



全民健康保險醫療給付費用
牙醫門診總額研商議事會議
107 年第 3 次會議資料

107 年 8 月 21 日（星期二）

本署 18 樓大禮堂

107 年「牙醫門診總額研商議事會議」第 3 次會議議程

壹、主席致詞

貳、107 年度第 2 次會議紀錄確認.....3

參、報告事項

一	歷次會議決議事項辦理情形追蹤表	8
二	牙醫門診總額執行概況報告	11
三	107 年第 1 季牙醫門診總額點值結算報告	27
四	106 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告	59
五	牙周病統合照護計畫查核專案報告	63
六	180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數及比例分析報告	71

肆、臨時動議

伍、散會

牙醫門診總額研商議事會議 107 年第 2 次會議紀錄

時間：107 年 5 月 22 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)

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
石代表家璧	(請假)	張代表雍敏	(請假)
朱代表日僑	朱日僑	許代表世明	許世明
何代表正義	何正義	連代表新傑	連新傑
吳代表迪	吳迪	陳代表雅光	陳雅光
吳代表明彥	吳明彥	彭代表啟清	郭立豪(代)
李代表純馥	李純馥	溫代表斯勇	溫斯勇
杜代表裕康	(請假)	黃代表金舜	(請假)
沈代表茂榮	沈茂榮	黃代表福傳	黃福傳
季代表麟揚	季麟揚	劉代表經文	劉經文
林代表俊彬	(請假)	蔣代表維凡	蔣維凡
林代表惠芳	滕西華(代)	黎代表達明	黎達明
林代表靜梅	(請假)	謝代表尚廷	謝尚廷
洪代表志遠	洪志遠	謝代表武吉	尹文國(代)
徐代表邦賢	陳建志(代)	簡代表志成	吳志浩(代)
翁代表德育	翁德育	羅代表界山	(請假)
張代表文龍	張文龍	蘇代表主榮	蘇主榮

列席單位及人員：

衛生福利部

全民健康保險會

中華民國牙醫師公會全聯會

中華民國藥師公會全聯會

台灣醫院協會

中華民國醫院牙科協會

本署臺北業務組

本署北區業務組

蘇芸蒂

陳燕鈴、陳思縝

柯懿娟、潘佩筠

(請假)

鄭禮育、王秀貞

(請假)

劉美慧、蔡雅安

廖淑雯

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
本署資訊組
本署企劃組
本署醫務管理組

林淑惠
洪懷昀
施怡如
朱庭寬
曾玫富、張如薰
李冠毅
(請假)
劉玉娟、劉林義、王玲玲、
劉勁梅、洪于淇

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：張毓芬

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：洽悉。

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、洽悉。

二、有關牙醫門診總額非總額舉發之相關資料，請違規查處室另行提供中華民國牙醫師公會全聯會參考。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年第 4 季點值結算結果報告

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.9198	0.9120
北區	1.0037	0.9918
中區	0.9759	0.9721
南區	0.9884	0.9815
高屏	0.9932	0.9906
東區	1.0982	1.0932
全區	0.9575	0.9578

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季參數表及結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案

案由：有關重新檢討全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表英譯文字內容，續提請討論。

決議：

同意中華民國牙醫師公會全聯會所提建議，修訂給付項目及支付標準表英譯文字。

第二案

案由：建請健保署新增醫療院所申報時間之檢核邏輯，請討論案。

決議：

- 一、考量資訊面如於線上針對醫令項目進行跨月份、跨院所之檢核，作業困難且會影響受理端線上檢核時效及暫付款之支付，本案不同意新增申報時間之檢核邏輯。
- 二、院所應依現行規定申報，並使用本署建置之雲端醫療資訊查詢系統，以減少不符規定的申報及避免行政核刪。
- 三、請中華民國牙醫師公會全聯會全面檢視與天數有關之支付標準項目，如有例外情形須修改支付標準規定者，請提案討論。
- 四、有關牙結石清除之跨院所重複案件，請醫審及藥材組進行分析，並於完成後於牙醫門診總額研商議事會議報告；並請牙醫師公會全聯會先行研議牙結石清除半年內須再執行之專業意見。

伍、臨時提案

案由：有關請牙全會協助宣導牙醫診所使用行動支付案。

決議：請中華民國牙醫師公會全國全聯會協助宣導。

陸、散會：16 時 20 分

柒、與會人員發言摘要詳附件。

参、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
	107_1_1(報)、 107_2_1(報):歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。	1. 107年第1次研商議事會議決議:代表詢問X光上傳,健保醫療資訊雲端查詢系統乙項,經本署資訊組說明,可使用DICOM及JPG檔案格式上傳。 2. 107年第2次研商議事會議決議:有關上傳格式並無問題,惟相關檢核等程式仍需作細部調整,已請資訊組預估調整程式所需時間,將依其評估結果簽辦。	有關X光影像提供JPG格式上傳,已簽辦本署資訊組調整程式,計於9月中下旬完成程式開發。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
2	107_1_2(討)、 107_2_1(報):有關「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節-(83081B、83082B)立體定位術,建議開放口腔顎面外科專科醫師施行。	1. 107年第1次研商議事會議決議: (1) 支付標準診療項目83081B「立體定位術一切片」及83082B「立體定位術一抽吸」,支付規範增列口腔顎面外科專科醫師施行乙節,事涉牙醫及醫院總額,本項尚須提至支付標準共擬會議討論。 (2) 有關調整口腔顎面外科給付項目或支付點數乙節,請牙醫師全聯會考量,為發展口腔顎面外科,盤點該科相關診療項目支付之合理性及預算等衝擊,提牙醫門診總額研商議事會議討論後,衡量經醫院總額研商會議討論後,再提支付標準共擬會議討論。 2. 107年第2次研商議事會議決議: (1) 83081B「立體定位術一切片」及83082B「立體定位術一抽吸」,業經107年3月20日支付標準共同擬定會議決議同意修訂,後續將依程序辦理報部等行政作業。 (2) 有關調整口腔顎面外科給付項目或支付點數乙節,牙全會已於5月7日牙全廷字1288號函文,本署已錄案辦理中。	1. 有關83081B「立體定位術一切片」及83082B「立體定位術一抽吸」修訂支付規範一項,業於107年5月31日以衛部保字第1071260247號令發布修正,並自107年6月1日起生效。 2. 有關牙全會建議調整口腔顎面外科給付項目或支付點數一項,本署刻正辦理中。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
3	106_3_3(討)、 107_2_1(報):牙周病統合照護計畫108年導入一般服務之進度規劃	1. 106年第3次研商議事會議之決議:尊重全聯會推估107年P4002C申報23萬件及108年28萬件之規劃,107年執行情形將作為協商108年導入一般服務預算參考。 2. 107年第2次研商議事會議之決議:108年總額研議預定自7月份起開始,請牙全會屆時提供規劃草案,	有關「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」108年導入一般服務規劃乙節,牙全會已於107年8月3日牙全廷字1617號函文,本署已錄案辦理中。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
	案。	以供討論。		☐	☒
4	107_2_2(報):牙醫門診總額執行概況報告	有關牙醫門診總額非總額舉發之相關資料，請違規查處室另行提供中華民國牙醫師公會全聯會參考。	本署違規查處室已錄案辦理中。	☐	☒
4	107_2_3(報):106年第3季牙醫門診總額點值結算報告案。	依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。	業已併會議紀錄函請分區業務組配合辦理。	☒	☐
5	107_2_1(討):有關重新檢討全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表英譯文字內容。	同意中華民國牙醫師公會全聯會所提建議，修訂給付項目及支付標準表英譯文字。	本項業於107年7月26日以衛部保字第1071260344號令發布修正，並自107年8月1日起生效。	☒	☐
6	107_2_2(討):建請健保署新增醫療院所申報時間之檢核邏輯。	- 考量資訊面如於線上針對醫令項目進行跨月份、跨院所之檢核，作業困難且會影響受理端線上檢核時效及暫付款之支付，本案不同意新增申報時間之檢核邏輯。 - 院所應依現行規定申報，並使用本署建置之雲端醫療資訊查詢系統，以減少不符規定的申報及避免行政核刪。 - 請中華民國牙醫師公會全聯會全面檢視與天數有關之支付標準項目，如有例外情形須修改支付標準規定者，請提案討論。 - 有關牙結石清除之跨院所重複案件，請醫審及藥材組進行分析，並於完成後於牙醫門診總額研商議事會議報告；並請牙醫師公會全聯會先行研議牙結石清除半年內須再執行之專業意見。	- 有關請中華民國牙醫師公會全聯會先行研議全面檢視與天數有關之支付標準項目、牙結石清除半年內須再執行之專業意見，牙全會尚未提案。 - 有關牙結石清除之跨院所重複案件分析，已列入本次報告事項第6案報告	☐	☒

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
7	107_2_1(臨):有關請牙全會協助宣導牙醫診所使用行動支付案。	請中華民國牙醫師公會全國全聯會協助宣導。	業已併會議紀錄函請中華民國牙醫師公會全國全聯會協助宣導,牙全會尚未回復宣導情形。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管

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(附件2)。

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

107. 8. 21



1

大綱

1 107年4-6月點值預估

2

107年第2季醫療供給及利用概況

各專款結算情形



2

107年第2季點值預估



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105Q2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106年上半年就醫情形調整，再以送核補報佔率(99.5462354%)校正得之(該佔率以106Q4結算金額計算之)
4. 新增醫藥分業地區採去年同期結算報表金額按月分攤
5. 預算攤月以106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107得出每季各月之費用佔率
6. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採106上半年爭審後核減率，各分區分別計之



● 107年第2季點值預估

107年第2季牙醫總額各就醫分區點值推估

月份	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第2季	台北	3,310	33	3,631	0.9025	0.9034
	北區	1,576	13	1,631	0.9582	0.9585
	中區	1,967	18	2,038	0.9565	0.9569
	南區	1,355	13	1,386	0.9685	0.9688
	高屏	1,516	12	1,540	0.9764	0.9766
	東區	201	2	185	1.0734	1.0724
	合計	9,925	92	10,411	0.9446	0.9451

註：106Q2結算全國平均點值0.9309



5

2

107年第2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
103年6月	2,500	771	1,298	779	1,005	115	6,468	1.05%
104年6月	2,531	793	1,294	785	1,007	114	6,524	0.9%
105年6月	2,531	806	1,310	786	1,013	114	6,560	0.6%
106年6月	2,562	822	1,303	800	1,011	118	6,616	0.9%
107年6月	2,589	841	1,311	801	1,017	119	6,678	0.9%
各分區增減家數	27	19	8	1	6	1	62	
各分區成長率	1.1%	2.3%	0.6%	0.1%	0.6%	0.8%	0.9%	

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
103年6月	5,289	1,619	2,419	1,405	1,871	187	12,790	2.7%
104年6月	5,408	1,713	2,439	1,453	1,908	196	13,117	2.6%
105年6月	5,573	1,777	2,496	1,497	1,927	204	13,474	2.7%
106年6月	5,769	1,853	2,516	1,563	1,976	208	13,885	3.1%
107年6月	5,953	1,924	2,591	1,589	2,007	213	14,277	2.8%
增減人數	184	71	75	26	31	5	392	
成長率	3.2%	3.8%	3.0%	1.7%	1.6%	2.4%	2.8%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。



