



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 112 年第 3 次研商議事會議

112 年 8 月 22 日（星期二）
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

112 年第 3 次會議議程

壹、 主席致詞

貳、 前次會議紀錄確認

參、 報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、牙醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、112 年第 1 季牙醫門診總額點值結算報告案	報 3-1
四、111 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。	報 4-1
五、牙周病統合治療方案 COVID-19 疫情期間退場機制計算及檢討。	報 5-1

肆、 討論事項

一、擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」,增加中華民國醫院牙科協會代表名額案。	討 1-1
二、112 年度牙醫門診總額部分協定項目之預算扣減方式及節流效益評估方式。	討 2-1
三、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。	討 3-1
四、修訂「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 4-1

伍、 散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

112 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 5 月 23 日 14 時整

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：李副署長丞華

紀錄：阮柏叡

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
成代表庭甄	成庭甄	陳代表義聰	陳義聰
何代表世章	(請假)	黃代表兆杰	黃兆杰
吳代表志浩	吳志浩	黃代表克忠	黃克忠
吳代表廸	吳廸	黃代表俊仁	黃俊仁
吳代表明彥	吳明彥	黃代表智嘉	黃智嘉
林代表順華	林順華	楊代表玉琦	楊玉琦
林代表敬修	林敬修	董代表正宗	(請假)
林代表鎰麟	林鎰麟	劉代表振聲	劉振聲
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表東螢	(請假)
洪代表純正	黃雪棟(代理)	蔡代表建宗	(請假)
范代表景章	范景章	蔡代表蕙如	蔡蕙如
徐代表邦賢	徐邦賢	謝代表偉明	謝偉明
翁代表德育	翁德育	簡代表志成	簡志成
陳代表亮光	陳亮光	顏代表國濱	顏國濱
陳代表彥廷	陳彥廷	羅代表界山	羅界山
陳代表淑華	陳淑華	蘇代表主榮	蘇主榮

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、張靈
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會	楊文甫、蔡欣原、連新傑 邵格蘊、潘佩筠、施奕含
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
台灣醫院協會	許雅琪、吳昱嫻、鄭禮育
中華牙醫學會	(請假)
本署臺北業務組	楊淑娟*、邱玲玉*、吳逸芸*
本署北區業務組	黃毓棠*、黃文雯*
本署中區業務組	蘇彥秀*、王奕晴*、陳淑英*、 張念賓*、簡育琳*
本署南區業務組	丁增輝*、賴文琳*
本署高屏業務組	謝明雪*、李金秀*、黃皓綱* 李昀融*、吳孜威*
本署東區業務組	劉翠麗*、陳珮毓*
本署醫審及藥材組	連恆榮、賴昱廷、陳盈如
本署醫務管理組	劉林義、林右鈞、張作貞 鍾欣穎、朱文珮、黃怡娟 劉立麗、鄭智仁、蔡孟芸 李佩純、楊麗娟、張佑禎 許智斌
本署企劃組	陳泰諭

主席致詞(略)

壹、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：下列 5 項繼續列管，其餘解除列管。

- 一、序號 1：「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」，請牙全會於下次會說明規劃進度。
- 二、序號 2：非健保特約院所實地訪查作業俟疫情緩和後請衛生福利部口腔健康司持續追蹤，餘解除列管。
- 三、序號 3：支付標準第三部牙醫第一章第一節「一般牙科門診診察費」停止適用日期案，請牙全會研議全面適用「牙醫門診加強感染管制實施方案」之修訂支付標準相關規範。
- 四、序號 5：有關 111 年 1 月至 6 月未申報感控診察費且經牙全會輔導未果之診所，請衛生福利部口腔健康司追蹤地方衛生主管機關之查核結果。
- 五、序號 10：為維護保險對象就醫權益，仍請牙全會持續研議將「顯微根管治療」納入新增診療項目可行性。

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。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、請本署醫務管理組提供 112 年第 1 季執行「無牙醫鄉服務」的醫院名單予牙全會，作為日後牙醫巡迴醫療後送醫院規劃之參考。
- 三、有關 112 年新增專款項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」、「超音波根管沖洗」，請牙全會依總額協定事項，於 112 年 6 月 30 日前提出實施成效、節流效益，俾提健保會報告。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。

決定：

- 一、111 年第 4 季「高風險疾病口腔照護」、「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，實際執行扣減金額(如下表)，分別為 201,518,430 元及 532,400 元。

單位：元

項目	協定文字	111 年第 3 季	111 年第 4 季	合計
高風險疾病口腔照護	依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。	200,000,000	201,518,430	401,518,430
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(專款)	依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。	550,000	532,400	1,082,400
合計		200,550,000	202,050,830	402,600,830

- 二、111 年第 4 季各分區一般服務點值確認如下：

點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.96763586	1.04262682	1.02636572	1.08187991	1.05133934	1.23634208	1.01216202
平均點值	0.95918057	1.02760765	1.02436757	1.07710853	1.04759999	1.22819007	1.01205864

- 三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

- 四、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂牙醫支付標準「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」診療項目名稱。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。

說明：

- 一、為使會議有效進行及討論聚焦，明列代表任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數為續聘必要條件。
- 二、為增進研商議事會議效率，保留各總額研商議事會議召開次數之彈性，維持每季召開1次之原則，惟當次會議若無需討論之議案得不召開，結算點值之確認，改以書面確認，爰將研商議事作業要點第2點條文「至少每3個月召開1次會議」修訂為「每3個月召開1次會議為原則」。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、如需調整現有牙醫門診總額之團體代表組成，請中華民國醫院牙科協會正式來函，本署將依行政程序辦理。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年牙醫門診總額研商議事會議開會時間修正案。

決定：112 年牙醫門診總額研商議事會議時間修訂如下表，第 2 次臨時會則視情況召開：

會議名稱	第 3 次會議	第 4 次會議	第 2 次臨時會
原定 會議時間	8 月 22 日 星期二 (下午 14：00)	11 月 21 日 星期二 (下午 14：00)	12 月 5 日 星期二 (下午 14：00)
修正後 會議時間	8 月 22 日 星期二 (下午 14：00)	11 月 21 日 星期二 (上午 9：30)	12 月 5 日 星期二 (上午 9：30)

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：111 年度牙醫總額專款項目宣導與規劃案。

決定：洽悉。另有關牙全會對 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫建議，請於年度計畫修訂提出具體內容供本署評估。

第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「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」執行成效報告。

決定：

一、洽悉。

二、本案將提至 112 年 7 月份全民健康保險會委員會議報告。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：112 年度牙醫門診總額地區預算分配案。

決議：本案通過如附件 1，同意修正高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，由「以該區前一季浮動點值計算，每點支付金額最高補至 1 元」，修正為「其浮動點值，以該區該季每點支付金額最高補至 1 元之差值」。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

- (一)X 光初診診察費醫令(01271C、01272C、01273C、00315C、00316C、00317C)：刪除支付項目與備註內之「初診」文字，且統一將「檢查」改為「診察」。
- (二)01271C「環口全景 X 光初診診察」、00315C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察」，修訂備註第 5 點為「本項與 00315C(001271C)三年內限擇一申報一次」，且一年內不得申報項目中，刪除環口全景 X 光診察之項目。
- (三)「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」增列不納入計算之項目，修訂對照如附件 2。

二、請牙全會來函補充說明前述 01271C、00315C 之「三年」區間計算方式，俾憑後續提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 年度牙醫門診加強感染管制實施方案」案。

決議：

一、本案通過如附件三，修訂重點如下：

- (一) 查本方案每年度皆會辦理牙醫感染管制實地訪查作業，爰調整實地訪查不合格之追扣區間，修正為追溯「12 個月」或「院所前次實地訪查合格次月 1 日起」之感染管制門診診察費與一般門診診察費費用差額(以追扣月份數較小者認定)。
- (二) 111 年牙醫外展點感染管制書面評核作業，同意展延書評資料上傳期限至 113 年 6 月 30 日(含)，並於 113 年下半年辦理未上傳書評資料、書評不合格之外展點實地訪查作業。
- (三) 補充執業計畫外展點得採「共同上傳」，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫外展點評核。

(四) 配合衛生福利部疾病管制署公告之牙科感染管制措施指引，修訂「廢棄物處理」章節內容。

(五) 修正「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」、「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」。

二、牙醫外展點感染管制書面評核作業期間，暫緩牙醫外展點之抽訪作業。

三、111 年牙醫外展點感染管制書面評核作業，除執業計畫外展點外，相關名單已匯入 VPN 牙醫院所感染管制登錄作業，請牙全會協助轉知牙醫院所於 113 年 6 月 30 日(含)前上傳資料。

第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 年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」，提請討論。

決議：

一、同意本方案執業計畫及巡迴服務計畫施行地區新增「南投縣鹿谷鄉」(分類級數：1級)。

二、未來將依據本會議每季會議召開前一個月月底健保特約院所資料，針對無牙醫鄉之增減情形，提案增刪本方案執業計畫及巡迴服務計畫施行地區，並依會議決議按程序辦理後續修正公告事宜；經查桃園市復興區4月中旬後為無牙醫鄉，爰納入本方案執業計畫施行地區(分類級數：2級)。

第五案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：研擬牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案。

決議：本案尚未取得共識，請牙全會提出具體計算方式後再與本署討論。

第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關原有牙醫門診總額方案歷年成長率如何認定，以牙周病統合治療方案為例，提請討論。

決議：於次年度總額協商時，請本署醫務管理組分別依現行公式(採計一般服務成長率)及牙全會建議公式(採計投保人口預估成長率、人口結構改變率)，計算牙周病統合照護之預算數，提供健保會協商參考。

肆、臨時動議：

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關 112 年度牙醫門診總額給付費用協定事項，牙醫特殊醫療服務計畫新增社區醫療網，請討論案。

決議：因社區醫療網需結合衛福部口腔司計畫執行，將繼續追蹤列管。

散會：17 時 00 分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 12 項，擬解除列管計 5 項，繼續列管計 7 項。

