



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 109 年第 2 次研商議事會議

109 年 5 月 26 日（星期二）
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

109 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、 108 年第 4 季點值結算結果報告。	報 3-1
四、 109 年牙醫門診總額結算方式,將採「按年結算」案。	報 4-1
五、 「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開,請轉知所屬會員。	報 5-1
六、 180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)案件分析。	報 6-1

肆、 討論事項

一、 修訂審查及管理「二十項指標」。	討 1-1
二、 因應 COVID-19 疫情影響,109 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」案。	討 2-1
三、 修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表之 3. 專業醫療服務品質指標乙案。	討 3-1

伍、 臨時動議

陸、 散會

貳、前次會議紀錄確認

牙醫門診總額研商議事會議 109 年第 1 次會議紀錄

時間：109 年 2 月 25 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：張毓芬

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
干代表文男	干文男	許代表世明	許世明
王代表棟源	王棟源	連代表新傑	連新傑
朱代表日僑	蘇芸蒂(代)	陳代表少卿	陳少卿
吳代表享穆	吳享穆	陳代表亮光	陳亮光
吳代表明彥	吳明彥	溫代表柏齡	溫柏齡
李代表純馥	李純馥	溫代表斯勇	溫斯勇
季代表麟揚	季麟揚	黃代表純德	黃純德
林代表敏華	林敏華	黃代表福傳	黃福傳
林代表順華	林順華	鄒代表繼群	鄒繼群
林代表靜梅	(請假)	劉代表經文	劉經文
林代表鎰麟	林鎰麟	蔡代表松柏	蔡松柏
邱代表建強	章修績(代)	鄭代表信忠	鄭信忠
邱代表昶達	邱昶達	黎代表達明	黎達明
徐代表邦賢	徐邦賢	簡代表志成	簡志成
翁代表德育	林敬修(代)	羅代表界山	羅界山
張代表維仁	鄧乃嘉(代)	蘇代表主榮	(請假)

列席單位及人員：

衛生福利部

(請假)

衛生福利部心理及口腔健康司

車參莉

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、陳思琪

中華民國牙醫師公會全聯會

陳建志、賴重志、柯懿娟、
邵格蘊

中華民國藥師公會全聯會
台灣醫院協會
中華民國醫院牙科協會
本署臺北業務組
本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組
本署違規查處室
本署資訊組
本署企劃組
本署醫務管理組

洪鈺婷
吳亞筑、鄭禮育
(請假)
楊淑娟、吳逸芸
林巽音
林淑惠
郭碧雲
施怡如
劉翠麗
高幸蓓、張如薰、高浩軒
白姍綺
李冠毅
李碩展
劉林義、蔡翠珍、韓佩軒、
洪于淇、王玲玲、張作貞、
楊秀文、宋兆喻

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：中央健康保險署

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：除序號 4(請醫事司於 109 年 3 月 31 日前提供診所無障礙就醫環境合格院所名單)、序號 6(請牙全會查明爭審高撤銷率原因並研擬解決方案)、序號 8(修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」)、序號 12(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 108 年第 3 次臨時會，有關「修訂支付標準第三部牙醫」報告事項案)繼續列管，餘解除列管。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：牙醫門診總額執行概況報告

決定：

- 一、牙周病統合治療方案 108 年執行率僅 70.6%，依 109 年總額協定事項，109 年度預算執行率若未達 8 成，將按比例扣款，請牙全會積極輔導所屬會員參與。另本方案 109 年執行情形列為例報告。
- 二、因應 109 年 COVID-19(武漢肺炎)防疫期間，牙醫門診總額部門之暫付金額及結算方式建議仍比照 108 年，不變更。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年第 3 季點值結算結果報告

決定：

- 一、依全民健康保險法第 62 條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q3	浮動點值	0.9065	0.9866	0.9704	1.0086	0.9938	1.1536	0.9580
	平均點值	0.9056	0.9847	0.9722	1.0050	0.9940	1.1500	0.9582

- 二、各季結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：108 年 180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)案件分析

決定：108 年第 3 次研商會議之 107 年 180 天內跨院重複執行全口牙結石清除案件分析報告案，請醫審及藥材組提供牙全會集中趨勢分析(院所別、醫師別)名單，並請牙全會分析其原因

及輔導改善情形，於下次會議報告。

第五案

報告單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：108 年重複施行牙體復形之案件分析

決定：洽悉。

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

案由：增訂「109 年全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」

決議：

- 一、通過「109 年全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。
- 二、同意牙全會所提「論次支付」方式，另論次支付點數以 4 小時為 1 診次，支付點數如下：
 - (一) 支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(平日):10,000 點。
 - (二) 支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(假日):12,000 點。
- 三、案內牙全會所提試辦醫院雲林成大醫院斗六分院及嘉義陽明醫院，其中嘉義陽明醫院尚未設置牙科一節，請牙全會持續追蹤，俾利執行本計畫。

伍、散會：下午 4 時 25 分。

陸、與會人員發言摘要詳附件。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：

項次	案號/案由	決定/結議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	108_4_報(7)、109_1_報(1):診所無障礙就醫環境合格標準報告案	108年第4次會議決議重點如下: 1. 與會代表就診所無障礙就醫環境執行方式之相關意見,請醫事司參處。 2. 為利牙全會對會員宣導及預作準備,請醫事司將上傳檢核表之時間延長至109年1月底前。 3. 為利108年品質保證保留款核發作業,請醫事司於109年3月31日前提供合格診所名單給本署。 109年第1次會議決議重點如下: 1. 醫事司業已於109年1月2日衛部醫字第1081672985號函請中醫及牙醫相關單位轉知所屬診所(會員),申請108年度診所無障礙就醫環境之品質保證保留款相關事宜。 2. 請醫事司於109年3月31日前提供診所無障礙就醫環境合格院所名單。	1. 醫事司業已於109年1月2日公告「108年度無障礙就醫環境之品質保證保留款獎勵方案」之108年度無障礙就醫環境合格基準,係指從道路、人行道或騎樓至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所,並可到達候診室、診間及領藥處等(如附件,頁次報1-7)。另申請日為公告日至109年2月14日止。 2. 醫事司業已於109年4月14日提供本署符合「診所無障礙就醫環境合格標準」之牙醫診所家數共296家(占108年12月牙醫診所家數之4.4%(296/6737))。預訂於109年6月30日前完成108年牙醫品質保證保留款核發事宜。	■ 解除列管 □ 繼續列管
2	108_4_報(8)、109_1_報(1):108年第3季全民健康保險爭議審議案件牙醫總額爭審撤銷率達24%,請貴會查明原因並研擬解決策略。	108年第4次會議決議重點如下: 請牙全會依108年勞務委託契約規定,查明爭審高撤銷率原因並研擬解決方案,並對具爭議性案例建立案例研討機制。 109年第1次會議決議重點如下: 經洽牙醫師公會全國聯合會表示,有關牙醫總額爭審撤銷率一事,該會已函請六區分會協助確認案件。	1. 牙醫師公會全國聯合會重新檢視爭審撤銷案件後,函復說明如下: (1) 未依法規審查者,均已提報該會六區分會並轉請原審及申復審查醫藥專家等相關人員知悉,並回復意見及提會報告討論,以提升審查合理一致性。 (2) 環口全景X光初診診查(01271C)3件及複雜齒切除術(92016C)6件部分,該會認為病歷	■ 解除列管 □ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
			中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，亦應記載 X 光片呈現之診斷與發現，故病歷內容未完整記載之案件均會不同意給付（駁回），與全民健康保險爭議審議會以病歷記載與 X 光片專業認定不同或僅以 X 光片判定為困難拔除之牙齒即撤銷之意見不一致。 3. 經查108年第4季牙醫總額撤銷率已自108Q3(24%)下降至14%，接近各部門總額之撤銷率。		
3	108_4_討(2)、108_臨1_討(2):修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」	108年第4次會議決議重點如下: 1. 不同意牙全會所提修訂支付標準第三部第五章牙周病治療方案文字內容，包括：第三部第五章通則之規範刪除、移列至診療項目備註、部分通則文字移至審查注意事項。 2. 增修第三部牙醫支付標準： (1) 支付標準第三部牙醫通則增列「牙醫離島假日開診之獎勵措施」規範，及醫學中心、區域醫院、地區醫院申報夜間牙醫急診加成規範。 (2) 診所設立無障礙設施之獎勵措施：考量109年西醫基層、牙醫及中醫總額皆編列此預算，支付標準應採一致之調整方案，爰以第一階段診察費每件增加5點先行匡列非協商因素「醫療服務成本指數改變率」項下144百萬元預算，俟各總額調整方案定案後，支應調整無障礙設施支付標準。 (3) 牙醫藥事服務費：同意保留一定預算，另有調升點數，後續提報「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議後確認。 3. 同意修正診療項目規定共10項：	1. 有關牙科全面提升感染管制品質、第三部通則增列醫院申報夜間牙醫急診加成等支付標準增修訂案，已公告並自109年4月1日起生效。 2. 診所設立無障礙設施之獎勵措施，將俟各總額調整方案定案後，辦理鼓勵院所設立無障礙設施。 3. 調升藥事服務費一項，將配合醫院總額及西醫基層總額所提方案於總額研商議事會議討論。	☐	☒

項次	案號/案由	決定/結議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		(1) 同意修訂恆牙根管治療（三根） (90003C)、牙結石清除-局部 (91003C)、牙結石清除-全口 (91004C)、單純齒切除術 (92015C)、複雜齒切除術 (92016C)、手術拔除深部阻生齒 (92063C)、特定局部治療(92066C) 等 7 項診療項目支付規範文字。 (2) 特殊狀況牙結石清除-局部 (91103C)、特殊狀況牙結石清除-全口(91104C)：新增申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報 91003C~ 91004C。 (3) 口乾症牙結石清除-全口 (91005C)，新增申報本項後九十天內不得再申報 91003C~ 91004C。 4. 同意新增診療項目共 2 項：預算來源為顎顏面外傷術後整合照護 14 百萬元。 顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費(支付點數 2,500)及顎顏面外傷術後照護費(支付點數 1,000 點)項目名稱及相關支付規範，請牙全會會後與本署確認。 <u>第 1 次臨時會議決議重點如下：</u> 1. 配合牙科全面提升感染管制品質： (1) 第一章門診診察費按是否符合感染管制實施方案拆分為「一般門診診察費」及「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」兩節。 (2) 原感染管制診察費及山地離島診察費共 4 項各調升 35 點；新增「每位醫師每日門診量>20 人次部分」2 項感染管制診察費，支付點數 155 點；新增符合加強感染管制之 X 光等 3 項診察費，支付點數 635 點。 (3) 新增 4 項符合加強感染管制之特定身心障礙者診察費，經費由「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項下支應。 2. 本項實施後未能 100%申報感管診察費或經抽查不符感管標準者，依 109 年		

項次	案號/案由	決定/結議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		牙醫門診總額協定決議，若執行全面提升感染管制品質院所未達 100%之目標，將按比例扣款。前開比例扣款之預算範圍及方式將報請全民健康保險會決定。 109 年第 1 次會議決議重點如下： 1. 有關牙科全面提升感染管制品質、第三部通則增列醫院申報夜間牙醫急診加成等支付標準增修訂案，業經 108 年 12 月 26 日共同擬訂會議通過，目前辦理預告中(預告期間為 109 年 1 月 17 日至 109 年 3 月 16 日止)，後續依程序辦理報部等行政作業。 2. 診所設立無障礙設施之獎勵措施，將俟各總額調整方案定案後，辦理鼓勵院所設立無障礙設施。 3. 調升藥事服務費一項，將配合醫院總額及西醫基層總額所提方案，於共同擬訂會議討論。			
4	108_臨 2_臨報(1):全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 108 年第 3 次臨時會，有關「修訂支付標準第三部牙醫」報告事項案。	108 年第 4 次會議決議重點如下： 1. 門診診察費拆分為「一般門診診察費」及「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」兩節。 2. 配合全面提升感染管制品質調升診察費 35 點，修正「符合加強感染管制之牙科門診診察費」(編號 00129C、00130C、00133C、00134C)診察費名稱及刪除編號，併新增 00305C~00310C 共 6 項診察費。另新增符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 X 光初診診察費共 3 項、特定身心障礙者診察費共 4 項。 3. 依據「牙醫門診加強感染管制實施方案」規定，初次申報加強感染管制診察費者須於申報月前 1 個月 20 日前完成報備，請本署各分區業務組提醒所轄院所於公告後依規定辦理。 109 年第 1 次會議決議重點如下： 1. 本項業經 108 年 12 月 26 日共同擬訂會議通過，目前辦理預告中(預告期間為 109 年 1 月 17 日至 109 年 3 月 16 日止)，後續依程序辦理報部等行政作	1. 修訂感染管制門診診察費案已公告自 109 年 4 月 1 日起生效。 2. 「若執行全面提升感染管制品質院所未達 100%之目標，將按比例扣款」案，已提 109 年 5 月 22 日健保會第 4 屆 109 年第 3 次會議報告。	☒	☐

項次	案號/案由	決定/結議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		業。 2. 有關 109 年總額協定全面提升感染管制品質調升診察費相關預算，待支付標準生效後，提報健保會處理比例扣款事宜。			
5	109_1_報(2):牙醫門診總額執行概況報告	1. 牙周病統合治療方案 108 年執行率僅 70.6%，依 109 年總額協定事項，109 年度預算執行率若未達 8 成，將按比例扣款，請牙全會積極輔導所屬會員參與。另本方案 109 年執行情形列為例行報告。 2. 因應 109 年 COVID-19(武漢肺炎)防疫期間，牙醫門診總額部門之暫付金額及結算方式建議仍比照 108 年，不變更。	1. 有關109年第1季牙周病統合治療方案執行情形，已列入本次會議「牙醫門診總額執行概況報告」。 2. 有關109年暫付金額及結算方式已列入本次會議報告事項第四案。	■ 解除列管	□ 繼續列管
6	109_1_報(4):108 年 180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)案件分析	108 年第 3 次研商會議之 107 年 180 天內跨院重複執行全口牙結石清除案件分析報告案，請醫審及藥材組提供牙全會集中趨勢分析(院所別、醫師別)名單，並請牙全會分析其原因及輔導改善情形，於下次會議報告。	1. 本署依牙醫總額研商議事會議109年第1次會議決議，已於109年3月16日將107年分析之「180 天內重複執行全口牙結石清除（含跨院）案件分析」之集中趨勢分析（院所別、醫師別）名單，提供中華民國牙醫師公會全國聯合會辦理後續事宜。 2. 牙全會辦理情形詳報告事項第六案。	■ 解除列管	□ 繼續列管
7	109_1_討(1):增訂「109 年全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」	1. 通過「109 年全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2. 同意牙全會所提「論次支付」方式，另論次支付點數以 4 小時為 1 診次，支付點數如下： (1) 支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(平日):10,000 點。 (2) 支援急診試辦中心夜間急診服務/每診次(假日):12,000 點。 3. 案內牙全會所提試辦醫院雲林成大醫院斗六分院及嘉義陽明醫院，其中嘉義陽明醫院尚未設置牙科一節，請牙全會持續追蹤，俾利執行本計畫。	1. 本署已於 109 年 3 月 31 日以健保醫字第 1090004037 號公告「109 年度全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2. 另嘉義市陽明醫院已於 109 年 4 月 13 日完成牙科之設置，牙醫全聯會並於 109 年 4 月 22 日函送嘉義市醫療團成員名單予本署南區業務組核定，該醫療團刻正辦理支援報備事宜，將自 109	■ 解除列管	□ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結議摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
			年 6 月起於嘉義市陽明醫院支援提供夜間牙醫急診服務。 3. 至雲林醫療團之設立情形，將由牙醫全聯會於會上說明。		

決 定：

108 年度無障礙就醫環境之品質保證保留款獎勵方案

一、 申請條件

1. 申請資格：中醫與牙醫之健保特約診所。
2. 排除對象：衛生所

二、 獎勵條件

符合「108 年度無障礙就醫環境合格基準」（如附件 1）者。

三、 申請程序

1. 申請診所填寫「108 年度診所無障礙就醫環境檢核表」（如附件 2）。
2. 前項申請應檢附「108 年度診所無障礙就醫環境檢核表」之電子掃描檔案，於 109 年 2 月 14 日前完成線上（網址：<https://reurl.cc/W4yaKy>）或紙本（傳真專線：02-2739-2438）繳交作業。
3. 後續將以抽查方式審核現場環境是否符合所填內容。

附件 1

108 年度無障礙就醫環境合格基準

從道路、人行道或騎樓至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。

一、 無障礙通路須符合以下規定：

- (一) 通路寬度在 90 公分以上且不得有高低差，如有高低差則須設置坡道、活動式斜坡(板)、升降平台(輪椅升降平台)或電梯(如圖 1)。
- (二) 出入口之門開啟後，可通行之最大淨寬度不得小於 80 公分(如圖 2)。

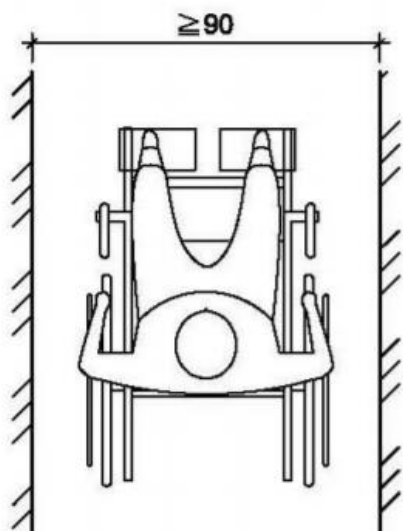


圖 1 通路寬度

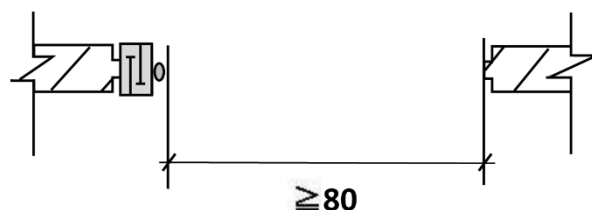


圖 2 出入口之淨寬度

二、 無障礙通路不得有高低差，若有高低差為 0.5 至 3 公分者，應做 1/2 (含以下) 之斜角處理(如圖 3)；高低差在 0.5 公分以下者得不受限制。高低差為 3 公分以上者，應設置「坡道」、「活動式斜坡(板)」、「輪椅升降平台」或「電梯」。

(一) 設置坡道者應符合以下規定：

- 1. 坡道之坡度不得大於 1/12(如圖 4)，如坡道有轉彎，應有足供輪椅轉彎的空間。高低差未達 20 公分者，其坡度得酌予放寬；惟不得超過下表規定：

高低差	超過 5 公分 未達 20 公分	超過 3 公分 未達 5 公分
坡度	1/10	1/5

2. 若因空間受限，改善有困難者，坡度得依下表規定。但應設置需由人員協助上下坡道之標誌，並設有服務鈴或註明服務人員聯絡電話。

高低差 [公分]	75 以下	50 以下	35 以下	25 以下	20 以下	12 以下	8 以下	6 以下
坡度	1/10	1/9	1/8	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3

3. 若

無法設置坡道，得使用活動式斜坡(板)、設置輪椅升降平台或樓梯附掛式輪椅升降臺等設備，並設有服務鈴或註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。設置輪椅升降平台者應符合以下規定：

- (1) 平台之淨空間至少達 80 公分×125 公分，且出入口淨寬為 80 公分以上。
- (2) 升降平台出入口處之樓地板面，須與升降平台地板面保持平整，二者間之水平間隙在 3.2 公分以下。
- (3) 升降平台最高點按鍵之中心點須設於離地面 80 至 110 公分處。

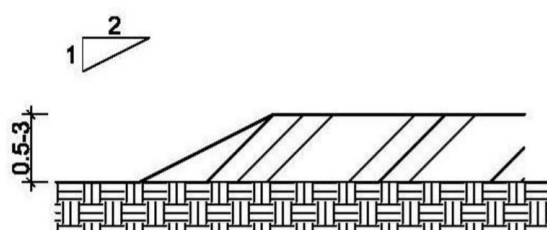
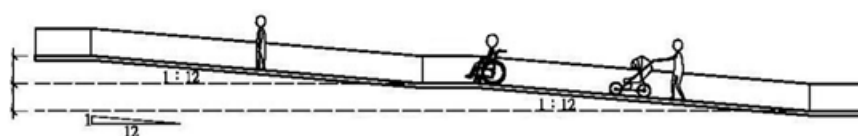