8



牙醫師執業數【層級別】

年月	牙醫師數					成長率			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫
103年6月	1,015	641	200	10,934	12,790	4.6%	7.2%	1.5%	2.3%
104年6月	1,022	687	210	11,198	13,117	0.7%	7.2%	5.0%	2.4%
105年6月	1,070	702	199	11,503	13,474	4.7%	2.2%	-5.2%	2.7%
106年6月	1,105	738	209	11,833	13,885	3.3%	5.1%	5.0%	2.9%
107年6月	1,143	752	214	12,168	14,277	3.4%	1.9%	2.4%	2.8%
增減人數	38	14	5	335	392				

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
105Q2	1,566	654	901	583	706	80	4,454	1.5%
106Q2	1,633	695	917	609	723	82	4,623	3.8%
107Q2	1,687	719	946	618	732	84	4,750	2.7%
增減人數	54	23	29	9	9	2	127	
成長率	3.3%	3.4%	3.2%	1.5%	1.3%	1.9%	2.7%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係歸戶計算。



10

近3年第2季一般預算總額【分區別】

■102-106第2季

值單位：千點

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
104年Q2	3,317,926	1,411,740	1,648,956	1,203,727	1,300,473	190,899	9,073,721	0.1%
105年Q2	3,398,671	1,448,503	1,685,324	1,226,427	1,327,212	193,969	9,280,106	2.3%
106年Q2	3,500,017	1,496,163	1,728,023	1,251,838	1,356,048	197,084	9,529,171	2.7%
各分區增減預算	101,345	47,660	42,699	25,411	28,835	3,115	249,065	
各分區成長率	3.0%	3.3%	2.5%	2.1%	2.2%	1.6%	2.7%	

註1：增減預算及成長率係與前一年同期比較。

註2：一般預算總額係為調整後分區一般預算總額。

註3：資料來源為牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。



11

醫療服務價量比較【層級別】

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	299	5.0%	3.5%	451,993	6.5%	4.0%	1,511	1.5%
2區域醫院	295	3.5%	3.5%	446,024	6.4%	4.0%	1,513	2.8%
3地區醫院	103	1.9%	1.2%	147,608	4.7%	1.3%	1,430	2.8%
4基層院所	7,784	1.9%	91.8%	10,193,108	3.2%	90.7%	1,309	1.3%
合計	8,481	2.0%		11,238,733	3.5%		1,325	1.4%

註：成長率係與前一年同期比較。



12



醫療服務價量比較【分區別】

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	2,971	2.5%	1,687	3.3%	1.76	-0.8%	3,903,211	3.5%	1,314	0.9%
北區	1,256	2.7%	719	3.4%	1.75	-0.6%	1,757,097	4.2%	1,399	1.4%
中區	1,645	2.7%	946	3.2%	1.74	-0.5%	2,192,884	4.7%	1,333	1.9%
南區	1,124	0.8%	618	1.5%	1.82	-0.8%	1,491,177	2.0%	1,327	1.3%
高屏	1,335	0.8%	732	1.3%	1.82	-0.4%	1,678,806	2.5%	1,258	1.7%
東區	151	1.2%	84	1.9%	1.81	-0.8%	215,557	2.9%	1,426	1.8%
合計	8,481	2.0%	4,750	2.7%	1.79	-0.7%	11,238,733	3.5%	1,325	1.4%

註：成長率係與前一年同期比較。



13



醫療服務價量比較【案件分類】

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)	39	0.8%	9,087	-1.3%	231	-2.0%
2.牙醫急診	5	64.0%	7,826	39.1%	1,562	-15.2%
3.牙醫門診手術	17	-7.4%	48,367	-1.1%	2,912	6.8%
4.無牙醫鄉服務	51	2.0%	67,887	2.3%	1,334	0.3%
5.牙周統合照護	116	25.7%	567,738	22.5%	4,894	-2.5%
6.牙醫特殊醫療	42	4.7%	116,537	4.0%	2,760	-0.8%
7.其他專案	8,211	1.8%	10,287,185	2.6%	1,253	0.8%
8.交付機構	-	.	134,105	2.8%	.	.
合計	8,481	2.0%	11,238,733	3.5%	1,325	1.4%

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+層級別】

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)	1	-24.8%	83	-14.1%	56	97.5%	8,947	-1.5%	9,087	-1.3%
2.牙醫急診	6,100	30.0%	1,678	93.9%	17	1073.4%	31	-53.9%	7,826	39.1%
3.牙醫門診手術	24,942	-8.4%	21,102	10.4%	1,806	6.4%	516	-40.6%	48,367	-1.1%
4.無牙醫鄉服務	6	-39.1%	624	19.7%	883	-0.6%	66,375	2.2%	67,887	2.3%
5.牙周統合照護	30,801	16.8%	33,313	19.4%	10,798	16.9%	492,826	23.3%	567,738	22.5%
6.特殊專業醫療	23,844	2.4%	20,394	3.9%	8,436	-1.4%	63,863	5.3%	116,537	4.0%
7.其他專案	366,081	6.8%	368,754	5.0%	125,560	4.2%	9,426,790	2.3%	10,287,185	2.6%
8.交付機構	218	30.0%	77	55.4%	51	125.6%	133,759	2.7%	134,105	2.8%
合計	451,993	6.5%	446,024	6.4%	147,608	4.7%	10,193,108	3.2%	11,238,733	3.5%

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】----(1)

單位：千點

案件分類	1.一般案件(簡表)		2.牙醫急診		3.牙醫門診手術		4.無牙醫鄉服務		5.牙周統合照護	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	3,928	-8.9%	2,449	39.0%	12,665	-16.5%	9,407	7.4%	202,635	8.2%
北區	1,216	25.3%	169	470.1%	4,522	1.6%	5,847	-1.3%	84,648	17.6%
中區	946	21.0%	2,609	23.5%	12,382	12.3%	13,537	22.2%	100,484	40.5%
南區	1,294	11.7%	1,270	80.6%	8,405	10.7%	11,150	-8.6%	74,069	37.4%
高屏	1,659	-15.2%	1,089	34.6%	7,846	-6.9%	17,866	-2.2%	93,215	36.3%
東區	45	70.3%	240	15.1%	2,546	14.3%	10,080	-0.6%	12,687	25.5%
合計	9,087	-1.3%	7,826	39.1%	48,367	-1.1%	67,887	2.3%	567,738	22.5%

註：成長率係與前一年同期比較。



16

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】----(2)

單位：千點

案件分類	6.牙醫特殊醫療		7.其他專案		8.交付機構		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	33,326	1.5%	3,593,034	3.3%	45,768	3.6%	3,903,211	3.5%
北區	24,119	-1.2%	1,616,214	3.6%	20,361	5.1%	1,757,097	4.2%
中區	25,761	4.6%	2,010,151	3.2%	27,014	1.9%	2,192,884	4.7%
南區	10,571	4.9%	1,365,870	0.6%	18,548	1.7%	1,491,177	2.0%
高屏	17,937	10.3%	1,520,067	1.1%	19,126	0.9%	1,678,806	2.5%
東區	4,823	24.4%	181,848	1.2%	3,289	2.4%	215,557	2.9%
合計	116,537	4.0%	10,287,185	2.6%	134,105	2.8%	11,238,733	3.5%

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+分區別】

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	6,742	0.2%	2,624	0.8%	965,005	4.5%	2,882,867	3.1%	206	24.8%	3,857,444	3.4%
北區	1,422	-2.3%	975	0.5%	409,265	4.7%	1,325,057	4.0%	17	-0.6%	1,736,736	4.2%
中區	3,198	3.9%	1,548	2.9%	539,785	4.3%	1,621,176	4.8%	165	17.0%	2,165,870	4.7%
南區	2,499	-1.7%	1,098	2.1%	359,217	2.4%	1,109,704	1.9%	111	25.1%	1,472,630	2.0%
高屏	1,584	-11.1%	885	-2.9%	419,502	3.2%	1,237,671	2.4%	39	8.4%	1,659,680	2.6%
東區	546	17.1%	259	6.1%	49,444	3.7%	161,994	2.7%	24	64.8%	212,268	2.9%
總計	15,991	-0.4%	7,388	1.1%	2,742,218	4.0%	8,338,469	3.3%	562	21.6%	11,104,628	3.5%

註1：上表費用點數皆不含交付機構

註2：成長率係與前一年同期比較



18

● 申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】

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	8,546	-2.1%	2,948	0.6%	98,315	6.7%	341,579	6.7%	386	9.3%	451,774	6.5%
區域醫院	5,746	2.4%	3,208	2.1%	98,970	5.5%	337,861	6.7%	162	67.4%	445,948	6.4%
地區醫院	1,280	2.6%	976	4.5%	33,516	6.4%	111,772	4.2%	14	12.7%	147,557	4.7%
基層院所	418	-10.8%	256	-15.5%	2,511,417	3.8%	7,547,257	3.0%	0	-100.0%	10,059,349	3.2%
總計	15,991	-0.4%	7,388	1.1%	2,742,218	4.0%	8,338,469	3.3%	562	21.6%	11,104,628	3.5%

註：上表費用不含交付機構費用；成長率係與前一年同期比較



19

● 107Q2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 (107年6月)	2,589	841	1,311	801	1,017	119	6,678
成長率	1.1%	2.3%	0.6%	0.1%	0.6%	0.8%	0.9%
醫師數 (107年6月)	5,953	1,924	2,591	1,589	2,007	213	14,277
成長率	3.2%	3.8%	3.0%	1.7%	1.6%	2.4%	2.8%
人口數 (千)	7,641	3,754	4,573	3,352	3,706	548	23,574
人口數 (成長率)	-0.11%	1.10%	0.20%	-0.31%	-0.21%	-0.30%	0.09%
每位醫師照護人口數	1,284	1,951	1,765	2,109	1,847	2,575	1,651
每萬人口醫師數	7.79	5.13	5.67	4.74	5.42	3.88	6.06
申報件數 (千)	2,971	1,256	1,645	1,124	1,335	151	8,481
成長率	2.5%	2.7%	2.7%	0.8%	0.8%	1.2%	2.0%
申報醫療費用 (百萬)	3,903	1,757	2,193	1,491	1,679	216	11,239
成長率	3.5%	4.2%	4.7%	2.0%	2.5%	2.9%	3.5%
平均每件申報醫療費用點數	1,314	1,399	1,333	1,327	1,258	1,426	1,325
成長率	0.9%	1.4%	1.9%	1.3%	1.7%	1.8%	1.4%

註1：人口數來源為107年6月戶政統計，成長率為較106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107年4-6月