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
1	109_4_討(3)、109_臨 1_討(2)、109_臨 2_討(7)、110_臨 1_討(1)、110_2_討(5)、112_2_臨(1)：修訂「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」	109 年第 1 次臨時會議決議重點如下： 有關新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」，請牙全會修訂內容後於下次會議討論。 110 年第 1 次臨時會議決議重點如下： 除新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」未達共識暫予保留外，餘修正通過。 112 年第 2 次會議決議重點如下： 因社區醫療網需結合衛福部口腔司計畫執行，將繼續追蹤列管。	新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」已分別提至 109 年 12 月 8 日、12 月 23 日、110 年 1 月 15 日、110 年 8 月 24 日牙醫門診總額研商議事會議討論，惟未獲共識，俟牙全會提案再提請討論。考量本案追管多次，建議牙全會於下次會議提供辦理情形說明。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
2	109_臨 1_臨報(1)、109_臨 2_臨提(1)、110_臨 1_臨提(1)、110_1_報(5)、110_2_討(2)、111_1_討(1)、111_2_討(1)：有關修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。	非健保特約院所實地訪查作業俟疫情緩和後請衛生福利部口腔健康司持續追蹤。	【口腔司說明】 醫療機構辦理感染管制措施，係依傳染病防治法第 32 條及「醫療機構執行感染管制措施及查核辦法」規定，為本部疾病管制署(以下簡稱疾管署)權責。考量前為因應 COVID-19 疫情，疾管署暫停地方衛生機關業務考評，故由本司協助辦理，惟查疾管署「112 年度地方政府衛生局防疫業務考評指標」已將提升醫療機構感染管制品質納入指標項目，督導地方政府衛生局積極辦理，爰本案建請回歸現行機制，由疾管署本於權責辦理。	☐ 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
3	110_1_討 (1)、 111_4_討 (1): 支付標準第 三部牙醫第 一章第一節 「一般牙科 門診診察 費」停止適 用案	111 年第 4 次會議決議重點如下: 一、為提升病人就醫安全,請本署向衛生福利部口腔健康司確認牙醫診所、牙醫醫院醫療機構設置標準,規範院所應符合感染管控之標準,並研議本署「牙醫門診加強感染管制實施方案」與其一致之可行性。 二、112 年起「牙醫門診加強感染管制實施方案」是否依實訪合格時點調整追扣期間,請牙全會進行研議。 三、請牙全會提出牙醫院所應全面適用「牙醫門診加強感染管制實施方案」之時間,併同研議牙醫院所後續實地訪查、修訂支付標準相關規範及規劃完善配套措施。	【口腔司說明】 一、醫療機構辦理感染管制措施,係依傳染病防治法第 32 條及「醫療機構執行感染管制措施及查核辦法」規定,為本部疾病管制署(以下簡稱疾管署)權責。經查疾管署「112 年度地方政府衛生局防疫業務考評指標」已將提升醫療機構感染管制品質納入指標項目,督導地方政府衛生局積極辦理。 二、另診所設置標準表,業規定牙醫診所「應有清潔及消毒設備。」、「應有手部衛生設備。」、「診療室及候診場所寬敞、通風、光線充足。」、「所內外環境衛生良好,蚊、蠅、鼠害等病媒之防治有適當措施。」等感染管制規定。牙醫醫院設置基準表,亦有「病房應有空調設備」、「護理站應具洗手台」、「手術室應設更衣室及刷手台,具活動式紫外線消毒燈」等規定。惟有關牙醫診所及牙醫醫院辦理感染管制措施,仍建議回歸疾管署依權責辦理。 【健保署說明】 一、有關支付標準第三章第一節停止適用案,將俟牙全會提出全面適用「牙醫門診加強感染管制實施方案」之相關配套後,再提請討論。	☐ 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	
			二、本署建議或可朝調降一般診察費的方向研議。		
4	112_1_報(6): 牙全會輔導111年1至6月未申報感染管制門診診察費院所結果報告案。	請牙全會提供輔導未果之22家診所名單，由本署轉知衛生福利部口腔健康司，協請衛生福利部疾病管制署結合醫療機構感染管制查核作業，將前開診所優先納入地方衛生主管機關牙醫診所查核規劃對象。	【口腔司說明】 一、本部以112年4月19日衛部口字第1122040074號函請本部疾病管制署(以下簡稱疾管署)依醫療機構執行感染管制措施及查核辦法，結合醫療機構感染管制查核作業，優先納入地方衛生主管機關牙醫診所查核規劃對象，確保其符合感染管控標準，疾管署復於112年4月27日函請各縣市衛生局配合辦理。目前已回復查核結果計1家。 二、醫療機構辦理感染管制措施，係依傳染病防治法第32條及「醫療機構執行感染管制措施及查核辦法」規定，為疾管署權責。經查疾管署「112年度地方政府衛生局防疫業務考評指標」已將提升醫療機構感染管制品質納入指標項目，督導地方政府衛生局積極辦理，爰本案建請回歸現行機制，由疾管署本於權責辦理。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
5	112_1_討(5): 為維護保險對象就醫權益，請牙全會研議將「顯微根管治療」納入	一、牙全會於112年5月8日函復本署「顯微根管治療」是「根管治療使用顯微鏡」目前在牙髓病沒有特定適應症，在牙髓病臨床應用與適應症也不易舉證與查核，各縣市衛生局也已設立顯微鏡自費收費標準，不建議納入健保給付。	為維護保險對象就醫權益，本署於112年8月11日預擬「113年牙醫總額協商因素與專款項目計畫」會議，已建議牙全會納入113年總額預算編列項目，會議決議考量此治療項目尚未普	☒ 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	
	新增診療項目案。	二、為維護保險對象就醫權益，仍請牙全會持續研議納入新增診療項目可行性。	及，暫不列入 113 年牙醫總額項目。		
6	112_2_報(2)：牙醫門診總額執行概況報告案。	一、請本署醫務管理組提供 112 年第 1 季執行「無牙醫鄉服務」的醫院名單予牙全會，作為日後牙醫巡迴醫療後送醫院規劃之參考。 二、有關 112 年新增專款項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」、「超音波根管沖洗」，請牙全會依總額協定事項，於 112 年 6 月 30 日前提出實施成效、節流效益，俾提健保會報告。	一、有關 112 年第 1 季執行「無牙醫鄉服務」的醫院名單本署業於 112 年 7 月 19 日健保醫字第 1120663031 號函，提供牙全會。 二、牙全會已於 112 年 7 月 3 日提供相關指標，並提至同年月 26 日健保會報告，會議決議須研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式，爰提本次會議討論。 三、已納入本次討論事項第二案，建議於討論後解除列管。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
7	112_2_討(1)：112 年度牙醫門診總額地區預算分配案。	同意修正高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，由「以該區前一季浮動點值計算，每點支付金額最高補至 1 元」，修正為「其浮動點值，以該區該季每點支付金額最高補至 1 元之差值」。	本署業以 112 年 6 月 9 日健保醫字第 1120662265B 號函送健保會核備，並配合修正結算邏輯。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
8	112_2_討(2)：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫。	一、本案通過，修訂重點如下： (一) X 光初診診察費醫令(01271C、01272C、01273C、00315C、00316C、00317C)：刪除支付項目與備註內之「初診」文字，且統一將「檢查」改為「診察」。 (二) 01271C「環口全景 X 光初診診察」、00315C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察」，修訂備註第 5 點為「本項與 00315C(001271C)三年內限擇一申報一次」，且一年內不得申報項目中，刪除環口全景 X 光診察之項目。	本案已於 112 年 7 月 31 日預告結束，刻正陳報衛生福利部。	☐ 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	
		(三)「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」增列不納入計算之項目。 二、請牙全會來函補充說明前述 01271C、00315C 之「三年」區間計算方式，俾憑後續提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。			
9	112_2_討(3)：修訂「112 年度牙醫門診加強感染管制實施方案」案。	一、本案通過，修訂重點如下： (一)查本方案每年度皆會辦理牙醫感染管制實地訪查作業，爰調整實地訪查不合格之追扣區間，修正為追溯「12 個月」或「院所前次實地訪查合格次月 1 日起」之感染管制門診診察費與一般門診診察費費用差額(以追扣月份數較小者認定)。 (二)111 年牙醫外展點感染管制書面評核作業，同意展延書評資料上傳期限至 113 年 6 月 30 日(含)，並於 113 年下半年辦理未上傳書評資料、書評不合格之外展點實地訪查作業。 (三)補充執業計畫外展點得採「共同上傳」，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫外展點評核。 (四)配合衛生福利部疾病管制署公告之牙科感染管制措施指引，修訂「廢棄物處理」章節內容。 (五)修正「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」、「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」。 二、牙醫外展點感染管制書面評核作業期間，暫緩牙醫外展點之抽訪作業。 三、111 年牙醫外展點感染管制書面評核作業，除執業計畫外展點外，相關名單已匯入 VPN 牙醫院所感染管制登錄作業，請牙全會協助轉知牙醫院所於 113 年 6 月 30 日(含)前上傳資料。	本署業以 112 年 7 月 19 日健保醫字第 1120662980 號公告在案，並溯自 112 年 1 月 1 日起生效(如附件)。	☒	☐

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
10	112_2_討(4): 修訂「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」,提請討論。	一、同意本方案執業計畫及巡迴服務計畫施行地區新增「南投縣鹿谷鄉」(分類級數:1級)。 二、未來將依據本會議每季會議召開前一個月月底健保特約院所資料,針對無牙醫鄉之增減情形,提案增刪本方案執業計畫及巡迴服務計畫施行地區,並依會議決議按程序辦理後續修正公告事宜;經查桃園市復興區4月中旬後為無牙醫鄉,爰納入本方案執業計畫施行地區(分類級數:2級)。	本方案業以112年6月19日健保醫字第1120662645號公告在案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
11	112_2_討(5): 研擬牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案。	本案尚未取得共識,請牙全會提出具體計算方式後再與本署討論。	請牙全會提出具體計算方式與本署討論,年度結束前,若無共識方案,建議依循111年扣減方式計算。	☐ 解除列管	☒ 繼續列管
12	112_2_討(6): 有關原有牙醫門診總額方案歷年成長率如何認定,以牙周病統合治療方案為例,提請討論。	於次年度總額協商時,請本署醫務管理組分別依現行公式(採計一般服務成長率)及牙全會建議公式(採計投保人口預估成長率、人口結構改變率),計算牙周病統合照護之預算數,提供健保會協商參考。	本署已配合以現行公式(採計一般服務成長率)及牙全會建議公式(採計投保人口預估成長率、人口結構改變率)估算一般服務各項目之預算數,並提供113年牙醫總額協商參考。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

決 定：

112 年牙醫門診加強感染管制實施方案

108 年 5 月 3 日健保醫字第 1080005789 號公告修訂

108 年 9 月 27 日健保醫字第 1080013359 號公告修訂

109 年 2 月 13 日健保醫字第 1090001497 號公告修訂

109 年 9 月 21 日健保醫字第 1090013138 號公告修訂

110 年 3 月 10 日健保醫字第 1100032876 號公告修訂

111 年 6 月 23 日健保醫字第 1110109120 號公告修訂

112 年 7 月 19 日健保醫字第 1120662980 號公告修訂

一、目的：

本實施方案之目的，在於規範特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。

二、本方案實施方式：

(一)宣導教育方面：

1. 由牙醫門診總額受託單位(中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會)開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。
2. 由牙醫全聯會製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊」，並核發予各牙醫院所執行。

(二)牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引，訂定「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，並於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。

(三)特約院所依本方案「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」(附件 1)執行，並依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」(附件 2)自行評分，自評合格者(無項目得 D)，應將考評表函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)所轄分區業務組備查，並於次月開始申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(以下稱感染管制門診診察費)。

三、監控方式

- (一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。
- (二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。
- (三)經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格（任一項目為 D）之特約院所，處理原則如下：
 - 1. 屬「A. 硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B. 軟體方面」之第 1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。
 - 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額（以追扣月份數較小者認定）（依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理）。
 - 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費（如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用）。

四、感染管制 SOP 審查標準

- (一)依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。
- (二)每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不参加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場

提醒醫師或提共管會檢討。

(三)請依考評表內之評分標準進行查核。

(四)訪查抽樣比例：

1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則，未訪查過之院所優先辦理訪查。
2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。
3. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後，於全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應完成審查時程內進行實地訪查。
4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。

五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分；訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。

六、有關特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制：

- (一)依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件 3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)執行。
- (二)特約院所依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)自行評分，自評合格者(無項目得 X)，應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查，並於次月開始申報感染管制門診診察費。
- (三)院所經 110 年書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格者，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。惟 111 年特約院所已執行巡迴醫療、特殊醫療之牙醫服務地點(下

稱外展點)，其感染管制書面評核作業，如下：

1. 自評合格者須於 113 年 6 月 30(含)前，於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A. 硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書面評核資料)，由保險人所轄分區業務組進行評核，上傳方式如下：

(1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳：

A. 以每人每點為單位上傳。

B. 共同上傳：

a. 醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。

b. 執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。

(2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。

(3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。

2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。

3. 外展點未於 113 年 6 月 30 日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定)，採實地訪查。

4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。

(四)外展點未於 113 年 6 月 30 日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者，自次月 1 日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，於次月起(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)，方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至 113 年 6 月 30 日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，不在此限；並於排除上述不可抗

力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。

(五)本項訪查抽樣比例為 4%，未訪查過之外展點優先辦理訪查。另感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於 113 年 12 月 31 日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入 114 年度外展實地訪查優先名單。

(六)實地訪查為不合格(任一項目為 X)之特約院所，處理原則如下：

1. 屬「A. 硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B. 軟體方面」之第 1、2、6 項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。
2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。
3. 實地訪查不合格者，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費。(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。

七、本方案由保險人公告，併副知全民健康保險會，修訂時亦同。

附件 1 牙醫院所感染管制 SOP 作業細則

● 每日開診前

- 1.員工將便服、鞋子換成制服（或工作服）或診所工作用之鞋子並梳整長髮。
- 2.進行診間環境清潔。
- 3.進行治療檯清潔擦拭及其管路消毒，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02%漂白水（NaOCl）或 2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors)或合格管路消毒液沖洗管路 3 分鐘。
- 4.覆蓋無法清洗且易污染的設備，如診療椅之燈座把手、頭套、X光按鈕盤等。
- 5.檢查所有器械之消毒狀況或將前一天已浸泡消毒之器械處理並歸位，或將已滅菌妥善之各式器械依類別歸位。
- 6.依當天約診(或預估)之病人數及其診療項目，準備充足器械及各式感染管制材料。
- 7.診間所有桌面儘量淨空乾淨，物品儘量依序放在櫃子內保持清潔。
- 8.牙醫院所應就現況，制定感染管制計畫與實施流程，全體員工定期討論、改進、宣導與執行。

● 診療開始前

- 1.診療椅之診盤(tray)上儘量保持清潔與淨空。
- 2.將病人欲治療所需之器械擺設定位。
- 3.病歷及 X 光片放置在牙醫師可見之清潔區內，不要放在治療盤上。
- 4.對應診病人應執行「標準防護措施」(Standard Precautions)，至少包括詢問病人詳細全身性病史、傳染病史，如：B、C 型肝炎等病史、及 TOCC〔旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster)〕。
- 5.引導病人就位，圍上圍巾，給予漱口 30 秒至 1 分鐘。
- 6.牙醫師及所有診所牙醫助理人員需穿戴個人防護裝備，至少包括配戴口罩與手套，必要時使用面罩、髮帽、防護衣等。
- 7.遵守手部衛生五時機（即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人體液風險後、接觸病人後、接觸病人環境後），以及洗手六（七）步驟（內、外、夾、弓、大、立、完（腕，手術時適用））；不可使用同一雙手套照護不同病人。

● 診療中

- 1.使用洗牙機頭或快速磨牙機頭等會產生飛沫氣霧之器械時，建議使用面罩。
- 2.必要時，提供病人適當防護，以避免殘屑掉入病人眼睛。

3.治療過程依感染管制之各項原則，如：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等措施執行看診。

註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義如下。

- － 公筷母匙：共用之醫療藥品或用品，應備置公用之器具分裝，以保持衛生，避免傳染疾病。
- － 單一劑量：於正確的時間給予正確的病人，正確劑量的正確用藥，亦即醫療藥品應準備病人一次使用完的劑量（如注射劑），以提高醫療的服務品質。
- － 單一流程：以單一順序流程，依一定順序逐步執行。
- － 減少飛沫氣霧：使用適當的防護物品，避免暴露於血液、唾液和分泌物、飛沫及氣霧。適當的防護措施如戴手套、口罩、護目鏡、面罩、隔離衣及避免被尖銳物品器刺傷等，均可避免感染之機會。

● 診療結束病人離開後

- 1.病人治療結束，離開治療椅後，先將治療盤上所有醫療廢棄物收集，並作感染與非感染性、可燃與非可燃性之區分，置於診間的分類垃圾筒內。
- 2.治療後之污染器械（包括手機、檢查器械等）收集後，若無馬上清洗，可暫存在清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」（holding solution）內，防止污染之血液或唾液乾燥，以利後續清洗。
- 3.可拋棄之器械（包括吸唾管、漱口杯等）則收集後放入分類之垃圾筒。
- 4.下一位病人就位前，可用噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作台、痰盂、治療椅台面等，必要時（如各類傳染性肝炎或其他感染性疾病病人或儀器遭污染者）重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。
- 5.倘若發生針扎事件，依「針扎處理流程」進行處理。
- 6.牙醫師看完一病人需更換一副手套，並勤洗手，若口罩遇濕或污染需更換。
- 7.牙醫相關人員應脫掉手套再寫病歷、接電話...等，避免造成「交互污染」。