圖 3 1/2 之斜角



立面

圖 4 坡度為 1/12 之坡道

4. 設置電梯者應符合以下規定：

- (1) 設置電梯，梯廳之淨空間直徑不得小於 150 公分(如圖 5)，且梯廂入口淨寬度不得小於 80 公分，機廂深度不得小於 110 公分(如圖 6)。

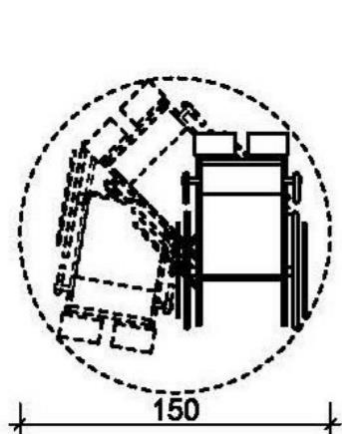


圖 5 淨空間直徑 150 公分

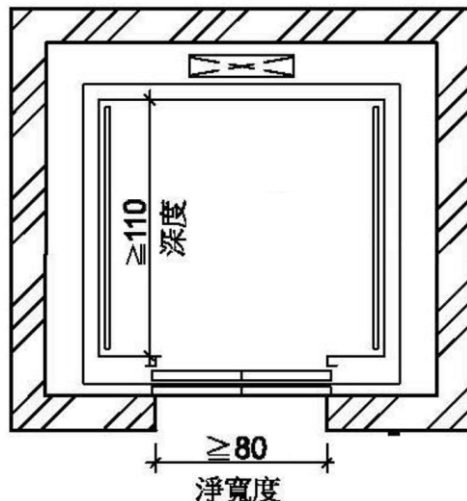


圖 6 機廂規格

- (2) 梯廂出入口與樓板應無高低差，並應於梯廳與門廳內設置 2 組電梯呼叫鈕。上組電梯呼叫鈕左邊應設置點字；下組電梯最高呼叫鈕之中心線應距樓地板面 80 至 120 公分，且呼叫鈕上方適當位置應設置長寬各 5 公分之無障礙標誌(如圖 7)。電梯呼叫鈕未符上述規定，但已設置協助使用服務鈴或註明服務人員聯絡電話者，不在此限。

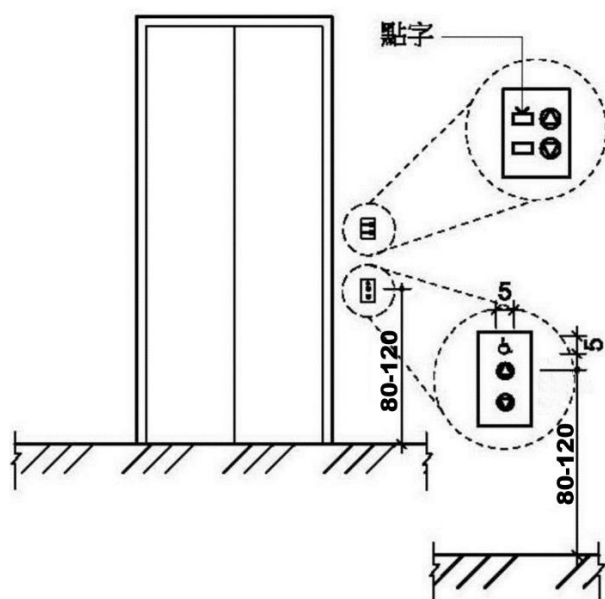


圖 7 電梯門廳與梯廳之呼叫鈕

三、 無障礙通路上之出入口須符合以下規定：

- (一) 出入口門扇打開時，地面應平順、避免設置門檻。若設門檻，應為 3 公分以下，且門檻高度為 0.5 至 3 公分者，應做 1/2 (含以下) 之斜角處理；高低差在 0.5 公分以下者得不受限制。
- (二) 門開啟後，可通行之最大淨寬度不得小於 80 公分。
- (三) 出入口開門方式不得使用旋轉門、彈簧門。如出入口設有自動開關裝置時，其裝置之中心點應距地板面 80 公分至 120 公分，且距柱、牆角 30 公分以

上。使用自動門者，應設有當門受到物體或人之阻礙時，可自動停止並重新開啟之裝置。

附件2

108年度診所無障礙就醫環境檢核表

檢核日期	中華民國 年 月 日(須於 109 年 2 月 14 日前)		
醫事機構代碼		診所名稱	
診所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

第一部分：無障礙通路

第壹至參大題，每大題下應至少有一小項符合，始為合格。

內容	檢核情形 (請打V)	填寫規格
壹、無障礙通路範圍(可複選)		
一 從道路至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
二 從人行道至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
三 從騎樓至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
貳、無障礙通路之寬度(不含出入口)(必要項目)		
一 無障礙通路範圍內，最窄通路寬度在90公分以上。		診所通路寬度(最窄)為____公分。
參、無障礙路上有高低差(不含出入口)(可複選，有一或多處高低差情事者，均須符合)		
一 無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，最大高低差在0.5公分以下。		高低差(最大)為____公分。
二 無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，存有任何逾0.5公分，未逾3公分之高低差，但均已做1/2(含以下)之斜角處理。		高低差(最大)為____公分。 設置的斜角水平長度是____公分，高度是____公分，坡度為____。
三 無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，存有任何逾3公分之高低差，但均已設置下列任一設施(備)者，請就以下說明填寫： ■ 設「坡道」者，請至第3.1題填答。 ■ 設「活動式斜坡(板)」者，請至第3.2題填答。 ■ 設「輪椅升降平台」者，請至第3.3題填答。 ■ 設「電梯」者，請至第3.4題填答。		■ 高低差(最大)為____公分，並符合設施(備)()、()、()。 ■ 位於____樓，並符合設施(備)()、()。

內容					檢核情形 (請打V)	填寫規格			
以下3.1至3.4只要一項(含)符合即可，請至少勾選一項。									
3.1	有設置坡道，並有下列條件3.1.1至3.1.4之任一情事者，請勾選。					坡道之高度為____公分， 坡道之水平長度為____公分， 坡度為____。			
3.1.1	坡道坡度小於1/12， 如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。								
3.1.2	高低差超過5公分、未達20公分，且坡道坡度小於1/10，如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。								
3.1.3	高低差超過3公分、未達5公分，且坡道坡度小於1/5，如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。								
3.1.4	設置坡道之坡度無法符合上述條件3.1.1至3.1.3的標準，但坡度符合下表規定(請圈選)，且有標示需由人員協助上下坡道之標誌，並有設置服務鈴或註明服務人員聯絡電話。								
	高低差 (公分)	75以下	50以下	35以下	25以下	20以下	12以下	8以下	6以下
	坡度	1/10	1/9	1/8	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3
3.2	設置活動式斜坡(板)，並有下列條件3.2.1或3.2.2之任一情事者，請勾選。								
3.2.1	設有服務鈴，由服務人員提供協助。								
3.2.2	有註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。								
3.3	設置輪椅升降平台或樓梯附掛式輪椅升降臺等設備，並符合下列條件3.3.1或3.3.2的任一標準者，請勾選。 <u>輪椅升降平台或樓梯附掛式輪椅升降臺的設置規格標準如下：</u> - 平台之淨空間至少達80公分×125公分 - 平台出入口淨寬為80公分以上 - 升降台出入口處之樓地板面，須與升降台地板面保持平整，二者間之水平間隙在3.2公分以下 - 升降平台最高點按鍵之中心點須設於離地面80至110公分處					平台之淨空間為____公分 ×____公分。 出入口淨寬為____公分。 升降台出入口處之樓地板面，與升降台地板面間之水平間隙為____公分。 控制按鈕之位置設於離地面____公分處。			
3.3.1	設有服務鈴，由服務人員提供協助。								

內容		檢核情形 (請打V)	填寫規格
3.3.2	有註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。		
3.4	設置電梯，並符合下列條件3.4.1或3.4.2的任一標準者，請勾選。 <u>電梯的規格標準如下：</u> - 梯廳之淨空間直徑不得小於150公分。 - 梯廂入口不得小於80公分。 - 機廂深度不得小於110公分。 - 梯廂出入口與樓板應無高低差。		梯廳之淨空間直徑為__公分。 梯廂入口為__公分。 機廂深度為__公分。
3.4.1	有於梯廳與門廳內設置2組呼叫鈕。 <u>呼叫鈕的規格標準如下：</u> 上組呼叫鈕左邊應設置點字；下組電梯最高呼叫鈕之中心線距樓地板面80至120公分，且呼叫鈕上方適當位置應設置長寬各5公分之無障礙標誌。		最高呼叫鈕之中心線距樓地板面__公分。 呼叫鈕上方之無障礙標誌的長為__公分，寬為__公分。
3.4.2	有於梯廳與門廳內設置服務鈴或註明聯絡電話，由服務人員提供協助。		

第二部分：無障礙通路之出入口

第壹至參大題，每大題下應至少有一小項符合，始為合格。

內容		檢核情形 (請打V)	填寫規格
壹、出入口的高低差(可複選)			
一	門扇打開時，地面平順(高低差在0.5公分以下)、沒有設置門檻。		門扇打開時，出入口之高低差(最大)為__公分。
二	若設門檻，門檻在3公分以下，且門檻高度為0.5至3公分者，有做1/2(含以下)之斜角處理。		門扇打開時，出入口之高低差(最大)為__公分。 斜角之水平長度是__公分，高度是__公分，坡度為__。
貳、出入口的門寬(必要項目)			
一	出入口門開啟後，可通行之最大淨寬度不得小於80公分。		門開啟後可通行之最大淨寬度(最窄)為__公分。
參、開門方式(可複選)			
一	出入口開門方式非使用旋轉門、彈簧門。		
二	若有設置門之自動開關裝置，其裝置之中心點距離地板面80公分至120公分，且距柱、牆角30公分以上。		門之自動開關裝置之中心點應距地板面__公分，且距柱、牆角__公分。
三	使用自動門，並設有當門受到物體或人之阻礙時，可自動停止並重新開啟之裝置。		

備註：

1. 名詞說明

- 「無障礙通路」是指室內或室外之連續通路，並可使身心障礙者與行動不便之民眾獨立進出及通行。
 - 「坡度」是指上下兩端之高度與水平長度之比值。
 - 「行動不便」是指使用輪椅、手持拐杖或助行器之民眾。
2. 「第一部分：無障礙通路」之「壹、無障礙通路範圍」，亦包含依據《108 年度無障礙就醫環境合格基準》設有服務鈴、服務人員聯絡電話等，協助身心障礙者與行動不便之民眾通行者。
3. 「第一部分：無障礙通路」之「參、無障礙通路上有高低差(不含出入口)」，以及「第二部分：無障礙通路上之出入口(門口處)」之「壹、出入口的高低差」，均提及「1/2 之斜角處理」，若斜角坡度小於 1/2，使用性更佳，當屬合格。
4. 丈量之容許誤差為 3%，環境之丈量說明可參考範例(網址：<https://reurl.cc/vnxGak>)。
5. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示診所環境之提供情況。
6. 本案資料各項填表內容若有疏漏，皆判定為不合格申請案件。

填畢此份檢核表後，請務必蓋上「診所章」、「診所負責醫師章」與騎縫章。 確認資料無誤後，請依下列方式擇一繳交檢核表： 1. 線上繳交：請將此表掃描為電子檔(pdf)，於網路 Google 表單檢核表末上傳繳交(網址： https://reurl.cc/W4yaKy)。 2. 紙本繳交：請將此表傳真至(02)2739-2438，並於傳真後與就醫無礙管理中心聯絡。 【倘有疑義，請與就醫無礙管理中心聯絡，電話：(02)6638-2736 轉 1214】	診所章	診所負責醫師章
---	-----	---------

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

109.5.26



1

大 綱

1

109年第1季點值預估

2

109年第1季醫療供給及利用概況

3

109年第1季牙周病統合照護

4

各專款執行情形



2

1

109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107Q1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108年上半年就醫情形調整，再以送核補報佔率(99.4885%)校正得之(該佔率以108Q3結算金額計算之)。
4. 預算攤月以108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109年得出每季各月之費用占率。
5. 109年「牙周病統合治療方案移撥款」19.656億元，採107年7月~108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108上半年爭審後核減率，各分區分別計之。



4



109年第1季點值預估

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	3,620	32	3,685	0.9734	0.9736
	北區	1,744	14	1,671	1.0355	1.0352
	中區	2,133	18	2,066	1.0240	1.0238
	南區	1,442	13	1,406	1.0170	1.0168
	高屏	1,632	13	1,600	1.0118	1.0117
	東區	211	2	188	1.1102	1.1089
	合計	10,782	92	10,617	1.0070	1.0069

註：108Q1結算全國平均點值0.9576



5

2

109年第1季醫療供給及利用概況



6

牙醫診所數【分區別】

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
105年3月	2,546	806	1,303	782	1,014	114	6,565	0.66%
106年3月	2,554	823	1,304	795	1,012	117	6,605	0.61%
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%
各分區增減家數	-3	15	3	1	-6	-3	7	
各分區成長率	-0.1%	1.8%	0.2%	0.1%	-0.6%	-2.5%	0.1%	

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	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
105年3月	5,585	1,783	2,486	1,489	1,925	198	13,466	2.7%
106年3月	5,776	1,853	2,538	1,556	1,971	206	13,900	3.2%
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%
增減人數	194	87	55	32	56	-4	420	
成長率	3.2%	4.4%	2.1%	2.0%	2.7%	-1.8%	2.9%	

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
105年3月	1,070	706	200	11,490	13,466	3.6%	3.7%	-5.7%	2.8%
106年3月	1,113	743	211	11,833	13,900	4.0%	5.2%	5.5%	3.0%
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%
增減人數	12	32	17	359	420				

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	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
107Q1	1,683	713	960	614	739	83	4,755	3.2%
108Q1	1,733	743	985	632	751	84	4,890	2.8%
109Q1	1,633	706	941	613	727	81	4,667	-4.6%
增減人數	-100	-37	-44	-18	-23	-3	-223	
成長率	-5.8%	-5.0%	-4.5%	-2.9%	-3.1%	-3.7%	-4.6%	

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】

■109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	255	-14.8%	3.2%	396,868	-12.1%	3.6%	1,557	3.2%
2區域醫院	247	-11.9%	3.1%	395,177	-8.0%	3.6%	1,598	4.4%
3地區醫院	98	-8.1%	1.2%	148,913	-4.2%	1.4%	1,522	4.2%
4基層院所	7,409	-3.1%	92.5%	9,945,762	-0.7%	91.4%	1,342	2.6%
合計	8,009	-3.9%		10,886,720	-1.5%		1,359	2.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

註：資料來源：截至109年5月1日門診明細彙總檔。



11



醫療服務價量比較【分區別】

■ 109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
台北	2,780	-4.6%	1,633	-5.8%	1.70	1.3%	3,762,009	-2.1%	1,353	2.5%
北區	1,196	-3.9%	706	-5.0%	1.69	1.2%	1,714,886	-2.1%	1,433	1.8%
中區	1,572	-4.2%	941	-4.5%	1.67	0.3%	2,123,055	-2.1%	1,351	2.2%
南區	1,065	-2.5%	613	-2.9%	1.74	0.4%	1,436,799	-0.3%	1,349	2.2%
高屏	1,257	-3.4%	727	-3.1%	1.73	-0.3%	1,649,194	0.5%	1,312	4.1%
東區	140	-3.2%	81	-3.7%	1.73	0.5%	200,776	-0.1%	1,437	3.2%
合計	8,009	-3.9%	4,667	-4.6%	1.72	0.7%	10,886,720	-1.5%	1,359	2.6%

註：成長率係與前一年同期比較。



12



醫療服務質量比較【案件分類】

■ 109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)	30	-19.2%	6,281	-23.2%	212	-4.9%
2.牙醫急診	4	-30.2%	6,317	-30.7%	1,455	-0.7%
3.牙醫門診手術	13	-19.3%	39,179	-15.4%	2,911	4.8%
4.無牙醫鄉服務	35	-10.8%	44,401	-10.9%	1,280	-0.2%
5.牙醫特殊醫療	38	-4.0%	107,702	-2.4%	2,815	1.6%
6.其他專案	7,889	-3.0%	10,545,920	1.6%	1,337	4.7%
7.交付機構	-	0	136,920	1.2%	0	0
合 計	8,009	-3.9%	10,886,720	-1.5%	1,359	2.6%

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】

■ 109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		全區	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	0	0.0%	85	26.4%	26	-15.4%	6,169	-23.6%	6,281	-23.2%
2.牙醫急診	4,462	-36.5%	1,783	-10.9%	23	29.0%	48	-25.7%	6,317	-30.7%
3.牙醫門診手術	21,552	-11.8%	15,396	-22.3%	1,768	16.4%	463	-14.5%	39,179	-15.4%
4.無牙醫鄉服務	11	-90.1%	390	13.6%	235	-21.1%	43,765	-10.8%	44,401	-10.9%
5.特殊專業醫療	20,977	-17.2%	18,318	-6.3%	8,382	2.5%	60,026	4.8%	107,702	-2.4%
6.其他專案	349,624	-6.8%	359,143	-2.8%	138,443	1.0%	9,698,709	2.1%	10,545,920	1.6%
7.交付機構	241	8.4%	61	18.6%	36	207.5%	136,582	1.2%	136,920	1.2%
合計	396,868	-12.1%	395,177	-8.0%	148,913	-4.2%	9,945,762	-0.7%	10,886,720	-1.5%

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】

■ 109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
	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率
台北	2,399 -21.9%	2,405 -23.2%	7,783 -30.1%	3,643 -30.2%
北區	1,023 -35.6%	217 -22.6%	2,969 -17.7%	3,834 -20.0%
中區	830 -22.8%	1,208 -53.3%	11,005 -13.2%	11,526 -3.6%
南區	1,048 -10.5%	1,058 -29.3%	7,369 -11.5%	4,119 -9.7%
高屏	927 -24.2%	1,204 -12.9%	7,739 -8.3%	15,451 -4.8%
東區	55 20.3%	225 -5.5%	2,314 9.4%	5,828 -17.7%
合計	6,281 -23.2%	6,317 -30.7%	39,179 -15.4%	44,401 -10.9%

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】

■ 109年第1季(2/2)

值單位：千點

案件分類	5.牙醫特殊醫療	6.其他專案	7.交付機構	合計
	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率
台北	30,550 -4.6%	3,668,747 1.3%	46,482 0.5%	3,762,009 -2.1%
北區	21,005 -8.1%	1,664,388 1.1%	21,452 2.3%	1,714,886 -2.1%
中區	23,309 -2.3%	2,047,461 0.5%	27,717 0.2%	2,123,055 -2.1%
南區	11,258 4.4%	1,393,435 2.3%	18,511 1.8%	1,436,799 -0.3%
高屏	17,317 3.9%	1,586,977 3.6%	19,580 3.0%	1,649,194 0.5%
東區	4,263 2.1%	184,913 3.3%	3,178 -1.4%	200,776 -0.1%
合計	107,702 -2.4%	10,545,920 1.6%	136,920 1.2%	10,886,720 -1.5%

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】

■ 109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 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率
台北	32,581 -1.0%	22,145 -0.9%	922,182 -4.6%	2,784,873 -1.3%	227 -1.1%	3,762,009 -2.1%
北區	13,457 0.4%	10,060 1.7%	399,484 -3.3%	1,291,865 -1.8%	20 15.9%	1,714,886 -2.1%
中區	18,127 -2.0%	13,541 -1.3%	524,111 -3.9%	1,567,167 -1.5%	108 -7.1%	2,123,055 -2.1%
南區	12,734 1.4%	9,240 -0.2%	347,296 -2.2%	1,067,420 0.3%	109 34.4%	1,436,799 -0.3%
高屏	12,535 2.8%	9,434 1.0%	404,395 -2.9%	1,222,793 1.7%	38 10.0%	1,649,194 0.5%
東區	2,345 -2.5%	1,556 0.3%	46,317 -3.2%	150,541 1.0%	17 -24.9%	200,776 -0.1%
總計	91,779 -0.2%	65,976 -0.2%	2,643,786 -3.7%	8,084,659 -0.7%	520 3.5%	10,886,720 -1.5%

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】

■ 109年第1季

值單位：千點

層級別	1.藥費	2.藥服費	3.診察費	4.診療小計	5.特材小計	合計
	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率
醫學中心	7,502 -12.8%	2,641 -12.9%	85,046 -15.3%	301,322 -11.1%	357 -4.0%	396,868 -12.1%
區域醫院	5,226 -2.2%	2,773 -9.0%	84,494 -12.1%	302,555 -6.9%	127 17.3%	395,177 -8.0%
地區醫院	1,441 1.1%	978 -2.5%	32,574 -7.7%	113,885 -3.2%	36 62.5%	148,913 -4.2%
基層院所	77,610 1.3%	59,583 1.0%	2,441,672 -2.8%	7,366,897 0.1%	0 -100.0%	9,945,762 -0.7%
總計	91,779 -0.2%	65,976 -0.2%	2,643,786 -3.7%	8,084,659 -0.7%	520 3.5%	10,886,720 -1.5%

註：成長率係與前一年同期比較。



18

109年Q1醫療服務供給 & 利用概況

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (109年3月)	2,620	865	1,325	811	1,009	116	6,746
成長率	-0.1%	1.8%	0.2%	0.1%	-0.6%	-2.5%	0.1%
醫師數 (109年3月)	6,329	2,078	2,715	1,651	2,105	214	15,092
成長率	3.2%	4.4%	2.1%	2.0%	2.7%	-1.8%	2.9%
人口數 (千)	7,635	3,814	4,581	3,329	3,696	542	23,596
人口數 (成長率)	-0.06%	0.88%	0.01%	-0.40%	-0.13%	-0.69%	0.03%
每位醫師照護人口數	1,206	1,835	1,687	2,016	1,756	2,533	1,564
每萬人口醫師數	8.29	5.45	5.93	4.96	5.69	3.95	6.40
申報件數 (千)	2,780	1,196	1,572	1,065	1,257	140	8,009
成長率	-4.6%	-3.9%	-4.2%	-2.5%	-3.4%	-3.2%	-3.9%
申報醫療費用 (百萬)	3,762	1,715	2,123	1,437	1,649	201	10,887
成長率	-2.1%	-2.1%	-2.1%	-0.3%	0.5%	-0.1%	-1.5%
平均每件申報醫療費用點數	1,353	1,433	1,351	1,349	1,312	1,437	1,359
成長率	2.5%	1.8%	2.2%	2.2%	4.1%	3.2%	2.6%