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較



20

各專款結算情形



21

107年第1季資源不足地區改善方案預算執行情形

單位：千元

給付項目	第1季	占率
全年預算	280,000	
1. 執業服務之定額給付(論量)	21,457	39%
2. 執業服務之論次給付(論次)	3,986	7%
3. 執業計畫診所之品質獎勵費用	0	
4. 巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.3	0%
5. 巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,174	8%
6. 巡迴計畫之品質獎勵費用	0	
7. 巡迴服務__論次給付(論次)	22,529	41%
8. 社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	0%
9. 社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,916	5%
支出點數及金額	55,065	100%
本季預算數(千元)	70,000	
(當季平均預算數+前季餘額)		
結餘	14,935	
各季執行占總預算比率(%)	20%	



22

107年第1季牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1)

單位：千點

給付項目	第1季	占率
全年預算	534,000	
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	5,615	4.7%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	13,858	11.7%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	21,940	18.5%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	20,262	17.1%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	7,705	6.5%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	760	0.6%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,690	8.2%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,850	8.3%
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	12,834	10.8%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	828	0.7%

註：依據「107年全民健康保險牙醫門診診療特殊醫療服務計畫」，本預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則滾用至下季；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、麻酔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。

23

107年第1季牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2)

單位：千點

給付項目	第1季	占率
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	127	0.1%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	778	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)	13,961	11.8%
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	138	0.1%
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	3	0.0%
16 醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務	0	0.0%
17 醫療團特定需求者(論次)	131	0.1%
18 醫療團社區醫療站極重度、重度、中度、輕度身心障礙者、發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0.0%
總計=已支用點數	118,480	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	133,500	
未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	15,020	
執行占總預算比率	22.2%	

註：依據「107年全民健康保險牙醫門診診療特殊醫療服務計畫」，本預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則滾用至下季；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、麻酔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。

24

107年第1季牙周病統合照護計畫預算執行情形

項目	第1季	預算	達成率(%)
(第1及第2階段)			
專款預算 (本季預算+上季結餘)(千元)	391,000	1,564,000	21.75%
申報點數(千點)	340,176		
支用金額(千元)	391,000		
餘 絀(千元)	50,824		
暫結浮動點值(元)	1.00		
(第3階段)			
專款+移撥預算 (本季預算+上季結餘)(千元)	147,200	588,800	22.22%
申報點數(千點)	130,846		
支用金額(千元)	130,846		
餘 絀(千元)	16,354		
暫結浮動點值(元)	1.00		
一般預算補不足數(千元)	0		
1-3階段支用金額合計(千元)	521,846	2,152,800	24.24%

備註：

1. 餘絀=預算-支出金額；達成率=累計支用金額/預算

2. 第3階段支出金額=申報點數+一般預算補不足數

25

107年第1季一般服務移撥專用相關預算執行情形

單位：千點

107年	第1季	全年預算
醫療資源不足且點值低地區獎勵方案(千)	4,332	80,000
執行率	5.4%	—
移撥資源不足地區巡迴服務核實申報(論量)專用(千)	35,966	200,000
執行率	18.0%	—

註：107年度預算如有結餘款則依105年第4季各分區人口風險因子占率回歸各分區一般預算。



26

敬請指教



46

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107年第1季牙醫門診總額點值結算報告。

說明：

- 一、107年第1季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、107年第1季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下：
(結算報表詳附件3)

分區 年季		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q1	浮動點值	0.8832	0.9608	0.9341	0.9506	0.9553	1.0542	0.9319
	平均點值	0.8912	0.9705	0.9384	0.9568	0.9594	1.0605	0.9325

- 三、檢附106年第1季點值結算資料供參。

分區 年季		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
106Q1	浮動點值	0.9170	0.9973	0.9620	0.9605	0.9546	1.0759	0.9507
	平均點值	0.9156	0.9962	0.9626	0.9619	0.9586	1.0774	0.9512

- 四、另每季(2、5、8、11月)公開各部門總額各結算季之參數表及結算說明表於全球資訊網(路徑:本署全球資訊網>醫事機構>醫療費用支付>醫療費用給付規定>全民健保總額支付制度)，請各代表自行下載參考。
- 五、擬俟會議確認後依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布及結算事宜。

決定：

牙醫門診總額各分區 107年第1季點值計算說明

各區一般服務浮動點值、平均點值

投保 分區別	調整後分區 一般預算總額 (BD)	投保該分區當地就醫 浮動核定點數(BF)	加總浮動核定點數 (GF)	跨區浮動點數×投保 分區前季點值 (AF)	投保該分區核定非 浮動點數(BG)	當地就醫分區 自墊核定點數 (BJ)	浮動點值 [BD]-(跨區浮動點數 ×前季點值, AF)-BG -BJ] /BF	平均點值 (BD)/(GF+BG+BJ)
台北分區	3,509,121,590	3,157,412,134	3,902,817,743	685,628,872	34,239,381	675,669	0.88318457	0.89115280
北區分區	1,504,958,603	1,200,285,533	1,537,620,292	338,595,015	12,731,895	348,797	0.96084045	0.970502130
中區分區	1,730,874,744	1,664,232,450	1,827,884,669	159,715,944	16,322,310	340,694	0.93406170	0.93837355
南區分區	1,248,726,427	1,097,561,579	1,293,175,188	193,346,053	11,778,462	219,146	0.95063711	0.95675180
高屏分區	1,354,148,257	1,259,623,185	1,400,068,137	139,493,465	11,180,662	176,163	0.95528407	0.95941923
東區分區	195,465,275	152,676,559	181,924,412	32,120,400	2,359,937	26,876	1.05424214	1.06051748
全區	9,543,294,896	10,143,490,441		88,612,647	1,787,345	0.93191737	0.93251877	

註：全區浮動點值 = [BD - BG - BJ] / (BF) ; 全區平均點值 = (BD) / (GF + BG + BJ)

製表日期：107年8月14日。

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)107年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

= 加總各分區〔107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) × 該區105年各季人口風險因子(R_105) × 105年各季預算占率〕
= 9,539,544,896

註：依據106年11月21日「牙醫門診總額研商議事會議」106年度第4次會議紀錄決定，107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23.833858%、第二季24.688323%、第三季25.565089%、第四季25.912730%。107年牙醫門診總額一般服務各分區預算，依各分區105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。

107年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 40,025,181,385元：

1. 107年第1季調整後預算 9,539,544,896元 = 加總各分區〔107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105年人口風險因子(R_105) × Ra〕。
2. 107年第2季調整後預算 9,881,546,061元 = 加總各分區〔107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105年人口風險因子(R_105) × Ra〕。
3. 107年第3季調整後預算 10,232,473,243元 = 加總各分區〔107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105年人口風險因子(R_105) × Ra〕。
4. 107年第4季調整後預算 = 107年全年預算數 - 107年第1季調整後預算 - 107年第2季調整後預算 - 107年第3季調整後預算
= 40,025,181,385 - 9,539,544,896 - 9,881,546,061 - 10,232,473,243
= 10,371,617,185元。

5. 計算過程詳本表頁次21：「三、一般服務費用總額」。

$$\begin{aligned}
 & \text{105年各季一般服務醫療給付費用總額 (A1)} \\
 & \text{104年各季校正投保人口預估值長率差值 (B1)} \\
 & \text{調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (G0)} \\
 & \text{105年各季校正投保人口預估值長率差值 (B2)} \\
 & \text{107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (G1)} \\
 & \text{106年編列之品質保證保留款預算 (C1)} \\
 & \text{一般服務移撥專用費用 (F)} \\
 & \text{季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算 (D2)} \\
 & = G1 - C1 - F
 \end{aligned}$$

第1季	8,887,743,719	47,814,126	9,144,649,899	25,790,150	9,326,887,756	26,806,674	86,250,000	9,213,831,082	0	0
第2季	9,536,674,173	37,909,079	9,798,628,500	22,522,872	9,988,700,214	28,723,750	86,250,000	9,873,726,464	0	0
第3季	10,232,725,814	44,641,542	10,517,857,752	41,717,192	10,739,721,293	30,832,102	86,250,000	10,622,639,191	0	0
第4季	9,977,436,416	29,256,671	10,240,849,705	15,432,842	10,431,254,727	30,020,079	86,250,000	10,314,984,648	0	0
合 計	38,634,580,122	159,621,418	39,701,985,856	105,463,056	40,486,563,990	116,382,605	345,000,000	40,025,181,385	0	0

5. 為避免調整後各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算二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合計一調整後第3季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算。

(三)107年4項一般服務移撥專用費用

全年預算345,000,000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醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫

全年預算8,000萬元 各季預算 = 8,000萬元/4 = 20,000,000元(E1)

第1季已支用點數：4,332,324

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 4,332,324

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 80,000,000 - 4,332,324 = 75,667,676(E7) (第4季結餘款回歸一般服務)

註：依據「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」，本預算按季均分與結算，每點支付金額最高補至1元。季預算若有結餘，則流至次季繼續支用；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額依105年第4季人口風險因子(R值)分配。季預算若有不足，則依其該季符合條件之申報醫療點數，計算每點獎勵金額。

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「核實申報加給付」—藥費(論量)：	加給前點數	1,447(J6)	暫結金額	1,447(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加給付」—非藥費(論量)：	加給前點數	20,853,933(J7)	暫結金額	21,203,000(J27)
(2) 社區醫療站之「核實申報加給付」—藥費(論量)：	加給前點數	12,345(J11)	暫結金額	12,345(J21)
社區醫療站之「核實申報加給付」—非藥費(論量)：	加給前點數	14,558,884(J12)	暫結金額	14,748,807(J22)
(3) 小計	加給前點數	35,426,609(J19)	暫結金額	35,965,599(J29)

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 14,034,401

第2季：

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=200,000,000/4+14,034,401=64,034,401

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

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 64,034,401

第3季：

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=200,000,000/4+64,034,401=114,034,401

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

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 114,034,401

第4季：

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 114,034,401=164,034,401

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加給付」__藥費(論量):	加前前點數	0(M6)	暫結金額	0(M26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加給付」__非藥費(論量):	加前前點數	0(M7)	暫結金額	0(M27)
(2)社區醫療站之「核實申報加給付」__藥費(論量):	加前前點數	0(M11)	暫結金額	0(M21)
社區醫療站之「核實申報加給付」__非藥費(論量):	加前前點數	0(M12)	暫結金額	0(M22)
(3)小計	加前前點數	0(M19)	暫結金額	0(M29)

全年合計：
 暫結金額 = 0
 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 164,034,401

全年預算=200,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加給付」__藥費(論量):	加前前點數	1,447(N6)	暫結金額	1,447(N26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加給付」__非藥費(論量):	加前前點數	20,853,933(N7)	暫結金額	21,203,000(N27)
(2)社區醫療站之「核實申報加給付」__藥費(論量):	加前前點數	12,345(N11)	暫結金額	12,345(N21)
社區醫療站之「核實申報加給付」__非藥費(論量):	加前前點數	14,558,884(N12)	暫結金額	14,748,807(N22)
(3)小計	加前前點數	35,426,609(N19)	暫結金額	35,965,599(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)
 = 35,965,599 + 0 +
 = 35,965,599

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 164,034,401(E4)(第4季結餘款回歸一般服務)

註：依據「107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，加前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105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「107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5.34億元，4.84億元由107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105年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

二、專款項目費用

(一)牙醫特殊服務全年預算 = 534,000,000

(4.84億元由107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 = 534,000,000/4 = 133,500,000