● 門診結束後

- 1.整理器械，依照廠商說明書進行器械的清潔消毒滅菌作業。
- 2.下班前需將環境作初級整理與消毒，並將廢棄物分類及處理，完成器械清洗、消毒或滅菌作業，勿將診間之污染物暴露隔夜。
- 3.管路消毒，放水放氣與拆下濾網，徹底清洗。
- 4.離開診間前，徹底洗手，必要時更衣換鞋，安全乾淨地回家。
- 5.門診結束後，應保持通風或使用空氣濾淨器。

● 尖銳物扎傷處理流程

- 1.牙醫院所製訂「尖銳物扎傷處理流程」，平時應全體員工宣導及演練。

- 2.被尖銳物刺傷時，立即進行擠血、沖水、消毒等步驟。
- 3.在診所者，立即報告主管或負責人，並同時迅速至醫院相關科別就診。在醫院者，立即報告單位主管與感染管制單位，且應於 24 小時內作出處置建議。
- 4.將尖銳物扎傷事件始末，處理流程、傷者姓名、病人姓名、目擊者、採取措施、治療結果、責任歸屬、善後處理、追蹤檢查、檢討改進等，寫成報告備查，並作為牙醫院所防止尖銳物扎傷事件之教材。

● 牙科醫療廢棄物處理

步驟一：執行前需先考慮下列各項

- 1.診所每天之垃圾量及內容物。
- 2.看診人數、時間、流程及診所之科別性質。
- 3.診所內之人力配置與工作分擔情形。

依據上述各項再決定最適合診間之廢棄物作業流程計畫。

步驟二：垃圾分類

- 1.牙醫診所的垃圾共可分為一般垃圾、感染性醫療廢棄物、毒性醫療廢棄物及資源回收垃圾，前兩者又可細分為可燃性與不可燃性。
- 2.當病人看完後，在治療椅之檯面上先作初級分類，再分別放入相對應之有蓋容器內。

項目		內容
一般垃圾	可燃	紙張
	不可燃	金屬製品、玻璃器、瓷器...等。
資源回收垃圾		空藥瓶、空塑膠罐、寶特瓶、廢鐵罐、日光燈、紙張雙面使用後回收、廢紙箱...等。
感染性垃圾	可燃	凡與病人唾液和由血液接觸過之可燃性物品，如：紗布、棉花、手套、紙杯、吸唾管、表面覆蓋物、口罩、防濕障...等。
	不可燃	針頭、縫針、刀片、鑽針、拔髓針、根管銼、金屬成型環罩、矯正用金屬線、矯正器、牙齒...等。
毒性醫療廢棄物		如 X 光顯定影液、銀汞殘餘顆粒...等。

步驟三：不同之貯存容器與規定

- 1.可燃性感染性廢棄物需放入紅色有蓋垃圾桶內。
- 2.不可燃性感染性廢棄物需放入黃色有蓋垃圾桶內。
- 3.若醫療廢棄物送交清運公司焚化處理者，亦可以紅色容器裝不可燃感染性廢棄物。
- 4.銀汞殘餘顆粒或廢棄 X 光顯、定影溶液屬於毒性醫療廢棄物，需分別裝入

特定容器內，必要時可以銀回收機回收，或交由合格清運公司處理。

5.廢棄針頭、刀片等利器需裝入防穿刺特定容器或鐵罐中。

6.可回收之垃圾則依規定作好分類貯存之。

7.一般垃圾則貯存在有蓋之垃圾桶內。

步驟四：垃圾之清除

1.委託或交付行政院環境保護署(以下稱環保署)認定之合格感染性事業廢棄物清除機構負責清除診所之可燃及不可燃醫療廢棄物。

2.當收集廢棄物之容器約七、八分滿時，即可將廢棄物做包裝貯存的處置，若未達七、八分滿，則每天至少要處置一次。

3.若無法每天清除，則需置於 5°C 以下之醫療廢棄物專用冷藏箱，以七日為期限，或置於攝氏 0°C 以下冷凍，以 30 日為限；清運公司將醫療廢棄物置於「收集桶」(清運公司提供厚紙板彎折而成)內清運，並須索取遞聯單，保存備查。

4.在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉 5°C 以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

● 牙科器械消毒及滅菌

一、牙科器械消毒及滅菌原則：

1. 醫療物品依器械/用物與人體組織接觸之感染風險，可分成三大類：

分類	定義	例子	消毒滅菌法
重要醫療物品 critical item	凡有進入人體無菌組織或血管系統(如口腔外科手術、拔牙、牙周手術、植牙手術、根管治療等)之物品。	拔牙鉗、牙根挺、手術刀、鑽針、根管銼...等。	滅菌。
次重要醫療物品 semi-critical item	使用時須接觸皮膚或黏膜組織，而不進入血管系統或人體無菌組織之物品。	銀汞填塞器、銀汞輸送器、矯正鉗、口鏡、探針、鑷子、手機、洗牙機頭等。	滅菌或高層次消毒。
非重要醫療物品 non-critical item	使用時只接觸完整皮膚而不接觸人體受損的皮膚或黏膜者。	治療椅、工作檯面、X光機把手、開關按鈕等。	清潔或中層次~低層次消毒。

註：臨床使用消毒劑分類如下：

- (1) 高層次消毒劑：可用於殺滅非芽孢的微生物，即可殺死細菌的繁殖體、結核菌、黴菌及病毒。常用的消毒劑包括：2%戊二醛(glutaraldehyde)、6%過氧化氫(hydrogen peroxide)、過醋酸(peracetic acid)、磷苯二甲醛(ortho-phthalaldehyde, OPA)、>1000ppm 的次氯酸水溶液(sodium hypochlorite)。
- (2) 中層次消毒劑：通常用在皮膚消毒或水療池消毒，可殺死細菌的繁殖體、結核菌、部分黴菌、部分親水性病毒及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：10%優碘或碘酒、70-75%(w/v)酒精。
- (3) 低層次消毒劑：可殺死細菌的繁殖體、部分黴菌及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：酚化合物(phenolics)、四級銨化合物(quaternary ammonium compounds)、氯胍(chlorhexidine gluconate)、較低濃度(一般為 100ppm)的次氯酸水溶液。

2. 器械使用完後，初步分類，並浸泡在清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」內，等待清洗。
3. 清洗人員穿戴手套及口罩、防水隔離衣或一般隔離衣外加防水圍裙(或其他具防水性質之衣物)跟護目鏡或面罩，以刷子及清水清洗器械表面之唾液及污染物，或置於「超音波震盪器」清理。
4. 器械洗淨後，擦乾，依廠商說明將有關節器械上潤滑油或防鏽油，並分類打包，裝入滅菌包裝袋(peel pouches，即打包袋)或以布單包裹，並標示滅菌日期(依序放入滅菌鍋進行滅菌作業)。

二、蒸氣滅菌：

1. 目前常見高溫高壓蒸氣滅菌模式：
 - (1) 重力式高壓蒸氣滅菌：利用重力原理將存在鍋內之空氣排出鍋外，進而達到滅菌的效果。
 - (2) 抽真空式高壓蒸氣滅菌：先將滅菌鍋內空氣抽出鍋外，使鍋內幾乎成為真空狀態，再使蒸氣注入鍋腔中，以達到滅菌效果。
2. 監測頻率：
 - (1) 每鍋次進行機械性監測，在每次滅菌開始與結束時，藉由觀察與記錄滅菌鍋的時間、溫度、壓力等儀表或計量器，評估滅菌鍋運轉之性能是否正常。
 - (2) 化學指示劑(chemical indicator)：
 - i. 每一滅菌包、盤、管袋外部必須使用第 1 級(包外)化學指示劑。
 - ii. 每一滅菌包、盤、管袋內部建議使用第 3 級(含)以上的化學指示劑。
 - (3) 生物指示劑(biological indicator)：
 - i. 建議每個開鍋日或至少每週，在第一個滿鍋使用含生物指示劑或含生物指示劑和第 5 級化學指示劑的過程挑戰包(process challenge device, PCD)監測高壓蒸氣滅菌鍋滅菌效能。
 - ii. 建議每一放有植牙器材鍋內，使用含生物指示劑和第 5 級化學指示劑之過程挑戰包進行測試，並應在得知培養結果為陰性後才可發放使用器材。
 - iii. 每個開鍋日，如有需要，建議可再選擇其他鍋次使用含生物指示劑和/或第 5 級化學指示劑之過程挑戰包進行測試，作為不含植入性醫材鍋次的常規測試與發放依據。
3. 紀錄保存
 - (1) 滅菌過程紀錄包括：
 - i. 滅菌鍋編號及鍋次。
 - ii. 滅菌日期及時間。
 - iii. 滅菌鍋內的內容物。
 - iv. 滅菌鍋次的參數，如溫度、時間、壓力等。
 - v. 化學測試結果，包含包內化學指示劑及包外化學指示劑。

- vi. 生物測試(含對照組)結果。
- vii. 操作者簽名。

(2) 紀錄保存可以書面或電子格式保存。

(3) 滅菌鍋應定期維修及保養，若監測發生異常，表示滅菌鍋有問題，則停止使用滅菌器，並同時通知廠商維修滅菌器。

4. 滅菌後器械之處置

(1) 乾燥及冷卻：器械滅菌後須進行乾燥及冷卻，目前已有許多滅菌鍋附加自動冷卻烘乾系統。

(2) 貯存：

- i. 將滅菌後之器械放置於封閉的空間內，例如有罩或有門之櫃內，不可放置於水槽下等容易潮濕或污染的地方。
- ii. 取用時可採取「先放先取」之原則；使用滅菌物品前，應檢視包裝的完整，確認包裝沒有破損或潮濕。
- iii. 滅菌物品的存放期限依包裝材質不同或貯存環境條件而異，建議機構參考相關文獻、指引或實證經驗，訂定機構內的管理原則，確實遵守。

三、牙科手機之滅菌流程

1. 使用過之手機，先去除外表污穢物，再運轉 20-30 秒，讓水徹底清除手機內管路。
2. 拆下手機，依照廠商指示步驟及指定之清潔劑與清水刷洗外表殘屑(勿浸泡手機，除非廠商建議)，並乾燥之。
3. 使用廠商指定之潤滑劑，並依其指示步驟潤滑手機，可將手機裝回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨。
4. 包裝完成後，依廠商指示放入高溫高壓蒸氣滅菌鍋或低溫滅菌鍋內滅菌。
5. 從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用。

● 教育及宣導

1. 醫療機構應宣導手部衛生、咳嗽禮儀及適當配戴口罩等，並於明顯處所張貼標示；醫療人員於診療過程中應適時提醒及提供相關防治訊息之衛教服務。

2. 醫療機構應訂有員工保健計畫，提供預防接種、體溫監測及胸部 X 光等必要之檢查或防疫措施；並視疫病防治需要，瞭解員工健康狀況，配合提供必要措施。

醫療機構應訂定員工暴露病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件之預防、追蹤及處置標準作業程序。

3. 醫療機構應訂有員工感染管制之教育訓練計畫，定期並持續辦理防範機構內工作人員感染之教育訓練及技術輔導。

前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。

4. 醫療機構應訂有因應大流行或疑似大流行之虞感染事件之應變計畫，其內

容應包含適當規劃病人就診動線，研擬醫護人員個人防護裝備（PPE）及其穿脫程序、不明原因發燒病人處理、傳染病個案隔離與接觸追蹤及廢棄物處理動線等標準作業程序。

附件 2 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

自評日期：____年____月____日(由院所自評時填寫日期) 自評醫師簽名：_____

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
-----------	-----------

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合 C，洗手水龍頭需免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手圖(遵守手部衛生五時機及六步驟)、擦手紙及垃圾桶。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及在效期內的消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
	A. 符合 B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔。			
	B. 符合 C，定期清潔並有紀錄；診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨。			
	A. 符合 B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合 C，詢問病人詳細全身病史、傳染病史及 TOCC(旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster))，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服；不可使用同一雙手套照護不同病人，且穿脫手套時確實執行手部衛生。			
	B. 符合 C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCl) 或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)或合格管路消毒液沖洗管路 3 分鐘。			
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
4. 門診結束	C. 治療台擦拭清潔，管路消毒放水放氣，清洗濾網。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
後治療台消毒措施	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
5. 完善廢棄物處置	C. 有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
	B. 符合 C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A. 符合 B，備有廢棄物詳細清運紀錄。			
6. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	C. 制訂診所防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
7. 器械浸泡消毒	C. 選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B. 符合 C，消毒劑置於固定容器及加蓋，並覆蓋器械。			
	A. 符合 B，記錄器械浸泡時間。			
8. 重要醫療物品器械滅菌	C. 器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。			
	B. 符合 C，化學指示劑監測，並完整紀錄。			
	A. 符合 B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。			
9. 滅菌後器械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨、乾燥且有覆蓋物之處，並依效期先後使用。			
	B. 符合 C，器械貯存不超過有效期限(打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限)。			
	A. 符合 B，器械定期清點，若包裝破損或過期器械，需重新清洗打包滅菌，並有紀錄可查詢。			
10. 感染管制流程制訂	C. 診所須依牙科感染管制 SOP，針對自家診所狀況，制訂看診前後感染管制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B，院所內 70%工作人員，每年參加一小時感管教育訓練課程，建立手部衛生教育訓練，得包括線上數位學習課程，並造冊存查。			
11. 安全注射行為	C. 單一劑量或單次使用包裝的注射藥品僅限單一病人單次使用(如:沒打完之麻藥管不可供他人使用)。			
	B. 符合 C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B，定期檢討及改善，並有紀錄可查。			
12. 一人一機	C. 高速手機清洗並以滅菌袋包裝後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。			
	B. 符合 C，放置包內包外化學指示劑監測，並完整紀錄。			
	A. 符合 B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。			