註1：人口數來源為109年3月戶政統計，成長率為較108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：申報件數及醫療費用統計不含代辦案件，資料期間為108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

109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】

■ 109年第1季

全年預算：2,908百萬元

預算執行率：18.2%

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C~91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	55.858	20.8%	528.0	18.6%

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)	24.0	-9.3%	26.5	-0.2%	11.4	-4.2%	466.1	22.6%	528.0	18.6%

分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
值(百萬點)	190.4	77.8	89.3	71.5	88.8	10.1	528.0
成長率	9.2%	4.1%	19.4%	49.1%	34.6%	42.1%	18.6%

備註：

- 1.依109年度總額協定事項：牙周病統合照護治療方案之執行目標為30萬人次。
- 2.資料擷取自109/4/28本署三代倉儲門診檔。
- 3.成長率係與前一年同期相比。
- 4.全年預算=前一年預算×當年一般服務成長率=2,808百萬元×(1+3.559%)=2,908百萬元
- 5.依109年總額協定事項，109年度預算執行率若未達8成，將按比例扣款。

21

4

各專款執行情形



22

108年一般服務移撥專用相關預算執行情形

單位：千點

108年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫	0	0	0	80,000	80,000	80,000
執行率	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	-
移撥資源不足地區巡迴服務核實申報(論量)專用(千)	36,422	54,071	29,605	60,203	180,301	200,000
執行率	18.2%	27.0%	14.8%	30.1%	90.2%	-

註1：依據「108年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」，本預算按年結算。

註2：108年度預算如有結餘款則依106年第4季各分區人口風險因子占率回歸各分區一般預算。



23

108年牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)

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						584,000
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	5,578	5,282	6,498	4,763	22,122	4.1%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	15,499	16,721	17,209	18,884	68,314	12.6%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	23,818	26,039	25,770	27,852	103,479	19.1%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	21,481	23,729	23,848	25,717	94,775	17.5%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	7,965	8,869	9,293	10,319	36,446	6.7%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	690	794	844	879	3,207	0.6%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,910	11,274	9,643	11,664	42,490	7.9%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	10,489	12,456	9,881	12,378	45,205	8.4%
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	13,013	14,499	12,987	15,997	56,496	10.4%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	813	1,024	578	1,059	3,474	0.6%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	74	107	57	79	317	0.1%

24

108年牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)

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						584,000
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	954	850	902	981	3,687	0.7%
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)	13,795	15,713	13,656	16,135	59,299	11.0%
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	289	298	276	117	981	0.2%
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	13	5	6	3	28	0.0%
16 醫療團特定需求者(論次)	169	171	217	194	751	0.1%
17 醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務	0	0	0	4	4	0.0%
18 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	13	18	47	40	117	0.0%
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	26	6	5	18	55	0.0%
20 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	0	2	0	2	3	0.0%
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	0.0%
暫結金額	124,590	137,856	131,718	147,085	541,250	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	146,000	167,410	175,553	189,835		
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	21,410	29,553	43,835	42,750		
執行占總預算比率	21.3%	23.6%	22.6%	25.2%	92.7%	

註：依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限，並依106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

25

108年一般療資源不足地區改善方案預算執行情形

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)	22,196	22,999	22,938	23,337	91,469	35%
2.執業服務之論次給付(論次)	4,341	5,055	3,828	5,255	18,479	7%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	0	0	0	4,194	4,194	2%
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.4	1	0	0	2.3	0%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,571	8,035	2,747	8,734	24,087	9%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	0	0	0	1,658	1,657.9	1%
7.巡迴服務_論次給付(論次)	24,803	29,846	21,947	30,983	107,579	42%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	1	2	2	7.2	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,683	2,648	3,075	3,018	11,423.5	4%
暫結金額	58,596	68,585	54,537	77,182	258,900	100%
本季預算數(千元)	70,000	81,404	82,819	98,282		
(當季預算數+前季餘額)						
本季未支用金額	11,404	12,819	28,282	21,100		
各季執行占總預算比率(%)	21%	24%	19%	28%	92%	

26



108年網路頻寬補助費用預算執行情形

單位：千點

108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	24,334	28,603	30,366	31,200	114,504	136,000
執行率	17.9%	21.0%	22.3%	22.9%	84.2%	-



27


敬請指教




28

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案 由：108 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。

決 定：

- 一、108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、108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1，頁次報3-2)

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q4	浮動點值	0.9013	0.9897	0.9949	0.9968	0.9961	1.1479	0.9606
	平均點值	0.9031	0.9891	0.9926	0.9987	0.9959	1.1471	0.9608

- 三、檢附107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
107Q4	浮動點值	0.9139	0.9787	0.9666	0.9701	0.9871	1.1205	0.9521
	平均點值	0.9072	0.9790	0.9661	0.9732	0.9920	1.1252	0.9525

- 四、108年「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」計算結果如附件2(頁次報3-29)。
- 五、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

牙醫門診總額各分區 108 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	4,161,886,651	3,697,279,421	4,571,620,656	792,583,676	36,530,571	338,296	0	0.90132060	0.90309127
北區分區	1,801,035,676	1,407,723,396	1,806,354,729	393,294,274	14,315,475	134,759	0	0.98974782	0.98914256
中區分區	2,049,462,783	1,855,020,245	2,049,355,449	188,592,377	15,281,220	106,155	0	0.99485870	0.99259954
南區分區	1,456,300,887	1,229,423,582	1,455,989,723	228,512,988	2,186,994	73,560	0	0.99683084	0.99866320
高屏分區	1,600,984,981	1,435,802,477	1,598,676,340	161,862,639	12,267,133	60,666	3,443,249	0.99612434	0.99590939
東區分區	229,483,736	164,051,481	197,688,655	38,804,283	2,354,429	13,326	0	1.14788173	1.14709514
全 區	11,299,154,714		11,679,685,552		82,935,822	726,762	3,443,249	0.96055115	0.96082025

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] / (BF)；全區平均點值＝(BD)/(GF+BG－緩起訴捐助款+BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R01

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：109/05/11

108年第4季

結算主要費用年月起迄:108/10-108/12

核付截止日期:109/03/31

頁次：1

=====

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)108年第4季調整後牙醫一般服務醫療給付費用

=108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)-108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

= 40,958,994,254- 9,738,505,907-10,115,856,617-10,503,475,745

= 10,601,155,985

註：依據107年11月20日「牙醫門診總額研商議事會議」107年度第4次會議決定，108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23.776233%、第二季24.697522%、第三季25.643881%、第四季25.882364%。108年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區106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。

108年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 40,958,994,254元：

1. 108年第1季調整後預算 9,738,505,907元=加總各分區〔108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)×各季106年人口風險因子(R₁₀₆)×Ra〕。

2. 108年第2季調整後預算10,115,856,617元=加總各分區〔108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)×各季106年人口風險因子(R₁₀₆)×Ra〕。

3. 108年第3季調整後預算10,503,475,745元=加總各分區〔108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)×各季106年人口風險因子(R₁₀₆)×Ra〕。

4. 108年第4季調整後預算= 108年全年預算數- 108年第1季調整後預算- 108年第2季調整後預算- 108年第3季調整後預算

= 40,958,994,254- 9,738,505,907- 10,115,856,617- 10,503,475,745

= 10,601,155,985元。

5. 計算過程詳本表頁次19：「三、一般服務費用總額」。

程式代號：RGBI1808R01

108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:108/10-108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/11

頁 次： 2

(二)108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

	106年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	105年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	107年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+1.706%)	106年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B2)	107年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B3)	108年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G1) =(G0+B2+B3)× (1+8.276%)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	108年5項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	108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	9,144,649,899	25,790,150	9,326,887,756	20,655,046	1,241,777	10,122,489,991	26,806,674	718,050,000	9,377,633,317	0
第2季	9,798,628,500	22,522,872	9,988,700,214	27,628,976	1,241,777	10,846,625,140	28,723,750	718,050,000	10,099,851,390	0
第3季	10,517,857,752	41,717,192	10,739,721,293	15,620,224	1,241,777	11,646,798,127	30,832,102	718,050,000	10,897,916,025	0
第4季	10,240,849,705	15,432,842	10,431,254,727	33,039,351	1,241,776	11,331,663,601	30,020,079	718,050,000	10,583,593,522	0
合 計	39,701,985,856	105,463,056	40,486,563,990	96,943,597	4,967,107	43,947,576,859	116,382,605	2,872,200,000	40,958,994,254	0

註：

1. 107年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (106年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1) + 105年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × (1+1.706%)。

2. 108年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (107年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 106年各季校正投保人口預估成長率差值(B2)) + 前1年度(107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(B3) × (1+8.276%)。

※一般服務成長率為8.276%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.187%，協商因素成長率8.089%。

※108年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 4,967,107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107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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107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107年第5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108年度品質保證保留款(119.1百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。

4. 108年5項一般服務移撥專用費用(F)：依據107年12月4日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議107年度第1次臨時會議決定辦理。108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28.722億元，按季均分：

(1)移撥0.15億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.1億元，高屏移撥0.05億元。

(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提升醫療可近性獎勵計畫」。

(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0.5億元支應「牙醫特殊醫療服務計畫」。

(5)移撥25.272億元支應「牙周病統合治療方案(原於專款-牙周病統合照護計畫)」：六分區預算按107年1-6月六分區「牙周病統合性治療第二階段支付P4002C」之申報件數占率分配。

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一調整後第1季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算一調整後第2季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算一調整後第3季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R01

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：109/05/11

108年第 4季

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

頁 次： 3

=====

(三)108年5項一般服務移撥專用費用

全年預算2,872,200,000元

1. 移撥0.15億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.1億元，高屏移撥0.05億元。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2. 全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫

全年預算： 80,000,000元

全年結算家數： 157

全年支用點數： 114,110,980

浮動點值 = 全年預算／全年支用點數 = 80,000,000／114,110,980 = 0.70107189

結算金額 = 浮動點值× 全年支用點數 = 0.70107189× 114,110,980 = 79,999,999

未支用金額 = 全年預算－結算金額 = 80,000,000－79,999,999 = 1(E6) (四捨五入之差值，無結餘款回歸一般服務)

註：依據「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」，本預算按年結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。

全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依106年第4季人口風險因子(R值)分配至各區。

3. 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200百萬元

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	2,053(J6)	暫結金額	2,053(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	22,854,285(J7)	暫結金額	23,267,227(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	6,144(J11)	暫結金額	6,144(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	12,925,104(J12)	暫結金額	13,147,068(J22)
(3)小計	加成前點數	35,787,586(J19)	暫結金額	36,422,492(J29)

暫結金額 = 36,422,492

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 13,577,508

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 13,577,508= 63,577,508

(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	5,046(K6)	暫結金額	5,046(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	39,919,511(K7)	暫結金額	40,827,505(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	3,476(K11)	暫結金額	3,476(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	12,944,726(K12)	暫結金額	13,234,858(K22)
(3)小計	加成前點數	52,872,759(K19)	暫結金額	54,070,885(K29)

暫結金額 = 54,070,885

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 9,506,623

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 9,506,623= 59,506,623

(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	1,486(L6)	暫結金額	1,486(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	13,710,853(L7)	暫結金額	13,921,008(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	10,352(L11)	暫結金額	10,352(L21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	15,377,930(L12)	暫結金額	15,672,327(L22)
(3)小計	加成前點數	29,100,621(L19)	暫結金額	29,605,173(L29)

暫結金額 = 29,605,173

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 29,901,450

第4季：

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 200,000,000/4 ＋ 29,901,450＝ 79,901,450

(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	1,791(M6)	暫結金額	1,791(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	43,611,584(M7)	暫結金額	44,778,766(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	9,192(M11)	暫結金額	9,192(M21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	15,082,917(M12)	暫結金額	15,413,074(M22)
(3)小計	加成前點數	58,705,484(M19)	暫結金額	60,202,823(M29)

暫結金額 = 60,202,823

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 19,698,627

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	10,376(N6)	暫結金額	10,376(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	120,096,233(N7)	暫結金額	122,794,506(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	29,164(N11)	暫結金額	29,164(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	56,330,677(N12)	暫結金額	57,467,327(N22)
(3)小計	加成前點數	176,466,450(N19)	暫結金額	180,301,373(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)
 = 36,422,492+ 54,070,885+ 29,605,173+ 60,202,823
 = 180,301,373

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 19,698,627(E4)(第4季結餘款回歸一般服務)

註：依據「108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106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」專款0.5億元。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

註：依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本計畫全年經費為5.84億元，5.34億元由108年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由自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，則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限，並依106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

5. 移撥25.272億元支應「牙周病統合治療方案(原專款-牙周病統合照護計畫)」：

六分區預算按107年1-6月六分區「牙周病統合性治療第二階段支付P4002C」之申報件數占率分配。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R01

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：109/05/11

108年第 4季

結算主要費用年月起迄:108/10-108/12

核付截止日期:109/03/31

頁 次： 6

二、專款項目費用

(一)牙醫特殊服務全年預算 = 584,000,000

(5.34億元由108年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。)

第1季：預算 = 584,000,000/4 = 146,000,000

	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：	5,578,229(V01)	5,577,716(VF01)	513(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,499,331(V02)	14,593,079(VF02)	906,252(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	23,818,356(V03)	22,760,020(VF03)	1,058,336(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：	21,481,448(V04)	20,830,032(VF04)	651,416(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,965,044(V05)	7,698,289(VF05)	266,755(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	689,552(V06)	616,567(VF06)	72,985(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,909,765(V07)	9,909,388(VF07)	377(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,489,349(V08)	10,488,782(VF08)	567(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：	13,012,554(V09)	13,011,019(VF09)	1,535(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	812,816(V10)	812,766(VF10)	50(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	74,418(V11)	74,418(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	954,497(V12)	954,497(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)：	13,795,200(V13)	13,795,200(VF13)	0(VN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	289,494(V14)	289,494(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	12,652(V15)	12,652(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	169,100(V16)	169,100(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：	0(V17)	0(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：	12,986(V18)	12,986(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：	25,584(V19)	25,584(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：	0(V20)	0(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)
(99)合計	124,590,375(V99)	121,631,589(VF99)	2,958,786(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數 = 124,590,375	= 第1季預算 - 暫結金額 = 21,409,625		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R01

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：109/05/11

108年第 4季

結算主要費用年月起迄:108/10-108/12

核付截止日期:109/03/31

頁 次： 7

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 584,000,000/4＋ 21,409,625＝ 167,409,625

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	5,281,701(W01)	5,281,357(WF01)	344(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	16,721,322(W02)	15,843,640(WF02)	877,682(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	26,038,651(W03)	24,790,846(WF03)	1,247,805(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：	23,728,931(W04)	23,024,556(WF04)	704,375(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	8,868,657(W05)	8,514,278(WF05)	354,379(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	794,485(W06)	703,841(WF06)	90,644(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,273,590(W07)	11,273,180(WF07)	410(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,456,062(W08)	12,455,738(WF08)	324(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：	14,499,094(W09)	14,496,984(WF09)	2,110(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,024,263(W10)	1,024,218(WF10)	45(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	107,485(W11)	107,485(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	849,979(W12)	849,979(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)：	15,712,590(W13)	15,712,590(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：	298,314(W14)	298,314(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	5,074(W15)	5,074(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	171,000(W16)	171,000(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W17)	0(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,544(W18)	17,544(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：	5,577(W19)	5,577(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：	1,837(W20)	1,837(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)
(99)合計	137,856,156(W99)	134,578,038(WF99)	3,278,118(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 137,856,156	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 29,553,469		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R01

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：109/05/11

108年第4季

結算主要費用年月起迄:108/10-108/12

核付截止日期:109/03/31

頁次：8

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 584,000,000/4＋ 29,553,469＝ 175,553,469

	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：	6,498,246(X01)	6,497,877(XF01)	369(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,209,248(X02)	16,402,276(XF02)	806,972(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,770,189(X03)	24,657,389(XF03)	1,112,800(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：	23,848,331(X04)	22,937,597(XF04)	910,734(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,293,484(X05)	8,970,283(XF05)	323,201(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	843,972(X06)	758,267(XF06)	85,705(XN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,642,698(X07)	9,642,382(XF07)	316(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,881,141(X08)	9,880,752(XF08)	389(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：	12,987,214(X09)	12,985,968(XF09)	1,246(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	577,887(X10)	577,876(XF10)	11(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	56,853(X11)	56,853(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	901,680(X12)	901,680(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)：	13,656,000(X13)	13,656,000(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：	276,041(X14)	276,041(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	6,359(X15)	6,359(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	216,600(X16)	216,600(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	46,767(X18)	46,767(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：	5,304(X19)	5,304(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)
(99)合計	131,718,014(X99)	128,476,271(XF99)	3,241,743(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 131,718,014	＝ 第3季預算－暫結金額＝ 43,835,455		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R01

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：109/05/11

108年第4季

結算主要費用年月起迄：108/10-108/12

核付截止日期：109/03/31

頁次：9

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 584,000,000/4＋ 43,835,455＝ 189,835,455

	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：	4,763,468(Y01)	4,763,087(YF01)	381(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	18,883,971(Y02)	17,898,594(YF02)	985,377(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	27,851,797(Y03)	26,663,359(YF03)	1,188,438(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：	25,716,727(Y04)	24,969,865(YF04)	746,862(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,319,095(Y05)	9,881,077(YF05)	438,018(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	878,997(Y06)	786,502(YF06)	92,495(YN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,663,508(Y07)	11,663,148(YF07)	360(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,378,000(Y08)	12,377,896(YF08)	104(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：	15,997,338(Y09)	15,995,455(YF09)	1,883(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,059,032(Y10)	1,059,032(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	78,520(Y11)	78,520(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	981,168(Y12)	981,168(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)：	16,135,200(Y13)	16,135,200(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：	116,983(Y14)	116,983(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	3,415(Y15)	3,415(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	193,800(Y16)	193,800(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：	4,161(Y17)	4,161(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：	40,154(Y18)	40,154(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：	18,499(Y19)	18,499(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：	1,520(Y20)	1,520(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)
(99)合計	147,085,353(Y99)	143,631,435(YF99)	3,453,918(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 147,085,353	＝ 第4季預算－暫結金額＝ 42,750,102		

程式代號：RGBI1808R01

108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:108/10-108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/11

頁 次： 10

全年合計：全年預算＝ 584,000,000

	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：	22,121,644(Z01)	22,120,037(ZF01)	1,607(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	68,313,872(Z02)	64,737,589(ZF02)	3,576,283(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	103,478,993(Z03)	98,871,614(ZF03)	4,607,379(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：	94,775,437(Z04)	91,762,050(ZF04)	3,013,387(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	36,446,280(Z05)	35,063,927(ZF05)	1,382,353(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,207,006(Z06)	2,865,177(ZF06)	341,829(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	42,489,561(Z07)	42,488,098(ZF07)	1,463(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	45,204,552(Z08)	45,203,168(ZF08)	1,384(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：	56,496,200(Z09)	56,489,426(ZF09)	6,774(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,473,998(Z10)	3,473,892(ZF10)	106(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	317,276(Z11)	317,276(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	3,687,324(Z12)	3,687,324(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)：	59,298,990(Z13)	59,298,990(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：	980,832(Z14)	980,832(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	27,500(Z15)	27,500(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	750,500(Z16)	750,500(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：	4,161(Z17)	4,161(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：	117,451(Z18)	117,451(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：	54,964(Z19)	54,964(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：	3,357(Z20)	3,357(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)
(99)合計	541,249,898(Z99)	528,317,333(ZF99)	12,932,565(ZN99)

全年預算＝ 584,000,000

全年已支用點數＝ 第1-4季已支用點數

＝ 124,590,375 + 137,856,156 + 131,718,014 + 147,085,353 = 541,249,898

全年已結算金額＝ 124,590,375 + 137,856,156 + 131,718,014 + 147,085,353 = 541,249,898

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預算支應金額)

＝ 584,000,000 - (541,249,898 - 0)

＝ 584,000,000 - 541,249,898

＝ 42,750,102(E5)(第4季結餘款回歸一般服務，以0.5億元為限)

註：

依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限，並依106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區；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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R01

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：109/05/11

108年第 4季

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

頁 次： 11

(二)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 280,000,000

第1季:

預算=280,000,000/4= 70,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:	點數	13,592,498(J0)	收入	22,195,514(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:			已支用點數	4,341,100(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	2,053(J6)	加成已支用點數	412(J3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	22,854,285(J7)	加成已支用點數	4,571,488(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	24,803,200(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	6,144(J11)	加成已支用點數	2,001(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	12,925,104(J12)	加成已支用點數	2,682,584(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				49,993,283(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)

= 58,596,299

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 11,403,701

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R01

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：109/05/11

108年第4季

結算主要費用年月起迄：108/10—108/12

核付截止日期：109/03/31

頁次：12

第2季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 280,000,000/4 + 11,403,701 = 81,403,701$$

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1：	點數	14,175,325(K0)	收入	22,998,927(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2：			已支用點數	5,054,550(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	5,046(K6)	加成已支用點數	1,232(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	39,919,511(K7)	加成已支用點數	8,034,895(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	29,845,700(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	3,476(K11)	加成已支用點數	1,266(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	12,944,726(K12)	加成已支用點數	2,647,991(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14)：				59,760,959(K10)

