



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

111 年 5 月 24 日（星期二）

「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 2 次會議議程

壹、 主席致詞

貳、 前次會議紀錄確認

參、 報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1
三、110 年第 4 季點值結算結果報告。	報 3-1
四、110 年醫缺巡迴醫療未設置固定式治療椅原因報告。	報 4-1

肆、 討論事項

一、有關修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」,請討論案。	討 1-1
二、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。	討 2-1

伍、 臨時動議

陸、 散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

111 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 3 月 1 日 14 時整

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：阮柏叡

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (*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
吳代表廸	吳廸	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
洪代表純正	廖倍顯(代)*	黃代表克忠	黃克忠
邱代表建強	邱建強	黃代表純德	黃純德*
邱代表昶達	邱昶達	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	張禹斌	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	(請假)	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

衛生福利部全民健康保險會

中華民國牙醫師公會全聯會

中華民國藥師公會全聯會

台灣醫院協會

中華牙醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署醫審及藥材組

本署違規查處室

本署資訊組

本署企劃組

本署財務組

本署醫務管理組

蘇芸蒂

陳燕鈴、張靈

楊文甫、顏國濱、連新傑、
廖秋英、邵格蘊、潘佩筠、
朱智華

(請假)

許雅淇*、吳昱嫻*、顏正婷*、
吳安琪*

張軍堯

楊淑娟*、邱玲玉*、徐慕容*
蔡秀幸*、吳煥如*、黃文雯*
王奕晴*、戴秀容*、陳淑英*、
張念賓*、陳瑩霓*

賴文琳*、高宜聲*

李金秀*、張慧娟*、黃皓綱*

李名玉*、張麗絹*、羅亦珍*、
王素惠*、陳珮毓*

高幸蓓、林惠瑩、單國浩

朱文玥

吳少庾

王宗曦*、趙偉翔、陳泰諭

李佩耿

黃兆杰、游慧真、劉林義、
韓佩軒、陳依婕、洪于淇、
劉立麗、鄭智仁、李佩純、
蔡孟芸、劉勁梅、賴昱廷、
林其瑩、邵子川

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 4 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：符合感染管制之非健保特約院所識別標章、110 年牙醫院所感染管制書面評核作業及特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務書面評核資料提送方式。
- 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。
- 四、序號 11：有關「111 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔健康照護試辦計畫」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 3 季牙醫門診總額點值結算結果。

決定：

一、110 年第 3 季各分區一般服務點值確認如下：

點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.94005628	0.99328653	1.02478859	1.04666804	1.04819906	1.19413022	1.04905602
平均點值	1.01924577	1.06555944	1.04225314	1.08365374	1.0645224	1.23815821	1.04861294

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年 3 月醫院總額及同年 7 月牙醫門診總額調整支付標準之財務評估案。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「110 年因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案」之獎勵分配公式。

決定：

一、同意修正 40 百萬獎勵分配之計算公式，重點如下：

(一)分母部份修正為各醫院衰退額度之加總。

(二)醫院未有 108 年同期申報點數，則以 109 年該院同期申報點數計算衰退額度；若醫院未有 108 及 109 年同期申報點數，因沒有基期可以計算衰退額度，無法分配本項獎勵。

二、本次修訂為執行面之修訂，將逕予周知有關公會/協會，並副知衛生福利部。

臨時報告案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之診療椅設置案。

決定：請牙全會協助盤點尚未設置固定式診療椅之巡迴點，其實務面執行是否有困難之處，並將盤點結果回饋本署知悉。

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(下稱牙全會)

案由：特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制上傳外展點評核作業是否建議取消、暫緩及其因應作為，續討論案。

決議：

一、本案保留，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。

二、同意修正方案條文，如下：

(一)刪除「110 年感染管制書面評核作業」相關內容。

(二)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」(下稱特管辦法)規定時程進行實地訪查。

(三)變更負責醫師而未異動醫事服務機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管控實地訪查。

第二案

提案單位：牙全會

案由：修訂 111 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，續討論案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、同意本方案肆、核發資格，比照同條第四款規定之年限，新增「5 年內違反特管辦法第 44 條及第 45 條規定者不得領取品保款」之規定。

二、新增基層獎勵指標「該院所當年度口腔癌篩檢至少 4 件或戒菸治療服務」，核算基礎為 2%。

第三案

提案單位：牙全會

案由：因應 COVID-19 疫情影響，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」，請討論案。

決議：同意通過。

第四案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：檢討現行「全民健康保險牙醫總額檔案分析審查異常不予支付指標」計 7 項，提請討論。

決議：現行 7 項牙醫總額不予支付指標繼續保留，並請牙全會檢視指標及目標值之適切性。

伍、散會： 16 時 10 分。

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」	<u>109年第1次臨時會議決議重點如下：</u> 有關新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」，請牙全會修訂內容後於下次會議討論。 <u>110年第1次臨時會議決議重點如下：</u> 除新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」未達共識暫予保留外，餘修正通過。	1. 110年牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，已於110年1月20日以健保醫字 1100000499號函公告自110年1月1日起生效。 2. 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。	☐ 解除列管 ☒ 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)：109年牙醫門診感染管制全面訪查報告案及修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」	<u>109年第2次臨時會議決議重點如下：</u> 為保障民眾權益，符合感染管制之非健保特約院所，是否提供識別標章一節，請衛生福利部心理及口腔健康司研議其可行性。 <u>110年第2次會議決議重點如下：</u> 有關疫情期間外展點牙醫服務感染管制評核方式，同意暫緩執行，惟為確保外展點感染管制品質，請牙全會研議相關配套措施。 <u>111年第1次會議決議重點如下：</u> 考量外展點申報感控診察費前，仍需經全面感控評核，似無法以片面抽審取代，請牙全會重新規劃提案討論。	1. 有關符合感染管制之非健保特約院所，是否提供識別標章一節，心口司回應： (1)近期國內 COVID-19 本土疫情再次緊繃，本部衡酌地方防疫量能及避免交叉感染，於111年4月28日以衛部心字第1111761011號函知地方衛生局，亦同步副知貴署，即日起暫停健保特約及自費牙醫院所進行感染管制實地訪查作業，後續視疫情狀況調整。 (2)考量基層醫事機構感染管制業務非本司權管，且其識別標章應有一致性之規劃，爰還請卓辦，予以解列。 2. 有關外展服務 VPN 上	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
			傳介面一事，111 年 3 月 1 日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 111 年第 1 次研商議事會議」決議，後續將俟牙醫師公會全國聯合會提案修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」後，以憑配合調整牙感外展點之系統需求。 3. 外展點牙醫服務感染管制評核方式已納入本會議討論事項第一案。		
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。	1. 本案將配合牙全會提案討論「牙醫門診加強感染管制實施方案」之完訪情形，依程序辦理支付標準「一般牙科門診診察費」之修訂事宜。 2. 經統計 110 年有申報「一般牙科門診診察費」之牙醫院所總計 966 家，分布如下： (1) 臺北：424 家 (2) 北區：157 家 (3) 中區：122 家 (4) 南區：78 家 (5) 高屏：152 家 (6) 東區：33 家	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
4	110_3_討 (8)：有關「111 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 青少年口腔健康照護試辦計畫」案。	本案通過，重點如下： 1. 配合專款名稱，本項計畫名稱為「12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」。 2. 收案對象為 12 歲(含)至 18 歲(含)經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、填補、因齲齒之缺牙者。請牙全會會後提供符合前述收案條件之診斷碼。 3. 支付標準： (1) 青少年齲齒控制照護處置(300 點)：施行牙菌斑偵測、去除維護	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。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		教導及牙菌斑清除，每 90 天限申報 1 次。 (2) 青少年齲齒氟化物治療(500 點)：實施齲前白斑患者氟化物治療，每 90 天限申報 1 次。 (3) 本計畫非 12-18 歲青少年例行口腔篩檢，而係提供齲前白斑或牙齦炎等狀況之青少年早期介入治療，避免疾病發展及惡化，請牙全會向會員說明本方案之規劃目的。			
5	111_1_報(5)：修訂「110 年因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案」之獎勵分配公式。	同意修正 40 百萬獎勵分配之計算公式，重點如下： 1. 分母部份修正為各醫院衰退額度之加總。 2. 醫院未有 108 年同期申報點數，則以 109 年該院同期申報點數計算衰退額度；若醫院未有 108 及 109 年同期申報點數，因沒有基期可以計算衰退額度，無法分配本項獎勵。	1. 本署業於 111 年 3 月 24 日健保醫字第 1110660280 號函通知牙全會及相關協會，並副知衛福部、健保會知悉。 2. 獎勵金已於 111 年 5 月 9 日撥付 179 家符合領取之醫院，並函知該等醫院在案。	■	□
6	111_1_討(2)：修訂 111 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，續討論案。	本案通過，修訂重點如下： 1. 同意本方案肆、核發資格，比照同條第四款規定之年限，新增「5 年內違反特管辦法第 44 條及第 45 條規定者不得領取品保款」之規定。 2. 新增基層獎勵指標「該院所當年度口腔癌篩檢至少 4 件或戒菸治療服務」，核算基礎為 2%。	本方案於 111 年 4 月 7 日以健保醫字第 1110102336 號公告在案。	■	□
7	111_1_討(3)：因應 COVID-19 疫情影響，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」，請討論案。	同意通過。	本案於 111 年 3 月 28 日經衛生福利部以衛部保字第 1110112412 號函同意核備在案。	■	□

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
8	111_1_討(4)：檢討現行「全民健康保險牙醫總額檔案分析審查異常不予支付指標」計7項，提請討論。	現行7項牙醫總額不予支付指標繼續保留，並請牙全會檢視指標及目標值之適切性。	1. 將依決議持續執行保留之不予支付指標。 2. 後續指標增修，俟牙全會提案再議。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

決定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案（詳附件）。

決定：

牙醫總額執行概況報告

行政院衛生福利部
中央健康保險署

111.05.24



1

大 綱

- 1 111年第1季點值預估
- 2 111年第1季醫療供給及利用概況
- 3 111年第1季牙周病統合照護
- 4 協商新增項目111年第1季執行情形
- 5 110年各專款執行情形



2

1

111年第1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109Q1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(99.550103%)校正得之(該占率以110Q3結算金額計算)。
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1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)	預估點數(百萬)		預估點值	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第1季	臺北	3,817	35	3,919	0.9650	0.9653
	北區	1,804	15	1,756	1.0188	1.0186
	中區	2,215	20	2,233	0.9831	0.9832
	南區	1,503	13	1,420	1.0493	1.0488
	高屏	1,699	14	1,673	1.0076	1.0076
	東區	219	2	187	1.1600	1.1580
	合計	11,258	99	11,188	0.9974	0.9974

註：110Q1結算全國平均點值0.9994



5

2

111年第1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3月	2,586	831	1,314	800	1,016	119	6,666	0.92%
108年3月	2,623	850	1,322	810	1,015	119	6,739	1.10%
109年3月	2,620	865	1,325	811	1,009	116	6,746	0.10%
110年3月	2,630	887	1,314	815	1,006	113	6,765	0.28%
111年3月	2,634	904	1,320	814	1,009	111	6,792	0.40%
各分區增減家數	4	17	6	-1	3	-2	27	
各分區成長率	0.2%	1.9%	0.5%	-0.1%	0.3%	-1.8%	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3月	5,946	1,908	2,596	1,585	2,015	214	14,264	2.6%
108年3月	6,135	1,991	2,660	1,619	2,049	218	14,672	2.9%
109年3月	6,329	2,078	2,715	1,651	2,105	214	15,092	2.9%
110年3月	6,476	2,167	2,768	1,662	2,144	213	15,430	2.2%
111年3月	6,553	2,257	2,823	1,685	2,223	216	15,757	2.1%
增減人數	77	90	55	23	79	3	327	
成長率	1.2%	4.2%	2.0%	1.4%	3.7%	1.4%	2.1%	

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3月	1,156	753	218	12,137	14,264	3.9%	1.3%	3.3%	2.6%
108年3月	1,198	748	223	12,503	14,672	3.6%	-0.7%	2.3%	3.0%
109年3月	1,210	780	240	12,862	15,092	1.0%	4.3%	7.6%	2.9%
110年3月	1,229	795	257	13,149	15,430	1.6%	1.9%	7.1%	2.2%
111年3月	1,201	797	279	13,480	15,757	-2.3%	0.3%	8.6%	2.5%
增減人數	-28	2	22	331	327				

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
109Q1	1,633	707	941	613	728	81	4,668	-4.5%
110Q1	1,736	743	979	634	756	82	4,896	4.9%
111Q1	1,712	750	993	636	750	82	4,890	-0.1%
增減人數	-23	6	13	2	-6	0	-7	
成長率	-1.3%	0.9%	1.4%	0.3%	-0.8%	-0.6%	-0.1%	

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1季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	270	-5.0%	3.3%	422,331	-2.4%	3.7%	1,564	2.8%
2區域醫院	273	0.5%	3.3%	436,890	2.2%	3.8%	1,603	1.6%
3地區醫院	109	1.5%	1.3%	169,670	4.8%	1.5%	1,559	3.3%
4基層診所	7,582	-0.7%	92.1%	10,284,082	0.7%	89.7%	1,356	1.4%
5交付機構	-	-	-	155,784	5.3%	1.4%	-	-
合計	8,233	-0.8%		11,468,756	0.8%		1,393	1.6%