- ※ 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 26 條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。
- ※ 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 29 條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽章：

保險人所轄分區業務組陪同人員：

(不參與感染管制 SOP 考評)

上述資料經本人確認無誤，並且已明白「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」、「牙醫門診加強感染管制實施方案」之相關規定。

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

附件 3 牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則

一、診療前

1. 攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。
2. 固定治療椅比照一般牙醫院所治療椅開診前感染管制標準。
3. 開診前治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCL)或 2.0% 沖洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路 3 分鐘，或依治療台廠商說明書進行開診前之清潔消毒。
4. 診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。
5. 當天使用之手機(handpiece)、鑽針、洗牙機頭(scaling tip)、拔牙挺(elevator)等侵入性外科用具，須高壓滅菌後裝入無菌器械盒或個別包消並標示滅菌日期。
6. 診療環境應有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。
7. 診療區域環境清潔。
8. 治療檯盡量保持清潔淨空，非使用需要之器具勿擺上，未使用之藥品器具要有外蓋蓋上或包布罩上，避免飛沫噴濺。
9. 牙醫師，護理人員及牙醫助理人員需穿戴個人防護裝備，至少包括口罩、手套與清潔工作服，並視需要穿戴隔離衣、髮帽、面罩或護目鏡。
10. 對應診病人依「標準防護措施」原則(Standard Precautions)提供照護，並詳細問診(可詢問院方人員)，包括詢問有無全身性疾病，各種傳染性疾病，如 B、C 型肝炎或其帶原者等病史)。
11. 遵守手部衛生五時機(即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人體液風險後、接觸病人後、接觸病人環境後)，以及洗手六(七)步驟(內、外、夾、弓、大、立、完(腕，手術時適用))；不可使用同一雙手套照護不同病人。

二、診療中

1. 治療過程應依標準防護措施及其他感染管制之各項原則，如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等執行看診。
註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義詳附件 1「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」之「診療中」。
2. 牙醫師看完每一位病人後需更換手套，手套脫除後應執行手部衛生；若口罩遇濕或污染需更換。
3. 牙醫相關人員脫掉手套後，應先執行手部衛生再寫病歷、接電話等，避免造成「交互污染」。
4. 若無清潔消毒滅菌設施時，使用後之手術器械應先以清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」(holding solution)處理，再放置於固定容器中攜回診所進行常規之清潔、或滅菌作業並記錄。

三、垃圾分類

1. 當病人看完後，在治療椅之檯面上先作初級分類，再分別放入相對應之有蓋容器內。
2. 若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」中「牙科醫療廢棄物處理」之步驟三規定貯存，並將醫療廢棄物置於冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由環保署認定之合格清運公司處理。

四、尖銳物扎傷處理流程：制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。

註：參照附件 1 之「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」之「尖銳物扎傷處理流程」。

附件 4 牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表

自評日期：____年____月____日(由院所自評時填寫日期) 自評醫師簽名：_____

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
醫師姓名：	醫師身分證號：
提供醫療服務地點：	

※考評標準：評分分為符合(○)、不符合(X)，任一項目不符合(X)則不合格。

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
2. 良好通風空調系統	診療區域有空調系統或通風良好，空調出風口需保持乾淨。			
3. 適當滅菌消毒設施(註一)	診療區域具有滅菌器及在效期內的消毒劑。			
4. 診間環境清潔	診療區域環境清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	看診前詢問病人病史。			
2. 適當個人防護措施	牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
3. 開診前治療台消毒措施	開診前治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCl)或 2.0% 沖洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路 3 分鐘，或依治療台廠商說明書進行開診前之清潔消毒。			
4. 門診結束後治療台消毒措施	診療結束後，治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			
5. 完善廢棄物處置(註二)	看診醫師院所內有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
6. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	制訂診療區域防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
7. 器械浸泡消毒及滅菌	診療當日使用之器械必須經過打包滅菌並標示消毒日期。			

註

1. 在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無清潔消毒滅菌設施時，使用後之手術器械應先以清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」(holding solution)處理，再放置於固定容器中攜回診所進行常規之清潔、或滅菌作業並記錄。
2. 在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」中「牙科醫療廢棄物處理」之步驟三規定貯存，並將醫療廢棄物置於冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由環保署認定之合格清運公司處理。
3. 攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。

- ※ 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 26 條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。
- ※ 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 29 條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽章：

保險人所轄分區業務組陪同人員：

(不參與感染管制 SOP 考評)

上述資料經本人確認無誤，並且已明白「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」、「牙醫門診加強感染管制實施方案」之相關規定。

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

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：

附件

牙醫門診總額

【執行概況報告】

行政院衛生福利部

中央健康保險署

112/08/22



1

大綱

- 01 112年第2季點值預估
- 02 112年第季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 112年第2季牙周病統合照護執行情形
- 04 112年牙醫總額新增診療項目申報情形
- 05 112年第1季牙醫總額各專款執行情形

2

112年第2季點值預估

01 點值預估假設

02 112年第2季點值預估

03 112Q2預估點值 vs 112Q1結算點值

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110Q2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111年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率(99.49186446%)校正得之(該占率以111Q4結算金額計算之)。
4. 預算攤月以111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112年得出每季各月之費用占率。
5. 112年「牙周病統合治療方案移撥款」8.724億元，採110年7月~111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111上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

4

112年第2季點值預估



112年【牙醫門診總額】就醫分區點值推估

月份	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第2季	臺北	3,798	0	38	3,951	0.9516	0.9520
	北區	1,817	0	17	1,803	0.9989	0.9989
	中區	2,207	0	21	2,224	0.9831	0.9833
	南區	1,490	0	14	1,414	1.0430	1.0425
	高屏	1,708	0	15	1,707	0.9921	0.9922
	東區	216	0	2	182	1.1763	1.1740
	合計	11,236	0	107	11,281	0.9866	0.9867

註：111Q2結算全國浮動點值為1.0858、平均點值為1.0855

5

112Q2預估點值 vs 112Q1結算點值



分區別	暫核付點值					
	112年第1季 結算點值(A)		112年第2季 預估點值(B)		點值差距(B-A)	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
臺北	0.9232	0.9325	0.9516	0.9520	0.0284	0.0195
北區	0.9911	1.0032	0.9989	0.9989	0.0077	-0.0044
中區	1.0112	1.0125	0.9831	0.9833	-0.0281	-0.0292
南區	1.0282	1.0363	1.0430	1.0425	0.0148	0.0063
高屏	1.0180	1.0212	0.9921	0.9922	-0.0259	-0.0290
東區	1.1346	1.1500	1.1763	1.1740	0.0417	0.0240
合計	0.9859	0.9861	0.9866	0.9867	0.0006	0.0006

- ◆ 依據112年4月6日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額112年第1次臨時研商議事會議紀錄決議，維持現行以最近一季結算點值進行暫付/核定金額計算。
- ◆ 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自**112年9月15日起**，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依**112年第1季結算點值**辦理。

6

112年第2季牙醫總額醫療供給及利用概況

7

牙醫診所數【分區別】



◆ 108年6月-112年6月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
108年6月	2,619	849	1,315	812	1,018	120	6,733	0.82%
109年6月	2,619	864	1,323	815	1,010	116	6,747	0.21%
110年6月	2,626	894	1,318	814	1,006	112	6,770	0.34%
111年6月	2,635	911	1,315	815	1,007	111	6,794	0.35%
112年6月	2,673	937	1,335	812	1,002	109	6,868	1.09%
增減家數	38	26	20	-3	-5	-2	74	
成長率	1.4%	2.9%	1.5%	-0.4%	-0.5%	-1.8%	1.1%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

8

牙醫師執業數【分區別】



◆ 108年6月-112年12月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
108年6月	6,135	1,999	2,646	1,617	2,059	216	14,672	2.8%
109年6月	6,338	2,083	2,712	1,662	2,105	215	15,115	3.0%
110年6月	6,468	2,181	2,785	1,663	2,152	212	15,461	2.3%
111年6月	6,548	2,255	2,814	1,677	2,220	213	15,727	1.7%
112年6月	6,655	2,326	2,888	1,709	2,249	216	16,043	2.0%
增減人數	107	71	74	32	29	3	316	
成長率	1.6%	3.1%	2.6%	1.9%	1.3%	1.4%	2.0%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

9

牙醫師執業數【層級別】



◆ 108年6月-112年6月

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
108年6月	1,182	750	226	12,514	14,672	3.4%	-0.3%	5.6%	2.8%
109年6月	1,207	774	239	12,895	15,115	2.1%	3.2%	5.8%	3.0%
110年6月	1,201	798	260	13,202	15,461	-0.5%	3.1%	8.8%	2.4%
111年6月	1,200	795	280	13,452	15,727	-0.1%	-0.4%	7.7%	1.9%
112年6月	1,194	788	264	13,797	16,043	-0.5%	-0.9%	-5.7%	2.6%
增減人數	-6	-7	-16	345	316				

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

10

就診牙醫人數【分區別】



◆ 112年第2季

單位：千人

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110Q2	1,289	601	791	531	634	69	3,891	-14.5%
111Q2	1,478	680	878	579	688	69	4,346	11.7%
112Q2	1,810	810	1,016	657	790	83	5,132	18.1%
增減人數	332	130	138	78	102	13	786	
成長率	22.5%	19.2%	15.7%	13.5%	14.9%	19.3%	18.1%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

11

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 112年第2季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	286	26.7%	3.3%	457,301	22.5%	3.7%	1,598	-3.3%
2區域醫院	279	20.5%	3.2%	459,502	17.8%	3.7%	1,644	-2.2%
3地區醫院	119	25.7%	1.4%	187,514	22.9%	1.5%	1,581	-2.2%
4基層診所	7,957	14.6%	92.1%	11,055,731	13.2%	89.7%	1,389	-1.2%
5交付機構	-	-	-	165,881	5.9%	1.3%	-	-
合計	8,641	15.3%		12,325,930	13.8%		1,426	-1.3%

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】



◆ 112年第2季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫次數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	3,026	19.9%	1,810	22.5%	1.67	-2.1%	4,339,347	18.3%	1,434	-1.3%
北區	1,343	16.1%	810	19.2%	1.66	-2.5%	1,964,802	14.3%	1,463	-1.6%
中區	1,672	12.4%	1,016	15.7%	1.65	-2.9%	2,432,377	11.3%	1,455	-1.0%
南區	1,120	11.0%	657	13.5%	1.70	-2.2%	1,564,761	10.8%	1,398	-0.2%
高屏	1,341	12.0%	790	14.9%	1.70	-2.5%	1,815,999	8.9%	1,354	-2.7%
東區	139	16.6%	83	19.3%	1.68	-2.2%	208,644	15.3%	1,499	-1.1%
合計	8,641	15.3%	5,132	18.1%	1.68	-2.4%	12,325,930	13.8%	1,426	-1.3%

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】



◆ 112年第2季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	27	40.0%	5,256	50.8%	197	7.7%
2.牙醫急診	4	48.6%	9,856	92.7%	2,476	29.7%
3.牙醫門診手術	15	16.1%	45,424	13.6%	3,121	-2.2%
4.無牙醫鄉服務	47	37.5%	74,781	59.2%	1,588	15.8%
5.牙醫特殊醫療	45	43.2%	137,137	49.9%	3,028	4.7%
6.牙醫急診醫療不足區	0.2	61.5%	240	105.1%	1,270	27.0%
7.其他專案	8,503	15.0%	11,887,356	13.3%	1,398	-1.5%
8.交付機構	-	-	165,881	5.9%	-	0.0%
合計	8,641	15.3%	12,325,930	13.8%	1,426	-1.3%

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】



◆ 112年第2季

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	-	-	13	-41.8%	16	236.5%	5,227	51.1%	-	-	5,256	50.8%
2.牙醫急診	7,305	96.4%	2,462	90.0%	88	-4.5%	2	-79.8%	-	-	9,856	92.7%
3.牙醫門診手術	26,618	20.5%	15,444	1.2%	3,032	36.4%	330	-22.3%	-	-	45,424	13.6%
4.無牙醫鄉服務	247	2154.5%	691	92.0%	374	269.9%	73,469	58.0%	-	-	74,781	59.2%
5.牙醫特殊醫療	26,191	39.7%	23,741	48.9%	9,192	31.9%	78,012	56.6%	-	-	137,137	49.9%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	240	105.1%	-	-	-	-	240	105.1%
7.其他專案	396,941	20.8%	417,152	16.8%	174,572	22.1%	10,898,691	12.8%	-	-	11,887,356	13.3%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	165,881	5.9%	165,881	5.9%
合計	457,301	22.5%	459,502	17.8%	187,514	22.9%	11,055,731	13.2%	165,881	5.9%	12,325,930	13.8%

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】



◆ 112年第2季(表_1/2)