暫結金額

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

$$= 68,584,561$$

未支用金額

$$= \text{第2季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 12,819,140$$

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R01

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：109/05/11

108年第4季

結算主要費用年月起迄:108/10-108/12

核付截止日期:109/03/31

頁次：13

第3季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 280,000,000/4 + 12,819,140 = 82,819,140$$

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1：	點數	13,773,982(L0)	收入	22,937,508(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2：			已支用點數	3,828,300(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	1,486(L6)	加成已支用點數	301(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	13,710,853(L7)	加成已支用點數	2,746,648(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	21,947,300(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	10,352(L11)	加成已支用點數	2,065(L8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	15,377,930(L12)	加成已支用點數	3,074,620(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14)：				45,373,216(L10)

暫結金額

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

$$= 54,536,742$$

未支用金額

$$= \text{第3季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 28,282,398$$

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R01

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：109/05/11

108年第4季

結算主要費用年月起迄：108/10—108/12

核付截止日期：109/03/31

頁次：14

第4季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 280,000,000/4 + 28,282,398 = 98,282,398$$

(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1：	點數	14,640,368(M0)	收入	23,337,195(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2：			已支用點數	5,255,460(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13：			已支用點數	4,193,700(M13)(傳票日期：109/04/24前核付)
(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	1,791(M6)	加成已支用點數	358(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	43,611,584(M7)	加成已支用點數	8,734,130(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14：			已支用點數	1,657,905(M14)(傳票日期：109/04/24前核付)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5：			已支用點數	30,983,200(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	9,192(M11)	加成已支用點數	1,839(M8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	15,082,917(M12)	加成已支用點數	3,018,303(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14)：				68,485,263(M10)

暫結金額

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

$$= 77,182,090$$

未支用金額

$$= \text{第4季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 21,100,308$$

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R01

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：109/05/11

108年第 4季

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

頁 次： 15

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	56,182,173(N0)	收入	91,469,144(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	18,479,410(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	4,193,700(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	10,376(N6)	加成已支用點數	2,303(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	120,096,233(N7)	加成已支用點數	24,087,161(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	1,657,905(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	107,579,400(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	29,164(N11)	加成已支用點數	7,171(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	56,330,677(N12)	加成已支用點數	11,423,498(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				223,612,721(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)
= 58,596,299 + 68,584,561 + 54,536,742 + 77,182,090 = 258,899,692

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 21,100,308

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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「108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「108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周病統合案件或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周病統合案件或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)。

程式代號：RGBI1808R01

108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:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/11

頁次：16

=====

(三)居家牙醫醫療服務(原到宅牙醫醫療服務)(由其他預算支應)

第1季:	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,033,606(P1)	1,033,528(PF1)	78(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,221,739(P2)	1,221,697(PF2)	42(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務：	87,272(P3)	87,272(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務：	275,220(P4)	275,220(PF4)	0(PN4)
(9)合計	2,617,837(P9)	2,617,717(PF9)	120(PN9)
暫結金額 = 1元/點×第1季已支用點數 = 2,617,837			
第2季:	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,385,032(P1)	1,385,032(PF1)	0(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,218,021(P2)	1,218,021(PF2)	0(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務：	106,167(P3)	106,167(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務：	380,856(P4)	380,856(PF4)	0(PN4)
(5)居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段牙醫醫療服務：	0(P5)	0(PF5)	0(PN5)
(6)出院準備牙醫醫療服務：	0(P6)	0(PF6)	0(PN6)
(9)合計	3,090,076(P9)	3,090,076(PF9)	0(PN9)
暫結金額 = 1元/點×第2季已支用點數 = 3,090,076			
第3季:	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,516,853(P1)	1,516,853(PF1)	0(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,481,243(P2)	1,481,243(PF2)	0(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務：	130,589(P3)	130,589(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務：	385,522(P4)	385,522(PF4)	0(PN4)
(5)居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段牙醫醫療服務：	22,800(P5)	22,800(PF5)	0(PN5)
(6)出院準備牙醫醫療服務：	0(P6)	0(PF6)	0(PN6)
(9)合計	3,537,007(P9)	3,537,007(PF9)	0(PN9)
暫結金額 = 1元/點×第3季已支用點數 = 3,537,007			
第4季:	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,607,449(P1)	1,607,449(PF1)	0(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,639,741(P2)	1,639,741(PF2)	0(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務：	125,803(P3)	125,803(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務：	425,567(P4)	425,567(PF4)	0(PN4)
(5)居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段牙醫醫療服務：	64,253(P5)	64,253(PF5)	0(PN5)
(6)出院準備牙醫醫療服務：	0(P6)	0(PF6)	0(PN6)
(9)合計	3,862,813(P9)	3,862,813(PF9)	0(PN9)
暫結金額 = 1元/點×第4季已支用點數 = 3,862,813			

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R01

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：109/05/11

108年第4季

結算主要費用年月起迄：108/10—108/12

核付截止日期：109/03/31

頁次：17

=====

全年合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,542,940(P1)	5,542,862(PF1)	78(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,560,744(P2)	5,560,702(PF2)	42(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務：	449,831(P3)	449,831(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務：	1,467,165(P4)	1,467,165(PF4)	0(PN4)
(5)居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段牙醫醫療服務：	87,053(P5)	87,053(PF5)	0(PN5)
(6)出院準備牙醫醫療服務：	0(P6)	0(PF6)	0(PN6)
(9)合計	13,107,733(P9)	13,107,613(PF9)	120(PN9)
暫結金額 = 第1-4季暫結點數			
= 2,617,837 + 3,090,076 + 3,537,007 + 3,862,813 =	13,107,733		

註：

- 依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之在宅牙醫醫療服務費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項下支應。
- 依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」略以，在宅牙醫醫療服務自108年6月起適用「108年全民健保險居家醫療照護整合計畫」。

(四)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+108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%)+119,100,000
 =(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%+119,100,000
 =26,806,674+28,723,750+30,832,102+30,020,079+119,100,000
 =235,482,605

(五)網路頻寬補助費用

全年預算=136百萬元

第1季已支用點數：24,334,246
 第2季已支用點數：28,602,637
 第3季已支用點數：30,366,496
 第4季已支用點數：31,200,173(傳票日期：109/04/24前核付)
 全年已支用點數：114,503,552

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 114,503,552
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 136,000,000 - 114,503,552 = 21,496,448

程式代號：RGBI1808R01

108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:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/11

頁 次： 18

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% × 106年各季人口風險因子(R_106)(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. 108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)		9,377,633,317	10,099,851,390	10,897,916,025	10,583,593,522	40,958,994,254
2. 106年人口風險因子(R_106)	臺北分區	0.36903	0.36941	0.36886	0.36923	
	北區分區	0.15828	0.15866	0.15926	0.15981	
	中區分區	0.18101	0.18093	0.18178	0.18155	
	南區分區	0.13023	0.13000	0.12962	0.12937	
	高屏分區	0.14108	0.14075	0.14022	0.13993	
	東區分區	0.02037	0.02025	0.02026	0.02011	
		(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_106)(說明1、2)	臺北分區	3,460,628,023	3,730,986,102	4,019,805,305	3,907,780,236	15,119,199,666
	北區分區	1,484,291,801	1,602,442,422	1,735,602,106	1,691,364,081	6,513,700,410
	中區分區	1,697,445,407	1,827,366,112	1,981,023,175	1,921,451,404	7,427,286,098
	南區分區	1,221,249,187	1,312,980,681	1,412,587,875	1,369,199,494	5,316,017,237
	高屏分區	1,322,996,508	1,421,554,083	1,528,105,785	1,480,962,242	5,753,618,618
	東區分區	191,022,391	204,521,990	220,791,779	212,836,065	829,172,225
	小計	9,377,633,317	10,099,851,390	10,897,916,025	10,583,593,522	40,958,994,254

(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)=〔(加總各分區BD)× Ra× R_106〕(四捨五入至整數位)+各分區支應牙周病統合治療方案移撥款(BH)－各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+107年分區保留款分配後結餘款(T)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款(BE5)+移撥弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫各分區結餘款(BE6)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.776233%	24.697522%	25.643881%	25.882364%	100%
2. 106年人口風險因子(R_106)	臺北分區	0.36903	0.36941	0.36886	0.36923	
	北區分區	0.15828	0.15866	0.15926	0.15981	
	中區分區	0.18101	0.18093	0.18178	0.18155	
	南區分區	0.13023	0.13000	0.12962	0.12937	
	高屏分區	0.14108	0.14075	0.14022	0.13993	
	東區分區	0.02037	0.02025	0.02026	0.02011	
		(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)=(加總各分區BD)×Ra×R_106	臺北分區	3,593,800,835	3,736,898,593	3,874,312,063	3,914,188,175	15,119,199,666
	北區分區	1,541,410,715	1,604,981,811	1,672,783,547	1,694,524,337	6,513,700,410
	中區分區	1,762,766,954	1,830,261,938	1,909,321,821	1,924,935,385	7,427,286,098
	南區分區	1,268,245,624	1,315,061,360	1,361,460,526	1,371,249,727	5,316,017,237
	高屏分區	1,373,908,414	1,423,806,819	1,472,797,369	1,483,106,016	5,753,618,618
	東區分區	198,373,365	204,846,096	212,800,419	213,152,345	829,172,225
	小計	9,738,505,907	10,115,856,617	10,503,475,745	10,601,155,985	40,958,994,254
4. 移撥牙周病統合治療方案(H)(說明3)		631,800,000	631,800,000	631,800,000	631,800,000	2,527,200,000

程式代號：RGBI1808R01

108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:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/11

頁次：20

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區107年1-6月牙周病統合性治療 第二階段支付P4002C申報件數占率 (Ha_107) (說明3)	臺北分區	0.35555640	0.35555640	0.35555640	0.35555640	
	北區分區	0.15278792	0.15278792	0.15278792	0.15278792	
	中區分區	0.17519758	0.17519758	0.17519758	0.17519758	
	南區分區	0.12182996	0.12182996	0.12182996	0.12182996	
	高屏分區	0.17076688	0.17076688	0.17076688	0.17076688	
	東區分區	0.02386126	0.02386126	0.02386126	0.02386126	
	合計	100%	100%	100%	100%	
6. 各分區牙周病統合治療方案 移撥款 BH= HxHa_107 (說明3)	臺北分區	224,640,534	224,640,534	224,640,534	224,640,532	898,562,134
	北區分區	96,531,408	96,531,408	96,531,408	96,531,407	386,125,631
	中區分區	110,689,831	110,689,831	110,689,831	110,689,831	442,759,324
	南區分區	76,972,169	76,972,169	76,972,169	76,972,168	307,888,675
	高屏分區	107,890,515	107,890,515	107,890,515	107,890,514	431,562,059
	東區分區	15,075,543	15,075,543	15,075,543	15,075,548	60,302,177
	小計	631,800,000	631,800,000	631,800,000	631,800,000	2,527,200,000
7. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I) (說明4)		0	0	0	0	0
8. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI= IxR_106	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0
9. 107年分區保留款分配後結餘款(T) (說明5)	臺北分區	-	-	-	-	-
	北區分區	-	-	-	-	-
	中區分區	-	-	-	-	-
	南區分區	-	-	-	-	-
	高屏分區	-	-	-	-	-
	東區分區	-	-	-	-	-

程式代號：RGBI1808R01

108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:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/11

頁次：21

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
10. 中區、高屏分區移撥款(Z) (說明6)	中區分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	高屏分區	1,250,000	1,250,000	1,250,000	1,250,000	5,000,000
	小計	3,750,000	3,750,000	3,750,000	3,750,000	15,000,000
11. 移撥醫療資源不足核實申報費用結餘款E4(說明7)					19,698,627	19,698,627
12. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款BE4= E4×R_106	臺北分區				7,273,324	7,273,324
	北區分區				3,148,038	3,148,038
	中區分區				3,576,286	3,576,286
	南區分區				2,548,411	2,548,411
	高屏分區				2,756,429	2,756,429
	東區分區				396,139	396,139
	小計				19,698,627	19,698,627
13. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結餘款E5(說明4)					42,750,102	42,750,102
14. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫 各分區結餘款 (BE5= E5×R_106)	臺北分區				15,784,620	15,784,620
	北區分區				6,831,894	6,831,894
	中區分區				7,761,281	7,761,281
	南區分區				5,530,581	5,530,581
	高屏分區				5,982,022	5,982,022
	東區分區				859,704	859,704
	小計				42,750,102	42,750,102
15. 移撥弱勢鄉鎮獎勵計畫結餘款(E6)(說明8)					0	0
16. 移撥弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵 計畫各分區結餘款 (BE6=E6×R_106)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0

程式代號：RGBI1808R01

108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:108/10—108/12

列印日期：109/05/11

頁 次： 22

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
17. 調整後各季分區一般服務預算總額	臺北分區	3,818,441,369	3,961,539,127	4,098,952,597	4,161,886,651	16,040,819,744
(BD2)=(BD1)+(BH)-(BI)+(T)+	北區分區	1,637,942,123	1,701,513,219	1,769,314,955	1,801,035,676	6,909,805,973
(Z)+(BE4)+(BE5)+(BE6)	中區分區	1,875,956,785	1,943,451,769	2,022,511,652	2,049,462,783	7,891,382,989
	南區分區	1,345,217,793	1,392,033,529	1,438,432,695	1,456,300,887	5,631,984,904
	高屏分區	1,483,048,929	1,532,947,334	1,581,937,884	1,600,984,981	6,198,919,128
	東區分區	213,448,908	219,921,639	227,875,962	229,483,736	890,730,245
	小計	10,374,055,907	10,751,406,617	11,139,025,745	11,299,154,714	43,563,642,983

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107年12月4日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議107年度第1次臨時會議決定略以，108年度牙醫門診總額一般服務預算移撥25.272億元支應「牙周病統合治療方案(即原專款牙周病統合照護計畫)」，六分區預算按107年1-6月六分區「牙周病統合性治療第二階段支付P4002C」之申報件數占率分配。為避免牙周病統合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. 依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本計畫全年經費為5.84億元，其中5.34億元由108年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。本預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限，並依106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區；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。
5. 107年分區保留款分配後結餘款(T):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規定，保留款經分配後若仍有餘額，依分配後之餘款比例，回歸該區次年第1季一般預算。
6. 依據107年12月4日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議107年度第1次臨時會議決定略以，108年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.15億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.1億元，高屏移撥0.05億元。
7. 依據「108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106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
8. 依據「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」，本預算按年結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依106年第4季人口風險因子(R值)分配至各區。

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	3,697,279,421(BF)	0.90649239	-----	29,869,802	338,296
	2-北區分區	356,190,936	0.90649239	322,884,373	2,636,368	
	3-中區分區	206,264,218	0.90649239	186,976,944	1,659,328	
	4-南區分區	125,271,584	0.90649239	113,557,738	1,024,042	
	5-高屏分區	164,653,177	0.90649239	149,256,852	1,098,802	
	6-東區分區	21,961,320	0.90649239	19,907,769	242,229	
	7-合計	4,571,620,656(GF)		792,583,676(AF)	36,530,571(BG)	338,296(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	227,024,175	0.98661154	223,984,671	2,276,350	
	2-北區分區	1,407,723,396(BF)	0.98661154	-----	10,704,900	134,759
	3-中區分區	83,583,057	0.98661154	82,464,009	688,329	
	4-南區分區	51,362,954	0.98661154	50,675,283	377,589	
	5-高屏分區	32,411,343	0.98661154	31,977,405	217,993	
	6-東區分區	4,249,804	0.98661154	4,192,906	50,314	
	7-合計	1,806,354,729(GF)		393,294,274(AF)	14,315,475(BG)	134,759(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	74,103,681	0.97044886	71,913,833	687,139	
	2-北區分區	43,193,116	0.97044886	41,916,710	315,799	
	3-中區分區	1,855,020,245(BF)	0.97044886	-----	13,598,520	106,155
	4-南區分區	44,473,511	0.97044886	43,159,268	424,371	
	5-高屏分區	29,733,617	0.97044886	28,854,955	221,542	
	6-東區分區	2,831,279	0.97044886	2,747,611	33,849	
	7-合計	2,049,355,449(GF)		188,592,377(AF)	15,281,220(BG)	106,155(BJ)

程式代號：RGBI1808R01

108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:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/11

頁 次： 24

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	65,936,206	1.00859284	66,502,785	692,021	
	2-北區分區	28,494,275	1.00859284	28,739,122	232,945	
	3-中區分區	62,397,851	1.00859284	62,934,026	543,558	
	4-南區分區	1,229,423,582(BF)	1.00859284	-----	170,608	73,560
	5-高屏分區	67,017,567	1.00859284	67,593,438	517,282	
	6-東區分區	2,720,242	1.00859284	2,743,617	30,580	
	7-合計	1,455,989,723(GF)		228,512,988(AF)	2,186,994(BG)	73,560(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	43,949,296	0.99379137	43,676,431	420,469	
	2-北區分區	18,069,292	0.99379137	17,957,106	147,074	
	3-中區分區	29,142,353	0.99379137	28,961,419	262,986	
	4-南區分區	67,591,476	0.99379137	67,171,826	568,155	
	5-高屏分區	1,435,802,477(BF)	0.99379137	-----	10,822,034	60,666
	6-東區分區	4,121,446	0.99379137	4,095,857	46,415	
	7-合計	1,598,676,340(GF)		161,862,639(AF)	12,267,133(BG)	60,666(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,422,854	1.15361305	16,638,393	199,584	
	2-北區分區	5,039,996	1.15361305	5,814,205	50,270	
	3-中區分區	4,540,856	1.15361305	5,238,391	48,254	
	4-南區分區	3,272,783	1.15361305	3,775,525	31,623	
	5-高屏分區	6,360,685	1.15361305	7,337,769	50,878	
	6-東區分區	164,051,481(BF)	1.15361305	-----	1,973,820	13,326
	7-合計	197,688,655(GF)		38,804,283(AF)	2,354,429(BG)	13,326(BJ)

程式代號：RGBI1808R01

108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:108/10-108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/11

頁 次： 25

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 = [4,161,886,651	- 792,583,676-(	36,530,571-	0)-	338,296]／	3,697,279,421=	0.90132060
北區分區 = [1,801,035,676	- 393,294,274-(	14,315,475-	0)-	134,759]／	1,407,723,396=	0.98974782
中區分區 = [2,049,462,783	- 188,592,377-(	15,281,220-	0)-	106,155]／	1,855,020,245=	0.99485870
南區分區 = [1,456,300,887	- 228,512,988-(	2,186,994-	0)-	73,560]／	1,229,423,582=	0.99683084
高屏分區 = [1,600,984,981	- 161,862,639-(	12,267,133-	3,443,249)-	60,666]／	1,435,802,477=	0.99612434
東區分區 = [229,483,736	- 38,804,283-(	2,354,429-	0)-	13,326]／	164,051,481=	1.14788173

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)

= [11,299,154,714 - (82,935,822 - 3,443,249) - 726,762] / 11,679,685,552 = 0.96055115

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 = [4,161,886,651	]／[	4,571,620,656+	36,530,571-	0+	338,296]	= 0.90309127
北區分區 = [1,801,035,676	]／[	1,806,354,729+	14,315,475-	0+	134,759]	= 0.98914256
中區分區 = [2,049,462,783	]／[	2,049,355,449+	15,281,220-	0+	106,155]	= 0.99259954
南區分區 = [1,456,300,887	]／[	1,455,989,723+	2,186,994-	0+	73,560]	= 0.99866320
高屏分區 = [1,600,984,981	]／[	1,598,676,340+	12,267,133-	3,443,249+	60,666]	= 0.99590939
東區分區 = [229,483,736	]／[	197,688,655+	2,354,429-	0+	13,326]	= 1.14709514

5. 一般服務全區平均點值

= [11,299,154,714] / [11,679,685,552 + 82,935,822 - 3,443,249 + 726,762] = 0.96082025

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R01

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：109/05/11

108年第 4季

結算主要費用年月起迄:108/10-108/12

核付截止日期:109/03/31

頁 次： 26

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+移撥弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫金額]

／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]

= [11,299,154,714+315,262,695+ 60,202,823+ 80,000,000]

／ [11,679,685,552+ 82,935,822- 3,443,249+ 726,762+306,565,868+ 58,705,484]= 0.96943912

註：1. 專款專用暫結金額=牙醫特殊服務結算金額(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

+品質保證保留款預算+網路頻寬補助費用暫結金額

= 147,085,353+ 77,182,090+ 59,795,079+ 31,200,173

= 315,262,695

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+108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108/09(含)以前:於109/01/01~109/03/31期間核付者。

費用年月108/10~108/12:於108/10/01~109/03/31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。

程式代號：RGBI0567R01

結算年：108年

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額保留款分配統計表

結算主要費用年月起迄：108/01-108/12

核付截止日期：109/03/31

印表日期：109/05/13

頁 次：1

附件 2

=====

一、分區累計保留款(T2) = 分區第一季保留款(T2_1) + 分區第二季保留款(T2_2) + 分區第三季保留款(T2_3) + 分區第四季保留款(T2_4)

臺北分區累計保留款(T2-T) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
北區分區累計保留款(T2-N) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
中區分區累計保留款(T2-C) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
南區分區累計保留款(T2-S) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
高屏分區累計保留款(T2-K) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
東區分區累計保留款(T2-E) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	2,176,515(T2_3) +	0(T2_4) =	2,176,515

二、保留款分配

(一)分區保留款分配—東區分區

1. 東區分區累計保留款： 2,176,515(T2-E)