註：成長率係與前一年同期比較。



11

醫療服務價量比較【分區別】

■ 111年第1季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫次數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	2,867	-1.7%	1,712	-1.3%	1.67	-0.4%	3,998,658	0.4%	1,395	2.1%
北區	1,245	0.5%	750	0.9%	1.66	-0.4%	1,797,466	1.2%	1,444	0.7%
中區	1,631	0.6%	993	1.4%	1.64	-0.7%	2,295,244	2.6%	1,408	2.0%
南區	1,078	-1.1%	636	0.3%	1.69	-1.4%	1,453,988	-1.3%	1,349	-0.2%
高屏	1,274	-1.3%	750	-0.8%	1.70	-0.5%	1,722,360	0.7%	1,352	2.1%
東區	138	-1.0%	82	-0.6%	1.68	-0.4%	201,040	0.9%	1,452	1.9%
合計	8,233	-0.8%	4,890	-0.1%	1.68	-0.6%	11,468,756	0.8%	1,393	1.6%

註：成長率係與前一年同期比較。



12

醫療服務價量比較【案件分類】

■ 111年第1季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	25	9.7%	4,779	8.9%	192	-0.7%
2.牙醫急診	4	-10.4%	7,907	-9.8%	1,777	0.7%
3.牙醫門診手術	14	-1.7%	42,455	-0.9%	3,027	0.9%
4.無牙醫鄉服務	39	6.9%	50,595	2.6%	1,305	-4.0%
5.牙醫特殊醫療	41	-2.4%	118,472	-0.9%	2,855	1.5%
6.牙醫急診醫療不足區	0.2	-12.8%	192	-13.9%	1,005	-1.3%
7.其他專案	8,109	-0.8%	11,088,572	0.7%	1,367	1.6%
8.交付機構	-	-	155,784	5.3%	-	0.0%
合 計	8,233	-0.8%	11,468,756	0.8%	1,393	0.5%

註：成長率係與前一年同期比較。



13

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】

■ 111年第1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	-44.4%	25	59.8%	46	109.7%	4,708	8.3%	-	-	4,779	8.9%
2.牙醫急診	5,831	-8.1%	2,004	-15.8%	70	97.7%	2	15.2%	-	-	7,907	-9.8%
3.牙醫門診手術	23,952	-1.6%	15,530	-2.1%	2,458	10.8%	515	24.9%	-	-	42,455	-0.9%
4.無牙醫鄉服務	19	23.5%	456	6.8%	176	-27.4%	49,944	2.7%	-	-	50,595	2.6%
5.牙醫特殊醫療	23,172	-4.0%	21,339	1.2%	9,785	12.2%	64,176	-2.2%	-	-	118,472	-0.9%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	192	-13.9%	-	-	-	-	192	-13.9%
7.其他專案	369,356	-2.2%	397,536	2.5%	156,943	4.3%	10,164,737	0.7%	-	-	11,088,572	0.7%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	155,784	5.3%	155,784	5.3%
合 計	422,331	-2.4%	436,890	2.2%	169,670	4.8%	10,284,082	0.7%	155,784	5.3%	11,468,756	0.8%

註：成長率係與前一年同期比較。



14

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】

■ 111年第1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	1,386	3.3%	3,150	-8.8%	8,159	-10.5%	4,141	7.2%	35,018	-0.9%
北區	713	13.9%	277	-24.7%	3,830	33.9%	3,896	-2.9%	20,467	-3.1%
中區	758	12.6%	1,564	-13.1%	11,405	-6.2%	13,053	-3.1%	27,252	3.5%
南區	1,354	28.9%	1,160	-22.0%	7,088	-7.9%	7,417	41.2%	11,913	-5.1%
高屏	522	-17.2%	1,474	7.6%	9,683	6.7%	15,467	-2.9%	19,104	-4.1%
東區	46	-28.8%	282	-1.7%	2,290	18.9%	6,622	-2.0%	4,719	8.9%
合計	4,779	8.9%	7,907	-9.8%	42,455	-0.9%	50,595	2.6%	118,472	-0.9%

註：成長率係與前一年同期比較。



15

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】

■ 111年第1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	-	-	3,894,646	0.3%	52,159	4.4%	3,998,658	0.4%
北區	-	-	1,742,709	1.1%	25,575	8.0%	1,797,466	1.2%
中區	-	-	2,209,349	2.6%	31,864	5.7%	2,295,244	2.6%
南區	192	-13.9%	1,404,750	-1.5%	20,114	4.0%	1,453,988	-1.3%
高屏	-	-	1,653,504	0.7%	22,606	5.7%	1,722,360	0.7%
東區	-	-	183,615	0.6%	3,465	3.6%	201,040	0.9%
合計	192	-13.9%	11,088,572	0.7%	155,784	5.3%	11,468,756	0.8%

註：成長率係與前一年同期比較。



16

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】

■ 111年第1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	35,008	2.4%	26,436	8.1%	1,062,632	-1.1%	2,874,384	0.8%	197	-17.9%	3,998,658	0.4%
北區	15,280	6.6%	12,560	11.6%	464,114	1.1%	1,305,483	1.1%	29	47.2%	1,797,466	1.2%
中區	19,678	1.3%	16,444	9.3%	604,509	1.1%	1,654,500	3.1%	113	-0.2%	2,295,244	2.6%
南區	13,218	-0.7%	10,782	8.3%	388,736	-0.9%	1,041,145	-1.6%	108	6.0%	1,453,988	-1.3%
高屏	13,566	2.0%	11,642	10.0%	454,830	-1.1%	1,242,270	1.3%	52	40.4%	1,722,360	0.7%
東區	2,431	2.2%	1,856	10.9%	51,178	-0.4%	145,550	1.2%	25	9.5%	201,040	0.9%
總計	99,182	2.3%	79,721	9.3%	3,025,998	-0.3%	8,263,333	1.1%	523	-2.0%	11,468,756	0.8%

註：成長率係與前一年同期比較。



17

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】

■ 111年第1季

值單位：千點

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療費小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	7,281	-1.5%	3,098	5.2%	100,636	-3.9%	310,999	-1.9%	318	-16.0%	422,331	-2.4%
區域醫院	5,914	6.6%	3,463	14.7%	104,134	1.1%	323,218	2.3%	161	40.7%	436,890	2.2%
地區醫院	1,473	1.9%	1,204	11.6%	40,317	2.8%	126,632	5.5%	44	7.2%	169,670	4.8%
基層診所	387	4.1%	301	31.7%	2,780,910	-0.2%	7,502,484	1.1%	-	-	10,284,082	0.7%
交付機構	84,127	2.4%	71,656	9.1%	-	-	-	-	0.4	185.8%	155,784	5.3%
總計	99,182	2.3%	79,721	9.3%	3,025,998	-0.3%	8,263,333	1.1%	523	-2.0%	11,468,756	0.8%

註：成長率係與前一年同期比較。



18



111年Q1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3月)	2,634	904	1,320	814	1,009	111	6,792
成長率	0.2%	1.9%	0.5%	-0.1%	0.3%	-1.8%	0.4%
醫師數 (111年3月)	6,553	2,257	2,823	1,685	2,223	216	15,757
成長率	1.2%	4.2%	2.0%	1.4%	3.7%	1.4%	2.1%
人口數 (千)	7,446	3,831	4,540	3,278	3,640	533	23,269
人口數 (成長率)	-1.87%	-0.13%	-0.76%	-0.97%	-1.03%	-0.92%	-1.09%
每位醫師照護人口數	1,136	1,697	1,608	1,946	1,637	2,470	1,477
每萬人口醫師數	8.80	5.89	6.22	5.14	6.11	4.05	6.77
申報件數 (千)	2,867	1,245	1,631	1,078	1,274	138	8,233
成長率	-1.7%	0.5%	0.6%	-1.1%	-1.3%	-1.0%	-0.8%
申報醫療費用 (百萬)	3,999	1,797	2,295	1,454	1,722	201	11,469
成長率	0.4%	1.2%	2.6%	-1.3%	0.7%	0.9%	0.8%
平均每件申報醫療費用點數	1,395	1,444	1,408	1,349	1,352	1,452	1,393
成長率	2.1%	0.7%	2.0%	-0.2%	2.1%	1.9%	1.6%

註1：人口數來源為111年3月戶政統計，成長率為較110年同期相較。

註2：診所家數及醫師數成長率係與前一年同期比較。

註3：不含代辦案件，資料期間為111年1-3月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較。



19

3

111年第1季牙周病統合照護



20



牙周病統合照護【以醫令代碼統計】

■ 111年第1季

全年預算：3,052.0百萬元

預算執行率：20.3%

服務人次目標：全年30萬人次

目標達成率：21.4%

醫令代碼	第二階段 (91022C)		三階段 (91021C~91023C)	
	治療	申報件數	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	64,230	5.9%	618.7	5.5%

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)	25.5	6.7%	29.2	-3.6%	14.3	10.0%	549.7	5.8%	618.7	5.6%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
值(百萬點)	234.5	87.7	118.6	64.5	104.0	9.4	618.7
成長率	2.0%	8.0%	14.9%	-5.2%	10.8%	-11.7%	5.5%

備註：

1.資料擷自111/5/4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



21

4

協商新增項目111年第1季執行情形



22

高風險疾病患者牙結石清除-全口

111年3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	795	0.56	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：111/5/5擷自本署健保四代倉儲系統之門診檔。



23

提升假日就醫可近性

統計至111年第1季

單位:百萬點

年度			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				
預算	一般服務成 長率	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1-3月	355.8	1.843%	4,636	5.3	65,488	52.6	185	1.3	70,309	59.2	16.63%		

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。



24

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

111年3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	1,688	0.85	牙醫總額專款項目：「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」184百萬元

資料來源：111/5/5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說明醫療利用與管控措施，俾提全民健康保險會報告。



25

5

110年各專款執行情形



26

一般服務移撥專用相關預算執行情形

110年全年

單位：千點

110年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算	結餘款
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	6,628	5,449	6,363	6,696	25,136	80,000	54,864
執行率	8.3%	6.8%	8.0%	8.4%	31.4%	-	-
移撥資源不足地區巡迴服務核實申報(論量)專用(千)	38,515	40,461	36,245	62,048	177,270	200,000	22,730
執行率	19.3%	20.2%	18.1%	31.0%	88.6%	-	-
移撥支應牙醫特殊服務計畫專款	0	0	0	0	0	50,000	50,000
合計	45,143	45,910	42,608	68,744	202,405	330,000	127,595

註：本季各項移撥經費全年預算若有結餘(127.6百萬元)，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(0元)，次用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵」方案(預算上限1億元)，若再有剩餘(27.6百萬元)則回歸一般服務費用總額，並依108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。



27

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)

110年全年

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算						722,100
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	4,513	2,912	4,200	4,285	15,910	3.32%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	15,383	10,126	12,301	17,480	55,291	11.55%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	24,536	17,239	19,979	27,023	88,777	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	24,095	18,281	20,983	26,590	89,949	18.79%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,635	7,669	9,123	11,193	38,620	8.07%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	938	780	927	1,248	3,893	0.81%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	10,122	7,383	5,671	11,872	35,047	7.32%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	10,131	7,429	5,730	12,321	35,611	7.44%
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	13,429	9,846	9,087	16,125	48,486	10.13%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	593	492	290	783	2,158	0.45%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	48	19	13	54	135	0.03%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	860	513	404	653	2,430	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)	13,178	9,826	7,584	15,444	46,032	9.62%
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	244	156	121	461	982	0.21%
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	8	9	5	7	29	0.01%
16 醫療團特定需求者(論次)	202	125	79	298	703	0.15%



28



牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)

110年全年

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	10	15	70	50	144	0.03%
18 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	25	2	2	13	43	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	70	23	19	15	128	0.03%
20 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	2	0	0	4	6	0.00%
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	1,442	1,003	1,224	1,392	5,061	1.06%
23 居家身心障礙者牙醫醫療服務	1,606	1,028	1,276	1,624	5,534	1.16%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	170	154	185	288	797	0.17%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	653	496	666	691	2,506	0.52%
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	128	89	81	96	393	0.08%
28 居家出院準備牙醫醫療服務	0	6	0	0	6	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	133,021	95,620	100,022	150,007	478,671	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	180,525	228,029	312,934	393,437		
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	47,504	132,409	212,912	243,429		
執行占總預算比率	18.4%	13.2%	13.9%	20.8%	66.3%	



29



補充_牙醫特殊醫療全年服務量統計(1/2)

110年全年

單位：人次

給付項目	109年 服務人次	110年 服務人次	成長率
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	3,886	3,080	-20.74%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	16,516	14,867	-9.98%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	30,402	27,550	-9.38%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	43,867	40,246	-8.25%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	21,389	20,782	-2.84%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,153	1,159	0.52%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	11,802	9,703	-17.79%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	13,147	10,735	-18.35%
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	22,570	19,767	-12.42%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	1,526	1,084	-28.96%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	110	68	-38.18%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	1,672	1,166	-30.26%
13 醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)	-	-	-
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	387	359	-7.24%
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	8	11	37.50%
16 醫療團特定需求者(論次)	-	-	-

註：論次案件，無法計算服務人次，以-表示。



30



補充_牙醫特殊醫療全年服務量統計(2/2)

110年全年

單位：人次

給付項目	109年 服務人次	110年 服務人次	成長率
17 醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務	30	31	3.33%
18 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	10	9	-10.00%
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	84	58	-30.95%
20 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	4	5	25.00%
21 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1	0	-100%
22 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,143	950	-16.89%
23 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,243	1,063	-14.48%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	106	170	60.38%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	476	502	5.46%
26 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	-
27 居家居整病人牙醫醫療服務	67	85	26.87%
28 居家出院準備牙醫醫療服務	0	1	100%
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	-
總計服務人次	171,599	153,451	-10.58%