案件分類	1.一般案件(簡表)		2.牙醫急診		3.牙醫門診手術		4.無牙醫鄉服務		5.牙醫特殊醫療	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	1,717	59.7%	4,135	111.6%	9,102	30.2%	6,943	87.0%	41,376	63.2%
北區	828	63.5%	381	66.8%	4,256	16.0%	5,509	76.3%	23,927	56.6%
中區	563	48.8%	1,561	60.8%	11,279	5.2%	17,237	51.6%	29,912	39.2%
南區	1,417	33.2%	1,719	112.4%	6,895	6.1%	15,414	50.6%	14,169	43.0%
高屏	684	56.8%	1,821	84.7%	11,720	15.0%	19,472	34.6%	22,585	43.8%
東區	46	79.8%	239	44.5%	2,171	12.0%	10,206	151.4%	5,168	37.8%
合計	5,256	50.8%	9,856	92.7%	45,424	13.6%	74,781	59.2%	137,137	49.9%

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】



◆ 112年第2季(表_2/2)

案件分類	6.牙醫急診醫療不足區		7.其他專案		8.交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	-	-	4,220,476	18.0%	55,597	7.5%	4,339,347	18.3%
北區	-	-	1,902,219	13.8%	27,683	7.8%	1,964,802	14.3%
中區	-	-	2,338,232	10.9%	33,593	3.6%	2,432,377	11.3%
南區	240	105.1%	1,503,281	10.2%	21,626	5.7%	1,564,761	10.8%
高屏	-	-	1,735,787	8.3%	23,930	4.1%	1,815,999	8.9%
東區	-	-	187,360	11.8%	3,453	3.3%	208,644	15.3%
合計	240	105.1%	11,887,356	13.3%	165,881	5.9%	12,325,930	13.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

17

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 112年第2季

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	37,180	8.9%	28,060	8.4%	1,141,106	22.2%	3,132,779	17.2%	222	-6.6%	4,339,347	18.3%
北區	16,678	10.1%	13,417	6.7%	509,785	18.0%	1,424,896	13.1%	26	-19.9%	1,964,802	14.3%
中區	20,870	5.4%	17,170	3.8%	634,236	14.8%	1,759,966	10.2%	135	17.8%	2,432,377	11.3%
南區	14,339	8.0%	11,445	5.5%	412,106	12.9%	1,126,702	10.1%	170	18.3%	1,564,761	10.8%
高屏	14,372	4.8%	12,282	4.5%	488,094	14.0%	1,301,184	7.2%	67	2.1%	1,815,999	8.9%
東區	2,479	9.6%	1,816	3.8%	53,239	20.2%	151,055	13.9%	55	144.0%	208,644	15.3%
總計	105,918	7.7%	84,190	6.1%	3,238,566	17.5%	8,896,581	12.6%	675	9.5%	12,325,930	13.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

18

申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】



◆ 112年第2季

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療費小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	7,541	11.8%	3,307	20.2%	109,206	31.1%	336,835	20.3%	412	12.7%	457,301	22.5%
區域醫院	6,312	16.0%	3,559	15.8%	109,677	25.0%	339,728	15.8%	226	15.2%	459,502	17.8%
地區醫院	1,521	13.0%	1,312	20.1%	44,208	26.7%	140,438	21.9%	35	-34.5%	187,514	22.9%
基層診所	379	4.9%	298	1.3%	2,975,475	16.7%	8,079,580	12.0%	-	-	11,055,731	13.2%
交付機構	90,165	6.8%	75,714	4.9%	-	-	-	-	1.5	62.1%	165,881	5.9%
總計	105,918	7.7%	84,190	6.1%	3,238,566	17.5%	8,896,581	12.6%	675	9.5%	12,325,930	13.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

19

112年第2季醫療服務供給 & 利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (112年6月)	2,673	937	1,335	812	1,002	109	6,868
成長率	1.4%	2.9%	1.5%	-0.4%	-0.5%	-1.8%	1.1%
醫師數 (112年6月)	6,655	2,326	2,888	1,709	2,249	216	16,043
成長率	1.6%	3.1%	2.6%	1.9%	1.3%	1.4%	2.0%
人口數 (千)	7,499	3,878	4,555	3,270	3,641	530	23,373
人口數 (成長率)	1.33%	1.36%	0.59%	0.01%	0.30%	-0.31%	0.81%
每位醫師照護人口數	1,127	1,667	1,577	1,913	1,619	2,455	1,457
每萬人口醫師數	8.87	6.00	6.34	5.23	6.18	4.07	6.86
申報件數 (千)	3,026	1,343	1,672	1,120	1,341	139	8,641
成長率	19.9%	16.1%	12.4%	11.0%	12.0%	16.6%	15.3%
申報醫療費用 (百萬)	4,339	1,965	2,432	1,565	1,816	209	12,326
成長率	18.3%	14.3%	11.3%	10.8%	8.9%	15.3%	13.8%
平均每件申報醫療費用點數	1,434	1,463	1,455	1,398	1,354	1,499	1,426
成長率	-1.3%	-1.6%	-1.0%	-0.2%	-2.7%	-1.1%	-1.3%

註1：人口數來源為112年6月戶政統計，成長率為較111年同期相較。

註2：診所家數及醫師數成長率係與前一年同期比較。

註3：不含代辦案件，資料期間為112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

112年第2季牙周病統合照護執行情形

21

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 112年第1-2季

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C-91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	141,617	10.1%	1357.0	10.2%

全年預算：3,073.4百萬元

■ 累計預算執行率：44.15%

■ 服務人次執行率：47.2%
【141,617/300,000】

層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		合計	
	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)	55.5	16.6%	57.1	2.9%	32.4	16.6%	1212.0	10.2%	1357	10.2%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	521.0	214.7	266.3	136.8	198.3	20	1357
成長率	13.8%	21.8%	10.9%	6.5%	-5.7%	11.6%	10.2%

備註：

1.資料擷自112/7/31本署四代倉儲門診檔。

2.成長率係與前一年同期相比。

3.全年預算=前一年預算×當年一般服務成長率=3,052.0百萬元*(1+0.702%)=3,073.4百萬元

22

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 112年第2季

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C-91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	73,825	14.8%	704.6	15.2%

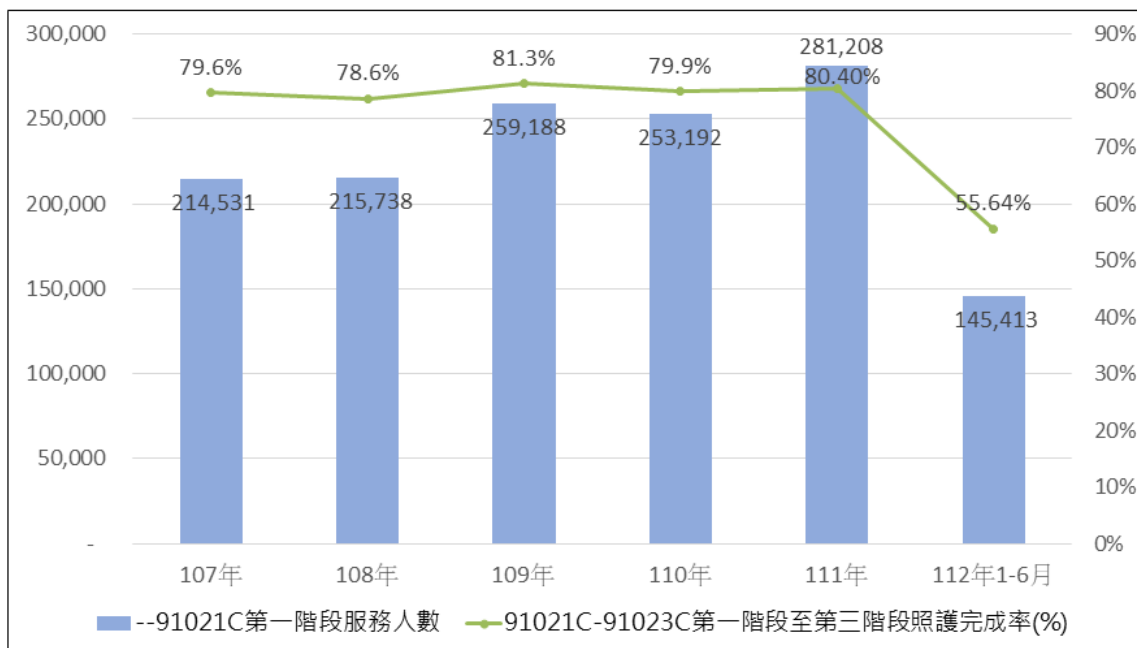
層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
申報點數 (百萬點)	29.0	31.8%	29.0	10.4%	16.6	23.6%	630	14.6%	704.6	15.2%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	273.5	111.2	138.1	71.1	100.8	9.9	704.6
成長率	22.5%	25.6%	13.8%	11.0%	-4.8%	15.7%	15.2%

備註：
1.資料擷自112/7/31本署四代倉儲門診檔。
2.成長率係與前一年同期相比。

23

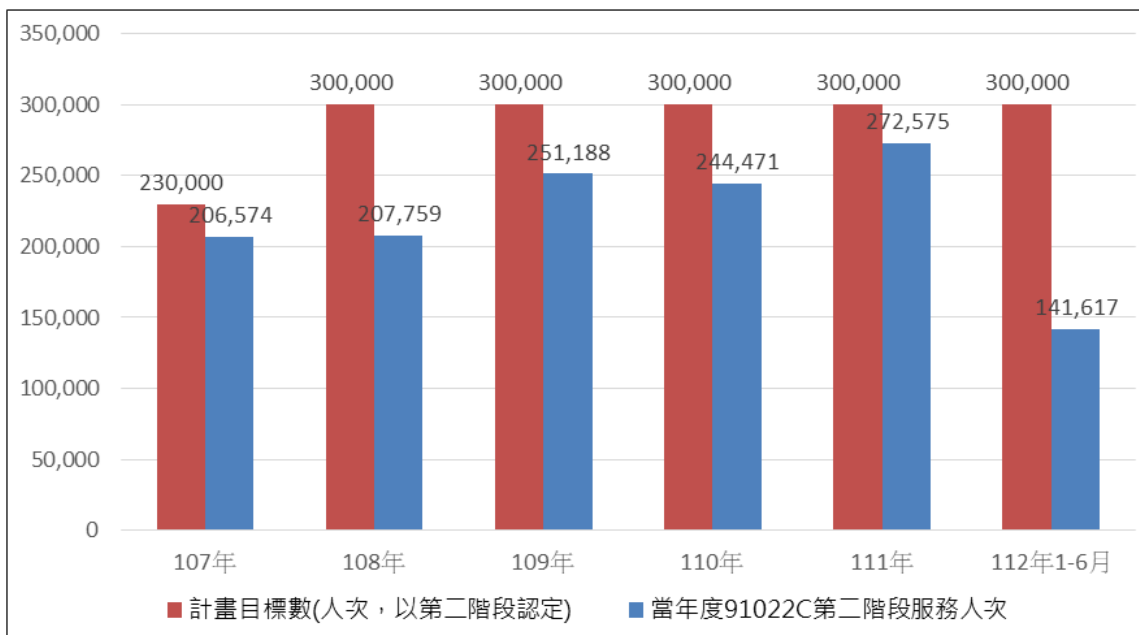
牙周病統合照護【三階段完成情形】



牙周病統合照護91021C 107年至111年收案人數由21.5萬人成長至28.1萬人之間，三階段照護完成率介於79%至81%。

24

牙周病統合照護【計畫目標執行情形】



計畫目標數係以第二階段人次認定，107年至111年第二階段照護人次由20.7萬人次成長至27.3萬人次，112年1-6月照護約14.2萬人次。

25

112年牙醫總額新增診療項目申報情形

- 01 顫顎關節相關支付項目
- 02 複雜型顫顎障礙症治療及追蹤
- 03 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆
- 04 112年新增專款項目

26

顫顎關節相關支付項目



◆ 統計至112年第2季

單位:百萬元

年度	門診費用申報															預算 執行率
	預算	92097C 顫顎關節障礙特殊 檢查費-初診		92098C 顫顎關節障礙特殊 檢查費-複診		92099B 單側顫顎關節障 礙乾針治療		92100B 單側顫顎關節 沖洗		92230B 單側顫顎關節 鏡手術		92161B 唾液腺摘取術		總計		
		人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	
108	12.0	13,699	13.7	7,632	3.8	3,484	2.4	438	0.8	7	0.1	-	-	23,643	20.9	174.01%
109	12.4	17,169	17.4	14,458	7.2	4,702	3.3	738	1.3	21	0.5	-	-	35,481	29.7	239.01%
110	24.8	20,277	20.4	17,263	8.6	5,492	3.8	852	1.5	6	0.1	118	0.2	42,053	34.8	140.16%
111	25.3	24,402	24.6	21,933	11.0	6,797	4.6	981	1.6	7	0.2	352	0.7	52,278	42.7	169.06%
112年 1-6月	40.9	12,380	12.5	12,207	6.1	3,631	2.5	385	0.6	8	0.2	198	0.4	27,642	22.3	54.45%

註：

1.108年度編列0.12億元，用於新增口腔外科診療項目，108.3.1及108.4.1起新增92097C顫顎關節障礙初診特殊檢查費等5項支付標準。

2.110年增編0.12億元用於擴大服務對象至疑似乾燥症患者，110.7.1起新增92161B唾液腺摘取術(每部位)。

3.112年「保險給付項目及支付標準之改變-顫顎關節相關支付項目」增編15.5百萬元。

27

複雜型顫顎障礙症治療及追蹤



◆ 統計至112年第2季

單位:百萬元

年度	預算	門診申報費用						執行率
		92069B 複雜型顫顎障礙症之特 殊咬合板		92070B 複雜型顫顎障礙症之特 殊咬合板治療追蹤檢查 與調整		總計		
		人次	費用	人次	費用	人次	費用	
107	41.6	6,604	46.5	18,573	11.2	25,170	57.6	138.6%
108	45.0	6,889	48.3	19,566	11.7	26,452	60.1	133.6%
109	46.6	7,223	50.8	19,431	11.7	26,644	62.5	134.0%
110	48.0	6,575	46.2	18,243	11.0	24,813	57.2	119.0%
111	48.9	7,645	53.7	20,283	12.2	27,920	65.8	134.6%
112年1-6月	62.7	3,930	27.6	11,137	6.7	15,060	34.3	54.6%