(1)第1階段分配—該分區每季結算平均點值小於1元時，由分區保留款補助該季分區預算，最高補助至平均點值1.0元為限。

108年第1季分配：	0
108年第2季分配：	0
108年第3季分配：	0
108年第4季分配：	0

第1階段已分配金額：	0	尚未分配金額：	2,176,515
------------	---	---------	-----------

程式代號：RGBI0567R01

結算年：108年

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額保留款分配統計表

結算主要費用年月起迄：108/01-108/12

核付截止日期：109/03/31

印表日期：109/05/13

頁次：2

- =====
- (2)第2階段分配—該分區牙醫師至醫療資源不足地區執業服務計畫：經評核優等執業診所(該年度如未進行考核，則以3年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者)，其核定點數(含部分負擔)以每點點值1.3元支付鼓勵。

※重新計算院所收入若小於每月保障額度者，則不再分配保留款。

108年第1季分配：	補助後點值：1.3	分配金額：	0
108年第2季分配：	補助後點值：1.3	分配金額：	0
108年第3季分配：	補助後點值：1.3	分配金額：	0
108年第4季分配：	補助後點值：1.3	分配金額：	0

第2階段已分配金額： 0 尚未分配金額： 2,176,515

- (3)第3階段分配—該分區牙醫師至醫療資源不足地區巡迴服務計畫「核實申報」(含加成部分)計酬方式者：其核定浮動點數補助至每點點值1.5元支付鼓勵。

(a)「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數加計2成部分之補助款。

※108年巡迴服務每件加計2成之點數，由專款預算支應，本項之補助款係以醫療資源不足地區全年結算浮動點值補助至每點點值1.5元計算。

108年第1季分配：	補助後浮動點值：1.5	醫療資源不足地區「全年結算浮動點值」：	1.00000000	分配金額：	442,160
108年第2季分配：	補助後浮動點值：1.5			分配金額：	642,929
108年第3季分配：	補助後浮動點值：1.5			分配金額：	301,686
108年第4季分配：	補助後浮動點值：1.5			分配金額：	789,742

第3階段-加成部分已分配金額： 2,176,517 尚未分配金額： -2(四捨五入之差值，無保留款餘額)

程式代號：RGBI0567R01

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額保留款分配統計表

印表日期：109/05/13

結算年：108年

結算主要費用年月起迄：108/01-108/12

核付截止日期：109/03/31

頁次：3

(b)「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數補助款。

※108年巡迴服務每件加計2成前之浮動點數(論量)，由一般服務預算支應，本項之補助款係以當季結算之點值補助至每點點值1.5元計算。

第3階段-巡迴論量已分配金額：0 尚未分配金額：0

(4)第4階段分配—該分區牙醫師至醫療資源不足地區巡迴服務計畫「論次計酬」方式者：最多補助到核定金額加成至5成。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

第4階段已分配金額：0 尚未分配金額：0

(二)第5階段分配—分區保留款剩餘款補助全國醫療資源不足地區醫療服務：依「108年牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至每點1.0元為限。

第5階段合計已分配金額：0 尚未分配金額：0

三、保留款分配後餘額：依該區依前(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該區次年第1季一般預算。

尚未分配金額：0(回歸至109年該分區第1季一般預算。)

說明：依據「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」辦理。

案由：有關 109 年全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額結算方式，將採「全年結算」案。

說明：

一、為確保院所在疫情期間之財務周轉穩健，本署已提高各總額暫付款金額，於109年3月如申報醫療點數較去年同期低，以去年同期核定金額計算補付金額。自4月起每月暫付款將逐月檢討，檢討重點如停約、基期異常、醫師人數減少、未支用藥費、未支用特材費、核減金額等。另如本(109)年申報點數較去年高者，則仍依現行暫付規定辦理，惟院所仍具選擇權。

二、109年第1季醫療費用統計如下：

(一) 整體：件數下降3.9%，點數下降1.5%，預估第1季平均點值1.0069，相較108年第1季(0.9576)上升5.1%。惟預估點值尚未扣除109年總額協定全面提升感染管制品質依協定事項未達100%目標之比例相關預算，爰扣除前述預算後，點值有可能會下修。

(二) 月份變化：1月因逢年假整體申報件數(-17.5%)、點數(-16.6%)皆呈現負成長；2月因去年年假整體申報件數(20.2%)、點數(23.7%)皆呈現正成長，3月整體申報件數(-7.9%)、點數(-4.6%)皆呈現負成長。

(三) 院所消長：其中有2,415家院所(35%)呈現正成長，4,324家院所(62%)呈現負成長，185家(3%)為新設立院所。

表、109年第1季各月件數、費用統計

	次數(千件)			費用(百萬點)		
	108年	109年	成長率	108年	109年	成長率
1 月	3,143	2,593	-17.5%	4,145	3,458	-16.6%
2 月	2,257	2,713	20.2%	2,977	3,682	23.7%
3 月	2,935	2,703	-7.9%	3,927	3,746	-4.6%
合計	8,335	8,009	-3.9%	11,048	10,887	-1.5%

三、考量未來疫情發展之不確定性，醫療利用情形需持續觀察，若按季結算，未免未來若發生當季點值明顯下滑，造成醫療院所營運受影響，經報衛生福利部核定109年牙醫門診總額採全年結算。

四、配合109年全年結算，一般服務部門、專款及其他部門預算中涉及「當季」、「前一季」或「最近一季」點值者，「當季」係指109全年結算點值，「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值，如跨區就醫點值以投保分區前一季浮動點值計算，另暫付及核付以最近一季結算點值，即以108年第4季點值計算。

決 定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員。

說明：

- 一、本署依據「衛生福利部對受嚴重特殊傳染性肺炎影響醫療(事)機構事業產業補償紓困辦法」第3至第10條規定訂定「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」，並已於4月21日函知各公協會轉知。
- 二、本項已獲配特別預算金額10.8億元，凡醫療(事)機構之醫事人員因照顧對象確診，致該醫事人員被隔離無法執行業務，經地方主管機關書面通知停診(業)者，得向本署各分區業務組申請補償(貼)，並於停診(業)原因消滅後6個月內提出，補償範圍如下表：

要件 主體	全面停診(業)	部分停診(業)
滿一年以上之健保特約醫療(事)機構	擇一申請： 1. 前一年同期之健保申報醫療費用點數(扣除藥費及特材費，一點以新台幣一元計算)及掛號費 2. 停診原因存續期間所應支出之基本人事費、維持費及掛號費	<u>整體醫療費用未及前一年同期者</u> ，停診原因存續期間所應支出之基本人事費、維持費及掛號費
未滿一年之健保特約醫療(事)機構	停診原因存續期間所應支出之基本人事費、維持費、掛號費	
非健保特約醫療機構		

三、截至5月12日止，已有7家院所(3家醫院；4家診所)接獲衛生局開立停診通知，其中3家診所(台北、北區、中區各1家)已向本署提出申請，金額刻正核算中。惟現無牙醫院所接獲停診通知。

四、相關規定已公布於本署全球資訊網(路徑為首頁>重要政策>武漢肺炎保費及就醫權益>武漢肺炎停診(業)補償(貼)專區)，請惠予轉知所屬會員。

決 定：

報告事項第六案

報告單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

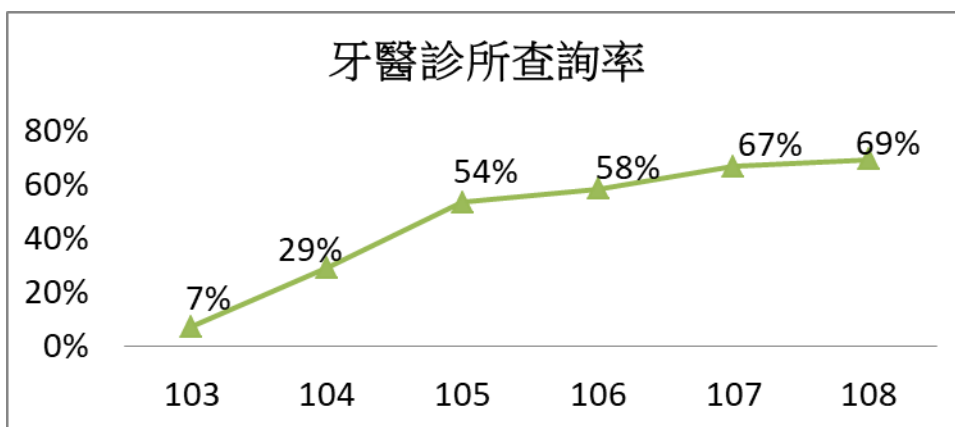
案由：180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)案件分析。

說明：

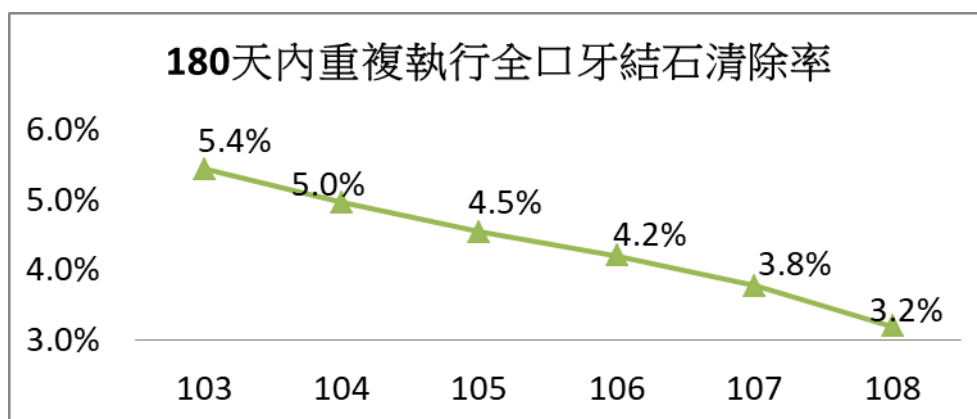
- 一、依據109年2月25日召開之「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」第1次會議決議辦理，旨揭會議記錄略以，「108年第3次研商會議之107年180天內跨院重複執行全口牙結石清除案件分析報告案，請醫審及藥材組提供牙全會集中趨勢分析(院所別、醫師別)名單，並請牙全會分析其原因及輔導改善情形，於下次會議報告」。
- 二、本會107年8月起請各區審查分會宣導會員善用健保醫療資訊雲端系統查詢，並輔導院所應確實執行診療項目及病歷詳細記載內容，核實申報處置項目且檢視確認申報之正確性。
- 三、108年4月及109年1月間，本會辦理「180天內重覆執行全口牙結石清除」及「牙結石清除一定期間跨院所重覆申報」等全口牙結石清除專案分析，各區審查分會針對異常值分別辦理行文改善、教育溝通輔導、自動繳回同意等追蹤事項。
- 四、承上，有關107年180天內跨院重複執行全口牙結石清除案件分析報告案集中趨勢分析(院所別、醫師別)名單，與本會專案重覆的部份已依前揭內容辦理，後續相關執行情形將持續追蹤。

本署說明：

- 一、查牙醫診所「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」如下圖，108年已達69%，有逐年上升趨勢。



- 二、查牙醫診所「180天內重複執行全口牙結石清除率」如下圖，108年為3.2%，有逐年下降趨勢。



- 三、健保署已定期產製相關指標提供院所查詢參考。

決 定：

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂審查及管理「二十項指標」，提請討論。

說明：

- 一、依據13-12牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、修訂摘要如下，修訂後指標詳附件1。
 - (一)「定義異常值百分位區間……內容修訂。」整段刪除。
 - (二)OD醫令新增89014C、89015C。
 - (三)OD單面新增89013C。
 - (四)新增OD四面：89014C、89015C。
 - (五)牙統案件、口腔癌統合計畫、感管診察費差額相關文字及排列順序依現行支付表修訂。

本署回應：

- 一、有關指標定義部分，本署尊重專業意見。
- 二、有關修訂摘要(一)「定義異常值百分位區間……」整段刪除部分，本署回應如下：
 - (一)經洽牙醫師公會全國聯合會係考量審查注意事項與本案雷同部分(如附件2)，為避免增修不同步之情形，爰建議本署將此刪除，僅保留於審查注意事項。
 - (二)然審查注意事項係為審查醫藥專家審查抽審個案之共識，且檔案分析指標監測不屬審查注意事項收載原則(如附件3)。
 - (三)綜上，建議保留摘要(一)「定義異常值百分位區間……」文字。另審查注意事項中與本案雷同部分，建請貴會一併於審查注意事項修訂建議提案刪除，以符合該注意事項之訂定原則及避免修訂時不同步之情事。
 - (四)另請貴會依專業考量本案七項共同指標是否需調整。

決議：

二十項指標 ~~(含七項共同指標)~~

93.10.20「牙醫總額支付委員會」第十八次會議通過

103.05.27 牙醫總額研商議事會議 103 年第 2 次會議修訂通過

104.12.17 牙醫總額研商議事會議 104 年第 1 次臨時會議修訂通過

000.00.00 牙醫總額研商議事會議 000 年第 0 次會議修訂通過

- (1) 醫事機構內醫師之月最高總點數。
當季，某月最高申報金額之醫師之月最高總點數
- (2) 平均每位患者之醫療耗用點數。(醫療耗用值)
 $\text{醫事機構季之總點數} \div \text{醫事機構季之就醫人數}$
- (3) OD 醫令點數佔總點數之百分比。
 $\text{醫事機構季之 OD 醫令總點數} \div \text{醫事機構季總點數}$
- (4) 有 OD 患者之 OD 耗用點數。(O.D.耗用值)
 $\text{醫事機構季之 OD 醫令總點數} \div \text{醫事機構季之有 OD 患者人數}$
- (5) 就醫患者之平均 OD 顆數。
 $\text{該季之 OD 總顆數} \div \text{該季之就醫患者人數}$
- (6) 有 OD 患者之平均填補顆數。
 $\text{該季之 OD 總顆數} \div \text{該季之有 OD 患者人數}$
- (7) OD 之平均面數。
 $\text{該季之 OD 面數} \div \text{該季之 OD 總顆數}$
- (8) 第二年自家 OD 重補率。
 $\text{醫事機構該季第二年之自家重補數} \times 100 \div \text{該季之 OD 總顆數}$
- (9) 第二年他家 OD 重補率。
 $\text{醫事機構該季第二年之他家重補數} \times 100 \div \text{該季之 OD 總顆數}$
- (10) 第二年 OD 總重補率。
 $\text{醫事機構該季第二年之總重補數} \times 100 \div \text{該季之 OD 總顆數}$
- (11) 非根管治療點數佔總點數之百分比。
【當季申報總點數－當季 ENDO 項目總點數】 $\div$ 當季申報總點數
- (12) 根管未完成率。
 $\text{醫事機構該季之}[90015C-(\text{恆牙/乳牙/多生牙})\text{根管治療(充填)醫令}] \text{總顆數} \times 100 \div \text{醫事機構該季之 90015C 總顆數}$
- (13) 平均取卡數。
 $\text{醫事機構該季之取卡總數} \div \text{醫事機構該季之就醫人數}$
- (14) 半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率。
 $\text{半年內自家/他家出現重覆全口牙結石清除(91004C)次數} \div \text{醫事機構該季}$

之全口牙結石清除(91004C)總次數

(15) 半年內自家根管治療之再治療率。

半年內在自家醫事機構曾申報(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的齒數÷半年內醫事機構該季申報(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的總齒數

(16) 半年內他家醫事機構根管治療之再治療率。

半年內在他家醫事機構(指全國)曾申報(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的齒數÷半年內醫事機構該季申報(恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的總齒數

(17) 牙醫門診特約醫療院所拔牙前半年耗用值。

回溯同顆牙自家前一八〇天所申報牙體復形及根管治療項目支付點數總和(92013C、92014C、92015C、92016C、92055C)。

(18) OD 醫令點數佔總處置費之百分比

醫事機構季之 OD 醫令總點數÷醫事機構季總處置費點數

(19) 第三年自家OD重補率

醫事機構該季第三年之自家重補數*100÷該季之 OD 醫令總顆數

(20) 第三年他家OD重補率

醫事機構該季第三年之他家重補數*100÷該季之 OD 醫令總顆數

~~定義異常值百分位區間界於94.5-100%之間，並就二十項指標中選用七項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質，七項共同指標如下：~~

~~五項絕對指標：~~

~~(1) 就醫病患平均耗用值(醫療耗用值)~~

~~(2) OD 醫令點數佔率~~

~~[明確定義—OD 醫令點數佔總點數之百分比。]~~

~~(3) 就醫病患平均 OD 顆數~~

~~(4) 第二年自家 OD 重補率~~

~~(5) 第三年自家 OD 重補率~~

~~二項相對指標：~~

~~(1) 第二年他家 OD 重補率~~

~~(2) 第三年他家 OD 重補率~~

二十項指標邏輯定義及說明

OD 醫令	89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、 <u>89013C、89014C、89015C</u>
OD 單面	89001C、89004C、89008C、89011C、 <u>89013C</u>
OD 雙面	89002C、89005C、89009C
OD 三面	89003C、89010C、89012C
<u>OD 四面</u>	<u>89014C、89015C</u>
ENDO 醫令	90001C、90002C、90003C、90019C、90020C、90015C、90016C、90018C
根管開擴醫令	90015C
恆牙根管治療(充填)醫令	90001C、90002C、90003C、90019C、90020C
乳牙根管治療(充填)醫令	90016C、90018C
恆牙拔牙醫令	92013C、92014C、92015C、92016C、92063C
乳牙拔牙醫令	92055C
根管治療項目	90001C-90020C、90091C- <u>90098C</u>

恆牙	齒位 11-18、21-28、31-38、41-48
乳牙	齒位 51-55、61-65、71-75、81-85
多生牙	齒位 19、29、39、49

總點數：	診察費＋處置費(含部份負擔) 不含交付調劑的費用、自行調劑的費用、藥事服務費
OD 醫令總點數	支付標準表第三部牙醫第三章牙科處置及手術第一節牙體復形，排除 89006C、89007C、89088C

◆ 年齡之計算：就醫年 減 出生年。

◆ 指標計算：

定義	說明
月	指各月
季	指 1-3 月、4-6 月、7-9 月、10-12 月
一年	指 1-12 月

◆ 期間天數定義：

定義	說明
半年	指 180 天
一年	指 0－365 天
二年	指 0－730 天
第二年	指 366－730 天

三年	指 0 – 1095 天
第三年	指 731 – 1095 天

- ◆ 資料之範圍：申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
- ◆ 排除項目：如排除下列項目，則費用不列入該指標計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)
部份；或案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (~~97~~)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件~~部份~~。
 - (~~108~~)案件分類為 B6—職災代辦案件。
 - (~~79~~)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C；或案件分類為 19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (~~810~~)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。
 - (11)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)感染控~~管~~制診察費~~差額~~。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務費。

[註 1]牙齒預防保健案件

案件分類	就醫序號	醫令代碼	服務項目
A3	IC81	81	氟化防齲處理
A3	IC82	82	非山地鄉學童白齒窩溝封劑
A3	IC83	83	山地鄉兒童白齒窩溝封劑 (sealant)
A3	IC85	85	定量免疫法糞便潛血檢查服務
A3	IC87	87	&& 未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區氟化防齲處理

A3	IC95	95	口腔黏膜檢查
A3	IC96	96	口腔黏膜檢查服務品質
A3	IC97	97	口腔黏膜檢查(18-29 原住民)102.06

恆牙第一大白齒窩溝封填 1. 103年入學國小一年級學童（出生日期為96年9月2日至97年9月1日(含)） 2. 低收入戶及中低收入戶之國小二年級學童 3. 不含山地原住民鄉、離島地區及身心障礙國小一、二年級			
A3	IC8A	8A	牙位16
A3	IC8B	8B	牙位26
A3	IC8C	8C	牙位36
A3	IC8D	8D	牙位46
恆牙第一大白齒窩溝封填 1. 山地原住民鄉及離島地區之國小一、二年級學童 2. 身心障礙之國小一、二年級			
A3	IC8E	8E	(牙位16)
A3	IC8F	8F	(牙位26)
A3	IC8G	8G	(牙位36)
A3	IC8H	8H	(牙位46)
第一次評估檢查（同一牙位窩溝封填施作間隔6個月(含)以上）			
A3	IC8I	8I	(牙位16)
A3	IC8J	8J	(牙位26)
A3	IC8K	8K	(牙位36)
A3	IC8L	8L	(牙位46)
第二次評估檢查（同一牙位窩溝封填施作間隔12個月(含)以上，且與第一次評估檢查間隔6個月(含)以上）			
A3	IC8M	8M	(牙位16)
A3	IC8N	8N	(牙位26)
A3	IC8O	8O	(牙位36)
A3	IC8P	8P	(牙位 46)

[註 2]牙周病統合照護案件

案件分類	特定治療項目代號	醫令代碼	診療項目
15 <u>19</u>	cure_item1='FP'	P4001C <u>91021C</u>	牙周病統合照護第一階段 <u>牙周病統合照護第一階段支付</u>
15 <u>19</u>	cure_item1='FQ'	P4002C <u>91022C</u>	牙周病統合照護第二階段 <u>牙周病統合照護第二階段支付</u>

二十項指標邏輯定義

指標邏輯定義	計算排除項目
(1)醫事機構內醫師之月最高點數： 分子：當季，某月醫療院所內最高申報醫療費用之醫師之月最高總點數。 分母：無。	總點數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。 (3)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (4)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份；<u>或案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)</u>。 (5)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (6)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (97)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。 (108)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (79)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C；<u>或案件分類為 19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)</u>。 (810)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。 (11)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。 (12)加成之點數。 (13)初診診察費差額。 (14)感染控<u>管</u>制診察費差額。 (15)山地離島診察費差額。 (16)牙醫急診診察費差額。 (17)門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費
(2)平均每位患者之醫療耗用點數。(醫療耗用值)：	總點數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。