註：論次案件，無法計算服務人次，以-表示。



31



醫療資源不足地區改善方案預算執行情形

110年全年

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)	20,797	22,635	22,730	22,108	88,269	36%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,539	3,447	2,958	4,318	14,262	6%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	5,108	5,108	2%
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.2	0.3	0.2	0.3	1.0	0%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,281	4,898	2,650	8,823	20,652	8%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	2,991	2,991.2	1%
7.巡迴服務_論次給付(論次)	24,914	25,435	21,492	32,548	104,389	42%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	2	2	1	6.6	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,172	2,858	3,005	2,971	12,005.8	5%
暫結金額	56,705	59,275	52,836	78,868	247,685	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	70,000	83,295	94,019	111,183		
本季未支用金額	13,295	24,019	41,183	32,315		
各季執行占總預算比率(%)	20%	21%	19%	28%	88%	

註1：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

註2：牙醫不足改善方案全年服務人次-執業計畫服務4.6萬人次、巡迴計畫服務11.3萬人次。



32

網路頻寬補助費用預算執行情形

110年全年

單位：千點

110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	33,871	34,340	34,545	34,786	137,543	136,000
執行率	24.9%	25.2%	25.4%	25.6%	101.1%	-

註：

- 依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
- 110年網路頻寬補助費用預算不足**1.54百萬元**(由其他預算支應)。
- 截至110年12月31日，網路頻寬補助之牙醫診所為**6,291家**，佔全體牙醫診所之**93%**。



33

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 預算執行情形

110年全年

單位：千點

110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	1,236	588	1,028	1,098	3,950	12,000
執行率	10.3%	4.9%	8.6%	9.2%	32.9%	-

備註：

- 本計畫110年度服務診次為361診，服務人次為627人次，平均每診服務**1.74人次**。
- 牙醫急診110年度申報醫療費用為63.4萬點，平均每件費用點數為**1,011點**。
- 另統計於110年共**107天**牙醫急診就醫人數為**0人**。



34



0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 預算執行情形

110年全年

單位：千點

110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	0	0	6	140	146	60,000
執行率	0%	0%	0.01%	0.23%	0.24%	-

註：

- 1.本計畫於110年8月6日以健保醫字第1100010030號公告，並自110年8月1日起正式生效。
- 2.本計畫全年服務168人次，其中P6702C為126人次(110年全年目標為12,600人次)。



35

敬請指教



36

案 由：110 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。

說 明：

- 一、110年第4季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、110年第4季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下（結算報表詳附件，頁次報3-2）：

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
110Q4	浮動點值	0.933907	0.999776	0.988806	1.038372	1.003596	1.176473	0.981828
	平均點值	0.935595	0.998294	0.992229	1.039221	1.008071	1.177296	0.981979

- 三、檢附109年第4季點值結算資料供參。

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109Q4	浮動點值	0.949072	1.020402	1.023027	1.027512	1.006813	1.157879	0.982853
	平均點值	0.933611	1.003297	1.017744	1.018668	1.003407	1.148500	0.982970

- 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 110年第4季點值計算說明

各區一般服務浮動點值、平均點值

投保 分區別	調整後分區 一般預算總額 (BD)	投保該分區當地就醫 浮動核定點數(BF)	加總浮動核定點數 (GF)	跨區浮動點數×投 保分區前季點值 (AF)	投保該分區核定 非浮動點數(BG)	當地就醫分區 自墊核退點數 (BJ)	緩起訴 捐助款	浮動點值 [BD-(跨區浮動 點數×前季點值 (AF)+緩起訴捐 助款)-BG-BJ] / (BF)	平均點值 (BD)/(GF+BG+緩 起訴捐助款+BJ)
臺北分區	4,442,374,275	3,789,695,824	4,712,855,793	867,822,327	35,224,057	103,281	0	0.93390730	0.93559455
北區分區	1,920,523,754	1,471,842,069	1,911,653,040	436,858,314	12,033,070	120,155	0	0.99977589	0.99829374
中區分區	2,168,213,879	1,964,051,504	2,165,948,164	206,901,393	19,079,209	67,362	100,000	0.98880600	0.99222913
南區分區	1,525,574,393	1,219,178,392	1,450,462,332	242,077,509	12,420,009	56,334	5,059,871	1.03837197	1.03922064
高屏分區	1,674,963,763	1,479,607,774	1,647,463,757	175,946,484	13,133,537	17,301	938,232	1.00359584	1.00807133
東區分區	235,485,366	163,933,983	197,587,380	40,186,538	2,426,270	8,632	0	1.17647313	1.17729567
全 區	11,967,135,430		12,085,970,466		94,316,152	373,065	6,098,103	0.98182832	0.98197861

註：全區浮動點值=[BD-(跨區浮動點數×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5月6日

=====

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)110年第4季調整後牙醫一般服務醫療給付費用

=110年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(加總D2)—110年第1～3季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額合計
 = 45,061,715,779—10,766,730,035—11,128,321,464—11,585,623,528
 = 11,581,040,752

註：依據109年11月24日「牙醫門診總額研商議事會議」109年度第4次會議決定，110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：第一季23.893298%、第二季24.695734%、第三季25.710569%、第四季25.700399%。110年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區108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。

110年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 45,061,715,779元：

1. 110年第1季調整後預算10,766,730,035元=110年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_108)。
2. 110年第2季調整後預算11,128,321,464元=110年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_108)。
3. 110年第3季調整後預算11,585,623,528元=110年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_108)。
4. 110年第4季調整後預算= 110年全年預算數— 110年第1季調整後預算— 110年第2季調整後預算— 110年第3季調整後預算
 = 45,061,715,779— 10,766,730,035— 11,128,321,464— 11,585,623,528
 = 11,581,040,752元。

5. 計算過程詳本表頁次21：「三、一般服務費用總額」。

(二)110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

	108年 108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	107年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	108年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	109年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1+B2)× (1+3.559%)	108年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	109年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	110年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G1) =(G0+B3+B4)× (1+3.054%)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	110年6項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	110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) =G1-C1-F	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)
第1季	10,122,489,991	24,976,012	497,233	10,509,129,248	-11,940,333	6,829,579	10,824,811,219	26,806,674	441,000,000	10,357,004,545	0
第2季	10,846,625,140	17,693,547	497,233	11,251,494,719	-16,394,990	6,829,579	11,585,257,829	28,723,750	441,000,000	11,115,534,079	0
第3季	11,646,798,127	13,122,787	497,233	12,075,412,429	-20,795,127	6,829,579	12,429,803,469	30,832,102	441,000,000	11,957,971,367	0
第4季	11,331,663,601	17,075,030	497,233	11,753,155,168	-16,407,721	6,829,578	12,102,225,867	30,020,079	441,000,000	11,631,205,788	0
合 計	43,947,576,859	72,867,376	1,988,932	45,589,191,564	-65,538,171	27,318,315	46,942,098,384	116,382,605	1,764,000,000	45,061,715,779	0

註：

1. 109年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (108年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1)+ 107年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+前1年度(108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+3.559%)。

※109年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 1,988,932元，按季均分。

2. 110年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (109年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)+ 108年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 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(B4)) × (1+3.054%)。

※一般服務成長率為3.054%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.466%，協商因素成長率0.588%。

※110年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 27,318,315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110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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109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109年第3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110年度品質保證保留款(87.9百萬元)合併運用(計204.3百萬元)。

4. 110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次會議決議辦理。110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17.64億元，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14.04億元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按108年7月至109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。

(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，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵」方案(預算上限1億元)，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依108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)110年6項一般服務移撥專用費用

全年預算1,764,000,000元

1. 移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。每季移撥7,500,000元(Z)，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	1,092(J6)	暫結金額	1,092(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	21,404,642(J7)	暫結金額	22,163,704(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	9,134(J11)	暫結金額	9,134(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	15,860,728(J12)	暫結金額	16,341,508(J22)
(3)小計	加成前點數	37,275,596(J19)	暫結金額	38,515,438(J29)

暫結金額＝38,515,438

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝11,484,562

第2季：

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4＋11,484,562＝61,484,562

(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	1,476(K6)	暫結金額	1,476(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	24,488,785(K7)	暫結金額	25,622,536(K27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	7,603(K11)	暫結金額	7,603(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	14,288,106(K12)	暫結金額	14,828,928(K22)
(3)小計	加成前點數	38,785,970(K19)	暫結金額	40,460,543(K29)

暫結金額＝40,460,543

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝21,024,019

第3季：

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4＋21,024,019＝71,024,019

(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	1,098(L6)	暫結金額	1,098(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	13,283,957(L7)	暫結金額	17,173,374(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	9,174(L11)	暫結金額	9,174(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	14,955,950(L12)	暫結金額	19,061,853(L22)
(3)小計	加成前點數	28,250,179(L19)	暫結金額	36,245,499(L29)

暫結金額＝36,245,499

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝34,778,520

第4季：

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4＋34,778,520＝84,778,520

(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	1,501(M6)	暫結金額	1,501(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	44,072,273(M7)	暫結金額	46,416,716(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	7,094(M11)	暫結金額	7,094(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	14,853,057(M12)	暫結金額	15,622,733(M22)
(3)小計	加成前點數	58,933,925(M19)	暫結金額	62,048,044(M29)

暫結金額＝62,048,044

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝22,730,476

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	5,167(N6)	暫結金額	5,167(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	103,249,657(N7)	暫結金額	111,376,330(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	33,005(N11)	暫結金額	33,005(N21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」—非藥費(論量)：	加成前點數	59,957,841(N12)	暫結金額	65,855,022(N22)
(3)小計	加成前點數	163,245,670(N19)	暫結金額	177,269,524(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)

＝38,515,438＋40,460,543＋36,245,499＋62,048,044

＝177,269,524

未支用金額＝全年預算－已暫結金額

＝200,000,000－177,269,524

＝22,730,476 (E4)

- 註：1. 依據「110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，則回歸一般服務費用總額，以200百萬元為限，並依108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
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108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
3. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年第3次會議決議辦理，110年因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案，預算來源為110年全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用一般服務移撥經費(含支應全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫)結餘款，預算上限為1億元。

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：6,627,838

暫結金額：1元/點×已支用點數＝6,627,838

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝20,000,000－6,627,838＝13,372,162

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝80,000,000/4＋13,372,162＝33,372,162

已支用點數：5,449,202

暫結金額：1元/點×已支用點數＝5,449,202

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝33,372,162－5,449,202＝27,922,960

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝80,000,000/4＋27,922,960＝47,922,960

已支用點數：6,362,939

暫結金額：1元/點×已支用點數＝6,362,939

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝47,922,960－6,362,939＝41,560,021

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝80,000,000/4＋41,560,021＝61,560,021

已支用點數：6,695,819

暫結金額：1元/點×已支用點數＝6,695,819

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝61,560,021－6,695,819＝54,864,202

全年合計：預算＝80,000,000

全年已支用點數：25,135,798

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝25,135,798

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝80,000,000－25,135,798

＝54,864,202 (E5)

- 註：1. 依據「110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108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
3. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年第3次會議決議辦理，110年因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案，預算來源為110年全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用一般服務移撥經費(含支應全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫)結餘款，預算上限為1億元。

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14.04億元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按108年7月至109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351,000,000元(H)，移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。
 ※牙周病統合治療第二階段支付(91022C)108年3月1日生效；107年7月至108年2月係以P4002C統計。
 6. 移撥全年6項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：

6.1 各項移撥款結餘款

	預算	已暫結金額	結餘款
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	200,000,000	177,269,524	22,730,476(E4)
全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	80,000,000	25,135,798	54,864,202(E5)
移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」專款	50,000,000	0	50,000,000(E6)
合計			127,594,678(E7)

結餘款支用金額

6.2 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 0(E8)

6.3 支應「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案」 100,000,000(E9)

6.31 因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案(傳票日期：111/05/09前核付)

全年預算=100,000,000 (分為60百萬及40百萬，其中60百萬如有剩餘將併入40百萬之預算)

(1)「60百萬」獎勵分配：

全年預算=60,000,000

已支用點數：56,099,715

暫結金額=1元/點 × 已支用點數= 56,099,715

未支用金額= 60,000,000 - 56,099,715 = 3,900,285 (剩餘款併入「40百萬」獎勵分配之預算)

(2)「40百萬」獎勵分配：

全年預算=40,000,000 + 「60百萬」獎勵分配未支用金額= 43,900,285

「40百萬」各醫院牙科門診分配金額合計：43,900,285

未支用金額= 43,900,285 - 43,900,282 = 3 (四捨五入之差值)

註：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年第3次會議決議辦理，110年因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案，預算來源為110年全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用一般服務移撥經費(含支應全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫)結餘款，預算上限為1億元。其中60百萬元採浮動點值計算，惟最高點值不高於每點1元；如有剩餘將併入40百萬元進行分配；40百萬元依各醫院110年第2季較108年同期申報點數衰退額度佔醫院層級總衰退之比例分配。

6.9 合計結餘款 = 各項移撥款結餘款合計(E7) - 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(E8) - 支應「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案」(E9) = 27,594,678(E10)

7. 全年合計：(含因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案)
 全年預算1,764,000,000元

第1季：預算＝1,764,000,000/4＝441,000,000
 已暫結金額：7,500,000(Z)＋38,515,438(J29)＋6,627,838＋351,000,000(H)＋0(R)＝403,643,276
 未支用金額：第1季預算－第1季已暫結金額＝441,000,000－403,643,276＝37,356,724

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝1,764,000,000/4＋37,356,724＝478,356,724
 已暫結金額：7,500,000(Z)＋40,460,543(K29)＋5,449,202＋351,000,000(H)＋0(R)＝404,409,745
 未支用金額：第2季預算－第2季已暫結金額＝478,356,724－404,409,745＝73,946,979