- 100年度「牙醫診總額-支付項目的改變-新增複雜型顫顎障礙症相關給付」編列36.9百萬元，用於新增92069B複雜型顫顎障礙症之特殊咬合板(7,000點)及92070B複雜型顫顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整(600點)。

- 112年「保險給付項目及支付標準之改變-複雜型顫顎障礙症治療及追蹤」增編13.5百萬元，爰112年預算為48.9百萬元*(1+112年一般服務成長率:0.702%)+13.5百萬元，共計62.7百萬元。

28

特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆



◆ 統計至112年第2季

單位:百萬點

年度	預算	門診申報費用										執行率
		91015C 特定牙周保存治療-全口總 齒數九至十五顆		91016C 特定牙周保存治療-全 口總齒數四至八顆		91018C 牙周病支持性治療		91091C特定牙周保存 治療-全口總齒數一至 三顆		總計		
		人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	人次	費用	
104	147.5	2,233	4.5	779	0.8	45,182	45.2	-	-	48,194	50.5	34.2%
105	152.0	4,974	10.0	1,676	1.7	136,178	136.2	-	-	142,842	147.9	97.3%
106	155.5	8,112	16.3	2,666	2.7	224,732	224.9	-	-	235,509	243.8	156.8%
107	158.2	10,148	20.3	3,345	3.4	325,757	326.0	-	-	339,250	349.6	221.0%
108	521.3	12,100	24.3	3,880	3.9	417,402	417.7	-	-	433,381	445.8	85.5%
109	539.8	13,735	27.5	4,491	4.5	501,575	501.9	-	-	519,801	533.9	98.9%
110	556.3	14,464	29.0	4,713	4.7	532,576	532.9	-	-	551,752	566.6	101.8%
111	566.6	16,650	33.4	5,495	5.5	636,351	636.7	-	-	658,496	675.6	119.2%
112年1-6月	624.1	9,672	19.4	3,410	3.4	370,387	370.6	327	0.2	383,795	393.6	63.1%

註：

1.104年新增「牙周顧本計畫」，預算147.5百萬元，新增3項診療項目：(1)特定牙周保存治療-全口總齒數9-15顆(91015C，2,000點)；(2)特定牙周保存治療-全口總齒數4-8顆(91016C，1,000點)；(3)牙周病支持性治療(91018C，1,000點)，於104.4.1公告生效。

2.108年「牙周病支持性治療(91018C)」所增加之費用，預算350百萬元。

3.112年特定牙周保存治療--全口總齒數一至三顆編列53.5百萬元。

29

112年新增專款項目



◆ 統計至112年第2季

實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數	服務人數	服務人次	醫療點數(百萬點)	預算來源
112/3/1	P7302C	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療	500	147,771	153,237	76.7	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫1010百萬元
112/3/1	P7303C	超音波根管沖洗	100	109,864	150,628	19.4	超音波根管沖洗計畫144.8百萬元

資料來源:本署四代倉儲門診檔(112/7/31擷取)

統計區間:11203-11206

牙全會已於112年7月3日提供上述兩項成效指標，並提至同年月26日健保會報告，會議決定持續研議可實質扣連節流效益之計算方式，並於112年12月委員會前提報，請牙全會於112年10月底前提供扣連節流效益之計算方式及推估112年量化金額，俾利本署提報健保會。

30

112年第1季牙醫總額各專款執行情形

31

一般服務移撥專用相關預算執行情形



112年第1季

單位：千點

112年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算	結餘款
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	40,345	-	-	-	40,345	200,000	159,655
執行率	20.2%	-	-	-	20.2%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	2,325	-	-	-	2,325	80,000	77,675
執行率	2.9%	-	-	-	2.9%	-	-
移撥支應牙醫特殊服務計畫專款	0	-	-	-	0	50,000	50,000
執行率	0.0%	-	-	-	0.0%	-	-
移撥支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」	131	-	-	-	131	15,000	14,869
執行率	0.9%	-	-	-	0.9%	-	-
合計	42,802	-	-	-	42,802	295,000	252,198

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

32

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



112年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					280,000	
1.執業服務之定額給付(論量)	18,584	-	-	-	18,584	31%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,977	-	-	-	3,977	7%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	-	-	-
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.2	-	-	-	0.2	0%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,654	-	-	-	4,654	8%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	-	-	-
7.巡迴服務_論次給付(論次)	29,382	-	-	-	29,382	49%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	1	-	-	-	1.4	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,927	-	-	-	2,927	5%
暫結金額	59,526				59,526	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	70,000	80,474	150,474	220,474		
本季未支用金額	10,474	80,474	150,474	220,474		
各季執行占總預算比率(%)	21.3%				21.3%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

33

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)



112年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					722,100	
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	3,889	-	-	-	3,889	2.83%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	19,805	-	-	-	19,805	14.40%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	25,318	-	-	-	25,318	18.41%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	24,930	-	-	-	24,930	18.13%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,666	-	-	-	10,666	7.76%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,256	-	-	-	1,256	0.91%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,903	-	-	-	9,903	7.20%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,599	-	-	-	9,599	6.98%
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	13,807	-	-	-	13,807	10.04%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	550	-	-	-	550	0.40%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	25	-	-	-	25	0.02%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	632	-	-	-	632	0.46%
13 醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)	12,271	-	-	-	12,271	8.92%
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	391	-	-	-	391	0.28%
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	3	-	-	-	3	0.00%
16 醫療團特定需求者(論次)	271	-	-	-	271	0.20%

34

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



112年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
17 醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務	4	-	-	-	4	0.00%
18 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	18	-	-	-	18	0.01%
19 醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	44	-	-	-	44	0.03%
20 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	13	-	-	-	13	0.01%
21 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	-	-	-	0	0.00%
22 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,399	-	-	-	1,399	1.02%
23 居家身心障礙者牙醫醫療服務	1,589	-	-	-	1,589	1.16%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	301	-	-	-	301	0.22%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	714	-	-	-	714	0.52%
26 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	-	-	-	0	0.00%
27 居家居整病人牙醫醫療服務	97	-	-	-	97	0.07%
28 居家出院準備牙醫醫療服務	0	-	-	-	0	0.00%
29 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	0	-	-	-	0	0.00%
暫結金額	137,496	-	-	-	137,496	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	180,525	223,554	404,079	584,604		
本季末支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	43,029	223,554	404,079	584,604		
執行占總預算比率	19.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19.0%	

35

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫預算執行情形



112年第1季

單位：千點

112年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	1,381	-	-	-	1,381	10,000
執行率	13.8%	-	-	-	13.8%	-

備註：

- 依據「112年度全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款優先支應。
- 一般服務各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

36

0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 預算執行情形



112年第1季

單位：千點

112年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	91	-	-	-	91	60,000
執行率	0.15%	-	-	-	0.15%	-

註：

依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

37

12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 預算執行情形



112年第1季

單位：千點

112年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	5,815	-	-	-	5,815	271,500
執行率	2.14%	-	-	-	2.14%	-

註：

依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

38

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫預算執行情形



112年第1季

單位：千點

112年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	16,182	-	-	-	16,182	184,000
執行率	8.79%	-	-	-	8.79%	-

註：

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

39

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



112年第1季

單位：千點

112年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
超音波根管沖洗計畫 (112年新增項目)	3,803	-	-	-	3,803	144,800
執行率	2.63%	-	-	-	2.63%	-

註：

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

40

齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 預算執行情形



112年第1季

單位：千點

112年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
齲齒經驗之高風險患者 氟化物治療計畫 (112年新增項目)	13,747	-	-	-	13,747	1,010,000
執行率	1.36%	-	-	-	1.36%	-

註：

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

41

網路頻寬補助費用預算執行情形



112年第1季

單位：千點

112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	35,027	-	-	-	35,027	168,000
執行率	20.8%	-	-	-	20.8%	-

註：

依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

42

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年第1季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、112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、112年第1季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下（結算報表詳附件，頁次報3-2）：

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
112Q1	浮動點值	0.92321781	0.99110400	1.01122834	1.02818693	1.01804979	1.13457560	0.98594845
	平均點值	0.93253097	1.00323932	1.01250199	1.03625317	1.02122270	1.15000000	0.98606808

- 三、檢附111年第1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
111Q1	浮動點值	0.96130199	1.04500326	1.01149924	1.07265558	1.02805895	1.21006124	1.00482979
	平均點值	0.95636014	1.03418682	1.00938051	1.06639351	1.02540689	1.20205116	1.00478622

- 四、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決定：

牙醫門診總額各分區 112年第1季點值計算說明

各區一般服務浮動點值、平均點值

投保 分區別	調整後分區 一般預算總額 (BD)	投保該分區當地就 醫浮動核定點數 (BF)	加總浮動核定點數 (GF)	跨區浮動點數×投 保分區前季點值 (AF)	投保該分區核定 非浮動點數(BG)	當地就醫分 區自墊核退 點數(BJ)	浮動點值	平均點值
							$[BD - (跨區浮動點數 \times 前季點值(AF)) - BG - BJ] / (BF)$	$(BD) / (GF + BG + BJ)$
臺北分區	4,206,246,196	3,593,379,493	4,471,396,325	849,600,572	38,993,205	180,463	0.92321781	0.93253097
北區分區	1,832,096,620	1,385,670,545	1,813,628,743	446,200,696	12,486,235	66,066	0.99110400	1.00323932
中區分區	2,100,270,109	1,868,599,158	2,056,421,349	192,774,258	17,852,063	63,368	1.01122834	1.01250199
南區分區	1,435,826,833	1,157,246,332	1,372,353,740	232,720,383	13,197,273	43,623	1.02818693	1.03625317
高屏分區	1,607,177,803	1,403,480,745	1,560,617,487	165,204,038	13,132,819	27,673	1.01804979	1.02122270
東區分區	213,473,575	152,042,693	183,281,907	38,622,356	2,339,210	8,079	1.13457560	1.15000000
全 區	11,395,091,136		11,457,699,551		98,000,805	389,272	0.98594845	0.98606808

註1：全區浮動點值 = $[BD - BG - BJ] / (GF)$ ；全區平均點值 = $(BD) / (GF + BG + BJ)$

註2：因東區季結算平均點值大於1.15元，啟動「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」
大於1.15元部分之預算列入該分區保留款。

製表日期：112年8月14日

=====

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)112年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

=112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) × 110年各季預算占率(Ra) × 該區110年各季人口風險因子(R_110)

= 11,109,497,939

註：依據111年11月22日「牙醫門診總額研商議事會議」111年度第4次會議決定，一般服務預算比照111年之分配方式，以107-109年各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率：第1季23.869908%、第2季24.384747%、第3季25.928519%、第4季25.816826%。112年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區110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。

112全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為46,541,854,870元：

1. 112年第1季調整後預算11,109,497,939元=112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_110)。

2. 112年第2季調整後預算11,349,113,559元=112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_110)。

3. 112年第3季調整後預算12,067,613,683元=[112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Rax(R_110)。

4. 112年第4季調整後預算= 112年全年預算數－ 112年第1季調整後預算－ 112年第2季調整後預算－ 112年第3季調整後預算
 = 46,541,854,870－ 11,109,497,939－ 11,349,113,559－ 12,067,613,683
 = 12,015,629,689元。

5. 計算過程詳本表頁次19：「三、一般服務費用總額」。

(二)112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

	110年 110年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	109年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	110年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	111年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	110年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	111年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	112年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G1)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	112年7項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	112年調整前各 季一般服務醫 療給付費用分 配至各分區預算 (D2)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)
				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 1.843\%)$			$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 0.702\%)$			$= G1 - C1 - F$	
第1季	10,824,811,219	-8,826,518	17,347,685	11,032,990,702	-35,422,301	2,649,921	11,077,439,855	26,806,674	311,850,000	10,738,783,181	0
第2季	11,585,257,829	-18,333,661	17,347,685	11,797,769,983	-52,345,562	2,649,921	11,830,545,824	28,723,750	311,850,000	11,489,972,074	0
第3季	12,429,803,469	-23,429,501	17,347,685	12,652,690,843	-59,761,198	2,649,921	12,684,000,535	30,832,102	311,850,000	12,341,318,433	0
第4季	12,102,225,867	-46,061,440	17,347,684	12,296,026,939	-70,864,837	2,649,919	12,313,651,261	30,020,079	311,850,000	11,971,781,182	0
合 計	46,942,098,384	-96,651,120	69,390,739	47,779,478,467	-218,393,898	10,599,682	47,905,637,475	116,382,605	1,247,400,000	46,541,854,870	0

註：

1. 111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (110年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1) + 109年各季校正投保人口預估成長率差值(B1) + 前1年度(110年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (1 + 1.843%)。

※111年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 69,390,739元，按季均分。

2. 112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 110年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 前1年度(111年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)) × (1 + 0.702%)。

※一般服務成長率為0.702%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.642%，協商因素成長率0.060%。

※112年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 10,599,682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112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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111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111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、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及扣除「110年未導入預算扣減」部分(未有需扣除110年未導入金額)。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112年度品質保證保留款(93.9百萬元)合併運用(計210.3百萬元)。

4. 112年7項一般服務移撥專用費用(F)：依據112年3月7日、5月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1、2次會議決定辦理。112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計12.474億元，按季均分：

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

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

(3)移撥2億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

(4)移撥8.724億元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按110年7月至111年6月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。