指標邏輯定義	計算排除項目
分子：醫事機構季之總點數。 分母：醫事機構季之就醫人數。	(2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。 (3)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (4)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份；或案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。 (5)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (6)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (97)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。 (408)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (79)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C；或案件分類為 19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。 (810)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。 (11)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。 (12)加成之點數。 (13)初診診察費差額。 (14)感染控管制診察費差額。 (15)山地離島診察費差額。 (16)牙醫急診診察費差額。 (17)門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費 就醫人數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份；或案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付

指標邏輯定義	計算排除項目
	<u>(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)</u>。。 (4)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (5)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (97)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。 (108)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (79)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C；<u>或案件分類為 19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)</u>。 (810)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。
(3)OD 醫令點數佔總點數之百分比： 分子：醫事機構季之 OD 醫令點數(含乳牙、恆牙及多生牙)。 分母：季總點數。 公式：(分子/分母)x100%。 備註：如遇 OD 醫令點數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。	OD 醫令點數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (6)加成之點數。 總點數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目。 (3)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (4)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份；<u>或案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)</u>。 (5)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。

指標邏輯定義	計算排除項目
	(6)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (97)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。 (108)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (79)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C；<u>或案件分類為 19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)</u>。 (810)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。 (11)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。 (12)加成之點數。 (13)初診診察費差額。 (14)感染控管制診察費差額。 (15)山地離島診察費差額。 (16)牙醫急診診察費差額。 (17)門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費
(4)有 OD 患者之 OD 醫令耗用點數。(OD 耗用值)： 分子：醫事機構季之 OD 醫令點數(含乳牙、恆牙及多生牙)。 分母：醫事機構季之有 OD 醫令(含乳牙、恆牙及多生牙)就醫人數。 公式：分子 / 分母。 備註：分子 OD 醫令總點數為 0 時 不顯示(排除)。	OD 醫令點數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (6)加成之點數。 有 OD 醫令就醫人數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。

指標邏輯定義	計算排除項目
	(3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。
(5)就醫患者之平均 OD 醫令顆數： 分子：醫事機構該季之 OD 醫令總顆數(含乳牙、恆牙及多生牙)。 分母：醫事機構該季之就醫人數。 公式：分子 / 分母。 備註：OD 醫令總顆數為 0 時排除在統計範圍外，百分位以”0”記入。	OD 醫令總顆數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。 就醫人數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份；或案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (5)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (86)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。 (97)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (68)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C；或案件分類為 19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。 (79)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。

指標邏輯定義	計算排除項目
	(10)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。
(6)有 OD 醫令患者之平均填補顆數： 分子：醫事機構該季之 OD 醫令總顆數(含乳牙、恆牙及多生牙)。 分母：醫事機構該季之有 OD 醫令(含乳牙、恆牙及多生牙)就醫人數。 公式：分子 / 分母。 備註：如遇 OD 醫令總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。	填補顆數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。 OD 醫令就醫人數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。
(7)OD 醫令之平均面數：排除 89013C 分子：醫事機構該季之 OD 面數(含乳牙、恆牙及多生牙)。 分母：醫事機構該季之 OD 醫令(含乳牙、恆牙及多生牙)總顆數。 公式：分子 / 分母。 備註：如遇 OD 醫令總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。	OD 面數排除：排除 89013C (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。 OD 醫令總顆數排除：排除 89013C (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。

指標邏輯定義	計算排除項目
	(3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。
(8)第二年自家 OD 再補率：排除 89013C 分子：醫事機構該季往前追溯發生在第二年(366-730 天)內之自家患者同牙位有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。 分母：醫事機構該季所有申請 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之總顆數。 公式：(分子/分母)x100%。 備註：如遇 OD 醫令總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。	追溯 OD 醫令之顆數：排除 89013C (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算 (5)案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算 OD 醫令總顆數排除：排除 89013C (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫
(9)第二年他家 OD 再補率：排除 89013C 分子：醫事機構該季往前追溯發生在第二年(366-730 天)內之自家患者同牙位在其他醫事機構(指全國)有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。 分母：同時期該醫事機構該季所有申請 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之總顆數。 公式：(分子/分母)x100%。 備註：如遇 OD 醫令總顆數為”0”者，則排	追溯 OD 醫令之顆數：排除 89013C (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算 (5)案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算 OD 醫令總顆數排除：排除 89013C (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。

指標邏輯定義	計算排除項目
除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。	(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫
(10)第二年 OD 總再補率：排除 89013C 分子：醫事機構該季往前追溯發生在第二年(366-730 天)內之自家患者同牙位在自家或其他醫事機構(指全國)有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。 分母：同時期該醫事機構該季所有申請 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之總顆數。 公式：(分子/分母)x100%。 備註：1.如遇 OD 總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。 2.於第 8、9、10 項中會遇到 OD failure 引發 ENDO 的狀況，導致 ENDO 完成後的 OD 醫令產生重複的狀況，此種情況不另以例外排除，建議未來利用兩項指標交互比對修正即可。	追溯 OD 醫令之顆數：排除 89013C (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算 (5)案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算 OD 醫令總顆數排除：排除 89013C (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫
(11)非根管治療點數佔總點數之百分比： 分子：醫事機構當季申報總點數—當季 ENDO 項目(含乳牙、恆牙及多生牙)總點數。 分母：醫事機構當季申報總點數。 公式：(分子/分母)x100%。	當季 ENDO 項目總點數排除： (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫 總點數排除：

指標邏輯定義	計算排除項目
備註：如遇 ENDO 總點數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。	(1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。 (3)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (4)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)部份；或<u>案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)</u>。 (5)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (6)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (97)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件部份。 (108)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (79)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C；或<u>案件分類為 19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)</u>。 (10)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。 (11)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。 (12)加成之點數。 (13)初診診察費差額。 (14)感染控管制診察費差額。 (15)山地離島診察費差額。 (16)牙醫急診診察費差額。 (17)門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費。
(12)根管未完成率： 分子：醫事機構該季之[90015C—(恆牙/乳牙/多生牙)根管治療(充填)醫令總顆數。 分母：醫事機構該季之 90015C(含乳牙、恆	排除： (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。

指標邏輯定義	計算排除項目
牙及多生牙)總顆數。 公式：(分子/分母)x100%。	(4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫。
(13)平均取卡數： 分子：醫事機構該季之取卡總數。 分母：醫事機構該季之就醫人數。 公式：分子 / 分母。 註：同一療程之取卡不計算在內。	取卡總數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C) <u>部份；或案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。</u> (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (5)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (6)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件 <u>部份</u> 。 (7)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (8)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。 就醫人數排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C) <u>部份；或案件分類為 19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。</u> (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (5)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (6)案件分類為 A3—牙齒預防保健案件 <u>部份</u> 。 (7)案件分類為 B6—職災代辦案件。

指標邏輯定義	計算排除項目
(14)半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率： 分子：醫事機構該季全口牙結石清除病人往前回溯發生在半年內(0-180 天)出現重覆自家與他家醫事機構(指全國)全口牙結石清除(91004C)之次數。 分母：醫事機構該季之全口牙結石清除(91004C)總次數。 公式：(分子/分母)x100%	(8)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。 往前回溯次數排除： (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (4)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。 全口牙結石清除總次數排除： (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (4)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。
(15)半年內自家根管治療之再治療率： 分子：醫事機構該季申報 (恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令，同患者同牙位往前回溯發生在 0-180 天在自家醫事機構曾申報 (恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令兩次(含)以上的齒數。 分母：醫事機構該季申報 (恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的總齒數。 公式：(分子 / 分母) x 100%。	排除： (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (4)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。 醫事機構該季申報恆牙或乳牙根管治療(充填)醫令的總齒數： 排除： (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。

指標邏輯定義	計算排除項目
	(2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (4)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。
(16)半年內他家根管治療之再治療率： 分子：醫事機構該季申報 (恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令，同患者同牙位往前回溯發生在 0-180 天在他家醫事機構(指全國)曾申報 (恆牙/乳牙)根管治療(充填)醫令的齒數。 分母：醫事機構該季申報恆牙根管治療(充填)醫令或乳牙根管治療(充填)醫令的總齒數。 公式：(分子 / 分母) x 100%。	排除： (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (4)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。
(17)醫療院所拔牙前半年耗用值： 分子：醫事機構該該季申報牙齒拔除的所有牙齒(拔牙醫令(92013C、92014C、92015C、92016C、92055C))，同病患同牙位在自家醫療機構往前回溯發生在 0-180 天內申報牙體復形及根管治療項目支付點數總和。 分母：醫事機構該季申報牙齒拔除的總顆數。	排除： (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (4)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (5)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。

指標邏輯定義	計算排除項目
公式：分子 / 分母。 (已不合時宜，且甚少使用。決議暫不刪除但不列入經常性追蹤項目。)	
(18)OD 醫令點數佔總處置費之百分比： 分子：醫事機構季之 OD 醫令點數(含乳牙、恆牙及多生牙)。 分母：醫事機構季總處置費。 公式：(分子/分母)x100%。 備註：如遇 OD 醫令點數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。	OD 醫令點數排除： (1)週日及國定假日申報 OD 點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (6)OD 加成之點數。 總處置費排除： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (3)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。 (5)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (6)案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫 P4501C、P4502C；或案件分類為 19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。。 (7)案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置 92073C。 (8)案件分類為 B7—行政協助門診戒菸部份。 (9)加成之點數。 (10)門診清單醫令明細檔中之自行調劑用藥點數及藥事服務務費
(19)第三年自家 OD 再補率：排除 89013C	追溯 OD 醫令之類數：排除 89013C

指標邏輯定義	計算排除項目
分子：醫事機構該季往前追溯發生在第三年(731-1095 天)內之自家同患者同牙位有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。 分母：醫事機構該季所有申請 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之總顆數。 公式：(分子 / 分母) x 100%。 備註：如遇 OD 總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。	(1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算 (5)案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算 OD 醫令總顆數排除：排除 89013C (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫
(20)第三年他家 OD 再補率：排除 89013C 分子：醫事機構該季往前追溯發生在第三年(731-1095 天)內之自家同患者同牙位在其他醫事機構(指全國)有申請過 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之顆數。 分母：該醫事機構該季所有申請 OD 醫令(含乳牙、恆牙)之總顆數。 公式：(分子 / 分母) x 100%。 備註：如遇 OD 總顆數為”0”者，則排除在統計範圍外，百分位並以”0”記入。	追溯 OD 醫令之顆數：排除 89013C (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 之牙齒往前追溯其案件分類為 14 之牙齒不列入計算 (5)案件分類為 19 之牙齒往前追溯特案件分類為 19 殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫之牙齒不列入計算 OD 醫令總顆數排除：排除 89013C (1)案件分類為 14、16—專款專用之試辦計畫項目。 (2)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (3)案件分類為 B6—職災代辦案件。 (4)案件分類為 19 特殊治療項目代號為「JA」或「JB」收容對象醫療服務計畫

全民健康保險醫療費用審查注意事項

中央健康保險局100年10月3日健保審字第1000075850號函令
中央健康保險局101年1月6日健保審字第1010074718號函令
中央健康保險局101年4月11日健保審字第1010075126號函令
中央健康保險局101年6月14日健保審字第1010075422號函令
中央健康保險局102年2月7日健保審字第1020034874號函令
衛生福利部中央健康保險署102年7月18日健保審字第1020035689號函令
衛生福利部中央健康保險署102年7月31日健保審字第1020035787號函令
衛生福利部中央健康保險署105年8月11日健保審字第1050036103號函令
衛生福利部中央健康保險署106年5月15日健保審字第1060081078號函令
衛生福利部中央健康保險署107年6月26日健保審字第1070035449號函令
衛生福利部中央健康保險署108年2月11日健保審字第1080034843號函令
衛生福利部中央健康保險署109年2月14日健保審字第1090034886號函令
*本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日

總則

壹、審查依據及相關規定：

- 一、全民健康保險法及全民健康保險法施行細則。
- 二、全民健康保險醫療辦法及全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法。(102/3/1)
- 三、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準。(102/3/1)
- 四、全民健康保險藥物給付項目及支付標準。(102/3/1)
- 五、刪除(102/3/1)
- 六、全民健康保險特定疾病住院基本要件。
- 七、主管機關藥品許可證及醫療器材許可證。(102/3/1)(102/8/1)
- 八、刪除(102/3/1)
- 九、其他與審查有關之規定事項。

貳、病歷審查原則

- 一、送審之醫療費用案件，檢送相關病歷複製本之審查注意事項如下：
(100/11/1)
(一)病歷記載內容：

1. 病歷（得以中文或英文記載）書寫應清晰詳實完整。送審之病歷資料，若經兩位審查醫藥專家會審，仍無法辨識者，由醫療院所事先選擇提供補充說明或逕行核刪。(100/11/1)(102/3/1)

2. 病歷記載內容應依醫師法第12條規定辦理，病歷應有首頁及內容。首頁填寫病患基本資料(病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料)；內容應填寫就診日期、病患主訴、檢查發現、醫師診斷或病名、治療處置或用藥及其他應記載事項。牙科治療部位、軟、硬組織均應載明。(100/11/1)

(二)病歷之增刪修正：

1. 病歷、處方等若有增刪修正時，應依醫療法第六十八條規定辦理。
(100/11/1)

(三)病歷審查處理原則：

1. 因病歷記載因素而核減，應視其內容缺失不同，予以核減除診察費外之缺失相關醫療費用。(100/11/1)

2.

(1)中醫傷科應敘明理筋推拿手法或傷科處置內容，針灸應詳細註明穴位（區、帶、點、線），如未依規定載明者，應核扣診察費；如針灸或傷科處置不當或異常之案件應核扣處置費。(101/5/1) (102/3/1)
(106/6/1)

(2) 刪除(109/3/1)

(四)送審檢送資料：

1. 以電腦製作病歷時，應將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列印黏貼於病歷紙上，並由診治醫師簽名或蓋章。如依主管機關公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，以電子病歷送審者，依該規定辦理。

(100/11/1)(102/8/1)

2. 『檢送抽審病歷複製本，應與病歷正本相符。如依主管機關公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，以電子病歷送審者，依該規定辦理。』(100/11/1)(102/8/1)

3. 送審應檢送病歷資料期間如下：

(1) 醫院總額：

門診：首頁複製本及該案當月之全部病歷複製本。(當月該科有關資料)。(100/11/1)

住診：首頁複製本及當次住院之全部病歷複製本。(100/11/1)

(2) 西醫基層總額：首頁複製本及該案當月就診之全部病歷複製本。
(100/11/1)

(3) 中醫門診總額：首頁複製本及該案當月及前一月份就診之全部病歷複製本，如該案病患前一月未就診，應檢附該案病患前一次病歷複製本。(100/11/1)

(4) 牙醫門診總額：首頁複製本應含牙醫門診初診日期(年、月、日)及至少六個月之病歷內容，六個月之內無看診紀錄者，需接續上次看診紀錄，不論半年內是否有就診紀錄，一律附足該筆病歷回推半年前的最後一筆資料；醫院綜合病歷得以任何科別之看診日期戳章接續。如為初診病歷，則不需檢附六個月資料。(100/11/1)(102/3/1)

4. 牙醫門診總額須檢附之相關文件及資料如附件。(100/11/1)

5. 申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料，以電子病歷送審者，依主管機關公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定辦理。
(100/11/1)(102/8/1)(105/9/1)(108/3/1)

【附件】

「牙醫門診總額須檢附之相關文件及資料」(100/11/1)(修訂)
「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第三條所稱「診療相關證明文件」，經明確定義如下：(102/3/1)

1. 於審查必要時，醫療院所應提供下列文件以利專業審查醫療之所需：

- (1) X光片。
- (2) 術前、中、後臨床彩色照片，並註明日期。
- (3) 保險醫療費用明細表。

2. 目的：

- (1) 專業醫療審查所需。
- (2) 評估醫療是否按臨床治療指引明定之步驟合理執行。

3. 符合下列任一條件：

- (1) 根據電腦檔案分析指標擇出。
- (2) 各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經審查分會通過。
(102/3/1)

4. 提供時機：依分區審查分會實際需求正式通知保險人各分區業務組。
(102/3/1)(102/8/1)

(1) 根據電腦檔案分析指標擇出。

由全國二十項指標中選用八項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質，八項共同指標如下：

八項指標：

- (a) 就醫病患平均耗用值
- (b) 每位 OD 患者平均 OD 耗用值
- (c) O.D 點數佔率
- (d) 就醫病患平均 O.D 顆數
- (e) 二年內自家 O.D 重補率
- (f) 三年內自家 O.D. 重補率
- (g) 二年內他家 O.D. 重補率
- (h) 三年內他家 O.D. 重補率

a. 八項指標共同分析，每項指標取百分位前5%，再依分析結果評量異常程度。

b. 異常人數以該區總醫師數1%為上限，並三至六個月檢討一次。

(2) 各分會執行專業審查發現異常醫療模式者並經審查分會通過。
(102/3/1)

5. (1) 異常院所名單以該區總家數之1%為上限，於三至六個月檢討一次。

(2) 期限：三至六個月為原則，必要時延期一次。



醫療費用審查注意事項 收載原則

- ◆ 針對現有規定，如全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險醫療服務(藥物)給付項目及支付標準之規定等，為減少審查認知差距，就規定之補充解釋、或列舉範例、說明等為原則。
- ◆ 以醫療服務、藥品、特材之支付項目或Tw-DRGs等為主體，訂定審查注意事項，以利歸類與檢索。
- ◆ 以解剖器官為分科原則，非以醫師專科別為分科。
- ◆ 除總額別之特殊性外，不同總額同科別，應朝一致性修訂為原則。

二代健保 從心開始

健保用心 讓您安心



醫療費用審查注意事項 不列入收載原則

- ◆ 全民健康保險醫療服務(藥物)給付項目及支付標準之支付標準、藥品、特材給付規定或其他相關法規，已明訂者。
- ◆ 涉及限制或限縮民眾權益者，如規定使用次數、專科別、層級別、給付範圍或條件者，應回歸全民健康保險醫療服務(藥物)給付項目及支付標準之支付標準、藥物給付規定加以規範。
- ◆ 相關法規未明訂者，但性質屬支付標準或藥品、特材給付規定訂定範圍者，應移列支付標準、藥品、特材給付規定修訂時之參考。
- ◆ 訂定醫療服務項目或藥物應如何申報者。
- ◆ 宜列入檔案分析指標監測或檔案分析審查異常不予支付指標研訂參考者。

二代健保 從心開始

健保用心 讓您安心





研修結果

◆達成共識者：

- － 確認屬規定之解釋或審查重點之修正，提分科諮詢會議討論，依行政程序公告並於健保署網站公布。
- － 若屬支付標準等給付條件或藥品適應症範圍之修正，則移業務相關單位。



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：因應 COVID-19 疫情影響，109 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。

說明：

- 一、依據 13-12 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、因應 COVID-19 疫情影響民眾就醫意願，延後醫療費用發生，建議 109 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」(如附件，頁次討 2-2)。

本署回應：

- 一、依「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」規定，平均點值超過 1.15，啟動分區保留款機制，查 108 年第 3 季東區第 3 季平均點值為 1.1536，爰啟動本方案。
- 二、109 年牙醫門診總額結算方式，將採「全年結算」，本署尊重牙全會意見。

決議：

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

一. 依據:全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 102 年度第 4 次紀錄。

二. 目標值:分區結算平均點值大於 1.15 元部分。

三. 保留款機制:

(一) 依分區別設立保留款,分區保留款由該分區運用。

(二) 以季為結算期,分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。

四. 保留款之運用:

(一) 該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。

(二) 鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。

(三) 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。

五. 保留款運用之計算方式:

(一) 以季為結算期,如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時,則由分區保留款補助該季分區預算,最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。

如保留款不足時,則依該分區院所結算點數,按比例分配。

(二) 於年底結算時,該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區:

1. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核,則以 3 年內最近一次考核成績為依據,且該院所申報點數較前一年不超過 $\pm 20\%$ 者),其核定點數(含部分負擔)以每點 1.3 元支付鼓勵。如保留款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

2. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務,屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目,其核定浮動點數補助至每點 1.5 元支付鼓勵,餘款則補助論次計酬項目,最多補助到核定金額加成至 5 成;如餘款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

(三) 前(一)(二)項分配後,若有餘款,則列入鼓勵全國醫療資源不足區之

醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第 1 季一般預算。

六、本方案由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

【計算範例】

依據：「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」(以下簡稱本方案)

一、保留款計算方式：

(一) 該分區當季平均點值 >1.15 時，啟動保留款機制。

(二) 該分區保留款=該分區原一般服務預算總額 $-[1.15 \times \text{核定點數(含部分負擔)}]$

[註]核定點數(含部分負擔)：含核定浮動點數、核定非浮動點數及自墊核退點數。

(三) 依據本方案，保留款計算過程如下(假設自該季始保留)：

1. 假設102年第3、4季浮動點值及平均點值如下表，因102年第4季北區及東區分區平均點值 >1.15 ，故啟動保留款機制。

表1 假設點值

投保業務組別	102年第3季浮動點值	102年第3季平均點值	102年第4季浮動點值	102年第4季平均點值
台北	0.9304	0.9467	0.9555	0.9536
北區	1.1580	1.1448	1.2155	1.1929
中區	0.9545	0.9610	0.9887	0.9869
南區	1.0458	1.0424	1.1148	1.0970
高屏	1.0828	1.0726	1.1225	1.1118
東區	1.1015	1.1012	1.3081	1.2926