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝1,764,000,000/4＋73,946,979＝514,946,979
 已暫結金額：7,500,000(Z)＋36,245,499(L29)＋6,362,939＋351,000,000(H)＋0(R)＝401,108,438
 未支用金額：第3季預算－第3季已暫結金額＝514,946,979－401,108,438＝113,838,541

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝1,764,000,000/4＋113,838,541＝554,838,541
 已暫結金額：7,500,000(Z)＋62,048,044(M29)＋6,695,819＋351,000,000(H)＋0(R)＝427,243,863
 未支用金額：第4季預算－第4季已暫結金額＝554,838,541－427,243,863＝127,594,678

全年合計：預算＝1,764,000,000
 全年已暫結金額：1,636,405,322
 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
 －支應因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案
 ＝1,764,000,000－1,636,405,322－0－100,000,000
 ＝27,594,678(E10)

註：1. 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵」方案(預算上限1億元)，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
 2. 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110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：	4,512,612(V01)	4,512,345(VF01)	267(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,383,016(V02)	14,571,103(VF02)	811,913(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,535,501(V03)	23,489,583(VF03)	1,045,918(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：	24,094,821(V04)	23,339,825(VF04)	754,996(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,634,716(V05)	10,101,830(VF05)	532,886(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	938,163(V06)	806,711(VF06)	131,452(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,122,120(V07)	10,121,704(VF07)	416(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,131,456(V08)	10,131,157(VF08)	299(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：	13,428,615(V09)	13,426,578(VF09)	2,037(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	592,695(V10)	592,695(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	48,199(V11)	48,199(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	860,255(V12)	860,255(VF12)	0(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)：	13,178,400(V13)	13,178,400(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：	244,145(V14)	244,145(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,344(V15)	8,344(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	201,600(V16)	201,600(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：	9,587(V17)	9,587(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：	25,398(V18)	25,398(VF18)	0(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：	70,222(V19)	70,222(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：	1,876(V20)	1,876(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：	1,441,939(V22)	1,441,939(VF22)	0(VN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,606,164(V23)	1,606,164(VF23)	0(VN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	170,332(V24)	170,332(VF24)	0(VN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	653,325(V25)	653,325(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：	127,689(V27)	127,689(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	133,021,190(V99)	129,741,006(VF99)	3,280,184(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數 = 133,021,190	= 第1季預算 - 暫結金額 = 47,503,810		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R01

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：9

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 47,503,810＝ 228,028,810

	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：	2,912,116(W01)	2,911,511(WF01)	605(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,126,369(W02)	9,672,179(WF02)	454,190(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,239,378(W03)	16,522,886(WF03)	716,492(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：	18,280,808(W04)	17,687,232(WF04)	593,576(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,668,740(W05)	7,468,474(WF05)	200,266(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	779,536(W06)	617,754(WF06)	161,782(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,382,623(W07)	7,382,409(WF07)	214(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,428,859(W08)	7,428,637(WF08)	222(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：	9,846,137(W09)	9,845,121(WF09)	1,016(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	492,072(W10)	492,030(WF10)	42(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	18,855(W11)	18,855(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	513,081(W12)	513,081(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)：	9,825,600(W13)	9,825,600(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：	156,198(W14)	156,198(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	9,232(W15)	9,232(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	124,800(W16)	124,800(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：	14,660(W17)	14,660(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：	2,474(W18)	2,474(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：	22,974(W19)	22,974(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：	1,002,757(W22)	1,002,757(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,027,731(W23)	1,027,731(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	153,904(W24)	153,904(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	496,056(W25)	496,056(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：	89,366(W27)	89,366(WF27)	0(WN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,700(W28)	5,700(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	95,620,026(W99)	93,491,621(WF99)	2,128,405(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 95,620,026	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 132,408,784		

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 132,408,784＝ 312,933,784

	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：	4,200,469(X01)	4,200,198(XF01)	271(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,301,213(X02)	11,951,116(XF02)	350,097(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,979,165(X03)	19,366,075(XF03)	613,090(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：	20,983,424(X04)	20,316,842(XF04)	666,582(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,123,497(X05)	8,792,713(XF05)	330,784(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	927,179(X06)	820,393(XF06)	106,786(XN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,670,529(X07)	5,670,459(XF07)	70(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,729,570(X08)	5,729,190(XF08)	380(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：	9,086,710(X09)	9,084,650(XF09)	2,060(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	290,298(X10)	290,256(XF10)	42(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	13,041(X11)	13,041(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	404,366(X12)	404,366(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)：	7,584,000(X13)	7,584,000(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	121,165(X14)	121,165(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	4,991(X15)	4,991(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	79,200(X16)	79,200(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：	69,899(X17)	69,899(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：	2,304(X18)	2,304(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：	19,388(X19)	19,388(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：	1,224,264(X22)	1,224,264(XF22)	0(XN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,275,833(X23)	1,275,833(XF23)	0(XN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	185,298(X24)	185,298(XF24)	0(XN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	665,731(X25)	665,731(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：	80,632(X27)	80,632(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	100,022,166(X99)	97,952,004(XF99)	2,070,162(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 100,022,166	＝ 第3季預算－暫結金額＝ 212,911,618		

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 212,911,618＝ 393,436,618

	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：	4,284,831(Y01)	4,283,978(YF01)	853(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,480,140(Y02)	16,777,700(YF02)	702,440(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	27,022,814(Y03)	25,988,371(YF03)	1,034,443(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	26,589,891(Y04)	25,718,346(YF04)	871,545(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,192,552(Y05)	10,624,345(YF05)	568,207(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,248,320(Y06)	1,088,095(YF06)	160,225(YN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,872,102(Y07)	11,871,905(YF07)	197(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,320,985(Y08)	12,320,648(YF08)	337(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	16,124,951(Y09)	16,123,116(YF09)	1,835(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	783,296(Y10)	783,296(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	54,421(Y11)	54,421(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	652,735(Y12)	652,735(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)：	15,444,000(Y13)	15,444,000(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：	460,645(Y14)	460,645(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	6,643(Y15)	6,643(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	297,600(Y16)	297,600(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：	49,690(Y17)	49,690(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：	12,505(Y18)	12,505(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：	15,275(Y19)	15,275(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,017(Y20)	4,017(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,391,973(Y22)	1,391,973(YF22)	0(YN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,623,852(Y23)	1,623,852(YF23)	0(YN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	287,587(Y24)	287,587(YF24)	0(YN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	690,536(Y25)	690,536(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：	95,789(Y27)	95,789(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	150,007,150(Y99)	146,667,068(YF99)	3,340,082(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 150,007,150	＝ 第4季預算－暫結金額＝ 243,429,468		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R01

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：12

全年合計：全年預算＝ 722,100,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	15,910,028(Z01)	15,908,032(ZF01)	1,996(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	55,290,738(Z02)	52,972,098(ZF02)	2,318,640(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	88,776,858(Z03)	85,366,915(ZF03)	3,409,943(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：	89,948,944(Z04)	87,062,245(ZF04)	2,886,699(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	38,619,505(Z05)	36,987,362(ZF05)	1,632,143(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,893,198(Z06)	3,332,953(ZF06)	560,245(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	35,047,374(Z07)	35,046,477(ZF07)	897(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	35,610,870(Z08)	35,609,632(ZF08)	1,238(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：	48,486,413(Z09)	48,479,465(ZF09)	6,948(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,158,361(Z10)	2,158,277(ZF10)	84(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	134,516(Z11)	134,516(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	2,430,437(Z12)	2,430,437(ZF12)	0(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)：	46,032,000(Z13)	46,032,000(ZF13)	0(ZN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	982,153(Z14)	982,153(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	29,210(Z15)	29,210(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	703,200(Z16)	703,200(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：	143,836(Z17)	143,836(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：	42,681(Z18)	42,681(ZF18)	0(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：	127,859(Z19)	127,859(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：	5,893(Z20)	5,893(ZF20)	0(ZN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z21)	0(ZF21)	0(ZN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,060,933(Z22)	5,060,933(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,533,580(Z23)	5,533,580(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	797,121(Z24)	797,121(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	2,505,648(Z25)	2,505,648(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：	393,476(Z27)	393,476(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,700(Z28)	5,700(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	478,670,532(Z99)	467,851,699(ZF99)	10,818,833(ZN99)

全年預算＝ 722,100,000

全年已支用點數＝ 第1-4季已支用點數

＝ 133,021,190 + 95,620,026 + 100,022,166 + 150,007,150 = 478,670,532

=====

全年已結算金額＝ 133,021,190 + 95,620,026 + 100,022,166 + 150,007,150 = 478,670,532

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 — (478,670,532 — 0)

＝ 722,100,000 — 478,670,532

＝ 243,429,468 (E6)(若第4季一般服務移撥款有結餘，優先支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫全年不足款，再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限)

註：

1. 依據「110年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本預算由全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目及當年度該總額地區預算調整方式之移撥款支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
2. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決議略以，110年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計17.64億元，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，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵」方案(預算上限1億元)，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依108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	12,323,704(J0)	收入	20,796,631(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2：			已支用點數	3,539,100(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	1,092(J6)	加成已支用點數	221(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	21,404,642(J7)	加成已支用點數	4,281,497(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	24,914,050(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	9,134(J11)	加成已支用點數	1,826(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	15,860,728(J12)	加成已支用點數	3,172,153(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14)：				48,232,551(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)

= 56,705,478

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 13,294,522

※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 + 13,294,522＝ 83,294,522

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1:	點數	11,609,108(K0)	收入	22,634,761(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	3,447,300(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	1,476(K6)	加成已支用點數	298(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	24,488,785(K7)	加成已支用點數	4,898,148(K4)
巡迴計畫之品質獎勵費用K14:			已支用點數	0(K14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)K5:			已支用點數	25,435,300(K5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	7,603(K11)	加成已支用點數	1,521(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	14,288,106(K12)	加成已支用點數	2,857,811(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				48,249,486(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)

＝ 59,275,139

未支用金額

＝ 第2季預算 － 暫結金額

＝ 24,019,383

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

=====

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 280,000,000/4 + 24,019,383＝ 94,019,383

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1：	點數	13,902,701(L0)	收入	22,729,938(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2：			已支用點數	2,957,700(L2)
執業計畫診所之品質獎勵費用L13：			已支用點數	0(L13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	1,098(L6)	加成已支用點數	221(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	13,283,957(L7)	加成已支用點數	2,649,840(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	21,491,700(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	9,174(L11)	加成已支用點數	1,839(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	14,955,950(L12)	加成已支用點數	3,004,719(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14)：				44,008,720(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)

＝ 52,835,957

未支用金額

＝ 第3季預算 － 暫結金額

＝ 41,183,426

※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 + 41,183,426＝111,183,426

(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1：	點數	14,730,845(M0)	收入	22,107,876(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2：			已支用點數	4,317,600(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	5,108,400(M13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	1,501(M6)	加成已支用點數	298(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	44,072,273(M7)	加成已支用點數	8,822,709(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	2,991,150(M14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5：			已支用點數	32,547,900(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	7,094(M11)	加成已支用點數	1,419(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	14,853,057(M12)	加成已支用點數	2,971,136(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14)：				71,491,457(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)

＝ 78,868,488

未支用金額

＝ 第4季預算 － 暫結金額

＝ 32,314,938

※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	52,566,358(N0)	收入	88,269,206(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	14,261,700(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	5,108,400(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	5,167(N6)	加成已支用點數	1,038(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	103,249,657(N7)	加成已支用點數	20,652,194(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	2,991,150(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	104,388,950(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	33,005(N11)	加成已支用點數	6,605(N8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	59,957,841(N12)	加成已支用點數	12,005,819(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				211,982,214(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)
 ＝56,705,478＋59,275,139＋52,835,957＋78,868,488＝247,685,062

全年未支用金額＝全年預算－全年已暫結金額＝32,314,938

※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「110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「110年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，社區醫療站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=136,000,000元

第1季已支用點數：33,871,388

第2季已支用點數：34,339,554

第3季已支用點數：34,545,496

第4季已支用點數：34,786,334

全年已支用點數：137,542,772

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =137,542,772

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 136,000,000 - 137,542,772 = -1,542,772(預算不足，由其他預算支應)

註：依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」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：1,236,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 1,236,000

未支用金額：第1季預算-第1季暫結金額= 3,000,000- 1,236,000= 1,764,000

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 12,000,000/4+ 1,764,000= 4,764,000

已支用點數：588,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 588,000

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額= 4,764,000- 588,000= 4,176,000

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 12,000,000/4+ 4,176,000= 7,176,000

已支用點數：1,028,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 1,028,000

未支用金額：第3季預算-第3季暫結金額= 7,176,000- 1,028,000= 6,148,000

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 12,000,000/4+ 6,148,000= 9,148,000

已支用點數：1,098,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 1,098,000

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 9,148,000- 1,098,000= 8,050,000

全年合計：預算＝ 12,000,000
 全年已支用點數： 3,950,000
 全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數＝ 3,950,000
 全年未支用金額＝全年預算－（全年已結算金額－全年一般服務預算之移撥經費結餘款支應）
 ＝ 12,000,000－（ 3,950,000－ 0）
 ＝ 8,050,000

註：1. 依據「110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，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵」方案（預算上限1億元），若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依108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： 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1季預算－第1季暫結金額＝ 15,000,000－ 0＝ 15,000,000

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 15,000,000＝ 30,000,000

(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＝ 30,000,000－ 0＝ 30,000,000