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

(5)移撥0.5億元支應「牙醫特殊醫療服務計畫」。

- (6)移撥0.15億元支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」：為獎勵該季浮動點值不到1.0的分區配合執行(91090C)，112年由一般預算提撥0.15億元，支應高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至1元之差值，該經費按季均分及結算。當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。
- (7)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
5. 為避免調整後各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計與調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計產生數元誤差，故調整後第4季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算＝調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計－調整後第1季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算－調整後第2季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算－調整後第3季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算。

(三)112年7項一般服務移撥專用費用

全年預算＝1,247,400,000元

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

2. 移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算＝200,000,000元

第1季：

第1季預算＝200,000,000/4＝50,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	916(J6)	暫結金額	916(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	23,248,484(J7)	暫結金額	24,889,271(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	6,975(J11)	暫結金額	6,975(J21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	14,637,774(J12)	暫結金額	15,447,801(J22)
(3)小計	加成前點數	37,894,149(J19)	暫結金額	40,344,963(J29)

暫結金額＝40,344,963

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝9,655,037

第2季：

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4＋9,655,037＝59,655,037

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

暫結金額＝0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝59,655,037

第3季：

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4＋59,655,037＝109,655,037

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

暫結金額＝0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝109,655,037

第4季：

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4＋109,655,037＝159,655,037

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

暫結金額＝0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝159,655,037

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	916(N6)	暫結金額	916(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	23,248,484(N7)	暫結金額	24,889,271(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	6,975(N11)	暫結金額	6,975(N21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」—非藥費(論量)：	加成前點數	14,637,774(N12)	暫結金額	15,447,801(N22)
(3)小計	加成前點數	37,894,149(N19)	暫結金額	40,344,963(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)

＝40,344,963＋0＋0＋0

＝40,344,963

未支用金額＝全年預算－已暫結金額

＝200,000,000－40,344,963

＝159,655,037 (E4)

註：1. 依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，有關巡迴計畫之「核實申報」費用，加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。

2. 移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

3. 全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫

全年預算：80,000,000元

第1季:預算=80,000,000/4= 20,000,000

已支用點數： 2,325,494

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 2,325,494

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 20,000,000－ 2,325,494= 17,674,506

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+17,674,506= 37,674,506

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 37,674,506－ 0= 37,674,506

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+37,674,506= 57,674,506

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 57,674,506－ 0= 57,674,506

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+57,674,506= 77,674,506

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額= 77,674,506－ 0= 77,674,506

全年合計:預算=80,000,000

全年已支用點數： 2,325,494

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數= 2,325,494

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 80,000,000－ 2,325,494

= 77,674,506 (E5)

註：1. 依據112年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。

2. 移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：112/08/14

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：6

4. 移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」專款0.5億元。每季移撥12,500,000元(R)。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。
5. 移撥 872,400,000元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按110年7月至111年6月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。
每季移撥218,100,000元(H)，移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。
※牙周病統合治療第二階段支付(91022C)108年3月1日生效；107年7月至108年2月係以P4002C統計。
6. 移撥支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」
全年預算：15,000,000元

第1季:預算= 15,000,000/4= 3,750,000

點值補助差值: 131,367

暫結金額= 131,367 (BJ_q1)

未支用金額: 第1季預算—第1季暫結金額= 3,750,000— 131,367= 3,618,633

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 3,618,633= 7,368,633

點值補助差值: 0

暫結金額= 0 (BJ_q2)

未支用金額: 第2季預算—第2季暫結金額= 7,368,633— 0= 7,368,633

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 7,368,633= 11,118,633

點值補助差值: 0

暫結金額= 0 (BJ_q3)

未支用金額: 第3季預算—第3季暫結金額= 11,118,633— 0= 11,118,633

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 11,118,633= 14,868,633

點值補助差值: 0

暫結金額= 0 (BJ_q4)

未支用金額: 第4季預算—第4季暫結金額= 14,868,633— 0= 14,868,633

全年合計:預算= 15,000,000元

全年點值補助差值: 131,367

全年已暫結金額=第1-4季已暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

= 131,367+ 0+ 0+ 0= 131,367

全年未支用金額= 全年預算—全年已暫結金額—支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

= 15,000,000— 131,367— 0

= 14,868,633 (E7)(若第4季有結餘款則回歸一般服務費用總額)

7. 全年合計：

全年預算1,247,400,000元

第1季: 預算 = $1,247,400,000 / 4 = 311,850,000$ 已暫結金額: $7,500,000(Z) + 40,344,963(J29) + 2,325,494 + 218,100,000(H) + 0(R) + 131,367(BJ_q1) = 268,401,824$ 未支用金額: 第1季預算－第1季已暫結金額 = $311,850,000 - 268,401,824 = 43,448,176$ 第2季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,247,400,000 / 4 + 43,448,176 = 355,298,176$ 已暫結金額: $0(Z) + 0(K29) + 0 + 0(H) + 0(R) + 0(BJ_q2) = 0$ 未支用金額: 第2季預算－第2季已暫結金額 = $355,298,176 - 0 = 355,298,176$ 第3季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,247,400,000 / 4 + 355,298,176 = 667,148,176$ 已暫結金額: $0(Z) + 0(L29) + 0 + 0(H) + 0(R) + 0(BJ_q3) = 0$ 未支用金額: 第3季預算－第3季已暫結金額 = $667,148,176 - 0 = 667,148,176$ 第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,247,400,000 / 4 + 667,148,176 = 978,998,176$ 已暫結金額: $0(Z) + 0(M29) + 0 + 0(H) + 0(R) + 0(BJ_q4) = 0$ 未支用金額: 第4季預算－第4季已暫結金額 = $978,998,176 - 0 = 978,998,176$

全年合計: 預算 = 1,247,400,000

全年已暫結金額: 268,401,824

全年未支用金額 = 全年預算－全年已暫結金額－支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

= $1,247,400,000 - 268,401,824 - 0$

= 978,998,176 (E9)

8. 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

二、專款項目費用

(一)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 11,466,667(J0)

收入

18,584,202(J1)

執業服務之「論次給付」(論次)J2:

已支用點數

3,977,400(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

916(J6)

加成已支用點數

177(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

23,248,484(J7)

加成已支用點數

4,654,389(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

29,381,700(J5)

(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):

加成前點數

6,975(J11)

加成已支用點數

1,385(J8)

社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):

加成前點數

14,637,774(J12)

加成已支用點數

2,926,548(J9)

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

52,408,266(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)

= 59,525,801

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 10,474,199

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

=====

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 10,474,199= 80,474,199

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

暫結金額

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

= 0

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 80,474,199

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

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 280,000,000/4 ＋ 80,474,199＝150,474,199

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

暫結金額

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

＝ 0

未支用金額

＝ 第3季預算 － 暫結金額

＝ 150,474,199

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(L6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(L7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(L11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(L12)由一般服務預算項下移撥支應。

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 280,000,000/4 + 150,474,199＝220,474,199

(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1：	點數	0(M0)	收入	0(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2：			已支用點數	0(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13：			已支用點數	0(M13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	0(M6)	加成已支用點數	0(M3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	0(M7)	加成已支用點數	0(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14：			已支用點數	0(M14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5：			已支用點數	0(M5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	0(M11)	加成已支用點數	0(M8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	0(M12)	加成已支用點數	0(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14)：				0(M10)

暫結金額

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

＝ 0

未支用金額

＝ 第4季預算 － 暫結金額

＝ 220,474,199

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

全年合計：

全年預算=280,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	11,466,667(N0)	收入	18,584,202(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	3,977,400(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	916(N6)	加成已支用點數	177(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	23,248,484(N7)	加成已支用點數	4,654,389(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	29,381,700(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	6,975(N11)	加成已支用點數	1,385(N8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	14,637,774(N12)	加成已支用點數	2,926,548(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				52,408,266(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)
= 59,525,801 + 0 + 0 + 0 = 59,525,801

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 220,474,199

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(N6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(N7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數(N11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數(N12)由一般服務預算項下移撥支應。

註：

- 依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，各季預算先扣除執業計畫「定額支付」費用後，執業計畫—巡迴服務之「論次支付」、巡迴計畫之「論次支付」及「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- 社區醫療站牙醫醫療服務：依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本計畫巡迴點與社區醫療站提供0-6歲計畫收案對象及社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。
- 有關社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：112/08/14

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 13

(二)牙醫特殊醫療服務全年預算 = 722,100,000

(6.721億元由112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另0.5億元由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。)

第1季：預算 = 722,100,000/4 = 180,525,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,889,373(V01)	3,857,731(VF01)	31,642(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,804,894(V02)	18,870,313(VF02)	934,581(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,317,892(V03)	24,498,381(VF03)	819,511(VN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	24,930,405(V04)	24,168,778(VF04)	761,627(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,666,471(V05)	10,255,687(VF05)	410,784(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,255,620(V06)	1,073,942(VF06)	181,678(VN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,903,369(V07)	9,902,987(VF07)	382(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,599,366(V08)	9,599,113(VF08)	253(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：	13,807,325(V09)	13,806,072(VF09)	1,253(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	549,916(V10)	549,916(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	24,681(V11)	24,681(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	631,513(V12)	631,513(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)：	12,271,200(V13)	12,271,200(VF13)	0(VN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	390,726(V14)	390,641(VF14)	85(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	3,217(V15)	3,217(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	271,200(V16)	271,200(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,984(V17)	3,984(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：	18,379(V18)	18,379(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：	43,684(V19)	43,684(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：	13,274(V20)	13,274(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V21)	0(VF21)	0(VN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,399,094(V22)	1,399,094(VF22)	0(VN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,588,536(V23)	1,588,536(VF23)	0(VN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	300,731(V24)	300,731(VF24)	0(VN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	714,452(V25)	714,452(VF25)	0(VN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V26)	0(VF26)	0(VN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	97,047(V27)	97,047(VF27)	0(VN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V28)	0(VF28)	0(VN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(99)合計	137,496,349(V99)	134,354,553(VF99)	3,141,796(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數 = 137,496,349	= 第1季預算 — 暫結金額 = 43,028,651		

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 43,028,651＝ 223,553,651

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W03)	0(WF03)	0(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W05)	0(WF05)	0(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W06)	0(WF06)	0(WN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W07)	0(WF07)	0(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W08)	0(WF08)	0(WN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(W09)	0(WF09)	0(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W10)	0(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W11)	0(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(W12)	0(WF12)	0(WN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(W13)	0(WF13)	0(WN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W14)	0(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W15)	0(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	0(W16)	0(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W17)	0(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W18)	0(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(W19)	0(WF19)	0(WN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W20)	0(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W22)	0(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W23)	0(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W24)	0(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(W25)	0(WF25)	0(WN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W26)	0(WF26)	0(WN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W28)	0(WF28)	0(WN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(99)合計	0(W99)	0(WF99)	0(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝	＝ 第2季預算 － 暫結金額＝ 223,553,651		
	0		

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 223,553,651＝ 404,078,651

	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)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X07)	0(XF07)	0(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X08)	0(XF08)	0(XN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X09)	0(XF09)	0(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X10)	0(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X11)	0(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(X12)	0(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(X13)	0(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X14)	0(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X15)	0(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	0(X16)	0(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X18)	0(XF18)	0(XN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X19)	0(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X20)	0(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X22)	0(XF22)	0(XN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X23)	0(XF23)	0(XN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X24)	0(XF24)	0(XN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(X25)	0(XF25)	0(XN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X26)	0(XF26)	0(XN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(X27)	0(XF27)	0(XN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(X28)	0(XF28)	0(XN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(X29)	0(XF29)	0(XN29)
(99)合計	0(X99)	0(XF99)	0(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0	＝ 第3季預算 － 暫結金額＝ 404,078,651		

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4+ 404,078,651＝ 584,603,651

	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)自閉症、失智症、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)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0	＝ 第4季預算 － 暫結金額＝ 584,603,651		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：112/08/14

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：17

全年合計：全年預算＝ 722,100,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,889,373(Z01)	3,857,731(ZF01)	31,642(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,804,894(Z02)	18,870,313(ZF02)	934,581(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,317,892(Z03)	24,498,381(ZF03)	819,511(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：	24,930,405(Z04)	24,168,778(ZF04)	761,627(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,666,471(Z05)	10,255,687(ZF05)	410,784(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,255,620(Z06)	1,073,942(ZF06)	181,678(ZN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,903,369(Z07)	9,902,987(ZF07)	382(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,599,366(Z08)	9,599,113(ZF08)	253(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：	13,807,325(Z09)	13,806,072(ZF09)	1,253(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	549,916(Z10)	549,916(ZF10)	0(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	24,681(Z11)	24,681(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	631,513(Z12)	631,513(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)：	12,271,200(Z13)	12,271,200(ZF13)	0(ZN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	390,726(Z14)	390,641(ZF14)	85(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	3,217(Z15)	3,217(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	271,200(Z16)	271,200(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,984(Z17)	3,984(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：	18,379(Z18)	18,379(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：	43,684(Z19)	43,684(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：	13,274(Z20)	13,274(ZF20)	0(ZN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z21)	0(ZF21)	0(ZN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,399,094(Z22)	1,399,094(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,588,536(Z23)	1,588,536(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	300,731(Z24)	300,731(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	714,452(Z25)	714,452(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z26)	0(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	97,047(Z27)	97,047(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z28)	0(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(99)合計	137,496,349(Z99)	134,354,553(ZF99)	3,141,796(ZN99)