2. 計算北區及東區102年第4季保留款金額(如下表2)。

表2 保留款金額

投保業務組別	預算總額(BD2)	浮動點數(GF)	非浮動點數(NF1)	自墊核退非浮動點數(NF2)	平均點值	平均點值(修正後)
北區	1,103,938,752	874,538,409	50,922,934	0	1.1929	1.1500
東區	179,410,385	132,059,221	6,735,312	0	1.2926	1.1500
北區保留款=	1,103,938,752 - [1.15 × (874,538,409+50,922,934+0)]					=39,658,208
東區保留款=	179,410,385 - [1.15 × (132,059,221 + 6,735,312 + 0)]					=19,796,672

二、保留款之運用：

(一) 分區季平均點值小於1元：該分區補貼款＝1元/點×該分區核定點數(含部分負擔)－該分區原一般服務預算總額。

(二) 剩餘分區保留款，用於鼓勵以下各項。

1. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所：

假設東區經評核優等執業診所甲、乙、丙診所，每月保障額度均為15萬元，某季總額內分別核定點數4萬1千點、13萬點及16萬點。

表 3 執業服務補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)A	核定非浮動點數(含部分負擔)B	該區浮動點值 C	實質收入 $D = C \times A + 1 \times B$	最後結算執業收入 E	依保留款機制每點點值 1.3 元 F	重新計算院所收入 $G = F \times A + 1 \times B$	保留款補付 $H = G - E$
甲	40,000	1,000	1.1221	45,884	150,000	1.3	53,000	0
乙	120,000	10,000	1.1221	144,652	150,000	1.3	166,000	16,000
丙	140,000	20,000	1.1221	177,094	177,094	1.3	202,000	24,906

[註1]：「最後結算執業收入(E)」：如院所的實質收入(D)小於保障額度，以保障額度計算。

[註2]：「重新計算院所收入」(G)若小於「最後結算執業收入(E)」者，則不再分配保留款。

[註3]：假設東區保留款不足分配，依甲、乙、丙診所各保留款補付比重分攤。

2. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之醫療服務：

假設丁診所某月「核實申報」核定浮動點數5萬點、戊診所「核實申報」核定浮動點數12萬點；該年度該季全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(以下稱資源不足改善方案)，該季資源不足改善方案之論量計酬結算浮動點值為0.71111111元，全年資源不足改善方案之結算點值為0.95555555。

(1) 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數加計 2 成部分之補助款。

表 4 巡迴服務(論量浮動點數加成部分)補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)加成 2 成部分點數 A	全年資源不足 結算點值 B	依保留款機制每點點值 1.5 元 C	保留款補付 $D=(C-B)*A$
丁	10,000	0.95555555	1.5	5,444
戊	24,000	0.95555555	1.5	13,067

[註]：核定浮動點數(含部分負擔)加成 2 成部分點數 (A)，為每件加計 2 成之點數(此項由專款預算支應，故使用全年資源不足改善方案之結算點值計算)。

(2) 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數補助款。

表 5 巡迴服務(論量浮動點數)補助試算表

診所	核定浮動點數 (含部分負擔)A	<u>該季資源不足</u> <u>論量</u> 結算 浮動點值 C	依保留款機制每點點值 1.5 元 D	保留款補付 $(D-C)*A$
丁	50,000	0.71111111	1.5	39,445
戊	120,000	0.71111111	1.5	94,668

[註]：核定浮動點數(含部分負擔) (A)為每件加計 2 成前之點數。此項 101 年度起改由一般服務移撥款預算支應，故使用當季結算時資源不足改善方案之論量結算浮動點值計算。

3. 前項分配後若有餘款，則補助「論次計酬」者，最多補助到核定金額加成至5成，如保留款不足分配，依保留款補付比重分攤：

假設本保留款尚有50萬元，各院所該年度「論次計酬」核定金額為48萬元，但因本項分配之補助金額最多補助到核定金額加成至5成， $480,000(\text{元}) \times 50\% = 240,000(\text{元})$

- (三) 前(一)(二)項分配後若有餘款，則補助全國醫療資源不足區之醫療服務，依「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值每點1元為限，餘款依該區依前(一)(二)項分配後之餘款比例回歸該區次年第1季

一般預算，補助至該區第1季平均點值每點1.15元為限。

例：假設前(一)、(二)項分配後尚有保留款餘款 260,000 元(A)，其中 200,000 元來自東區，60,000 元來自北區，列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務。

1. 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務之浮動點數(專款部分)

補助點值=【前(一)(二)項分配後之餘款】/加總全國資源不足之(N2+N4+N5+N9)

(1). 若該區(資源不足改善方案全年結算浮動點值+補助點值)>1，則
實際補助點值=1-資源不足全年結算浮動點值。

(2). 若該區(資源不足改善方案全年結算浮動點值+補助點值)≤1，
則**實際補助點值=補助點值。**

(3). 分配保留款金額=實際補助點值×[醫療資源不足地區之(N2、N4、N5、N9)點數]

N1：執業服務之「定額給付」(論量)

N2：執業服務之「論次給付」(論次)

N3：巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成點數

N4：巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成點數

N5：巡迴服務之「論次給付」(論次)

N6：巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數

N7：巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數

N8：社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成點數

N9：社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成點數

N11：社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數

N12：社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數

假設己診所某月核定浮動點數為12萬點，庚診所某月核定浮動點數為24萬點。

表6 補助全國醫療資源不足區(專款部分)

補助全國 資源不足 之保留款 A	診所	核定浮動點 數 B(註 2)	資源不足全 年結算 浮動點值 D	可補助點值 C=A/ΣB	實際補助點 值 E	保留款補付 F= E×B	保留款補付 後餘額 G=A- ΣF
260,000	己	120,000	0.95555555	0.72222222	0.04444445	5,333	244,000
	庚	240,000	0.95555555	0.72222222	0.04444445	10,667	
	小計	360,000				16,000	

[註1]：核定浮動點數，係指論次計酬點數及巡迴浮動論量加計2成部分點數，含部分負擔點數(N2+N4+N5+N9)。

[註2]：可補助點值=260,000/360,000=0.72222222

院所實際補助點值=1-0.95555555=0.04444445

2. 鼓勵全國醫療資源不足地區之醫療服務浮動點數(論量部分)

補助點值=【前(三)1.項保留款補付後餘額(G)】/加總全國醫療資源不足地區之點數(N7+ N12)

- (1). 若(各季資源不足改善方案之論量結算浮動點值+補助點值)>1，則實際補助點值=1-各季資源不足論量結算浮動點值。
- (2). 若(各季資源不足改善方案之論量結算浮動點值+補助點值)≤1，則實際補助點值=補助點值。
- (3). 分配保留款金額=實際補助點值 × [醫療資源不足地區支點數(N7、N12)]

假設本保留款尚餘 24.4 萬元(A1)，己診所某月核定浮動點數為 24 萬點，庚診所某季核定浮動點數為 36 萬點。

表7 補助全國醫療資源不足區(論量部分)

補助全國 資源不足 之保留款 A1	診所	核定浮動點 數B(核 實)(註2)	各季資源不 足論量結算 浮動點值D	可補助點值 C=A1/ΣB	實際補助 點值E	保留款補付 F= E×B	保留款補付 後餘額 G = A1 - ΣF
244,000	己	240,000	0.98888888	0.40666666	0.01111112	2,667	237,333
	庚	360,000	0.98888888	0.40666666	0.01111112	4,000	
	小計	600,000				6,667	

[註1]：上表核定點數含部分負擔(N7+N12)。

[註2]：各診所之保留補付數為各診所逐筆計算。

[註3]：補助點值=244,000/600,000=0.40666666

院所實際補助點值=1-0.98888888=0.01111112

3. 回歸該區次年一般預算

依前項計算後之餘額為237,333元。

因前(一)、(二)項分配後保留款260,000元(A) 列入鼓勵全國醫療資

源不足區醫療服務，其中200,000元來自東區，60,000元來自北區，故回歸各分區次年一般預算分配方式如下：

表8 回歸該區次年一般預算

保留款補付後 餘額 G	分區	餘額 A	餘額占率 $B = A / \Sigma A$	回歸該區次年第1 季一般預算之額度 $C = G \times B$
237,333	北區	60,000	23.076923%	54,769
	東區	200,000	76.923077%	182,564
	小計	260,000	100.00%	237,333

註：餘額 A 為該分區列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務之額度。

討論事項第三案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表之 3. 專業醫療服務品質指標(簡稱「品保方案專業指標」)乙案，提請討論。

說明：

- 一、本署於 109 年 4 月 1 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(簡稱支付標準) 已增修「牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」等相關支付標準項目。(附件 1)
- 二、本署再查 106 年 3 月 1 日支付標準(附件 2)，已將全口牙結石清除(91004C)自「未滿 13 歲」調整為「未滿 12 歲」兒童非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，以及 108 年 3 月 1 日已將「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」導入支付標準(附件 3)，刪除牙周病統合性治療第三階段支付(P4003C)，新增編號 91023C，現行品保方案專業指標未同步修正(附件 4)。
- 三、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙全會)於 109 年 3 月 4 日以牙全源字第 1238 號函及 109 年 4 月 9 日以電子郵件，建議修訂「品保方案專業指標」內容，說明如下：
 - (一)「院所加強感染管制診察費申報率」、「執行加強感染管制診察費院所查核合格率」及「牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率」等指標，建議依支付標準修正指標名稱及操作型定義。
 - (二)「十三歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」建議暫不修訂，列入明年度修訂參考。經洽該會再確認不修訂原由，該會表示因「品保方案專業指標」係作為品質公開，指標係跨年度且不同年度需有一致比較基礎，故暫不修訂。
- 四、擬依照支付標準修訂「品保方案專業指標」內容彙整如附表，說明如下：

(一)「院所加強感染管制診察費申報率」修正指標名稱為「院所牙醫門診加強感染管制實施方案診察費申報率」及公式修正如下：

1. 分子：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的院所數。
2. 分母：申報總院所數。
3. 「牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」配合支付標準修正，刪除 00129C、00130C、00133C、00134C，新增 00305C 至 00310C。

(二)「執行加強感染管制診察費院所查核合格率」修正指標名稱為「執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率」及公式修正如下：

1. 分子：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經訪查合格的院所數。
2. 分母：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被訪查的院所數。

(三)「牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率」修正指標名稱為「牙周病統合治療方案後之追蹤治療率」及操作型定義修正如下：

1. 本指標已新增一年，比照前訂定指標參考值邏輯，以最近 3 年全國平均值 $\times(1-10\%)$ 作為參考值。
2. 分子：當年(季)度 91023C 執行人數往後追蹤一年接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。
3. 分母：牙周病統合治療第三階段支付 91023C 執行人數。

五、將依本次會議決議辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

決 議：

附表 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標（修正草案109.05）

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
3. 專業醫療服務品質						
院所 <u>牙醫門診</u> 加強感染管制 <u>實施方案</u> 診察費申報率	每季 每年	以最近三年 全國值平均 值 $\times(1-10\%)$ 作為參考值	資料 分析	保險人	1. 分子定義：申報 <u>符合牙醫門診</u> 加強感 染管制 <u>實施方案之</u> <u>牙科門診</u> 診察費的 院所數 2. 分母定義：申報總 院所數 3. 指標計算：分子 / 分母	依照109年4月1日實施之「全 民健康保險醫療服務給付項 目及支付標準」： 1. 修正指標項目名稱及計 算公式及說明。 2. 「牙醫門診加強感染管 制實施方案之牙科門診 診察費」支付標準，刪 除00129C、00130C、 00133C、00134C，新增 00305C至00310C
執行 <u>符合牙醫門診</u> 加強感 染管制 <u>實施方案之牙科門診</u> 診 察費院所 <u>訪查</u> 核 合格率	每年(每年最後 一季)	參考值：前5 年統計加權 平均值 $\times$ (1-20%)	資料 分析	受託單位	1. 分子定義：申報 <u>符合牙醫門診</u> 加強感 染管制 <u>實施方案之</u> <u>牙科門診</u> 診察費經 <u>訪查</u> 核 合格的院所 數 2. 分母定義：申報 <u>符合牙醫門診</u> 加強感 染管制 <u>實施方案之</u> <u>牙科門診</u> 診察費被 <u>訪查</u> 核 的院所數 3. 指標計算：分子 /	依照109年4月1日實施之「全 民健康保險醫療服務給付項 目及支付標準」修正指標項 目名稱及計算公式及說明。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	修正說明
					分母 4. 自97年起由受託單位按年提供統計結果予健保署彙整納入第4季品質報告中。	
牙周病統合治療 實施 方案後之追蹤治療率	每季 每年	新增一年後 再訂定 <u>以最近3年全國平均值x(1-10%)作為參考值</u>	資料分析	保險人	1.公式說明： 分子：當年(季)度 P4003C 或91023C執行人數往後追蹤一年接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。 分母：牙周病統合 照護計畫 治療第三階段支付 P4003C 或91023C執行人數。 2.指標計算：(分子/分母)x100%。	1. 依照「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」已於108年3月1日導入支付標準，修正指標項目名稱及計算公式及說明。 2. 比照前訂定指標參考值邏輯，以最近3年全國平均值x(1-10%)作為參考值。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國109年3月30日
發文字號：衛部保字第1091260111號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正項目1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，除第二部第一章第一節門診診察費通則十二之(四)及第三部牙醫通則八，自中華民國一百零九年一月一日生效外，自一百零九年四月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長陳時中

第三部 牙醫						第三部 牙醫						一、新增牙醫 夜間急診案 件申報特定 處置費得加 計百分之五 十之支付之 規定。 二、新增離島 地區牙醫基 層診所假日 開診，其門 診診察費得 加計百分之 二十支付之 規定。本項 並追溯自一 百零九年一 月一日生 效。					
通則：						通則：											
七、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。																	
八、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。																	
第一章 門診診察費						第一章 門診診察費						一、第一章門					
通則：本章所訂點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。						通則：本章所訂點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。						診診察費拆 分為第一節 「一般牙科 門診診察 費」、第二 節「符合牙 醫門診加強 感染管制實 施方案之牙 科門診診察 費」。					
第一節 一般牙科門診診察費												二、修訂診療項 目 編 號 01271C 等 三項支付規 範。					
通則：申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第二節「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」。																	
編號		診療項目				基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數							
		牙科門診診察費															
00121C		1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部分(≤20)															
		1)處方交付特約藥局調劑				v	v	v	v	230							
00122C		2)未開處方或處方由本院所自行調劑				v	v	v	v	230							
		2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(>20)															
00123C		1)處方交付特約藥局調劑				v	v	v	v	120							
00124C		2)未開處方或處方由本院所自行調劑				v	v	v	v	120							
		3.山地離島地區															
00125C		1)處方交付特約藥局調劑				v	v	v	v	260							
00126C		2)未開處方或處方由本院所自行調劑				v	v	v	v	260							
		劑															
		註：															
		1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。															
		2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。															
		3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。															
		4.本項支付點數含護理費 29-39 點。															
00128C		重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費				v	v	v	v	520							
		註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。															
00301C		中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費				v	v	v	v	420							
		註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。															
00302C		中度以上精神疾病病人診察費				v	v	v	v	320							
		註：1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。															
		2.限精神病及精神分裂之病人。															
00303C		輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失				v	v	v	v	320							

00313C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 <u>中度以上精神疾病患者診察費</u> 註： <u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.限精神病及精神分裂之病人。</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>355</u>		
00314C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 <u>輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費</u> 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>355</u>		
00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 <u>環口全景 X 光初診診察</u> 註： <u>1.係指病人在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。</u> <u>2.申報時應檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影。</u> <u>3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。</u> <u>4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。</u> <u>5.三年限申報一次，申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00316C、00317C。</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>635</u>		
00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 <u>年度初診 X 光檢查</u> 註： <u>1.係指病患間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齶齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。</u> <u>2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙) 及至少二張根尖周X光攝影(前牙)或至少四張根尖周X光片（不同部位，後牙優先）。</u> <u>3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。</u> <u>4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齶齒齒位及部位外，應記載X光片呈現之診斷與發現。</u> <u>5.申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00317C。</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>635</u>		
00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 <u>高齶齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查</u> 註： <u>1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齶齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診 X 光檢查需要者，醫師可於病人之主訴處理完畢後擇適當時機執行。</u> <u>2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing（後牙）及至少二張根尖周 X 光攝影（前牙）。</u> <u>3.高齶齒罹患率的族群為：</u> <u>(1)化療、放射線治療病人。</u> <u>(2)中風病人。</u> <u>(3)自體免疫疾病病人。</u> <u>(4)糖尿病病人。</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>635</u>		

(5)心血管疾病病人。 (6)巴金氏症 Parkinson's disease。 (7)透析治療(洗腎)病患。 (8)經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。（須詳細註明原因） 4.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 5.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 6.申報本項一年內不得申報 01271C、01272C、01273C、00315C、00316C。																																												
第三章 牙科處置及手術 DentalTreatment & operation															第三章 牙科處置及手術 DentalTreatment & operation															一、修正診療項目編號 90003C「恆牙根管治療(三根)」中文名稱。														
第二節 根管治療															第二節 根管治療															二、修訂編號 91003C「牙結石清除－局部」共九項診療項目支付規範。														
編號		診療項目				基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數		編號		診療項目				基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數		編號		診療項目				基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數										
90001C		恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal				v	v	v	v	1010		90001C		恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal				v	v	v	v	1010		91003C		牙結石清除－局部 Localized				v	v	v	v	150										
90002C		恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals				v	v	v	v	2010		90002C		恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals				v	v	v	v	2010		91004C		－全口 Full mouth				v	v	v	v	600										
90003C		恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals				v	v	v	v	3010		90003C		恆牙根管治療（三根 以上 ） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals				v	v	v	v	3010		註：																				
90019C		恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals				v	v	v	v	4010		90019C		恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals				v	v	v	v	4010		1.限有治療需要之 病人 每半年最多申報一次。																				
90020C		恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括 X 光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C 專案申報；如未完成，改以 90015C 申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後 X 光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射 X 光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001 C 、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者 支付 。				v	v	v	v	5010		90020C		恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括 X 光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C 專案申報；如未完成，改以 90015C 申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後 X 光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射 X 光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者申報。				v	v	v	v	5010		註：																				
第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020，91088，91104，91114)															第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020，91088，91104，91114)																													
編號		診療項目				基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數		編號		診療項目				基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數		編號		診療項目				基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數										
91003C		牙結石清除 Scaling				v	v	v	v	150		91003C		牙結石清除 Scaling				v	v	v	v	150		91004C		－局部 Localized				v	v	v	v	150										
91004C		－全口 Full mouth				v	v	v	v	600		91004C		－全口 Full mouth				v	v	v	v	600		註：																				
		1.限有治療需要之 病人 每半年最多申報一次。												1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。												2.半年內全口分次執行之局部結石清																		
		2.半年內全口分次執行之局部結石清												2.半年內全口分次執行之局部結石清																														

	除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報)										
	3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。										
	4.91003C需依四象限申報。										
	5.未滿十二歲兒童（「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外）非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。										
	6.本項不得申請轉診加成。										
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized -全口 Full mouth 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.重度以上病人每六十天得申報一次。 4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用（同象限不得重覆申報）。 5.申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報91003C及91004C。	v v	v v	v v	v v	150 600					
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1.適用口乾症病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.申報本項後九十天內不得再申報91003C及91004C。	v	v	v	v	600					

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92100、92129-92130)

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92066C	特定局部治療 Specified local treatment 註： 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病人、顳顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。 3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。 4.三天內視為同一療程。	v	v	v	v	50

	除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同限象不得重覆申報)										
	3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。										
	4.91003C需依四象限申報。										
	5.未滿十二歲兒童（「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外）非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。										
	6.此項不得申請轉診加成。										
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized -全口 Full mouth 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。 3.重度以上患者每六十天得申報一次。 4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用（同象限不得重覆申報）。	v v	v v	v v	v v	150 600					
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1.適用口乾症患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。	v	v	v	v	600					

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92100)

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92066C	特定局部治療 Specified local treatment 註： 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術、顏面骨折合併顏面軟組織外傷手術處理、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病患、顳顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。 3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。	v	v	v	v	50

92129B	顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費 Primary Post-operative Recroding, Care for Maxillofacial Trauma <u>備註：</u> 1.顎顏面外傷病人之診斷至少須包含下列 ICD-10-CM碼之任一項，方得申報： S02.2 Nasal bone fracture S02.3 Orbital wall fracture S02.4 Maxilla & malar bone fracture S02.6 Mandible fracture S02.8 Skull bone fracture 2.須檢附「顎顏面外傷術後初次門診檢查紀錄與計畫表」、病歷供審查。 3.限同一病人於出院後三十天內申報一次，且須檢附手術紀錄及X光片或相片或其他影像佐證。 4.不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92130B合併申報。 5.本項限牙醫門診申報。	Y	Y	Y	2500		4.三天內視為同一療程。						
92130B	顎顏面外傷術後照護費 Post-operative Care for Maxillofacial Trauma <u>備註：</u> 1.須申報92129B後一百八十天內申報。 2.口腔顎顏面外傷術後照護，至少須執行下列任一項： (1)口腔黏膜或皮膚傷口清創、黏膜或皮膚瘻管換藥。 (2)顎間固定鋼絲與相關固定物調整、咬合調整。 (3)牙周腫脹治療與衛生指導。 (4)牙齒斷裂相關覆髓或臨時填補治療、牙髓活性測試。 (5)張口訓練。 3.限出院後一百八十天內申報，同次住院後門診最多能申報十次。三天內屬同一療程。 4.不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92129B合併申報。	Y	Y	Y	1000								
第二項 門診手術													
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	第二項 門診手術						
92015C	單純齒切除術 Simple odontectomy <u>註：</u> 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。	v	v	v	v	2730	92015C	單純齒切除術 Simple odontectomy <u>註：</u> 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附X光片(flap repair) 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。	v	v	v	v	2730
92016C	複雜齒切除術 Complex odontectomy <u>註：</u> 1.依臨床治療指引相關條文申報。 2.包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	4300							