	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：	5,614,836(V01)	5,614,611(VF01)	225(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,857,905(V02)	13,127,116(VF02)	730,789(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	21,940,173(V03)	20,971,756(VF03)	968,417(VN03)
(4)中度身心障礙者牙醫醫療服務：	20,261,532(V04)	19,664,090(VF04)	597,442(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,705,193(V05)	7,354,529(VF05)	350,664(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	759,775(V06)	667,649(VF06)	92,126(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,690,353(V07)	9,690,071(VF07)	282(VN07)
(8)醫療團中度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,850,008(V08)	9,849,814(VF08)	194(VN08)
(9)醫療團中度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,834,351(V09)	12,833,058(VF09)	1,293(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	827,616(V10)	827,604(VF10)	12(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	126,734(V11)	126,734(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	777,847(V12)	777,847(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團極重度、中度身心障礙、中度身心障礙以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	13,960,800(V13)	13,960,800(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：	138,481(V14)	138,481(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者中度身心障礙牙醫醫療服務：	3,180(V15)	3,180(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(V16)	0(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	131,100(V17)	131,100(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(V18)	0(VF18)	0(VN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(V19)	0(VF19)	0(VN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(V20)	0(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(V21)	0(VF21)	0(VN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V22)	0(VF22)	0(VN22)
(99)合計	118,479,884(V99)	115,738,440(VF99)	2,741,444(VN99)

暫結金額

= 1元/點×已支用點數 = 118,479,884

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額 = 15,020,116

第2季：預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝534,000,000/4＋15,020,116＝148,520,116

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(WF01)	0(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(WF02)	0(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(WF03)	0(WN03)
(4)中度身心障礙暨中重度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(WF04)	0(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(WF05)	0(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(WF06)	0(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(WF07)	0(WN07)
(8)醫療團中度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(WF08)	0(WN08)
(9)醫療團輕度身心障礙暨中重度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(WF09)	0(WN09)
(10)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團極重度、中度身心障礙、中度身心障礙暨中重度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(WF12)	0(WN12)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(WF13)	0(WN13)
(15)醫療團特定需求者中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(WF14)	0(WN14)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(WF15)	0(WN15)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(WF16)	0(WN16)
(18)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(WF17)	0(WN17)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(WF18)	0(WN18)
(20)醫療團社區醫療站中重度身心障礙暨中重度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(WF19)	0(WN19)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(WF20)	0(WN20)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(WF21)	0(WN21)
(99)合計	0(WF22)	0(WN22)
暫結金額	0(WF99)	0(WN99)

未支用金額

＝第2季預算－暫結金額＝148,520,116

＝1元/點×已支用點數＝0

第3季：預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝534,000,000/4＋148,520,116＝282,020,116

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)中度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X07)	0(XF07)	0(XN07)
(8)醫療團中度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X08)	0(XF08)	0(XN08)
(9)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X09)	0(XF09)	0(XN09)
(10)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X10)	0(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(X11)	0(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團極重度身心障礙、中度身心障礙、中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(X12)	0(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團特需求者極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X13)	0(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團特需求者極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X14)	0(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特需求者極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X15)	0(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特需求者極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X16)	0(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特需求者(論次)：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X18)	0(XF18)	0(XN18)
(19)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X19)	0(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X20)	0(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X22)	0(XF22)	0(XN22)
(99)合計	0(X99)	0(XF99)	0(XN99)

未支用金額
＝第3季預算－暫結金額＝282,020,116

暫結金額
＝1元/點×已支用點數＝0

第4季：預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝534,000,000/4＋282,020,116＝415,520,116

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團體輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團體中度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團體中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團體輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團體發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團體失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團體極重度、中度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團體特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團體特定需求者中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團體特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團體特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團體社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團體社區醫療站中度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團體社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團體社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)醫療團體社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)

暫結金額

＝1元/點×已支用點數＝

0

未支用金額

＝第4季預算－暫結金額＝415,520,116

全年合計：全年預算＝534,000,000

	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：	5,614,836(Z01)	5,614,611(ZF01)	225(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,857,905(Z02)	13,127,116(ZF02)	730,789(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	21,940,173(Z03)	20,971,756(ZF03)	968,417(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：	20,261,532(Z04)	19,664,090(ZF04)	597,442(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,705,193(Z05)	7,354,529(ZF05)	350,664(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	759,775(Z06)	667,649(ZF06)	92,126(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,690,353(Z07)	9,690,071(ZF07)	282(ZN07)
(8)醫療團中度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,850,008(Z08)	9,849,814(ZF08)	194(ZN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	12,834,351(Z09)	12,833,058(ZF09)	1,293(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	827,616(Z10)	827,604(ZF10)	12(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	126,734(Z11)	126,734(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	777,847(Z12)	777,847(ZF12)	0(ZN12)
(13)醫療團極重度、中度身心障礙、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)：	13,960,800(Z13)	13,960,800(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：	138,481(Z14)	138,481(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者中度身心障礙牙醫醫療服務：	3,180(Z15)	3,180(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(Z16)	0(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	131,100(Z17)	131,100(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Z18)	0(ZF18)	0(ZN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Z19)	0(ZF19)	0(ZN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Z20)	0(ZF20)	0(ZN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Z21)	0(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z22)	0(ZF22)	0(ZN22)
(99)合計	118,479,884(Z99)	115,738,440(ZF99)	2,741,444(ZN99)
全年預算＝534,000,000			
全年已支用點數＝第1-4季已支用點數			
＝118,479,884＋	0＋	0＝118,479,884	
全年已結算金額＝118,479,884＋	0＋	0＝118,479,884	
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)			
＝534,000,000－(118,479,884－	0)		
＝534,000,000－118,479,884			
＝415,520,116			

註：依據「107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；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，其餘項目採浮動點數，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。

(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：

執業服務之「論次給付」(論次)J2：

執業計畫診所之品質獎勵費用J13：

(2)巡迴醫療服務之「核實申報加成給付」—藥費(論量)：

巡迴醫療服務之「核實申報加成給付」—非藥費(論量)：

巡迴計畫之品質獎勵費用J14：

(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)J5：

(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」—藥費(論量)：

社區醫療站之「核實申報加成給付」—非藥費(論量)：

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

點數	12,950,143(J0)	收入	
已支用點數		已支用點數	21,456,959(J1)
已支用點數		已支用點數	3,986,300(J2)
已支用點數		已支用點數	0(J13)
已支用點數		已支用點數	289(J3)
已支用點數		已支用點數	4,173,512(J4)
已支用點數		已支用點數	0(J14)
已支用點數		已支用點數	22,529,400(J5)
已支用點數		已支用點數	2,469(J8)
已支用點數		已支用點數	2,915,936(J9)
已支用點數		已支用點數	46,558,049(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)

= 55,064,865

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 14,935,135

※巡迴醫療服務之論量(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)納入一般服務計算。

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「核實申報加付」藥費(論量)加前點數(K6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加付」藥費(論量)加前點數(K7))、社區醫療站之「核實申報加付」藥費(論量)加前點數(K11)、社區醫療站之「核實申報加付」藥費(論量)加前點數(K12)納入一般服務計算。

第3季：

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝280,000,000/4 + 84,935,135＝154,935,135

(1) 執業服務之「定額給付」(論量)L1：

執業服務之「論次給付」(論次)L2：

執業計畫診所之品質獎勵費用L13：

(2) 巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」——藥費(論量)：

巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」——非藥費(論量)：

巡迴計畫之品質獎勵費用L14：

(3) 巡迴服務之「論次給付」(論次)L5：

(4) 社區醫療站之「核實申報加成給付」——藥費(論量)：

社區醫療站之「核實申報加成給付」——非藥費(論量)：

(5) 小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14)：

0(L0)	收入	0(L1)
	已支用點數	0(L2)
	已支用點數	0(L13)
	加成	0(L3)
	加成	0(L4)
	已支用點數	0(L14)
	已支用點數	0(L5)
	加成	0(L8)
	加成	0(L9)
	已支用點數	0(L10)

暫結金額

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

＝ 0

未支用金額

＝ 第3季預算－暫結金額

＝ 154,935,135

※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)納入一般服務計算。

42

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	12,950,143(N0)	收入	21,456,959(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	3,986,300(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加給付」—藥費(論量)：	加成前點數	1,447(N6)	加成已支用點數	289(N3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加給付」—非藥費(論量)：	加成前點數	20,853,933(N7)	加成已支用點數	4,173,512(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	0(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	22,529,400(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加給付」—藥費(論量)：	加成前點數	12,345(N11)	加成已支用點數	2,469(N8)
社區醫療站之「核實申報加給付」—非藥費(論量)：	加成前點數	14,558,884(N12)	加成已支用點數	2,915,936(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				46,558,049(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)
= 55,064,865 + 0 + 0 = 55,064,865

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 224,935,135

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「核實申報加給付」—藥費(論量)加成前點數(N6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加給付」—非藥費(論量)加成前點數(N7))、社區醫療站之「核實申報加給付」—藥費(論量)加成前點數(N11)、社區醫療站之「核實申報加給付」—非藥費(論量)加成前點數(N12)納入一般服務計算。

註：

- 依據「107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，執業計畫一巡迴服務之「論次支付」、巡迴計畫之「論次支付」及「核實申報之加給付」，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「107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病統合照護計畫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病統合照護計畫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)。

(三)牙周病統合照護計畫(第1、2階段)

全年預算 = 1,564,000,000

第1季：

預算 = 1,564,000,000/4 = 391,000,000

已支用點數 340,175,948

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 340,175,948

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 391,000,000 - 340,175,948 = 50,824,052

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,564,000,000/4 + 50,824,052 = 441,824,052

已支用點數 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 441,824,052 - 0 = 441,824,052

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,564,000,000/4 + 441,824,052 = 832,824,052

已支用點數 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 832,824,052 - 0 = 832,824,052

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,564,000,000/4 + 832,824,052 = 1,223,824,052

已支用點數 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 1,223,824,052 - 0 = 1,223,824,052 (第4季若有結餘款回歸一般服務部門(E5))

合計：

預算＝全年預算＝1,564,000,000
 已支用點數＝340,175,948
 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)
 ＝340,175,948＋0＝340,175,948
 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝1,564,000,000－340,175,948＝1,223,824,052

註：依據「107年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4001C」及「P4002C」診療項目由107年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第1、2階段)」專款項目(15.64億元)下支應。其預算按季均分及結算，每點支付金額以1元計算；當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(四) 牙周病統合照護計畫(第3階段)

全年預算＝588,800,000

第1季：

預算＝588,800,000/4＝147,200,000
 已支用點數＝130,846,436
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝130,846,436
 未支用金額＝第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝147,200,000－130,846,436＝16,353,564

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝588,800,000/4＋16,353,564＝163,553,564
 已支用點數＝0
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0
 未支用金額＝第2季預算－1元/點×第2季已支用點數＝163,553,564－0＝163,553,564

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝588,800,000/4＋163,553,564＝310,753,564
 已支用點數＝0
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0
 未支用金額＝第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝310,753,564－0＝310,753,564