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 30,000,000＝ 45,000,000

(1)診療服務費已支用點數： 6,475
 (2)品質獎勵費已支用點數： 0
 (9)合計已支用點數： 6,475

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 6,475
 未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 45,000,000－ 6,475＝ 44,993,525

=====

第4季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 44,993,525＝ 59,993,525

(1)診療服務費已支用點數： 139,954
 (2)品質獎勵費已支用點數： 0
 (9)合計已支用點數： 139,954

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 139,954
 未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝ 59,993,525－ 139,954＝ 59,853,571

全年合計：預算＝ 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數： 146,429
 (2)品質獎勵費已支用點數： 0
 (9)合計已支用點數： 146,429

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝ 146,429
 全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額
 ＝ 60,000,000－ 146,429
 ＝ 59,853,571

註：依據「110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)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＋110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%)＋87,900,000
 ＝(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%＋87,900,000
 ＝26,806,674＋28,723,750＋30,832,102＋30,020,079＋87,900,000
 ＝204,282,605

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% × 108年各季人口風險因子(R_108)(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. 110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)		10,357,004,545	11,115,534,079	11,957,971,367	11,631,205,788	45,061,715,779
2. 108年人口風險因子(R_108)	臺北分區	0.37091	0.37120	0.37119	0.37143	
	北區分區	0.15965	0.15995	0.16032	0.16079	
	中區分區	0.18101	0.18097	0.18146	0.18131	
	南區分區	0.12879	0.12861	0.12813	0.12783	
	高屏分區	0.13980	0.13950	0.13911	0.13892	
	東區分區	0.01984	0.01977	0.01979	0.01972	
		(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_108)(說明1、2)	臺北分區	3,841,516,556	4,126,086,250	4,438,679,392	4,320,178,766	16,726,460,964
	北區分區	1,653,495,776	1,777,929,676	1,917,101,970	1,870,181,579	7,218,709,001
	中區分區	1,874,721,393	2,011,578,202	2,169,893,484	2,108,853,921	8,165,047,000
	南區分區	1,333,878,615	1,429,568,838	1,532,174,871	1,486,817,036	5,782,439,360
	高屏分區	1,447,909,235	1,550,617,004	1,663,473,397	1,615,807,108	6,277,806,744
	東區分區	205,482,970	219,754,109	236,648,253	229,367,378	891,252,710
	小計	10,357,004,545	11,115,534,079	11,957,971,367	11,631,205,788	45,061,715,779

(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)× Rax R_108〕(四捨五入至整數位)+各分區支應牙周病統合治療方案移撥款(BH)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥全年6項一般服務移撥專用費用各分區結餘款(BE10)

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)		23.893298%	24.695734%	25.710569%	25.700399%	100%
2. 108年人口風險因子(R_108)	臺北分區	0.37091	0.37120	0.37119	0.37143	
	北區分區	0.15965	0.15995	0.16032	0.16079	
	中區分區	0.18101	0.18097	0.18146	0.18131	
	南區分區	0.12879	0.12861	0.12813	0.12783	
	高屏分區	0.13980	0.13950	0.13911	0.13892	
	東區分區	0.01984	0.01977	0.01979	0.01972	
		(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	臺北分區	3,993,487,837	4,130,832,928	4,300,467,597	4,301,672,602	16,726,460,964
xR_108	北區分區	1,718,908,450	1,779,975,018	1,857,407,164	1,862,418,369	7,218,709,001
	中區分區	1,948,885,804	2,013,892,335	2,102,327,245	2,099,941,616	8,165,047,000
	南區分區	1,386,647,161	1,431,213,424	1,484,465,943	1,480,112,832	5,782,439,360
	高屏分區	1,505,188,859	1,552,400,844	1,611,676,089	1,608,540,952	6,277,806,744
	東區分區	213,611,924	220,006,915	229,279,490	228,354,381	891,252,710
	小計	10,766,730,035	11,128,321,464	11,585,623,528	11,581,040,752	45,061,715,779
4. 移撥牙周病統合治療方案(H)(註3)		351,000,000	351,000,000	351,000,000	351,000,000	1,404,000,000

程式代號：RGBI3008R01

110年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/05/06

頁 次： 24

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區108年7月至109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_108)	臺北分區	0.37165864	0.37165864	0.37165864	0.37165864	
	北區分區	0.15290153	0.15290153	0.15290153	0.15290153	
	中區分區	0.16600875	0.16600875	0.16600875	0.16600875	
	南區分區	0.11947046	0.11947046	0.11947046	0.11947046	
	高屏分區	0.17119475	0.17119475	0.17119475	0.17119475	
	東區分區	0.01876587	0.01876587	0.01876587	0.01876587	
	合計	100%	100%	100%	100%	
6. 各分區牙周病統合治療方案 移撥款 BH= HxHa_108	臺北分區	130,452,183	130,452,183	130,452,183	130,452,182	521,808,731
	北區分區	53,668,437	53,668,437	53,668,437	53,668,437	214,673,748
	中區分區	58,269,071	58,269,071	58,269,071	58,269,072	233,076,285
	南區分區	41,934,131	41,934,131	41,934,131	41,934,133	167,736,526
	高屏分區	60,089,357	60,089,357	60,089,357	60,089,358	240,357,429
	東區分區	6,586,821	6,586,821	6,586,821	6,586,818	26,347,281
	小計	351,000,000	351,000,000	351,000,000	351,000,000	1,404,000,000
7. 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
8. 移撥全年6項一般服務移撥專用費用 結餘款E10(註8)					27,594,678	27,594,678
9. 移撥全年6項一般服務移撥專用費用 各分區結餘款 (BE10= E10xR_108)	臺北分區				10,249,491	10,249,491
	北區分區				4,436,948	4,436,948
	中區分區				5,003,191	5,003,191
	南區分區				3,527,428	3,527,428
	高屏分區				3,833,453	3,833,453
	東區分區				544,167	544,167
	小計				27,594,678	27,594,678

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
10. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)+(BH)+(Z)+(BE10)	臺北分區	4,123,940,020	4,261,285,111	4,430,919,780	4,442,374,275	17,258,519,186
	北區分區	1,772,576,887	1,833,643,455	1,911,075,601	1,920,523,754	7,437,819,697
	中區分區	2,012,154,875	2,077,161,406	2,165,596,316	2,168,213,879	8,423,126,476
	南區分區	1,428,581,292	1,473,147,555	1,526,400,074	1,525,574,393	5,953,703,314
	高屏分區	1,567,778,216	1,614,990,201	1,674,265,446	1,674,963,763	6,531,997,626
	東區分區	220,198,745	226,593,736	235,866,311	235,485,366	918,144,158
	小計	11,125,230,035	11,486,821,464	11,944,123,528	11,967,135,430	46,523,310,457

- 註：1. 為避免各分區一般服務預算總額各別加總後與分區一般服務預算總額(D2)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額＝分區一般服務預算總額(D2)減去前五分區一般服務預算總額。
2. 為避免調整後各季各分區一般服務預算總額個別加總後(加總BD1)與調整前各季各分區一般服務預算總額加總(加總BD)產生之數元誤差，故調整後第4季各分區一般服務預算總額(BD1_q4)＝調整前全年各分區一般服務預算總額(加總BD)減去第1-3季調整後各分區一般服務預算總額(BD1_q1、BD1_q2、BD1_q3)＝加總BD－BD1_q1－BD1_q2－BD1_q3。
3. 依據109年11月24日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議109年度第4次會議決定略以，110年度牙醫門診總額一般服務預算移撥14.04億元支應「牙周病統合治療方案」，六分區預算按108年7月至109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。為避免牙周病統合治療方案移撥款各季加總後所產生之數元誤差：東區移撥款為每季預算之合計移撥款減去前五區移撥款；第4季預算則為全年移撥款減去前3季移撥款。
4. 「110年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，說明如下：
- (1)本計畫全年經費為7.221億元，其中6.721億元由110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，則先天性唇顎裂及顏頰畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
- (2)依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決議略以，110年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計17.64億元，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，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵」方案(預算上限1億元)，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
5. 依據109年11月24日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議109年度第4次會議決定略以，110年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。
6. 依據「110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108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
7. 依據「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
8. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決議略以，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，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵」方案(預算上限1億元)，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
9. 依衛生福利部110年7月1日衛部保字第1100124795號函，110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	3,789,695,824(BF)	0.94005628	-----	27,832,268	103,281
	2-北區分區	377,004,978	0.94005628	354,405,897	2,946,056	
	3-中區分區	220,637,780	0.94005628	207,411,931	1,813,351	
	4-南區分區	129,608,593	0.94005628	121,839,372	1,140,263	
	5-高屏分區	172,839,213	0.94005628	162,478,588	1,230,565	
	6-東區分區	23,069,405	0.94005628	21,686,539	261,554	
	7-合計	4,712,855,793(GF)		867,822,327(AF)	35,224,057(BG)	103,281(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	243,884,690	0.99328653	242,247,377	2,432,194	120,155
	2-北區分區	1,471,842,069(BF)	0.99328653	-----	8,041,795	
	3-中區分區	95,039,421	0.99328653	94,401,377	776,472	
	4-南區分區	59,692,597	0.99328653	59,291,853	459,607	
	5-高屏分區	36,616,983	0.99328653	36,371,156	267,643	
	6-東區分區	4,577,280	0.99328653	4,546,551	55,359	
	7-合計	1,911,653,040(GF)		436,858,314(AF)	12,033,070(BG)	120,155(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	75,656,856	1.02478859	77,532,283	697,440	67,362
	2-北區分區	44,962,154	1.02478859	46,076,702	366,230	
	3-中區分區	1,964,051,504(BF)	1.02478859	-----	17,277,007	
	4-南區分區	46,585,706	1.02478859	47,740,500	466,090	
	5-高屏分區	31,574,648	1.02478859	32,357,339	237,994	
	6-東區分區	3,117,296	1.02478859	3,194,569	34,448	
	7-合計	2,165,948,164(GF)		206,901,393(AF)	19,079,209(BG)	67,362(BJ)

程式代號：RGBI3008R01

110年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/05/06

頁 次： 27

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	64,609,260	1.04666804	67,624,448	686,217	
	2-北區分區	28,510,327	1.04666804	29,840,848	248,950	
	3-中區分區	67,168,776	1.04666804	70,303,411	594,402	
	4-南區分區	1,219,178,392(BF)	1.04666804	-----	10,328,268	56,334
	5-高屏分區	68,574,716	1.04666804	71,774,964	535,317	
	6-東區分區	2,420,861	1.04666804	2,533,838	26,855	
	7-合計	1,450,462,332(GF)		242,077,509(AF)	12,420,009(BG)	56,334(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	44,939,764	1.04819906	47,105,818	422,315	
	2-北區分區	17,881,922	1.04819906	18,743,814	156,677	
	3-中區分區	31,637,874	1.04819906	33,162,790	288,819	
	4-南區分區	69,004,265	1.04819906	72,330,206	565,178	
	5-高屏分區	1,479,607,774(BF)	1.04819906	-----	11,649,031	17,301
	6-東區分區	4,392,158	1.04819906	4,603,856	51,517	
	7-合計	1,647,463,757(GF)		175,946,484(AF)	13,133,537(BG)	17,301(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	13,832,330	1.19413022	16,517,603	152,496	
	2-北區分區	5,066,797	1.19413022	6,050,415	59,033	
	3-中區分區	4,687,870	1.19413022	5,597,927	49,194	
	4-南區分區	3,180,538	1.19413022	3,797,977	27,671	
	5-高屏分區	6,885,862	1.19413022	8,222,616	61,145	
	6-東區分區	163,933,983(BF)	1.19413022	-----	2,076,731	8,632
	7-合計	197,587,380(GF)		40,186,538(AF)	2,426,270(BG)	8,632(BJ)

程式代號：RGBI3008R01

110年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/05/06

頁 次： 28

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	= [4,442,374,275	— 867,822,327	— (35,224,057	— 0)	— 103,281]	／ 3,789,695,824	= 0.93390730
北區分區	= [1,920,523,754	— 436,858,314	— (12,033,070	— 0)	— 120,155]	／ 1,471,842,069	= 0.99977589
中區分區	= [2,168,213,879	— 206,901,393	— (19,079,209	— 100,000)	— 67,362]	／ 1,964,051,504	= 0.98880600
南區分區	= [1,525,574,393	— 242,077,509	— (12,420,009	— 5,059,871)	— 56,334]	／ 1,219,178,392	= 1.03837197
高屏分區	= [1,674,963,763	— 175,946,484	— (13,133,537	— 938,232)	— 17,301]	／ 1,479,607,774	= 1.00359584
東區分區	= [235,485,366	— 40,186,538	— (2,426,270	— 0)	— 8,632]	／ 163,933,983	= 1.17647313

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)

= [11,967,135,430 — (94,316,152 + 6,098,103) — 373,065] / 12,085,970,466 = 0.98182832

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	= [4,442,374,275	]	／ [4,712,855,793	+	35,224,057	+	0	+	103,281]	= 0.93559455
北區分區	= [1,920,523,754	]	／ [1,911,653,040	+	12,033,070	+	0	+	120,155]	= 0.99829374
中區分區	= [2,168,213,879	]	／ [2,165,948,164	+	19,079,209	+	100,000	+	67,362]	= 0.99222913
南區分區	= [1,525,574,393	]	／ [1,450,462,332	+	12,420,009	+	5,059,871	+	56,334]	= 1.03922064
高屏分區	= [1,674,963,763	]	／ [1,647,463,757	+	13,133,537	+	938,232	+	17,301]	= 1.00807133
東區分區	= [235,485,366	]	／ [197,587,380	+	2,426,270	+	0	+	8,632]	= 1.17729567

