次(此5類病人牙結石清除頻率由1年2次增至4次，牙周暨齲齒控制基本處置由1年1次增至4次)。(請健保署補充申報增加點數計算方式)。

4.111年預算執行率，以申報點數為分子，並擷取到總額協商前可取得之月份(如1~6月或1~5月)。

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

修訂對照表

修改條文	原條文	備註	本署意見
<p>一、實施範圍定義：</p> <p>(一)醫療費用</p> <p>3. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>4. 下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。</p> <p>(3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。</p> <p>(5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。</p> <p>(7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。</p> <p>(8)案件分類為B6—職災代辦案件。</p> <p>(9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。</p>	<p>一、實施範圍定義：</p> <p>(一)醫療費用</p> <p>1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>2. 下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。</p> <p>(2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。</p> <p>(3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。</p> <p>(4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。</p> <p>(5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。</p> <p>(6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。</p> <p>(7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。</p> <p>(8)案件分類為B6—職災代辦案件。</p> <p>(9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。</p>	<p>鼓勵牙醫師提供糖尿病及高風險患者之牙結石清除服務。</p>	<p>尊重牙全會。</p>

修改條文	原條文	備註	本署意見
<p>(10)案件分類為19－口腔黏膜難症特別處置(92073C)。</p> <p>(11)案件分類為B7－行政協助門診戒菸部份。</p> <p>(12)加成之點數。</p> <p>(13)初診診察費差額。</p> <p>(14)加強感染管制實施方案診察費差額。</p> <p>(15)山地離島診察費差額。</p> <p>(16)牙醫急診診察費差額。</p> <p>(17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。</p> <p><u>(18)糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)</u></p>	<p>(10)案件分類為19－口腔黏膜難症特別處置(92073C)。</p> <p>(11)案件分類為B7－行政協助門診戒菸部份。</p> <p>(12)加成之點數。</p> <p>(13)初診診察費差額。</p> <p>(14)加強感染管制實施方案診察費差額。</p> <p>(15)山地離島診察費差額。</p> <p>(16)牙醫急診診察費差額。</p> <p>(17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。</p>		

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「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。

說明：

- 一、依據 14-8 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、考量醫療團每次排診人數不一，比照醫療資源不足計畫，每診次申報點數不超過 3 萬點，改為「每月平均每診次以不超過 3 萬點為限」。

本署意見：

- 一、依 111 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團牙醫醫療服務之限制其中之一為「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」。
- 二、牙全會本次提案修訂「每診次」改為「每月平均每診次」，查本署全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之服務量控管，均係以每位醫師每月平均診次計算，爰同意修訂，惟「每月平均每診次以不超過 3 萬點為限」建議明訂計算單位為「每位牙醫師」。
- 三、修訂對照表詳附件(頁次討 4-2)。

決議：

111 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫_修訂對照表

修改條文	原條文	備註	本署意見
<p>七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：</p> <p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>2. 費用申報之規定：</p> <p>(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)</p> <p>B. 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。</p>	<p>七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：</p> <p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>2. 費用申報之規定：</p> <p>(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)</p> <p>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。</p>	<p>醫療團每診次申報點數不超過 3 萬點，改為「每月平均每診次以不超過 3 萬點為限」。</p>	<p>1. 查本署全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之服務量控管，均係以每位醫師每月看診診次平均門診量計算，爰同意修訂。</p> <p>2. 建議明訂計算單位為每位牙醫師，文字修改為「每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過 3 萬點」。</p>

討論事項第五案

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。

說明：

- 一、依據前次會議決議(略以)，「牙醫門診加強感染管制實施方案」暫停實地訪查至 111 年 9 月 30 日(含)，並視疫情狀況滾動調整，暫停期間調整作為如下：
 - (一)新申請特約之醫事機構於恢復實地訪查後，列入當年度實地訪查優先名單。
 - (二)是否取消 111 年度實地訪查隨機抽訪，將視後續疫情發展提下次會議討論。
 - (三)為避免因實地訪查時程延後而影響 111 年、112 年牙醫院所品質保證保留款之核發權益，放寬受疫情影響未能如期完成實訪之牙醫院所，其核發資格需「符合感染管制院所」限制。
- 二、近期 COVID-19 疫情已趨緩和，研擬自即日起重新啟動牙醫感染管控之實地訪查作業。
- 三、因 111 年度實地訪查時限僅餘 4.5 個月，且新特約之醫事機構應列入優先訪查名單，本署臺北業務組建議 111 年度實地訪查家數比例之分子納入新特約診所訪查家數。
- 四、截至 111 年 7 月 31 日(含)，各分區業務組新特約牙醫診所家數分別為臺北 62 家、北區 23 家、中區 21 家、南區 11 家、高屏 9 家、東區 2 家，總計 128 家新特約牙醫診所。
- 五、依據旨揭方案規定，已申報感染管制門診診察費之院所抽查比例以 6%-8%為原則，考量實地訪查時限，研擬同意本署臺北業務組建議，僅於 111 年度納入新特約診所訪查家數計算，112 年起仍應依當年度方案之抽查原則辦理。

決議：