程式代號: RGB11708R01

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 588,800,000/4+ 310,753,564= 457,953,564
 已支用點數
 暫結金額=1元/點×已支用點數= 0
 未支用金額=第4季預算-1元/點×第4季已支用點數= 457,953,564-0= 457,953,564(E6)

全年合計:

全年預算=588,800,000
 已支用點數=第1-4季已支用點數
 =130,846,436+0+0=130,846,436
 全年已結算金額=1元/點×已支用點數=130,846,436
 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)
 =588,800,000-(130,846,436-0)
 =588,800,000-130,846,436
 =457,953,564

註:依據「107年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」,「P4003C」診療項目由107年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」專款項目(5.888億元)下支應。其預算按季均分及結算,每點支付金額以1元計算;當季預算若有結餘,則流用至下季;若當季預算不足,則由一般服務預算支付。

※依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」略以,分配方式自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度)移撥3.45億元,用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障」等4項,若一般服務費用移撥經費有剩餘,優先用於牙周病統合照護計畫第3階段費用;若再有剩餘,則回歸一般服務費用。

(五)到宅牙醫醫療服務費用(由其他預算支應)

第1季：

(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：

(2)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：

(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：

(4)到宅失能老人牙醫醫療服務：

(9)合計

暫結金額 = 1元/點×第1季已支用點數 = 1,785,403

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
556,735(P1)	556,735(PF1)	0(PN1)
911,833(P2)	911,791(PF2)	42(PN2)
96,596(P3)	0(PF3)	96,596(PN3)
220,239(P4)	220,239(PF4)	0(PN4)
1,785,403(P9)	1,688,765(PF9)	96,638(PN5)

第2季：

(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：

(2)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：

(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：

(4)到宅失能老人牙醫醫療服務：

(9)合計

暫結金額 = 1元/點×第1季已支用點數 = 0

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
0(P1)	0(PF1)	0(PN1)
0(P2)	0(PF2)	0(PN2)
0(P3)	0(PF3)	0(PN3)
0(P4)	0(PF4)	0(PN4)
0(P9)	0(PF9)	0(PN5)

第3季：

(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：

(2)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：

(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：

(4)到宅失能老人牙醫醫療服務：

(9)合計

暫結金額 = 1元/點×第1季已支用點數 = 0

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
0(P1)	0(PF1)	0(PN1)
0(P2)	0(PF2)	0(PN2)
0(P3)	0(PF3)	0(PN3)
0(P4)	0(PF4)	0(PN4)
0(P9)	0(PF9)	0(PN5)

第4季：

(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：

(2)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：

(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：

(4)到宅失能老人牙醫醫療服務：

(9)合計

暫結金額 = 1元/點×第1季已支用點數 = 0

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
0(P1)	0(PF1)	0(PN1)
0(P2)	0(PF2)	0(PN2)
0(P3)	0(PF3)	0(PN3)
0(P4)	0(PF4)	0(PN4)
0(P9)	0(PF9)	0(PN5)

全年合計：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	556,735(P1)	556,735(PF1)	0(PN1)
(2)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：	911,833(P2)	911,791(PF2)	42(PN2)
(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：	96,596(P3)	0(PF3)	96,596(PN3)
(4)到宅失能老人牙醫醫療服務：	220,239(P4)	220,239(PF4)	0(PN4)
(9)合計	1,785,403(P9)	1,688,765(PF9)	96,638(PN5)
暫結金額 = 1元/點×第1季已支用點數 = 1,785,403			

註：依據「107年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之到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。

(六)品質保證保留款(另行結算)

= 106年編列之品質保證保留款預算 + 107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

註：依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，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107年度品質保證保留款(119.1百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。

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%×105年各季人口風險因子(R_105)(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. 107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)						
		9,213,831,082	9,873,726,464	10,622,639,191	10,314,984,648	40,025,181,385
2. 105年人口風險因子(R_105)						
	臺北分區	0.36785	0.36832	0.36804	0.36886	
	北區分區	0.15776	0.15789	0.15838	0.15839	
	中區分區	0.18118	0.18094	0.18156	0.18121	
	南區分區	0.13090	0.13066	0.13013	0.13022	
	高屏分區	0.14182	0.14170	0.14139	0.14093	
	東區分區	0.02049	0.02049	0.02050	0.02039	
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_105)(說明1、2)						
	臺北分區	3,389,307,764	3,636,690,931	3,909,556,128	3,804,785,237	14,740,340,060
	北區分區	1,453,573,991	1,558,982,671	1,682,413,595	1,633,790,418	6,328,740,675
	中區分區	1,669,361,915	1,786,552,066	1,928,646,372	1,869,178,368	7,253,738,721
	南區分區	1,206,090,489	1,290,101,100	1,382,324,038	1,343,217,301	5,221,732,928
	高屏分區	1,306,705,524	1,399,107,040	1,501,934,955	1,453,690,786	5,661,438,305
	東區分區	188,791,399	202,312,656	217,764,103	210,322,538	819,190,696
	小計	9,213,831,082	9,873,726,464	10,622,639,191	10,314,984,648	40,025,181,385

(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) × Rax R_105) (四捨五入至整數位) — 各分區支應牙周病整合照護計畫(第3階段)預算不足款(BH) — 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI) + 106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) + 移撥點值低獎勵計畫各分區結餘款(BE6) (各自四捨五入至整數位)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.833858%	24.688323%	25.565089%	25.912730%	100%
2. 105年人口風險因子(R_105)	臺北分區	0.36785	0.36832	0.36804	0.36886	
	北區分區	0.15776	0.15789	0.15838	0.15839	
	中區分區	0.18118	0.18094	0.18156	0.18121	
	南區分區	0.13090	0.13066	0.13013	0.13022	
	高屏分區	0.14182	0.14170	0.14139	0.14093	
	東區分區	0.02049	0.02049	0.02050	0.02039	
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) × Rax R_105	臺北分區	3,509,121,590	3,639,571,045	3,765,959,453	3,825,687,972	14,740,340,060
	北區分區	1,504,958,603	1,560,197,308	1,620,619,112	1,642,965,652	6,328,740,675
	中區分區	1,728,374,744	1,787,966,944	1,857,807,842	1,879,589,191	7,253,738,721
	南區分區	1,248,726,427	1,291,122,808	1,331,551,743	1,350,381,950	5,221,732,928
	高屏分區	1,352,898,257	1,400,215,077	1,446,769,392	1,461,555,579	5,661,438,305
	東區分區	195,465,275	202,472,879	209,765,701	211,486,841	819,190,696
	小計	9,539,544,896	9,881,546,061	10,232,473,243	10,371,617,185	40,025,181,385
4. 支應牙周病整合照護計畫(第3階段)預算不足款(H) (說明3)		0	0	0	0	0

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5.各分區支應牙周病整合照護計畫 (第3階段)預算不足款 BH= HxR_105						
	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
6.支應牙醫特種醫療服務計畫預算 不足款(I) (說明4)						
		0	0	0	0	0
7.各分區支應牙醫特種醫療服務計畫 預算不足款 BI= IxR_105						
	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
8.106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	-	-	-	-	-
9.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

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
10. 移撥醫療資源不足核實申報費用結餘款E4(說明7)						
11. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款BE4= E4xR_105						
	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
12. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結餘款E5(說明4)						
13. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫 各分區結餘款 (BE5= E5xR_105)						
	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
14. 移撥點值低獎勵計畫結餘款(E6)(說明8)						
15. 移撥點值低獎勵計畫各分區結餘款 (BE6= E6xR_105)						
	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
16. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)-(BH)-(BI)+(T)+(Z)+(BE4)+(BE5)+(BE6)	臺北分區	3,509,121,590	3,639,571,045	3,765,959,453	3,825,687,972	14,740,340,060
	北區分區	1,504,958,603	1,560,197,308	1,620,619,112	1,642,965,652	6,328,740,675
	中區分區	1,730,874,744	1,790,466,944	1,860,307,842	1,882,089,191	7,263,738,721
	南區分區	1,248,726,427	1,291,122,808	1,331,551,743	1,350,331,950	5,221,732,928
	高屏分區	1,354,148,257	1,401,465,077	1,448,019,392	1,462,805,579	5,666,438,305
	東區分區	195,465,275	202,472,879	209,765,701	211,486,841	819,190,696
小計		9,543,294,896	9,885,296,061	10,236,223,243	10,375,367,185	40,040,181,385

註：

- 為避免各分區一般服務預算總額各別加總後與分區一般服務預算總額(D2)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額 = 分區一般服務預算總額(D2)減去前五分區一般服務預算總額。
- 為避免調整後各季各分區一般服務預算總額個別加總後(加總BD1)與調整前各季各分區一般服務預算總額加總(加總BD)產生之數元誤差，故調整後第4季各分區一般服務預算總額(BD1_q4) = 調整前全年各分區一般服務預算總額(加總BD)減去第1-3季調整後各分區一般服務預算總額(BD1_q1、BD1_q2、BD1_q3) = 加總BD - BD1_q1 - BD1_q2 - BD1_q3。
- 依據「107年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4003C」診療項目由107年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」專款項目(5,888億元)下支應。其預算按季均分及結算，每點支付金額以1元計算；當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足，則由一般服務預算支付。
- 依據「107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5.34億元，其中4.84億元由107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；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、麻醉項目及重慶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。
- 106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，回歸該區次年第一季一般預算。
- 依據106年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會決議106年度第4次會議決定略以，107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。
- 依據「107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105年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
- 依據「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」，本預算按季均分與結算，每點支付金額最高補至1元。季預算若有結餘，則流至次季繼續支用；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額依105年第4季人口風險因子(R值)分配。季預算若有不足，則依其該季符合條件之申報醫療點數，計算每點獎勵金額。