5. 一般服務全區平均點值

= [11,967,135,430] / [12,085,970,466 + 94,316,152 + 6,098,103 + 373,065] = 0.98197861

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R01

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：29

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

＋移撥因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案暫結金額]

／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]

＝[11,967,135,430＋316,895,005＋ 62,048,044＋ 6,695,819＋100,000,000]

／[12,085,970,466＋ 94,316,152＋ 6,098,103＋ 373,065＋309,517,974＋ 58,933,925]＝ 0.99184120

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

＋品質保證保留款預算

＝ 150,007,150＋ 78,868,488＋ 34,786,334＋ 1,098,000＋ 139,954＋ 51,995,079

＝ 316,895,005

2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋110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110/09(含)以前：於111/01/01～111/03/31期間核付者。

費用年月110/10～110/12：於110/10/01～111/03/31期間核付者。

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

報告事項第四案

提案單位：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。

說明：

- 一、依據 111 度第 1 次「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」會議辦理。
- 二、110 年醫缺巡迴醫療未設置固定式治療椅原因簡報檔詳如附件一(頁次：報 4-2)。

本署意見：

本署補充牙醫不足巡迴醫療未設置固定式診療椅之 266 個巡迴點服務量，詳如附件二(頁次：報 4-7)，建議牙全會可優先由「平均每診服務人次」較高或「巡迴次數」較多之巡迴點優先媒合固定治療椅之設置，以提高執行效益。

決定：

110年牙醫門診總額 醫療資源不足地區改善方案 巡迴地點固定式治療椅設置情形

報告人：陳建志理事長
中華民國牙醫師公會全國聯合會

牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

- ◆緣由：111年第1次研商議事會議，請本會協助盤點尚未設置固定式診療椅之巡迴點，其實務面執行是否有困難之處，並將盤點結果回饋本署知悉。
- ◆110年調查各巡迴點設置情形，共有266個巡迴點為非固定式式療椅，針對266個巡迴點進一步調查。

110年醫缺方案巡迴醫療地點 未設置固定式治療椅原因

TwDA

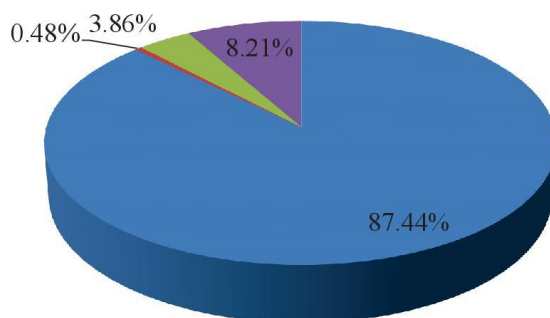
縣市別	於110年底 設立固定 式治療椅 或醫療車	110年未執 行巡迴醫 療服務	學校不願意 (負擔水電費、 硬體設備受限 例如：無空間 設置、水電線 路無法重新牽 線。)	醫師不願意 (負擔水電費、 維修費)。	巡迴次數不 多、學童數 少，設置固 定式治療椅 不符成本。	學校及醫師 有意願設置 但無經費或 無空間添購 固定式治療 椅。	合計
新北市	1	13	9	0	0	2	25
宜蘭縣	0	4	2	0	0	0	6
桃園市	0	0	2	0	0	0	2
台中市	0	0	1	0	0	0	1
南投縣	0	0	64	0	0	0	64
台南市	3	2	3	0	0	1	9
嘉義縣	0	6	25	0	0	0	31
高雄市	1	4	0	0	0	1	6
屏東縣	0	0	15	0	0	0	15
澎湖縣	0	11	9	0	0	0	20
花蓮縣	8	2	21	0	1	5	37
台東縣	3	1	30	1	7	8	50
合計	16	43	181	1	8	17	266

TwDA
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
Taiwan Dental Association

2022/5/24-3

未設置固定式治療椅之原因分布圖

TwDA



- 學校不願意(負擔水電費、硬體設備受限，例如：無空間設置、水電線路無法重新牽線。)
- 醫師不願意(負擔水電費、維修費)。
- 巡迴次數不多、學童數少，設置固定式治療椅不符成本。
- 學校及醫師有意願設置，但無經費或無空間添購固定式治療椅。

TwDA
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
Taiwan Dental Association

2022/5/24-4

學校及醫師有意願設置，但無經費或無空間添購固定式治療椅。

縣市	鄉鎮	鄉鎮分類	級數	執行地點	備註
新北市	石門區	偏遠平地	1	石門國小	醫師已經在籌畫設立治療椅
新北市	石門區	偏遠平地	1	石門國中	醫師已經在籌畫設立治療椅
台南市	玉井區	偏遠平地	1	層林國小	校舍重建，目前尚在組合屋
高雄市	甲仙區	偏遠平地	2	寶隆國小	
花蓮縣	豐濱鄉	偏遠平地	2	豐濱國小	
花蓮縣	豐濱鄉	偏遠平地	2	靜浦國小	
花蓮縣	卓溪鄉	特殊偏遠	2	卓清國小	
花蓮縣	瑞穗鄉	偏遠平地	2	瑞北國小	空間不足無法設置
花蓮縣	瑞穗鄉	偏遠平地	2	奇美國小	空間不足無法設置
臺東縣	太麻里鄉	偏遠平地	2	香蘭國小	有意願但校內空間不足
臺東縣	太麻里鄉	偏遠平地	2	寶茂國中	巡迴次數少(一年2~4次)，不符成本。
臺東縣	大武鄉	偏遠平地	1	大鳥國小	空間不足無法設置
臺東縣	大武鄉	偏遠平地	1	大鳥國小(愛國埔分校)	空間不足無法設置
臺東縣	卑南鄉	偏遠平地	2	太平國小	已有治療椅，但設備老舊不夠完善。
臺東縣	蘭嶼鄉	特殊困難	3	椰油國小	
臺東縣	東河鄉	偏遠平地	2	都蘭國小	
臺東縣	卑南鄉	偏遠平地	2	利嘉國小	

調查完共有7間學校有意願且有空間設置
全聯會努力協助媒合

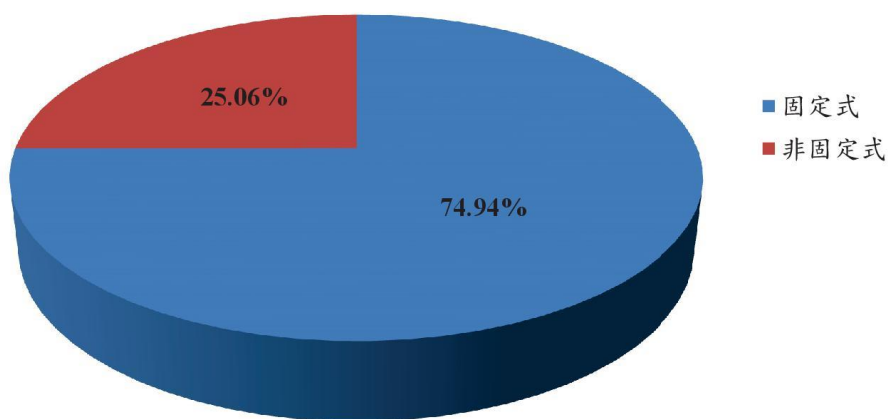
106~110年醫缺方案巡迴地點 固定式治療椅設置情形

項目/年度		106	107	108	109	110	110 (校正後)
巡迴點	固定式A1	382	419	405	558	577	593
	非固定式A2	411	382	419	284	266	207
	小計A	793	801	824	842	843	800
社區 醫療站	固定式B1	21	21	22	24	26	26
	非固定式B2	0	0	0	0	0	0
	小計B	21	21	22	24	26	26
合計A+B		814	822	846	866	869	826
固定式診療椅設置占率 (A1+B1)/(A+B)		49.51%	53.53%	50.47%	67.21%	69.39%	74.94%

註：固定式診療椅含固定式診療椅(備有燈光、連接水電且可隨意升降至適合看診角度)、貨車載具之牙科固定治療椅及口腔醫療巡迴車。

固定式A1：加上16個「於110年底設立固定式治療椅或醫療車」地點
非固定A2：應扣除「於110年底設立固定式治療椅或醫療車」16個、「110年未執行巡迴醫療服務」43個地點。

110年醫缺方案巡迴地點 設置固定式治療椅比率



40週年40台 固定式牙科治療台設置分佈圖





謝謝聆聽 敬請指教



110年牙醫醫療資源不足方案-巡迴計畫 266個未設置固定式診療椅巡迴點之巡迴服務統計

◆ 近三年(108~110)該266個巡迴點平均每診服務人次

項目/年度	108年	109年	110年
申報巡迴論次費用之巡迴點數	181	162	161
平均每診服務人次	10.06	9.91	9.69

◆ 110年申報論次費用之161個巡迴點平均每診服務人次級距

平均每診服務人次	<6	6≤人次<11	11≤人次<16	16≤人次<21	≥21
巡迴點數	35	44	46	22	14

◆ 110年申報論次費用之161個巡迴點巡迴次數級距

全年巡迴次數	1~5次	6~10次	11~15次	16~20次	21次以上
巡迴點數	70	50	26	8	7

- ◆ 建議牙醫全聯會可優先由「平均每診服務人次」較高或「巡迴次數」較多之巡迴點優先媒合固定治療椅之設置，以提高執行效益。



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「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。

說明：

- 一、依據 14-7 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 111 年第 1 次研商議事會議，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，請本會重新規劃提案討論。
- 三、修正方案條文如下，對照表詳附件(頁次：討 1-3)。
 - (一)刪除「110 年感染管制書面評核作業」相關內容。
 - (二)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規定時程進行實地訪查。
 - (三)變更負責醫師而未異動醫事服務機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管控實地訪查。
 - (四)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。
 - 1.自評合格者須於 VPN 牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點 A 硬體設備方面相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書評資料)
 - 2.考量巡迴醫療及特殊醫療之外展點設立模式不同，巡迴醫療分別有醫療站及巡迴點。醫療站多數為共用設備，巡迴點則多由各別醫師自行攜帶，故巡迴醫療由執行醫師自行選擇上傳。特殊醫療設立之場所均為共用之硬體設備，故採以每外展點為單位上傳。
 - 3.外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至 112 年 12 月 31 日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，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。

本署意見：

- 一、第(一)、(三)項無意見，第(二)項建議修改為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，合格後始予特約。
- 二、第(四)項巡迴醫療、特殊醫療外展點書面審查作業，本署對期限劃分建議如下：
 - (一)考量各外展點狀況差異，研擬依外展點提供醫療服務之頻率規劃書面評核資料上傳時程：
 - 1.每季至少執行1次之外展點，於112年4月30日(含)前完成書評上傳。
 - 2.非固定提供醫療服務(頻率小於每季1次)之外展點至112年9月30日(含)前完成書評上傳。
 - 3.若有1年內僅執行1次以下醫療服務者，該外展點是否仍須評核，提請討論。
 - (二)外展點書面評核作業之期限為112年9月底，111年是否仍亦應進行抽訪，以維護病人就醫安全，提請討論。
- 三、研擬配合本次會議決議辦理VPN特約院所外展點書面評核上傳登錄系統建置。
- 四、因應COVID-19疫情影響，本署「牙醫門診加強感染管制實施方案」是否暫停實地訪查作業，再視疫情狀況調整，提請討論。若決議暫停，新申請特約之醫事機構於申請特約時，以檢具感染管控自評表，合格始予特約，並於恢復實地訪查後列入當年度實地訪查優先名單。

決 議：

111 年牙醫門診加強感染管制實施方案修訂對照表

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
一、目的： 本實施方案之目的，在於規範特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。	二、目的： 本實施方案之目的，在於規範特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。	一、目的： 本實施方案之目的，在於規範特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。	本項未修訂	
二、本方案實施方式： (一) 宣導教育方面： 1.由牙醫門診總額受託單位(中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會)開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。 2.由牙醫全聯會製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊」，並核發予	二、本方案實施方式： (一) 宣導教育方面： 1.由牙醫門診總額受託單位(中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會)開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。 2.由牙醫全聯會製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊」，並核發予	二、本方案實施方式： (一) 宣導教育方面： 1.由牙醫門診總額受託單位(中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會)開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。 2.由牙醫全聯會製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊」，並核發予	本項(一~三)未修訂	

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
各牙醫院所執行。 (二) 牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引,訂定「牙醫院所感染管制SOP作業細則」,並於全民健保牙醫門診臨床指引載明,以利本方案之實施。 (三) 特約院所依本方案「牙醫院所感染管制SOP作業細則」(附件1)執行,並依「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」(附件2)自行評分,自評合格者(無項目得D),應將考評表函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)所轄分區業務組備查,並於次月開始申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(以下稱感染管制門診診察費)。	各牙醫院所執行。 (二) 牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引,訂定「牙醫院所感染管制SOP作業細則」,並於全民健保牙醫門診臨床指引載明,以利本方案之實施。 (三) 特約院所依本方案「牙醫院所感染管制SOP作業細則」(附件1)執行,並依「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」(附件2)自行評分,自評合格者(無項目得D),應將考評表函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)所轄分區業務組備查,並於次月開始申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(以下稱感染管制門診診察費)。	各牙醫院所執行。 (二) 牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引,訂定「牙醫院所感染管制SOP作業細則」,並於全民健保牙醫門診臨床指引載明,以利本方案之實施。 (三) 特約院所依本方案「牙醫院所感染管制SOP作業細則」(附件1)執行,並依「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」(附件2)自行評分,自評合格者(無項目得D),應將考評表函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)所轄分區業務組備查,並於次月開始申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(以下稱感染管制門診診察費)。		