92063C		手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註： 1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。 (1)上、下顎阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨骨性阻生齒最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者， <u>或下顎骨骨性阻生齒最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。</u> (3)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合平面者。 (4)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。 2.須檢附 X 光片及手術記錄於病歷上以為審核（ X 光片及局部麻醉費用已內含）。		v	v	v	v	8010
92016C		複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1.依臨床治療指引相關條文申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附 X 光片 (<u>flap repair</u>)。 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。		v	v	v	v	4300
92063C		手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註： 1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。 (1)上、下顎阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨骨性阻生齒最深處 <u>距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一</u> <u>或</u> 低於齒槽骨脊下1.5公分者。 (3)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合平面者。 (4)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。 2.須檢附 X 光片及手術記錄於病歷上以為審核（ X 光片及局部麻醉費用已內含）。		v	v	v	v	8010

第五部 居家照護及精神病患者社區復健 第三章 安寧居家療護 附表 乙類(社區安寧照護)醫護人員教育訓練課程內容			第五部 居家照護及精神病患者社區復健 第三章 安寧居家療護 附表 乙類(社區安寧照護)醫護人員教育訓練課程內容			修正保險人全球資訊網資料路徑。																																																																							
<table><tr><td>序號</td><td>課程名稱</td><td>時數</td></tr><tr><td>1</td><td>安寧緩和療護的哲理、現況與展望</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>末期疾病症狀評估與控制總論</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>末期病人的心理社會需求</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>末期病人的靈性需求</td><td>1</td></tr><tr><td>5</td><td>末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用</td><td>1.5</td></tr><tr><td>7</td><td>安寧療護臨床決策的倫理與困境</td><td>1.5</td></tr><tr><td>8</td><td>出院準備與安寧居家療護</td><td>1</td></tr><tr><td>9</td><td>老人及十大末期疾病的安寧緩和療護</td><td>2</td></tr><tr><td>10</td><td>社區安寧緩和療護</td><td>1</td></tr><tr><td colspan="2">合計</td><td>13</td></tr></table>			序號	課程名稱	時數		1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1	2	末期疾病症狀評估與控制總論	1	3	末期病人的心理社會需求	1	4	末期病人的靈性需求	1	5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2	6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5	7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5	8	出院準備與安寧居家療護	1	9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2	10	社區安寧緩和療護	1	合計		13	<table><tr><td>序號</td><td>課程名稱</td><td>時數</td></tr><tr><td>1</td><td>安寧緩和療護的哲理、現況與展望</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>末期疾病症狀評估與控制總論</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>末期病人的心理社會需求</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>末期病人的靈性需求</td><td>1</td></tr><tr><td>5</td><td>末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用</td><td>1.5</td></tr><tr><td>7</td><td>安寧療護臨床決策的倫理與困境</td><td>1.5</td></tr><tr><td>8</td><td>出院準備與安寧居家療護</td><td>1</td></tr><tr><td>9</td><td>老人及十大末期疾病的安寧緩和療護</td><td>2</td></tr><tr><td>10</td><td>社區安寧緩和療護</td><td>1</td></tr><tr><td colspan="2">合計</td><td>13</td></tr></table>			序號	課程名稱	時數	1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1	2	末期疾病症狀評估與控制總論	1	3	末期病人的心理社會需求	1	4	末期病人的靈性需求	1	5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2	6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5	7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5	8	出院準備與安寧居家療護	1	9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2	10	社區安寧緩和療護	1	合計	
序號	課程名稱	時數																																																																											
1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1																																																																											
2	末期疾病症狀評估與控制總論	1																																																																											
3	末期病人的心理社會需求	1																																																																											
4	末期病人的靈性需求	1																																																																											
5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2																																																																											
6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5																																																																											
7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5																																																																											
8	出院準備與安寧居家療護	1																																																																											
9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2																																																																											
10	社區安寧緩和療護	1																																																																											
合計		13																																																																											
序號	課程名稱	時數																																																																											
1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1																																																																											
2	末期疾病症狀評估與控制總論	1																																																																											
3	末期病人的心理社會需求	1																																																																											
4	末期病人的靈性需求	1																																																																											
5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2																																																																											
6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5																																																																											
7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5																																																																											
8	出院準備與安寧居家療護	1																																																																											
9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2																																																																											
10	社區安寧緩和療護	1																																																																											
合計		13																																																																											
●另臨床見習八小時學習目標放置於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，路徑如下：首頁 > 健保服務 > 健保醫療計畫 > 安寧療護(住院、居家及共照)網路查詢服務。			●另臨床見習八小時學習目標放置於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，路徑如下：首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢 > 安寧療護(住院、居家及共照)網路查詢服務。																																																																										
第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs) 第一章 Tw-DRGs 支付通則			第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs) 第一章 Tw-DRGs 支付通則			修正保險人全球資訊網資料路徑。																																																																							
十五、「TW-DRG分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 > DRG 支付制度 > DRG 住院診斷關聯群支付制度 > Tw-DRGs支付標準 > 2)3.4版1,062項Tw-DRGs。			十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，其路徑為：首頁 > 主題專區 > DRG 住院診斷關聯群支付制度。																																																																										

備註：
備用：無：

衛生福利部 令



發文日期：中華民國106年2月7日
發文字號：衛部保字第1061260055號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」修正部分診療項目1份

修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs支付通則之附表7.3「106年3.4版1062項Tw-DRGs權重表」自中華民國一百零六年一月一日生效，其餘定自一百零六年三月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長 林美延

90094C	一根管重新治療在X光片上root canal內顯現出radioopaque等有obstruction之根管等個案，以根管數計算。	v	v	v	v	1500	90094C	一根管重新治療在X光片上root canal內顯現出radioopaque等有obstruction之根管等個案，以根管數計算。	v	v	v	v	1000
90095C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(雙根管)	v	v	v	v	1600	90095C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(雙根管)	v	v	v	v	1000
90096C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(三根管)	v	v	v	v	2400	90096C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(三根管)	v	v	v	v	1500
90097C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(四根管)	v	v	v	v	3200	90097C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(四根管)	v	v	v	v	2000
90098C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管) 上列支付項目90091C-90098C申報說明如下列： 註： 1. 90091C-90094C須檢附術前或術後舉證之X光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之X光片（X光片費用已內含）。 2. GP過度充填(over filling)不得申報90095C~90098C。	v	v	v	v	4000	90098C	一符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管) 上列支付項目90091C-90098C申報說明如下列： 註： 1. 90091C-90094C須檢附術前或術後舉證之X光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之X光片（X光片費用已內含）。 2. GP過度充填(over filling)不得申報90095C~90098C。	v	v	v	v	2500
90012C	橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註： 1. 銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體充填時，橡皮障防濕裝置視病情需要使用。 2. 使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。(X光片或相片費用已內含)。	v	v	v	v	150	90012C	橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註： 1. 銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體充填時，橡皮障防濕裝置視病情需要使用。 2. 使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。(X光片或相片費用已內含)。	v	v	v	v	100
90015C	根管開擴及清創 Canal enlarge & debridement 註： 1. 單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象不在此限。 2. 已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。 3. 六十天內不得重複申報。 4. 本項目X光片費用已內含。 5. 麻醉費用內含。	v	v	v	v	600	90015C	根管開擴及清創 Canal enlarge & debridement 註： 1. 單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象不在此限。 2. 已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。 3. 六十天內不得重複申報。 4. 本項目X光片費用已內含。 5. 麻醉費用內含。	v	v	v	v	410
90088C	根管治療轉出醫療院所之轉診費用 註： 1. 交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2. 提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 3. 此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	200	90088C	根管治療轉出醫療院所之轉診費用 1. 交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。 2. 提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。	v	v	v	v	200
第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088, 91104, 91114)							第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91014, 91088, 91104, 91114)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91001C	牙周病緊急處置 Periodontal emergency treatment 註： 1. 每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2. 申報費用以次為單位。 3. 不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C或91019C同時申報。 4. 此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	150	91001C	牙周病緊急處置 Periodontal emergency treatment 註： 1. 每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2. 申報費用以次為單位。 3. 不得與91003C、91004C或91104C同時申報。	v	v	v	v	150

一、新增牙周病學診療項目「懷孕婦女牙周緊急處置」及「牙周病緊急處置」計二項。
二、配合本節前述二項新增診療項目，修訂91001C等三項申報規定。

檔 號：
長發字號：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國108年2月19日

發文字號：衛部保字第1081260044號

附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正項目表
(1081260044-1.pdf)



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs支付通則之附表7.3「108年3.4版1,062項Tw-DRGs權重表」，自中華民國一百零八年一月一日生效外，自中華民國一百零八年三月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長陳時中

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本(一百零八)年第一次修正。

本次修正主要依據一百零八年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果，以各部門總額「醫療服務成本指數改變率」增加之預算及新醫療科技預算，用於調整支付標準點數及增修診療項目；牙醫部門將「牙周病統合照護計畫」導入本標準；新增糖尿病病人胰島素注射之獎勵措施及修正第七部全民健康保險住院診斷關聯群之附表 7.3 等。其增修訂重點如下：

一、西醫(第二部)

- (一)第一章基本診療第二節住診診察費：新增「器官移植協調管理費」(編號 02027B，支付點數 5,000 點)。
- (二)第二章特定診療第六節治療處置：修正「治療性導管植入術—末梢靜脈植入中心導管術」(編號：47065B)適應症。
- (三)第二章特定診療第七節手術：
 - 1.修正「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」(編號：84038B)適應症。
 - 2.修正各分項及其內容，由原十三項，重新分項為皮膚、乳房、筋骨、呼吸器、胸腔、心臟及心包膜、動脈與靜脈、造血與淋巴系統、消化器、大腸直腸肛門、肝膽胰、泌尿及男性生殖、女性生殖、內分泌器、神經外科、聽器、視器及治療性先天性殘缺手術，共十八項。(第二部第二章特定診療第七節)

二、牙醫(第三部)

- (一)修正通則：牙科門診得申報轉診加成費用之範圍：增列口腔病理科及其診療項目；新增「牙周炎病人收取自費規範」。(通則三及通則七)
- (二)牙科處置及手術(第三章)
 - 1.調升「特殊狀況之複合體充填」(編號 89113C)支付點數。(第一節牙體復形)
 - 2.修正「齒齦下刮除術(含牙根整平術)—全口」(編號 91006C)等七

項診療項目支付規範。(第三節牙周病學)

3. 新增「牙齒外傷急症處理」(編號 92096C, 4,976 點)、「顳顎關節障礙初診特殊檢查費」(編號 92097C, 1,000 點)、「顳顎關節障礙複診特殊檢查費」(編號 92098C, 500 點)、「單側顳顎關節障礙乾針治療」(編號 92099B, 500 點)、「單側顳顎關節沖洗」(編號 92100B, 1,400 點)共五項診療項目。修正「手術拔除深部阻生齒」(92063C)等五項診療項目支付規範及「週日及國定假日牙醫門診急症處置」(編號 92094C)中英文名稱。(第四節口腔顎面外科)

- (三)將「牙周病統合照護計畫」導入本標準，爰新增「第五章牙周病統合治療方案」及「牙周病統合治療第一階段支付」(編號 91021C, 1,800 點)、「牙周病統合治療第二階段支付」(編號 91022C, 5,000 點)、「牙周病統合治療第三階段支付」(編號 91023C, 3,200 點)等三項診療項目，並配合修正附表 3.3.3 及附表 3.3.4 文字。

三、中醫(第四部)

- (一)修正通則，將每位專任醫師每月申報內含複雜性傷科處置之上限，由現行三十人次調升為六十人次(通則五)。
- (二)調升「每日藥費」(編號 A21)、針灸治療(編號 B41~B46)、傷科治療(編號 B53~B57)、脫臼整復治療處置(編號 B61~B63)及針灸合併傷科治療(編號 B80~B94)等共三十項診療項目支付點數。
- (三)修正附表 4.5.2 複雜性傷科適應症之「其他跗骨及跖骨之骨折，閉鎖性」ICD-10-CM 代碼。

四、全民健康保險住院診斷關聯群(第七部)

修正一百零八年適用之附表 7.3「108年3.4版1,062項Tw-DRGs權重表」。

五、品質支付服務(第八部)

新增糖尿病病人「胰島素注射」獎勵措施，每一新增個案獎勵500點。
(第二章糖尿病)

- 六、本次各修正項目，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章 Tw-DRGs 支付通則之附表 7.3 自一百零八年一月一日生效外，自一百零八年三月一日生效。

副本

情 形：
發布年限：

衛生福利部 公告

10634

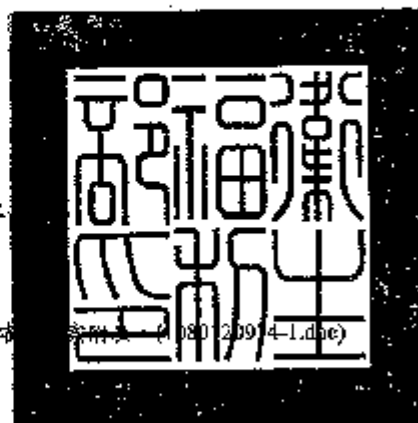
臺北市大安區信義路三段140號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年6月20日

發文字號：衛部保字第1080120974號

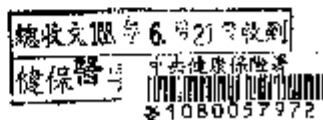
附件：全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案附表一 (1080120974-1.doc)



主旨：公告修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

副本：台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部心理及口腔健康司、本部社會保險司(均含附件)

部長陳時中



附表 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 點值					
每點支付金額改變率	每季	±10%	資料分析	保險人	$[(\text{每季分配總額}/\text{每季審核後之總點數}) - 1] \times 100\%$
2. 保險對象就醫調查					
保險對象就醫調查	每年	每年於評核會議報告前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為牙醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較就醫可近性、醫療服務品質滿意度及民眾自費狀況變化等。
民眾諮詢及申訴檢舉案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	當年度諮詢及民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
牙體復形同牙位再補率- 一年以內	每季 每年	<2.5%	資料分析	保險人	1.定義：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填，乳牙及恆牙一或二年內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補。 2.計算公式：【一（二）年內自家重覆填補顆數／一（二）年內填補顆數】
牙體復形同牙位再補率- 二年以內	每季 每年	<4.6%			

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
牙齒填補保存率- 一年以內	每季 每年	以最近3年全國平均值× (1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 1 年或 2 年內是否重新填補比率。
牙齒填補保存率- 二年以內	每季 每年	以最近3年全國平均值× (1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	2. 公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤 1 年或 2 年（365 天或 730 天）內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※排除「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※費用年月介於 9001~9306 間，因無「前牙三面複合樹脂充填」醫令，故院所以 89004C 併 89005C 申報，因此同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報 89004C 及 89005C 則不算重補，不計入分子。 3. 指標計算：1－（分子 / 分母）

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
同院所九十日以內根管治療完成率	每季 每年	以最近3年全國平均值×(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一院所同一保險對象於統計時間內執行過根管開擴及清創醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 3 個月（90 天）內是否於同院所執行根管治療醫令比率。 2. 公式說明： 分子：以分母之牙位追蹤其 3 個月（90 天）內於同院所執行根管治療單根(90001C)、雙根(90002C)、三根以上(90003C)、恆牙根管治療(四根)(90019C)、恆牙根管治療(五根(含)以上)(90020C)、乳牙根管治療(90016C)、乳牙多根管治療(90018C)之牙位數。 分母：依同院所同病患同牙位歸戶，統計執行根管開擴及清創(90015C)之牙位數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
十三歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率	每季 每年	以最近3年全國平均值×(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：當季 13 歲（含）以上就醫人數。 2. 公式說明： 分子：當季 13 歲（含）以上就醫人口中執行牙結石清除—全口醫令(91004C)之人數。 分母：當季 13 歲（含）以上就醫人數。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率	每季 每年	以最近三年全國值平均值×(1-10%)作為參考下限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：就醫人口中6歲以下兒童執行牙齒預防保健服務之人數。 2. 公式說明： 分子：執行兒童牙齒預防保健服務之人數。 分母：當季就醫人口中6歲以下兒童人數。 ※年齡之計算為就醫年月－出生年月≤72。 ※兒童牙齒預防保健服務為健保卡序號欄位為「IC81」、「IC87」。 3. 指標計算：分子 / 分母。
院所加強感染管制診察費申報率	每季 每年	以最近三年全國值平均值×(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子定義：申報加強感染管制診察費的院所數 2. 分母定義：申報總院所數 3. 指標計算：分子 / 分母
執行加強感染管制診察費院所查核合格率	每年(每年最後一季)	參考值：前5年統計加權平均值×(1-20%)	資料分析	受託單位	1. 分子定義：申報加強感染管制診察費經查核合格的院所數 2. 分母定義：申報加強感染管制診察費被查核的院所數 3. 指標計算：分子 / 分母 4. 自97年起由受託單位按年提供統計結果予健保署彙整納入第4季品質報告中。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
牙齒填補保存率-恆牙二年以內	每季 每年	以最近三年全國平均值×(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 2 年內是否重新填補比率。 2. 公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤 2 年(730 天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※ 排除「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※ 恆牙牙位：11-19、21-29、31-39、41-49 3. 指標計算：1－（分子 / 分母）

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
牙齒填補保存率-乳牙一年六個月以內	每季 每年	以最近三年全國平均值×(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位(FDI牙位表示法之內的牙位資料，小孩20顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)，追蹤1年半內是否重新填補比率。 2. 公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤 1 年半(545 天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※ 排除「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※ 乳牙牙位：51-55、61-65、71-75、81-85 3. 指標計算：$[1 - (\text{分子} / \text{分母})] \times 100\%$。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
恆牙根管治療六個月以內保存率	每季 每年	以最近三年全國平均值×(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：醫事機構往後追溯半年所有根管治療醫令。 2. 公式說明： 分子：醫事機構就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 分母：同時期各醫事機構申報 RCF 之顆數。 3. 指標計算： $[1 - (\text{分子} / \text{分母})] \times 100\%$ 。
醫療費用核減率	每季	暫不訂定	資料分析	保險人	1. 資料範圍：全民健保門住診醫療費用統計檔。 2. 公式說明：初核核減率 = $(\text{申請點數} - \text{核定點數}) / \text{醫療費用點數}$ 分子： $(\text{申請點數} - \text{核定點數})$ 。 分母：醫療費用點數。 3. 指標計算： $(\text{分子} / \text{分母}) \times 100\%$ 。
牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率	每季 每年	新增一年後再訂定	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：當年(季)度 P4003C 或 91023C 執行人數往後追蹤一年接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。 分母：牙周病統合照護計畫 P4003C 或 91023C 執行人數。 2. 指標計算： $(\text{分子} / \text{分母}) \times 100\%$ 。
三歲兒童早發性幼兒齲齒盛行率	依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 75\%$	資料分析	主管機關	早發性幼兒齲齒(Early childhood caries, ECC)定義：出現於71個月前兒童任何一面或以上的乳牙有齲齒(有或無窩洞)、缺失(因齲齒)或填補者。

指標項目		時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
四歲兒童乳牙齲齒盛行率		依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 89\%$	資料分析	主管機關	乳牙齲齒盛行率：調查人口中乳牙已罹患一顆(含)以上齲齒者除以總樣本數之百分率。
五歲兒童乳牙齲齒盛行率		依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 89\%$	資料分析	主管機關	乳牙齲齒盛行率：調查人口中乳牙已罹患一顆(含)以上齲齒者除以總樣本數之百分率。
十二歲兒童齲齒指數		依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	≤ 3.31	資料分析	主管機關	齲齒經驗指數(carries experience index, deft index/DMFT index)：牙齒齲齒齒數、因齲齒而拔牙齒數與填補齒數之牙齒數之總和，以DMFT index或deft index表示之，DMFT index 表示恆牙，deft index則表示乳牙。 數值愈表示大，表示齲齒情形嚴重。 deft index = dt+et+ft / DMFT index = DT+MT+FT
三十五歲至四十四歲人口社區牙周治療需求指數	牙周囊袋比率	依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 25\%$	資料分析	主管機關	社區牙周指數(Community Periodontal Index, CPI) C3及C4。 C3:牙周囊袋深度介於3.5mm-5.5mm；C4:牙周囊袋深度大於5.5mm。
	平均自然齒數	依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	≥ 26 顆	資料分析	主管機關	自然齒定義：指仍有牙根存在的牙齒。
六十五歲以上人口平均自然齒數		依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	≥ 18 顆	資料分析	主管機關	自然齒定義：指仍有牙根存在的牙齒