四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 一般服務各分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	3,157,412,134(BF)	0.91980643	---	28,392,568	675,669
	2-北區分區	294,936,676	0.91980643	271,284,651	2,260,617	
	3-中區分區	179,232,900	0.91980643	164,859,574	1,486,570	
	4-南區分區	109,320,231	0.91980643	100,553,451	887,017	
	5-高屏分區	141,951,661	0.91980643	130,568,051	971,496	
	6-東區分區	19,964,141	0.91980643	18,363,145	241,113	
7-合計		3,902,817,743(GF)		685,628,872(AF)	34,239,381(BG)	675,669(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	190,022,704	1.00373592	190,732,614	1,958,106	
	2-北區分區	1,200,285,533(BF)	1.00373592	---	9,611,750	348,797
	3-中區分區	74,480,776	1.00373592	74,759,030	623,235	
	4-南區分區	43,083,300	1.00373592	43,244,256	311,293	
	5-高屏分區	26,132,264	1.00373592	26,229,892	180,518	
	6-東區分區	3,615,715	1.00373592	3,629,223	46,993	
7-合計		1,537,620,292(GF)		338,595,015(AF)	12,731,895(BG)	348,797(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	62,257,255	0.97594732	60,759,801	725,872	
	2-北區分區	35,479,607	0.97594732	34,626,227	271,827	
	3-中區分區	1,664,232,450(BF)	0.97594732	---	14,761,584	340,694
	4-南區分區	38,115,531	0.97594732	37,198,750	348,171	
	5-高屏分區	25,261,468	0.97594732	24,653,862	183,283	
	6-東區分區	2,538,358	0.97594732	2,477,304	31,573	
7-合計		1,827,884,669(GF)		159,715,944(AF)	16,322,310(BG)	340,694(BJ)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	56,733,545	0.98840798	56,075,889	581,820	
	2-北區分區	24,276,729	0.98840798	23,995,313	197,662	
	3-中區分區	55,122,227	0.98840798	54,483,249	544,247	
	4-南區分區	1,097,561,579(BF)	0.98840798	-----	9,999,009	219,146
	5-高屏分區	57,284,573	0.98840798	56,620,529	431,044	
	6-東區分區	2,196,535	0.98840798	2,171,073	24,680	
7-合計		1,293,175,188(GF)		193,346,053(AF)	11,778,462(BG)	219,146(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	36,404,975	0.99322520	36,158,339	320,124	
	2-北區分區	14,786,687	0.99322520	14,686,510	131,459	
	3-中區分區	25,848,981	0.99322520	25,673,859	239,565	
	4-南區分區	59,945,059	0.99322520	59,538,943	465,518	
	5-高屏分區	1,259,623,185(BF)	0.99322520	-----	9,982,668	176,163
	6-東區分區	3,459,250	0.99322520	3,435,814	41,328	
7-合計		1,400,068,137(GF)		139,493,465(AF)	11,180,662(BG)	176,163(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	12,646,699	1.09821394	13,888,781	214,012	
	2-北區分區	4,173,368	1.09821394	4,583,251	44,288	
	3-中區分區	4,032,888	1.09821394	4,428,974	37,545	
	4-南區分區	2,815,100	1.09821394	3,091,582	26,916	
	5-高屏分區	5,579,798	1.09821394	6,127,812	64,865	
	6-東區分區	152,676,559(BF)	1.09821394	-----	1,972,311	26,876
7-合計		181,924,412(GF)		32,120,400(AF)	2,359,937(BG)	26,876(BJ)

程式代號：RGB11708R01

107年第1季

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區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)
 - 投保該分區核定非浮動點數(BG)
 - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [3,509,121,590	- 685,628,872 -	34,239,381 -	675,669] / 3,157,412,134 =	0.88318457
北區分區	= [1,504,958,603	- 338,595,015 -	12,731,895 -	348,797] / 1,200,285,533 =	0.96084045
中區分區	= [1,730,874,744	- 159,715,944 -	16,322,310 -	340,694] / 1,664,232,450 =	0.93406170
南區分區	= [1,248,726,427	- 193,346,053 -	11,778,462 -	219,146] / 1,097,561,579 =	0.95063711
高屏分區	= [1,354,148,257	- 139,493,465 -	11,180,662 -	176,163] / 1,259,623,185 =	0.95528407
東區分區	= [195,465,275	- 32,120,400 -	2,359,937 -	26,876] / 152,676,559 =	1.05424214

3. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總 [調整後分區一般服務預算總額(BD2)
 - 核定非浮動點數(BG)
 - 自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [9,543,294,896 - 88,612,647 - 1,787,345] / 10,143,490,441 = 0.93191737

4. 一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]
 / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [3,509,121,590	/ [3,902,817,743 +	34,239,381 +	675,669] =	0.89115280
北區分區	= [1,504,958,603	/ [1,537,620,292 +	12,731,895 +	348,797] =	0.97050213
中區分區	= [1,730,874,744	/ [1,827,884,669 +	16,322,310 +	340,694] =	0.93837355
南區分區	= [1,248,726,427	/ [1,293,175,188 +	11,778,462 +	219,146] =	0.95675180
高屏分區	= [1,354,148,257	/ [1,400,068,137 +	11,180,662 +	176,163] =	0.95941923
東區分區	= [195,465,275	/ [181,924,412 +	2,359,937 +	26,876] =	1.06051748

5. 一般服務全區平均點值 = [9,543,294,896 - 88,612,647 - 1,787,345] = 0.93251877

107年第1季

結算主要費用年月起迄：107/01-107/03

核付截止日期：107/06/30

頁次：29

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

+ 專款專用暫結金額

+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥醫療資源不足且點值低暫結金額]

/加總[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)+自墊核退點數(BI)

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)+移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

=[9,543,294,896+703,437,784+ 35,965,599+ 4,332,324]

/[10,143,490,441+ 88,612,647+ 1,787,345+694,930,968+ 35,426,609]= 0.93823403

註：專款專用暫結金額=品質保證保留款預算+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
+牙周病統合照護計畫(第1、2階段)暫結金額+牙周病統合照護計畫(第3階段)結算金額(含一般服務支應之不足款)+品質保證保留
款預算(全年預算總金額/4)

= 703,437,784

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月106/12(含)以前：於107/04/01~107/06/30期間核付者。

費用年月107/01~107/03：於107/01/01~107/06/30期間核付者。

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

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

說明：

- 一、依據本署 106 年 1 月 11 日健保醫字第 1060032544 號公告「106 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、本署已於 107 年 8 月 21 日前完成發放作業。
- 三、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。
- 四、106 年牙醫門診總額品質保證保留款核發作業辦理結果摘要說明如下(附件 4)：
 - (一)106 年計 1,291 家(18.5%)牙醫院所未領取品保款(1,289 家不符核發資格，2 家指標達成率為 0%)，5,705 家院所符合獎勵條件且核發品保款。
 - (二)106 年預算為 228,860,275 元，每家牙醫院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 228,860,402 元，與預算相差 127 元。

決定：

表 1、106 年牙醫門診總額品質保證保留款預算數

年度	105 年	106 年	總計
預算	116,382,605	112,477,670	228,860,275

註：

106 年牙醫品質保證保留款以最近兩年(105、106 年)該保留款成長率的累計額為限，即 106 年度品質保證保留款成長率 0.3%與 105 年度原預算基礎。

表 2、106 年牙醫門診總額品質保證保留款指標核發及不核發家數統計

分區	各分區 院所家數 (A)=(B)+(C)+(D)	符合獎勵條件 且領取品保款 院所家數(B)	核發金額	未領取品保款 不符核發資格 院所家數(C)	指標達成率為 0%	院所家數(D)	核發院所 家數百分比 (E)=(B)/(A)	不核發院所 家數百分比 (F)=(C+D)/(A)
台北	2,709	2,047	78,391,216	662	-	-	75.6%	24.4%
北區	873	751	36,782,229	122	-	-	86.0%	14.0%
中區	1,357	1,165	45,261,517	191	1	1	85.9%	14.1%
南區	841	756	31,681,500	85	-	-	89.9%	10.1%
高屏	1,076	864	32,750,862	212	-	-	80.3%	19.7%
東區	140	122	3,993,078	17	1	1	87.1%	12.9%
總計	6,996	5,705	228,860,402	1,289	2	2	81.5%	18.5%

註：

1. 每家院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發 228,860,402 元，與預算相較差距 127 元。
2. 核發品保款資格：牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且非醫療行為異常暨違規院所及不符合加強感染管制院所者，得核發品質保證保留款。
3. 核發獎勵指標：分為專業獎勵共四項指標，核發基礎為 80%，詳方案附表一；政策獎勵共六項指標，核發基礎為 20%，詳方案附表二。

表1、106年牙醫門診總額品質保證保留款預算數

年度	105年	106年	總計
預算	116,382,605	112,477,670	228,860,275

註：

106年1月11日健保醫字第1060032544號公告「106年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理，106年牙醫品質保證保留款以最近兩年(105、106年)核保留款成長率的累計額度為限，即106年度品質保證保留款成長率0.3%與105年度預算基礎。

表2、106年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額—分區別

分區別	核發比率	不予核發	5%≤X<20%	20%≤X<40%	40%≤X<60%	60%≤X<80%	80%≤X<100%	全部核發	總計
核發家數情形									
台北	家數	662	31	318	596	561	423	118	2,709
	家數占率	24.4%	1.1%	11.7%	22.0%	20.7%	15.6%	4.4%	100%
北區	家數	122	28	73	232	227	150	41	873
	家數占率	14.0%	3.2%	8.4%	26.6%	26.0%	17.2%	4.7%	100%
中區	家數	192	25	183	380	327	182	68	1,357
	家數占率	14.1%	1.8%	13.5%	28.0%	24.1%	13.4%	5.0%	100%
南區	家數	85	23	128	226	208	126	45	841
	家數占率	10.1%	2.7%	15.2%	26.9%	24.7%	15.0%	5.4%	100%
高屏	家數	212	16	124	306	226	150	42	1,076
	家數占率	19.7%	1.5%	11.5%	28.4%	21.0%	13.9%	3.9%	100%
東區	家數	18	7	25	40	32	16	2	140
	家數占率	12.9%	5.0%	17.9%	28.6%	22.9%	11.4%	1.4%	100%
總計	家數	1,291	130	851	1,780	1,581	1,047	316	6,996
	家數占率	18.5%	1.9%	12.2%	25.4%	22.6%	15.0%	4.5%	100%
核發金額情形(單位:千元,%)									
台北	核發金額	-	51	1,768	10,139	18,615	32,979	14,839	78,391
	金額占率	0%	0.07%	2.3%	12.9%	23.7%	42.1%	18.9%	100%
北區	核發金額	-	87	679	6,058	10,565	11,920	7,472	36,782
	金額占率	0%	0.24%	1.8%	16.5%	28.7%	32.4%	20.3%	100%
中區	核發金額	-	25	1,189	7,261	11,966	15,084	9,737	45,262
	金額占率	0%	0.05%	2.6%	16.0%	26.4%	33.3%	21.5%	100%
南區	核發金額	-	38	928	4,855	8,284	10,797	6,780	31,682
	金額占率	0%	0.12%	2.9%	15.3%	26.1%	34.1%	21.4%	100%
高屏	核發金額	-	17	1,012	5,894	9,119	12,179	4,530	32,751
	金額占率	0%	0.05%	3.1%	18.0%	27.8%	37.2%	13.8%	100%
東區	核發金額	-	5	193	1,140	1,522	872	261	3,993
	金額占率	0%	0.12%	4.8%	28.5%	38.1%	21.8%	6.5%	100%
總計	核發金額	-	222	5,769	35,347	60,071	83,832	43,620	228,860
	金額占率	0%	0.10%	2.5%	15.4%	26.2%	36.6%	19.1%	100%