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
(四) 110 年 感染管制書面評核作業： 1. 自評合格者須於 110 年 3 月 31 日(含)前，於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳相關資料，由保險人所轄分區業務組進行評核。 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3. 院所未於 110 年 3 月 31 日(含)前上傳感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵	(四) 110 年 感染管制書面評核作業： 1. 自評合格者須於 110 年 3 月 31 日(含)前，於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳相關資料，由保險人所轄分區業務組進行評核。 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3. <u>院所未於 110 年 3 月 31 日(含)前上傳感染管制書面評核資料者(郵寄者則以</u>	(四) 110 年感染管制書面評核作業： 1. 自評合格者須於 110 年 3 月 31 日(含)前，於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳相關資料，由保險人所轄分區業務組進行評核。 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3. 院所未於 110 年 3 月 31 日(含)前上傳感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳	111 年度院所無須進行書面評核作業，爰刪除第(四)、(五)點條文。	

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
戳日認定)，採實地訪查。 4. 109 年已完成感染管制實地訪查之院所及經評鑑合格之設有牙科部門醫院無須提送感染管制書面評核資料。 (五) 除前款第 4 目外，院所未於 110 年 3 月 31 日(含)前上傳感染管制書面評核資料者，自 110 年 4 月 1 日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，於次月起(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)，方得申報該項門診診察費。	郵戳日認定)，採實地訪查。 4. 109 年已完成感染管制實地訪查之院所及經評鑑合格之設有牙科部門醫院無須提送感染管制書面評核資料。 (五) 除前款第 4 目外，院所未於 110 年 3 月 31 日(含)前上傳感染管制書面評核資料者，自 110 年 4 月 1 日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，於次月起(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)，方得申報該項門診診察費。	日認定)，採實地訪查。 4.109 年已完成感染管制實地訪查之院所及經評鑑合格之設有牙科部門醫院無須提送感染管制書面評核資料。 (五) 除前款第 4 目外，院所未於 110 年 3 月 31 日(含)前上傳感染管制書面評核資料者，自 110 年 4 月 1 日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，於次月起(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)，方得申報該項門診診察費。		
三、監控方式 (一) 監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。 (二) 訪查評估： 1. 由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪	三、監控方式 (四) 監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。 (五) 訪查評估： 1. 由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪	三、監控方式 (一) 監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。 (二) 訪查評估： 1. 由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前		

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。 2. 110 年感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未上傳書面評核資料者，應進行實地訪查，並於110年6月30日(含)前完成。 (三) 經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格（任一項目為 D）之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查	查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。 2. 110 年感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未上傳書面評核資料者，應進行實地訪查，並於110年6月30日(含)前完成。 (六) 經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格（任一項目為 D）之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查	需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。 2. 110 年感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未上傳書面評核資料者，應進行實地訪查，並於 110 年 6 月 30 日(含)前完成。 (三) 經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格（任一項目為 D）之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制	刪除書面評核相關文字	

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日起追扣該差額。 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費（如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用）。	該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日起追扣該差額。 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費（如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用）。	門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日起追扣該差額。 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費（如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用）。		
四、感染管制 SOP 審查標準(110 年感染管制書面評核標準比照辦理) (一) 依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。	四、感染管制 SOP 審查標準(110 年感染管制書面評核標準比照辦理) (一) 依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。	四、感染管制 SOP 審查標準(110 年感染管制書面評核標準比照辦理) (一) 依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。	刪除書面評核相關文字	

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
(二) 每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。 (三) 請依考評表內之評分標準進行查核。	(二) 每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。 (三) 請依考評表內之評分標準進行查核。	(二) 每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。 (三) 請依考評表內之評分標準進行查核。		
(四) 訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3. 110年感染管制書面評	(四) 訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3. 110年感染管制書面評	(四) 訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3. 110 年感染管制書面		

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
核不合格者及未提送書面評核資料者全面進行實地訪查，111年起恢復已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則。 4. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，合格始予特約。保險人於受理申請後<u>13</u>個月內進行實地訪查。 5. <u>變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。</u>	核不合格者及未提送書面評核資料者全面進行實地訪查，111年起恢復已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則。 4. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表保險人於受理申請後<u>1</u>個月內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。 5. <u>變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管控實地訪查。</u>	評核不合格者及未提送書面評核資料者全面進行實地訪查，111年起恢復已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則。 4. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後1個月內進行實地訪查。	刪除書面評核相關文字 4. 新特約機構受理後3個月內需進行實訪，依相關法規規定訂定。 5. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼之行政作業，依健保署建議辦理	有關新申請特約之醫事機構之實地訪查業於前次會議決議回歸特管辦法規定（第3條第2項規定：保險人應於受理前項申請後三十日內完成審查，必要時得延長三十日，並應通知申請人。）如再延長至3個月，該院如為不合格院所，是否影響民眾健康權益。

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分；訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。	五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分；訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理， <u>並列為特約或續約之參考。</u>	五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分；訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。	本項未修訂	本方案之感染管控制實地訪查結果，列為特約或續約之參考一節，符合特管辦法第 2 條之「平等原則」及「信賴保護原則」，本署應有一定「擇優汰劣」之行政審查權限，建議保留相關文字。
六、有關特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制： (一) 依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件 3) 及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4) 執行。 (二) 特約院所依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4) 自行評分，自評合格者(無項目得	六、有關特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制： (一) 依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件 3) 及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4) 執行。 (二) 特約院所依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4) 自行評分，自評合格者(無項目得	六、有關特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制： (一) 依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件 3) 及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4) 執行。 (二) 特約院所依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4) 自行評分，自評合格者(無項目得 X)，	本項未修訂	

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
X)，應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查，並於次月開始申報感染管制門診診察費。	X)，應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查，並於次月開始申報感染管制門診診察費。	應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查，並於次月開始申報感染管制門診診察費。		
(三) 院所經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。惟110111年之感染管制書面評核作業，如下： 1. 自評合格者須於110112年12月31日(含)前，於VPN之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點A硬體設備方面相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書評資料)，由保險人所轄分區業務組進行評核。 上傳方式： (1) <u>巡迴醫療之外展點</u>：執行醫師可自行選擇 A. 以每人每點為單位上傳；B. 如為醫療團提報符合共用硬體設備之外展點，得共同	(三) 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。惟110111年之感染管制書面評核作業，如下： 1. 自評合格者須於110112年12-4月31-30日(含)前，若屬非固定提供醫療服務(頻率小於每季1次)之外展點得展延至112年9月30日(含)，於VPN之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點A硬體設備方面相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書評資料)，由保險人所轄分區業務組進行評核。 上傳方式： (1) <u>巡迴醫療之外展點</u>：執行醫師可自行選擇 A. 以每人每點為單位上	(三) 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。惟110年之感染管制書面評核作業，如下： 1. 自評合格者須於110年12月31日(含)前，於VPN之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點相關資料，由保險人所轄分區業務組進行評核。	外展點至少1年可巡迴1次，建議上傳期限1年 外展點僅需上傳硬體設備 矯正機關因其特殊性，無法拍照，建議排除	1. 每季至少執行1次之外展點，於112年4月30日(含)前完成書評上傳。 2. 非固定提供醫療服務(頻率小於每季1次)之外展點至112年9月30日(含)前完成書評上傳。 3. 若有1年內僅執行1次以下醫療服務者，該外展點是否仍須評核，提請討論。 外展點僅上傳硬體設備一節，尊重牙全會規劃，矯正機關因其特殊性，無法拍照，同意牙全會建議，予以排除。

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
<u>上傳(名單由牙醫全聯會提報健保署核備)。</u> (2) <u>特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。</u> 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。院所外展點未於110年12月31日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定)，採實地訪查。109年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。	<u>傳；B.如為醫療團提報符合共用硬體設備之外展點，得共同上傳(名單由牙醫全聯會提報健保署)。</u> (2) <u>特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。</u> 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。院所外展點未於110年12月31日(含)<u>本方案規定期限前</u>上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定)，採實地訪查。109年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面	2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。 3. 院所未於110年12月31日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定)，採實地訪查。 4. 109年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書	考量巡迴醫療及特殊醫療之外展點設立模式不同，巡迴醫療分別有醫療站及巡迴點。醫療站多數為共用設備，巡迴點則多由各別醫師自行攜帶，故巡迴醫療由執行醫師自行選擇上傳。 特殊醫療設立之場所均為共用之硬體設備，故採以每外展點為單位上傳	建議牙全會確實輔導應上傳之院所於期限內上傳，另為掌握需上傳書評名單，建請牙全會於112年2月底前提供本署名單並副知各分區業務組。

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
	評核資料。	面評核資料。		
(四)院所外展點未於110年12月31日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者，自111年1月1日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，直至實地訪查通過後，於次月起(如2月5日通過，則自3月起再申報該項費用)，方得申報感染管制門診診察費。<u>外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至112年12月31日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，不在此限；並於排除上述不可抗力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。</u>	(四)院所外展點未於110年12月31日(含)本方案規定期限前提送外展點感染管制書面評核資料者，自111年1月1日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，直至實地訪查通過後，於次月起(如2月5日通過，則自3月起再申報該項費用)，方得申報感染管制門診診察費。<u>外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至112年9月30日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，不在此限；並於排除上述不可抗力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。</u>	(四)院所未於110年12月31日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者，自111年1月1日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，直至實地訪查通過後，於次月起(如2月5日通過，則自3月起再申報該項費用)，方得申報感染管制門診診察費。	修改外展上傳書面評核作業之年度，及文字修正 新增不可抗力因素影響之因應	如遇不可抗力因素影響之因應一節，尊重牙全會規劃。

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
(五) 本項訪查抽樣比例為4%，未訪查過之院所外展點優先辦理訪查。另110<u>111</u>年度感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者全面進行實地訪查，並於111<u>113</u>年3月31日(含)前完成。<u>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。</u>	(五) 本項訪查抽樣比例為4%，未訪查過之院所外展點優先辦理訪查。另110<u>111、112</u>年度感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者全面進行實地訪查，並於111<u>113</u>年3月31日(含)前完成。<u>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。</u>	(五) 本項訪查抽樣比例為4%，未訪查過之院所優先辦理訪查。另110年感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者全面進行實地訪查，並於111年1月31日(含)前完成。		外展點書面評核作業之期限為112年9月，111年是否仍亦應進行抽訪，以維護病人就醫安全。
(六) 實地訪查為不合格(任一項目為X)之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A. 硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B. 軟體方面」之第1、2、6項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展<u>上傳</u>單位訪查該月申	(三) 實地訪查為不合格(任一項目為X)之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A. 硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B. 軟體方面」之第1、2、6項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展<u>上傳</u>單位訪查該月申	(六) 實地訪查為不合格(任一項目為X)之特約院所，處理原則如下： 1. 屬「A. 硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B. 軟體方面」之第1、2、6項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感		

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日起追扣該差額，至多 2 年。 3. 實地訪查不合格者，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費。(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。	報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日起追扣該差額(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣)。 3. 實地訪查不合格者，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費。(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理，並列為特約或續約之參考。	染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並自 109 年度調升感染管制門診診察費生效日起追扣該差額。 3. 實地訪查不合格者，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費。(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。		補充相關法源依據

牙全會修訂內容	健保署修訂內容	原內容	牙全會修訂說明	健保署意見
七、本方案由保險人公告，併送全民健康保險會備查，修訂時亦同。	七、本方案由保險人公告，併送 <u>副</u> 知全民健康保險會備查，修訂時亦同。	七、本方案由保險人公告，併送全民健康保險會備查，修訂時亦同。	本項未修訂	向健保會備查修正為副知健保會

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「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。

說明：

- 一、依據 14-7 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、醫缺方案多為學校巡迴點，主要服務偏鄉學童、青少年的口腔健康，執業診所及社區醫療站提供偏鄉民眾口腔照護，為提升全國 12 歲至 18 歲青少年牙醫就醫率及高齲齒率患者氟化物治療，同意醫缺方案執業計畫診所、巡迴點及社區醫療站巡迴醫療服務均可執行以上兩項專案。
- 三、以上專案依照各項計畫規定申報醫療費用，並由各項計畫專款費用支應，不再額外加計 2 成，且不計算於每月平均每診次申請點數 2.5 萬點內。

本署意見：

同意本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；本方案增修條文如附件(頁次：討 2-2)。

決議：

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修訂對照表

修正條文	現行條文	備註
七、執行內容及方式： (一)執業計畫： 同現行條文。 (二)巡迴計畫： 1.執行方式有二類： (1)巡迴點醫療服務： ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(以下稱 0-6 歲計畫)及「全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(以下稱 12-18 歲計畫)之收案對象牙醫醫療服務，其中 0-6 歲計畫之執行醫師須參與該計畫。 B. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第三部第三章第四節第	七、執行內容及方式： (一)執業計畫： 執行內容須包含下列二類，總服務時數每週不得少於 30 小時： 1.執業地點門診服務(分三級「牙醫醫療資源不足地區」執行並保障其承作本計畫之費用)：(以下條文省略) 2.牙醫巡迴醫療服務： (1)服務次數：(以下條文省略) (2)服務項目： ①一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔。 ②口腔衛生推廣服務：(以下條文省略) (3)服務時段：(以下條文省略) (二)巡迴計畫： 1.執行方式有二類： (1)巡迴點醫療服務： ①對象：本計畫施行地區(詳附件 2)之國小及國中學童、教職員及當地民眾。 ②服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 10-3)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供符合「全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(以下稱 0-6 歲計畫)	<u>健保署說明：</u> 1. 執業計畫診所之門診服務，比照一般牙醫診所得提供「健保 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(下稱 12-18 歲計畫)服務及健保醫療服務項目支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(下稱支付標準 P7301C)服務，故毋須敘明於條文中。 2. 執業計畫診所之牙醫巡迴醫療服務，其一般治療項目亦包含 12-18 歲計畫及支付標準 P7301C 兩項服務，故亦毋須敘明於條文中。 <u>健保署說明：</u> 配合 12-18 歲計畫自 111 年 3 月 10 日公告施行、支付標準 P7301C 服務公告自 111 年 3 月 1 日起施行，巡迴計畫巡迴點得提供該兩項服務。