註：不予核發包含0%及不符資格，全部核發為100%。

表3、106年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額—層級別

層級	核發比率	不予核發	5%≤X<20%	20%≤X<40%	40%≤X<60%	60%≤X<80%	80%≤X<100%	全部核發	總計
核發家數情形									
醫院	醫學中心	-	-	-	-	1	11	7	19
	區域醫院	2	-	4	7	17	21	23	74
	地區醫院	28	1	8	8	10	16	9	80
	醫院小計	30	1	12	15	28	48	39	173
	占率	17.3%	0.6%	6.9%	8.7%	16.2%	27.7%	22.5%	100%
基層診所	診所小計	1,261	129	839	1,765	1,553	999	277	6,823
	占率	18.5%	1.9%	12.3%	25.9%	22.8%	14.6%	4.1%	100%
總計	總家數	1,291	130	851	1,780	1,581	1,047	316	6,996
	占率	18.5%	1.9%	12.2%	25.4%	22.6%	15.0%	4.5%	100%
核發金額情形(單位:千元,%)									
醫院	醫學中心	-	-	-	-	156	6,062	5,528	11,746
	區域醫院	-	-	34	303	1,394	3,472	6,251	11,455
	地區醫院	-	3	51	70	393	952	1,900	3,368
	醫院小計	-	3	85	374	1,943	10,486	13,679	26,570
	占率	0%	0.0%	0.3%	1.4%	7.3%	39.5%	51.5%	100%
基層診所	診所小計	-	219	5,684	34,973	58,128	73,346	29,941	202,291
	占率	0%	0.11%	2.8%	17.3%	28.7%	36.3%	14.8%	100%
總計	總金額	-	222	5,769	35,347	60,071	83,832	43,620	228,860
	占率	0%	0.10%	2.5%	15.4%	26.2%	36.6%	19.1%	100%

註：不予核發包含0%及不符資格，全部核發為100%。

第五案

報告單位：本署違規查處室

案由：牙周病統合照護計畫查核專案報告(附件5)。

決定：

牙周病統合照護計畫 查核專案報告



違規查處室

報告大綱



- 緣起
- 執行結果
- 罰則
- 致函公會
- 建議

緣起



- 本署為提升牙周病照護品質，減少後續口腔疾病醫療費用之負擔，實施牙周病統合照護計畫。
- 惟近年來該照護計畫收案人數持續增加，為確定該計畫照護品質，防杜不實申報醫療費用之不正當行為，藉以減少健保醫療浪費及保障保險對象就醫權益，爰研訂本查核專案。

2

執行結果



- 目前已查獲14家院所違規。
 - 追扣費用：1家。
 - 限期改善：1家。
 - 扣減費用：6家。
 - 停止特約：6家。
- 共計違規申報6百餘萬元。

3

執行結果



- 主要違約虛報醫療費用類型
 - 保險對象自始完全未接受牙周病統合照護計畫，卻向本署虛報醫療費用。
 - 保險對象未接受齒齦下刮除或牙根整平治療，卻向本署虛報牙周病統合照護計畫第二階段之醫療費用。
 - 保險對象未接受麻醉，卻向本署虛報麻醉醫療費用。

4

罰則



- 特約醫療院所如經查有虛報情事：
 - 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法
 - 特約院所停終約處分
 - 負責醫師及行為責任醫師不予支付處分
 - 全民健康保險法第81條
 - 如涉及刑責，依法移送司法機關辦理
 - 課處不實申報醫療費用2至20倍罰鍰

5

致函公會



致函牙醫師公會全國聯合會

- 再次重申前述罰則之嚴重性，惠請協助宣導應依規定辦理照護服務並核實申報醫療費用。
- 轉知會員再次檢視費用申報資料，如有錯誤申報，請儘速主動向本署各分區業務組繳回。
- 查獲違規院所如犯後態度良好、坦承不諱、自清未經本署查獲之違規費用，則依「全民健康保險法第八十一條規定違法案件函送偵辦注意事項」第二點規定，將其配合程度酌予考量，送司法機關作為量刑之參考。

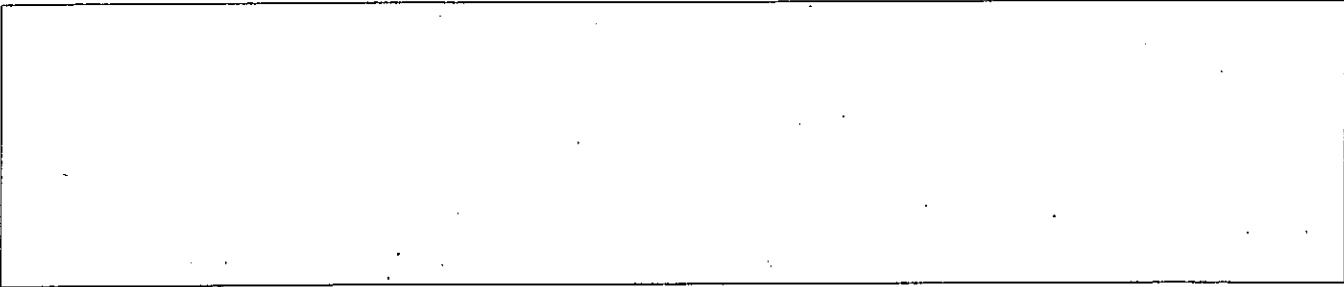
6

建議



- 建議考量：
 - 每診所/醫師合理收案人數？
 - 第1階段及第2階段同日執行之條件
 - 定期追蹤被收案保險對象治療情形？
 - 院所退場機制？

7



***Thank you
for your kind attention!***

第六案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：180天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數及比例分析報告(附件6)。

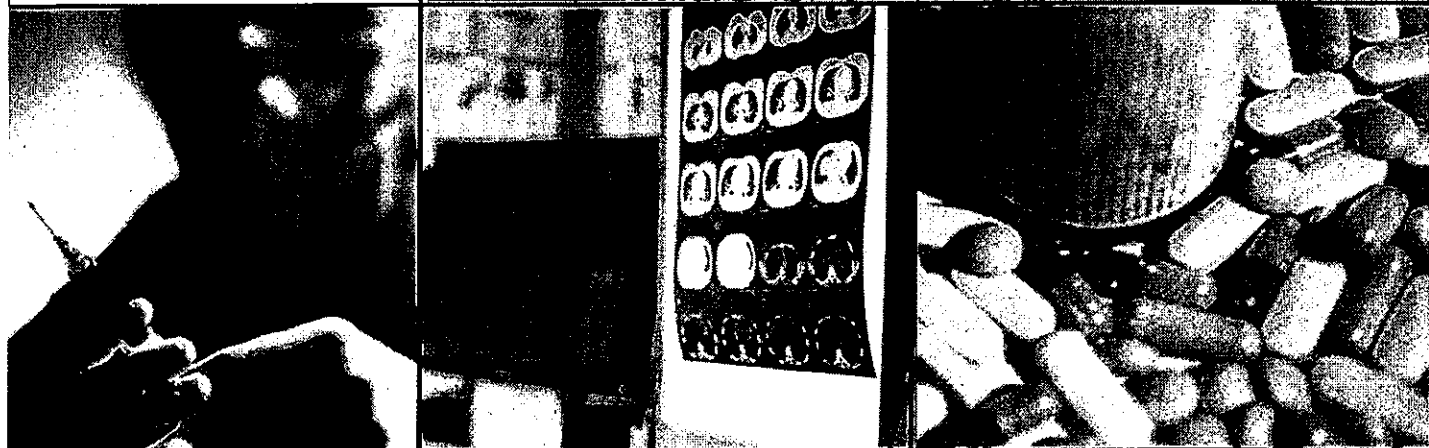
決定：



衛生福利部
中央健康保險署

附件6

180天內重複執行全口牙結石 (含跨院)件數及比例分析



醫審及藥材組



106年_180天內重複執行全口牙結石(含 跨院)件數比例情形

層級別\分區別	180天內重複 全口牙結石清 除件數(跨院)	占率	全口牙結石清 除件數	180天內重複 執行全口牙結 石(含跨院)件 數比例
層級別 醫院	41,257	10.8%	427,927	9.6%
診所	341,030	89.2%	8,683,661	3.9%
分區別 台北	117,351	30.7%	3,337,923	3.5%
北區	67,253	17.6%	1,305,701	5.2%
中區	67,019	17.5%	1,799,561	3.7%
南區	52,992	13.9%	1,133,720	4.7%
高屏	67,185	17.6%	1,391,253	4.8%
東區	10,487	2.7%	143,430	7.3%
合計	382,287	100.0%	9,111,588	4.2%

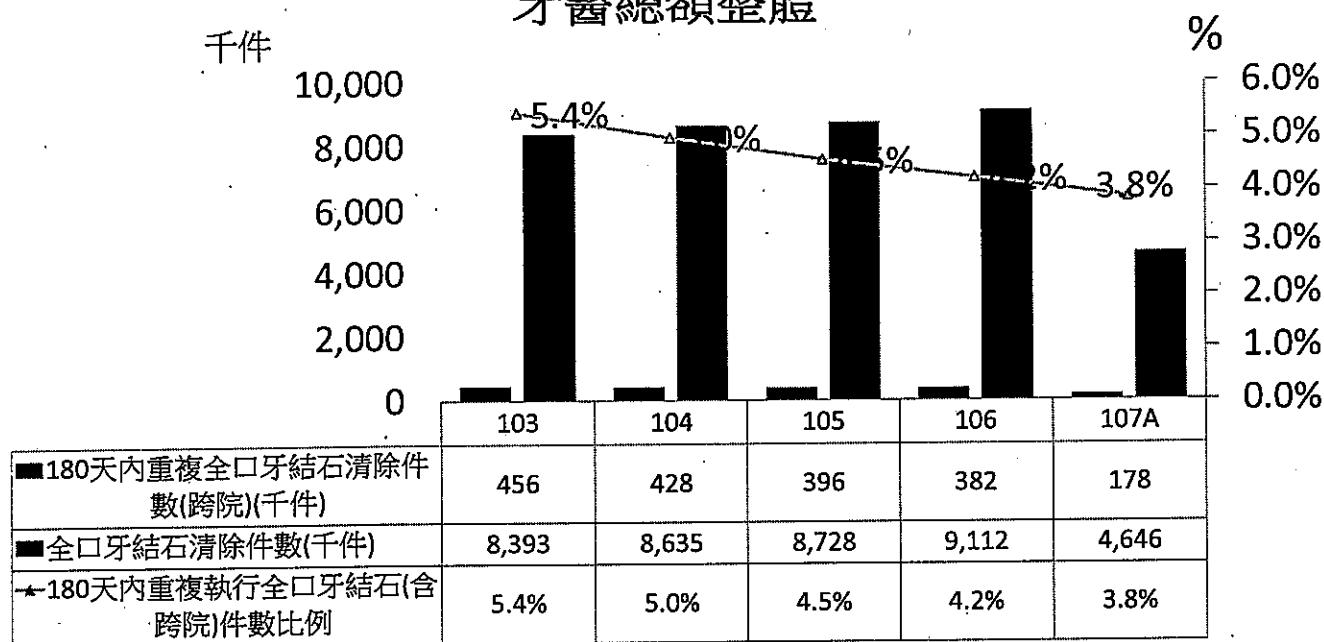
1. 資料來源：DA指標(1304).180天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數比例

2. 資料範圍：門診牙醫全口牙結石清除案件(醫令代碼為91004C，支付點數：600點)



牙醫總額部門180天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數比例逐年下降(由5.4%降至3.84%)