修正條文	現行條文	備註
<u>四項「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)服務。</u> (2)社區醫療站醫療服務： ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： B.符合「0-6 歲計畫」及「12-18 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務，<u>其中 0-6 歲計畫之執行醫師須參與該計畫。</u> C.<u>支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)服務。</u>	之收案對象牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫。 (2)社區醫療站醫療服務： ①由醫療團成員輪流排班，以維持每週 3 至 6 天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。 ②如為必要設置社區醫療站之地區，因其居民人數少故須減少排班天數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。 ③除提供本計畫之牙醫服務外，得提供： A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。 B. 符合「0-6 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫。 ④於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方式及診療期間。 (3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。 2.巡迴醫療服務之醫師、時段及地點名單：(以下條文省略) 3.保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫及中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。	<u>健保署說明：</u> 配合 12-18 歲計畫及支付標準 P7301C 診療項目之施行，巡迴計畫社區醫療站得提供該兩項服務。

修正條文	現行條文	備註
E.前開每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算，不含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計畫、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)之案件。	D.門診時段如遇重大天然災害有公布停止上班(課)或特殊情形時，由保險人分區業務組依實際情況衡酌門診時段比率，以計算調整管控額度百分比。 E.前開每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算，不含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計畫及 0-6 歲計畫之案件。 ③保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底止未滿 1 個月者，則按診療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。 ④執行本計畫滿三年者，如前一年度之每月總服務量累計 2 個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後，核定該診所停止執行本計畫。 ⑤本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。 ⑥核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少 1 元計算。每月總服務量低於本計畫設定保障額度及其管控標準者，以核付管控原則計算；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付。 ⑦結算：每家保險醫事服務機構每月至少依本計畫之保障額度核付管控原則支領醫療費用；核定點數(含部分負擔)超過保障額度者，則依該區當季每點支付金額至少 1 元計算；核定點數(含部分負擔)低於保障額度者，則依該區當季之浮動點值，每點支付金額最高 1 元計算。	健保署說明： 配合 12-18 歲計畫及支付標準 P7301C 診療項目之施行，執業計畫診所提供該兩項服務之案件應併同計入每月總服務量。

修正條文	現行條文	備註																													
(2)牙醫巡迴醫療服務：	⑧負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數，如有牙醫師支援代理，則請假期間依計畫規定支付相關醫療費用及保障額度；若請假期間無支援醫師代理者，保險人不予支付保障額度。 (2)牙醫巡迴醫療服務： ①執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數(執行矯正機關醫療服務計畫者除外)。 ②論次支付點數：同一時段、同一地點以支付一位牙醫師費用為原則。 A. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。 <table><tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr><tr><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>一級地區</td><td>1,500 點</td><td>P22002</td><td>1,800 點</td><td>P22005</td></tr><tr><td>二級地區</td><td>2,400 點</td><td>P22003</td><td>2,700 點</td><td>P22006</td></tr><tr><td>三級地區</td><td>3,400 點</td><td>P22004</td><td>3,700 點</td><td>P22007</td></tr><tr><td>四級地區</td><td>4,000 點</td><td>P22008</td><td>4,300 點</td><td>P22009</td></tr></table> B. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法與該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。 C. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假	地區分級	平日		假日		支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼	一級地區	1,500 點	P22002	1,800 點	P22005	二級地區	2,400 點	P22003	2,700 點	P22006	三級地區	3,400 點	P22004	3,700 點	P22007	四級地區	4,000 點	P22008	4,300 點	P22009	
地區分級	平日		假日																												
	支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼																											
一級地區	1,500 點	P22002	1,800 點	P22005																											
二級地區	2,400 點	P22003	2,700 點	P22006																											
三級地區	3,400 點	P22004	3,700 點	P22007																											
四級地區	4,000 點	P22008	4,300 點	P22009																											

修正條文	現行條文	備註
	日計算。 D. 另若為離島保險醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。 ③巡迴醫療服務時數之計算： A. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限。 B. 每天服務時數： a. 屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 b. 屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人審查通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。 C. 每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為依準。 D. 本項服務時間係以實際醫療時間計算，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。 ④巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於	

修正條文	現行條文	備註
⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫案件、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 2.5 萬點的部份，不予支付。	3 人，計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療。巡迴醫療每月平均就診人次不足 3 人時，則將當月總看診人次依照 3 人一個分段，不足整數的部分，則由保險人分區業務組取整數之次數(無條件捨去)後，核減一次論次支付點數，核減順序以診療人次為 0 人之診次為優先，如無則以巡迴點地區分級級數較低之診次為優先。例如：假設當月有 10 次巡迴醫療時段，總人次為 25 人，故當月平均看診人次為 2.5 人(不滿 3 人)，但依方案規定，總看診人次至少需 30 人才可達到平均人次為 3 人，計算以 3 人為一個分段($25 \div 3 = 8.34$)，則核發 8 次費用。 ⑤執業醫師至鄰近鄉鎮(區)執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，前述鄰近鄉鎮應為本計畫公告之鄉鎮(區)。另牙醫全聯會應優先鼓勵每月總服務量保障額度偏低之保險醫事服務機構，增加巡迴醫療次數。 ⑥執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次支付點數以 30% 支付。 ⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫案件、0-6 歲計畫案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 2.5 萬點的部份，不予支付。	健保署說明： 配合 12-18 歲計畫及支付標準 P7301C 診療項目之施行，執業計畫診所服務量管控應併同排除相關案件。

修正條文	現行條文	備註
2.巡迴計畫： (1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列兩種方式之一申報費用： ①「核實申報」：醫療費用須帶回執業登記保險醫事服務機構申報。 B.屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齦齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)之案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加計 2 成。 ②「核實加論次申報」：醫療費用須帶回執業登記之保險醫事服務機構申報。除依前述「核實申報」之規定外，巡迴服務地點符合下列資格者可申報「論次支付點數」：	2.巡迴計畫： (1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列兩種方式之一申報費用： ①「核實申報」：醫療費用須帶回執業登記保險醫事服務機構申報。 A. 每件醫療費用點數加計 2 成支付，加前點數由一般服務預算移撥之經費支應；加成部分，納入本方案專款支應，餘依全民健康保險相關規定辦理。 B. 屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務及 0-6 歲計畫之案件：依各項計畫規定申報醫療費用，並由各項計畫專款費用支應，不再額外加計 2 成。 ②「核實加論次申報」：醫療費用須帶回執業登記之保險醫事服務機構申報。除依前述「核實申報」之規定外，巡迴服務地點符合下列資格者可申報「論次支付點數」： A. 資格：一級無牙醫鄉及二級以上(含)之地區不受下列資格限制；符合下列條件，且經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者。 a.該醫療團及所屬成員成立一年且無違反全民健康險相關法規者。 b.該醫療團申請前，該學校前兩年(含)內之口腔健康狀況及醫療需求調查表(詳附件 10-3)完成齦齒填補率達 80%以上者。 c.醫療團於「非學校」巡迴地點執行巡	健保署說明： 12-18 歲計畫與支付標準 P7301C 之專款預算項目與本方案專款預算項目不同，且 12-18 歲計畫之案件分類代號與本方案亦不同，爰相關醫療費用不再額外加計 2 成。

修正條文	現行條文	備註																													
	迴醫療業務時，得依本計畫施行地區之分級申報論次支付點數。 d.提出申請時，須附相關口腔公共衛生計畫，當年度於該單位至少執行 1 次口腔衛生服務。 B. 論次支付點數： a.依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。 <table><tr><th rowspan="2">地區分級</th><th colspan="2">平日</th><th colspan="2">假日</th></tr><tr><th>支付點數</th><th>申報代碼</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>一級地區</td><td>1,500 點</td><td>P22002</td><td>1,800 點</td><td>P22005</td></tr><tr><td>二級地區</td><td>2,400 點</td><td>P22003</td><td>2,700 點</td><td>P22006</td></tr><tr><td>三級地區</td><td>3,400 點</td><td>P22004</td><td>3,700 點</td><td>P22007</td></tr><tr><td>四級地區</td><td>4,000 點</td><td>P22008</td><td>4,300 點</td><td>P22009</td></tr></table> b.假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。 c.18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。 d.另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區	地區分級	平日		假日		支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼	一級地區	1,500 點	P22002	1,800 點	P22005	二級地區	2,400 點	P22003	2,700 點	P22006	三級地區	3,400 點	P22004	3,700 點	P22007	四級地區	4,000 點	P22008	4,300 點	P22009	
地區分級	平日		假日																												
	支付點數	申報代碼	支付點數	申報代碼																											
一級地區	1,500 點	P22002	1,800 點	P22005																											
二級地區	2,400 點	P22003	2,700 點	P22006																											
三級地區	3,400 點	P22004	3,700 點	P22007																											
四級地區	4,000 點	P22008	4,300 點	P22009																											

修正條文	現行條文	備註
C. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)服務、0-6 歲計畫與 12-18 歲計畫收案對象及社區醫療站提供牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。	計算。 C. 巡迴醫療服務時數之計算： a. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限，巡迴點及社區醫療站設於衛生所(室)而有特殊需求者，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，不在此限。 b. 每天服務時數： ①屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴醫師於該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。 ②屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。 c. 本項服務時間係以實際醫療時間計算，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。 d. 跨分區執行巡迴醫療服務時，得申	<u>健保署說明：</u> 配合 12-18 歲計畫及支付標準 P7301C 診療項目之施行，於巡迴計畫巡迴地點提供該兩項服務時得按本方案規定申報論次費用。

修正條文	現行條文	備註
(2)服務量管控： ②每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為限；不含牙醫特殊服務計畫案件、0-6 歲計畫、12-18 歲計畫及支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」診療項目(P7301C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 2.5 萬點的部分，不予支付。 (二)申報及審查：	報論次支付點數，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。 D. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供 0-6 歲計畫收案對象及社區醫療站提供牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。 (2)服務量管控： ①各醫療團須於年度巡迴服務開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報請牙醫全聯會評估，且全年總申報點數不得超過評估結果之額度。 ②每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.5 萬點為限；不含牙醫特殊服務計畫案件、0-6 歲計畫案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 2.5 萬點的部分，不予支付。 ③每位醫師每月巡迴醫療服務診次，平日以不超過 16 次為原則。 ④三級與四級地區不在此限。 ⑤成立滿二年之社區醫療站及巡迴點：(以下條文省略) (3)巡迴計畫之品質獎勵費用：(以下條文省略) (二)申報及審查： 1.通則：(以下條文省略) 2.門診醫療費用點數申報格式： (1)案件分類：點數清單段欄位 IDd1 請填報「14(牙醫	健保署說明： 配合 12-18 歲計畫及支付標準 P7301C 診療項目之施行，巡迴計畫服務量管控應併同排除相關案件。

修正條文	現行條文	備註
2.門診醫療費用點數申報格式： (2)特定治療項目代號： ①執業計畫： A.門診醫療： <u>e.申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2。</u> B.巡迴醫療： <u>e.申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2、特定治療項目代號(三)F3。</u>	門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。 (2)特定治療項目代號： ①執業計畫： A. 門診醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」。 b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F2。 c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI 度-FJ 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF 特定治療項目代號(二)填報 F2 d. 申報「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目代號(二)填報 F2。 B. 巡迴醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」、欄位 IDd5「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療	<u>健保署說明：</u> 配合 12-18 歲計畫之施行，增列執業計畫診所於門診醫療提供該服務之申報代碼。 <u>健保署說明：</u> 配合 12-18 歲計畫之施行，增列執業計畫診所於巡迴醫療提供該服務之申報代碼。

修正條文	現行條文	備註
②巡迴計畫： A.巡迴點： c. <u>申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F3。</u> B.社區醫療站： e. <u>申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 FT。</u>	團)」。 b. 申報矯正機關醫療服務計畫案件者，特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)或(四)依該計畫規定填報 JA 或 JB。 c. 申報「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目代號(二)填報 F2、特定治療項目代號(三)F3。 d. 於矯正機關執行「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目代號(二)填報 F2、特定治療項目代號(三)F3、特定治療項目代號(四)填報 JA 或 JB ②巡迴計畫： A. 巡迴點： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」。 b. 申報「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目代號(二)填報 F3。 B.社區醫療站： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「FT(社區醫療站)」。 b.申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT。	<u>健保署說明：</u> 配合 12-18 歲計畫之施行，增列巡迴計畫醫療團於巡迴點提供該服務之申報代碼。 <u>健保署說明：</u> 配合 12-18 歲計畫之施行，增列巡迴計畫醫療團於社區醫療站提供該服務之申報代碼。

修正條文	現行條文	備註
	c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童：LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH 特定治療項目代號(二)填報 FT d. 申報「0-6 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LK、特定治療項目代號(二)填報 FT。 (3)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。 3.論次支付點數之申報： (以下條文省略)	<u>健保署說明：</u> 支付標準 P7301C 診療項目案件依門診醫療費用點數申報格式規定於醫令清單段欄位 IDp4 藥品(項目)代號填報「P7301C」醫令代碼，毋須敘明於條文中。