牙醫總額整體

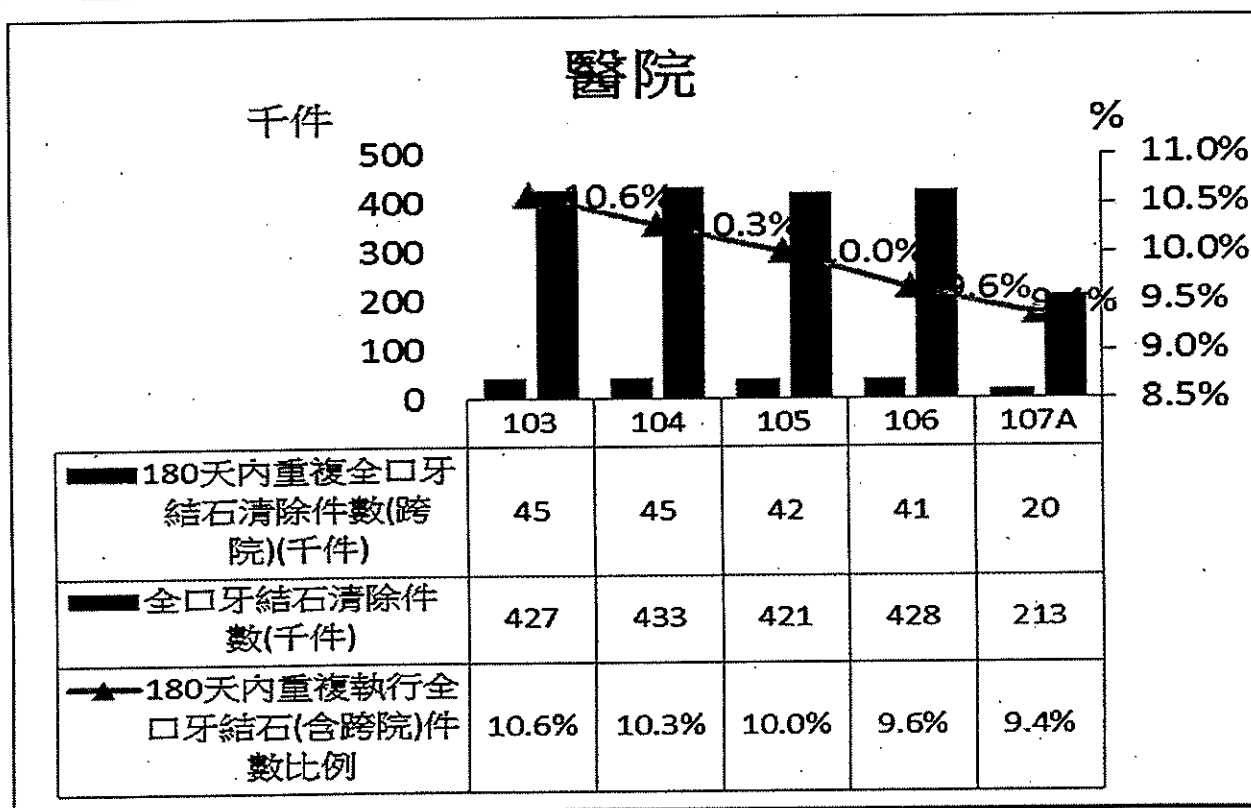


- 資料來源：DA指標(1304).180天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數比例
- 資料範圍：門診牙醫全口牙結石清除案件(醫令代碼為91004C，支付點數：600點)
- 107A：指107年上半年預估值，按106年基期值*(1+103~105年平均成長率)/2

3



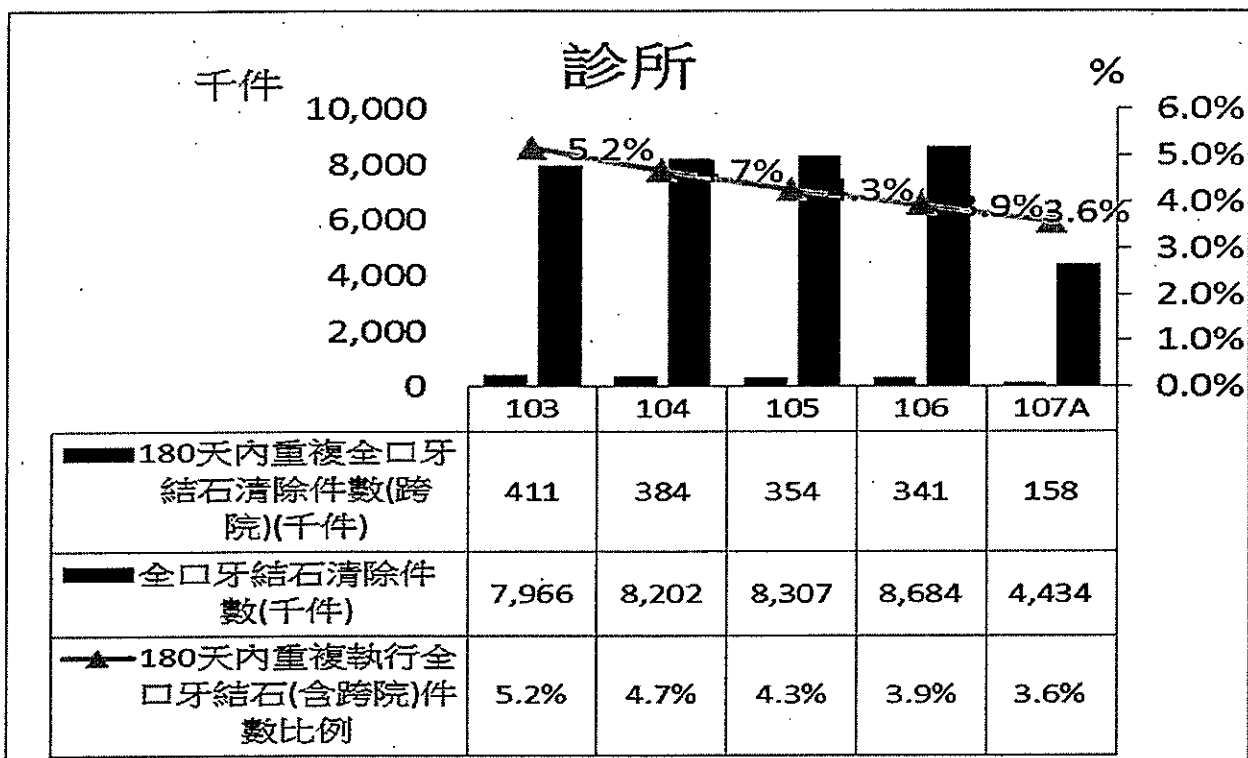
醫院180天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數比例下降(由10.6%降至9.4%)



4



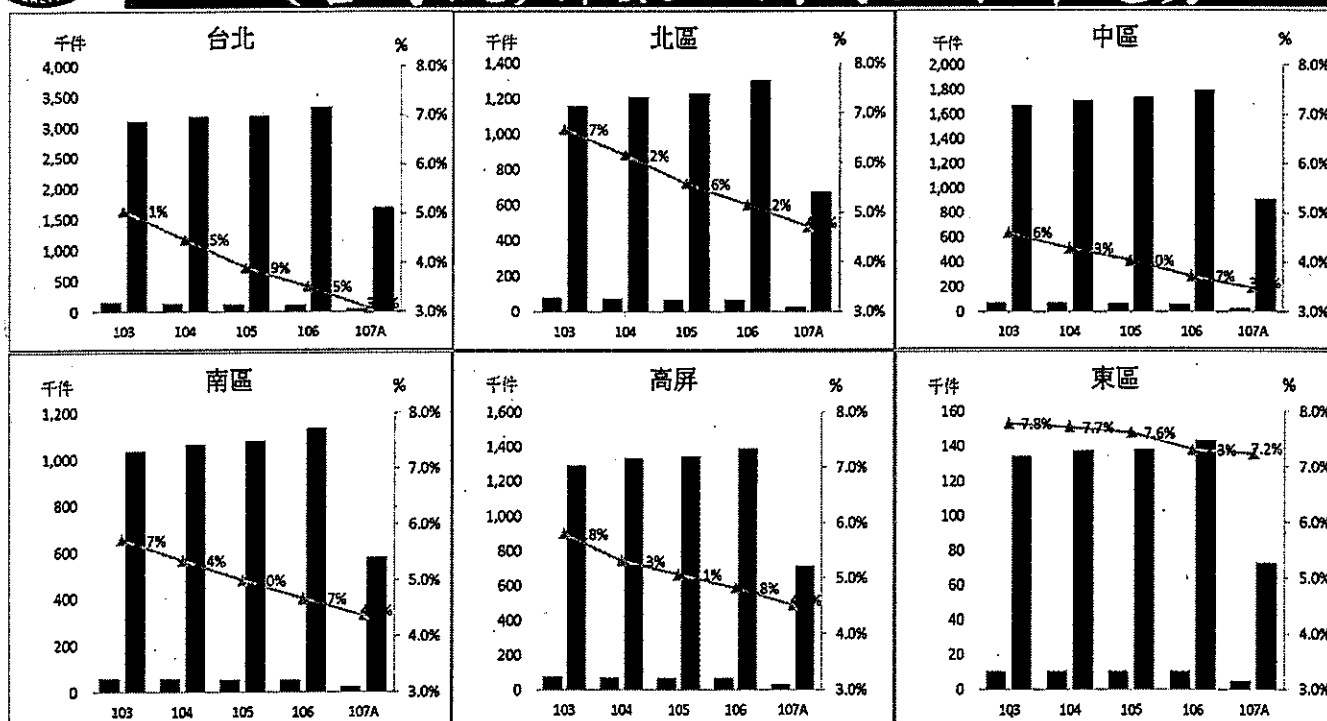
診所180天內重複執行全口牙結石 (含跨院)件數比例下降(由5.2%降至3.6%)



5



分區別_180天內重複執行全口牙結石 (含跨院)件數比例均呈下降趨勢



1. 資料來源：DA指標(1304). 180天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數比例
2. 資料範圍：門診牙醫全口牙結石清除案件(醫令代碼為91004C, 支付點數：600點)
3. 107A：指107年上半年預估值, 按106年基期值*(1+103~105年平均成長率)/2

6

結語

- ❖ 106年180天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數計38萬件，診所(占9成)、台北(占3成)為大宗
- ❖ 近五年「180天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數比例」均逐年下降
 - 其中診所(由5.2%降至3.6%)較醫院(由10.6%降至9.4%)顯著改善
 - 各分區亦逐年下降，尤以台北顯著改善(由5.1%降至3.1%)、其次是中區(由4.6%降至3.5%)
- ❖ 現行健保雲端醫療系統之牙科處置手術的頁籤，已含有跨院所病人資料及牙位圖形化顯示，若做過填補、拔牙或全口牙結石清除等都會顯示明細紀錄，請各分區及全聯會加強輔導牙醫師查詢使用該頁籤，應可避免跨院所同病人180日內即再次執行全口牙結石清除之情形。

7

未來作業方向

- ❖ 由牙全會依上次會議決議提出91004C支付標準項目修訂內容，增列臨床專業上可半年內加洗的例外條件或獨立支付項目。
- ❖ 前述支付項目修訂完成後，配合針對180日內跨院重複執行案件進行審查管理(例外案件申報時加註記)。

8