全年預算＝ 722,100,000

全年已支用點數＝ 第1-4季已支用點數

＝ 137,496,349 + 0 + 0 + 0 = 137,496,349

全年已結算金額＝ 137,496,349 + 0 + 0 + 0 = 137,496,349

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：112/08/14

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 18

=====

全年由一般服務部門支應之預算＝ 0

全年未支用金額＝ 全年預算 －（全年已結算金額－全年由一般服務醫療給付費用支應之預算）

＝ 722,100,000 －（ 137,496,349 － 0）

＝ 722,100,000 － 137,496,349

＝ 584,603,651（E6）（若第4季一般服務移撥款有結餘，優先支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫全年不足款，再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限）

註：

1. 依據「112年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本預算由全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目及當年度該總額地區預算調整方式之移撥款支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
2. 依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決定略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.474億元，按季均分，其中移撥0.50億元支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(三)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

全年預算＝10,000,000元

第1季：預算＝10,000,000/4＝2,500,000

已支用點數：1,381,000

暫結金額：1元/點×已支用點數＝1,381,000

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝2,500,000－1,381,000＝1,119,000

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝10,000,000/4＋1,119,000＝3,619,000

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝3,619,000－0＝3,619,000

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝10,000,000/4＋3,619,000＝6,119,000

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝6,119,000－0＝6,119,000

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝10,000,000/4＋6,119,000＝8,619,000

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝8,619,000－0＝8,619,000

全年合計：預算＝10,000,000

全年已支用點數：1,381,000

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝1,381,000

全年未支用金額＝全年預算－（全年已結算金額－全年一般服務預算之移撥經費結餘款支應）

＝10,000,000－（1,381,000－0）

＝8,619,000

註：1. 依據「112年度全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款優先支應。

2. 一般服務各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(四)0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

全年預算＝ 60,000,000元

第1季:預算＝ 60,000,000/4＝ 15,000,000

(1)診療服務費已支用點數： 67,009

(2)品質獎勵費已支用點數： 24,000

(9)合計已支用點數： 91,009

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 91,009

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝ 15,000,000－ 91,009＝ 14,908,991

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 14,908,991＝ 29,908,991

(1)診療服務費已支用點數： 0

(2)品質獎勵費已支用點數： 0

(9)合計已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝ 29,908,991－ 0＝ 29,908,991

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 29,908,991＝ 44,908,991

(1)診療服務費已支用點數： 0

(2)品質獎勵費已支用點數： 0

(9)合計已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 44,908,991－ 0＝ 44,908,991

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 44,908,991＝ 59,908,991

(1)診療服務費已支用點數： 0

(2)品質獎勵費已支用點數： 0

(9)合計已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝ 59,908,991－ 0＝ 59,908,991

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：112/08/14

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：21

全年合計:預算= 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數：	67,009
(2)品質獎勵費已支用點數：	24,000
(9)合計已支用點數：	91,009

全年已結算金額：	1元/點×全年已支用點數＝	91,009
全年未支用金額	＝ 全年預算－ 全年已結算金額	
	＝ 60,000,000 － 91,009	
	＝ 59,908,991	

註:依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

程式代號：RGBI3208R01

112年第 1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:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/14

頁 次： 22

(五)12-18歲青少年口腔提升試辦計畫

全年預算＝ 271,500,000元

第1季:預算＝271,500,000/4＝ 67,875,000

已支用點數： 5,814,665

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 5,814,665

未支用金額： 第1季預算－第1季暫結金額＝ 67,875,000－ 5,814,665＝ 62,060,335

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝271,500,000/4＋ 62,060,335＝ 129,935,335

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額： 第2季預算－第2季暫結金額＝ 129,935,335－ 0＝ 129,935,335

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝271,500,000/4＋129,935,335＝ 197,810,335

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額： 第3季預算－第3季暫結金額＝ 197,810,335－ 0＝ 197,810,335

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝271,500,000/4＋197,810,335＝ 265,685,335

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額： 第4季預算－第4季暫結金額＝ 265,685,335－ 0＝ 265,685,335

全年合計:預算＝271,500,000

已支用點數： 5,814,665

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數＝ 5,814,665

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 271,500,000－ 5,814,665

＝ 265,685,335

註:依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」,預算係按季均分及結算,每點支付金額不
高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算。

程式代號：RGBI3208R01

112年第 1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:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/14

頁次：23

(六)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

全年預算＝184,000,000元

第1季:預算＝184,000,000/4＝46,000,000

已支用點數：16,181,755

暫結金額：1元/點×已支用點數＝16,181,755

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝46,000,000－16,181,755＝29,818,245

第2季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝184,000,000/4＋29,818,245＝75,818,245

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝75,818,245－0＝75,818,245

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝184,000,000/4＋75,818,245＝121,818,245

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝121,818,245－0＝121,818,245

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝184,000,000/4＋121,818,245＝167,818,245

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝167,818,245－0＝167,818,245

全年合計:預算＝184,000,000

已支用點數：16,181,755

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝16,181,755

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝184,000,000－16,181,755

＝167,818,245

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

(七)超音波根管沖洗計畫

全年預算：144,800,000元

第1季:預算= 144,800,000/4= 36,200,000

已支用點數： 3,802,824

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 3,802,824

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 36,200,000－ 3,802,824= 32,397,176

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 32,397,176= 68,597,176

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 68,597,176－ 0= 68,597,176

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 68,597,176= 104,797,176

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 104,797,176－ 0= 104,797,176

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 104,797,176= 140,997,176

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額= 140,997,176－ 0= 140,997,176

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數： 3,802,824

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 3,802,824

全年未支用金額 = 全年預算－ 全年已結算金額

= 144,800,000－ 3,802,824

= 140,997,176

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

(八) 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫

全年預算：1,010,000,000元

第1季: 預算 = 1,010,000,000/4 = 252,500,000

已支用點數：13,746,830

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 13,746,830

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額 = 252,500,000－13,746,830 = 238,753,170

第2季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,010,000,000/4 + 238,753,170 = 491,253,170

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額 = 491,253,170－0 = 491,253,170

第3季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,010,000,000/4 + 491,253,170 = 743,753,170

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額 = 743,753,170－0 = 743,753,170

第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,010,000,000/4 + 743,753,170 = 996,253,170

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額 = 996,253,170－0 = 996,253,170

全年合計: 預算 = 1,010,000,000元

已支用點數：13,746,830

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數 = 13,746,830

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 1,010,000,000－13,746,830

= 996,253,170

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

程式代號：RGBI3208R01

112年第 1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:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/14

頁 次： 26

=====

(九)網路頻寬補助費用

全年預算＝ 168,000,000元

第1季已支用點數： 35,026,610

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 35,026,610

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 35,026,610

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 168,000,000－35,026,610＝132,973,390

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十)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＋112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%)＋93,900,000

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

＋(9,977,436,416＋ 29,256,671)×0.30%＋93,900,000

＝26,806,674＋28,723,750＋30,832,102＋30,020,079＋93,900,000

＝210,282,605

三、一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2) ×100% × 110年各季人口風險因子(R_110)(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. 112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算(D2)		10,738,783,181	11,489,972,074	12,341,318,433	11,971,781,182	46,541,854,870
2. 110年人口風險因子(R_110)	臺北分區	0.37127	0.37104	0.37057	0.37057	
	北區分區	0.16204	0.16272	0.16381	0.16420	
	中區分區	0.18079	0.18105	0.18146	0.18130	
	南區分區	0.12719	0.12686	0.12640	0.12616	
	高屏分區	0.13911	0.13879	0.13820	0.13820	
	東區分區	0.01960	0.01954	0.01956	0.01957	
		(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_110)(註1、2)	臺北分區	3,986,988,032	4,263,239,238	4,573,322,372	4,436,382,953	17,259,932,595
	北區分區	1,740,112,427	1,869,648,256	2,021,631,373	1,965,766,470	7,597,158,526
	中區分區	1,941,464,611	2,080,259,444	2,239,455,643	2,170,483,928	8,431,663,626
	南區分區	1,365,865,833	1,457,617,857	1,559,942,650	1,510,359,914	5,893,786,254
	高屏分區	1,493,872,128	1,594,693,224	1,705,570,207	1,654,500,159	6,448,635,718
	東區分區	210,480,150	224,514,055	241,396,188	234,287,758	910,678,151
	小計	10,738,783,181	11,489,972,074	12,341,318,433	11,971,781,182	46,541,854,870

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額:

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=〔(D2合計)×Ra×R₁₁₀〕(四捨五入至整數位)+各分區支應牙周病統合治療方案移撥款(BH)－各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(BE5)+移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款(BE6)+移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)各分區結餘款(BE7)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.869908%	24.384747%	25.928519%	25.816826%	100%
2. 110年人口風險因子(R ₁₁₀)	臺北分區	0.37127	0.37104	0.37057	0.37057	
	北區分區	0.16204	0.16272	0.16381	0.16420	
	中區分區	0.18079	0.18105	0.18146	0.18130	
	南區分區	0.12719	0.12686	0.12640	0.12616	
	高屏分區	0.13911	0.13879	0.13820	0.13820	
	東區分區	0.01960	0.01954	0.01956	0.01957	
3. 依各季預算占率調整後分區一般服務 預算總額(BD1)=(D2合計)×Ra ×(R ₁₁₀)	(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)	
	臺北分區	4,124,623,300	4,210,975,095	4,471,895,602	4,452,438,598	17,259,932,595
	北區分區	1,800,183,046	1,846,727,758	1,976,795,797	1,973,451,925	7,597,158,526
	中區分區	2,008,486,132	2,054,757,010	2,189,789,179	2,178,631,305	8,431,663,626
	南區分區	1,413,017,043	1,439,748,546	1,525,346,370	1,515,674,295	5,893,786,254
	高屏分區	1,545,442,258	1,575,143,471	1,667,744,211	1,660,305,778	6,448,635,718
	東區分區	217,746,160	221,761,679	236,042,524	235,127,788	910,678,151
	小計	11,109,497,939	11,349,113,559	12,067,613,683	12,015,629,689	46,541,854,870
4. 移撥牙周病統合治療方案 (H)(註3)		218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000	872,400,000

程式代號：RGBI3208R01

112年第 1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:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/14

頁次：29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區110年7月至111年6月 牙周病統合治療第二階段支付 之申報件數占率分配(Ha_110) (註3)	臺北分區	0.37424528	0.37424528	0.37424528	0.37424528	
	北區分區	0.14632542	0.14632542	0.14632542	0.14632542	
	中區分區	0.19158174	0.19158174	0.19158174	0.19158174	
	南區分區	0.10458409	0.10458409	0.10458409	0.10458409	
	高屏分區	0.16843441	0.16843441	0.16843441	0.16843441	
	東區分區	0.01482906	0.01482906	0.01482906	0.01482906	
	合計	100%	100%	100%	100%	
6. 各分區牙周病統合治療方案 移撥款 BH= HxHa_110 (註3)	臺北分區	81,622,896	81,622,896	81,622,896	81,622,894	326,491,582
	北區分區	31,913,574	31,913,574	31,913,574	31,913,574	127,654,296
	中區分區	41,783,977	41,783,977	41,783,977	41,783,979	167,135,910
	南區分區	22,809,790	22,809,790	22,809,790	22,809,790	91,239,160
	高屏分區	36,735,545	36,735,545	36,735,545	36,735,544	146,942,179
	東區分區	3,234,218	3,234,218	3,234,218	3,234,219	12,936,873
	小計	218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000	872,400,000
7. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I) (註4)		0	0	0	0	0

程式代號：RGBI3208R01

112年第 1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:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/14

頁次：30

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
8. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI = I×R_110	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0
9. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註5)	中區分區	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	200,000,000
	高屏分區	25,000,000	25,000,000	25,000,000	25,000,000	100,000,000
	小計	75,000,000	75,000,000	75,000,000	75,000,000	300,000,000
10. 移撥醫療資源不足核實申報費用結 餘款(E4)(註6)					0	0
11. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款BE4 = E4×R_110	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
12. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫結餘款(E5)(註7)					0	0

程式代號：RGBI3208R01

112年第 1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:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/14

頁 次： 31

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
13. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫各分區結餘款 (BE5 = E5×R_110)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
14. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結 餘款E6(註4)					0	0
15. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫 各分區結餘款 (BE6 = E6×R_110)	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
16. 移撥支應高風險疾病患者牙結石 清除-全口(91090C)結餘款E7(註8)					0	0
17. 移撥支應高風險疾病患者牙結石 清除-全口(91090C)各分區結餘款 (BE7 = E7×R_110)	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

18. 調整後各季分區一般服務預算總額	臺北分區	4,206,246,196	4,292,597,991	4,553,518,498	4,534,061,492	17,586,424,177
(BD2)=(BD1)+(BH)-(BI)	北區分區	1,832,096,620	1,878,641,332	2,008,709,371	2,005,365,499	7,724,812,822
+ (Z)+(BE4)+(BE5)	中區分區	2,100,270,109	2,146,540,987	2,281,573,156	2,270,415,284	8,798,799,536
+ (BE6)+(BE7)	南區分區	1,435,826,833	1,462,558,336	1,548,156,160	1,538,484,085	5,985,025,414
	高屏分區	1,607,177,803	1,636,879,016	1,729,479,756	1,722,041,322	6,695,577,897
	東區分區	220,980,378	224,995,897	239,276,742	238,362,007	923,615,024
	小計	11,402,597,939	11,642,213,559	12,360,713,683	12,308,729,689	47,714,254,870

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112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決定略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥8.724億元支應「牙周病統合治療方案」，六分區預算按110年7月至111年6月「牙周病統合治療第二階段支付」之申報件數占率分配。為避免牙周病統合治療方案移撥款各季加總後所產生之數元誤差：東區移撥款為每季預算之合計移撥款減去前五區移撥款；第4季預算則為全年移撥款減去前3季移撥款。
4. 「112年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，說明如下：
 - (1)本計畫全年經費為7.221億元，其中6.721億元由112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
 - (2)依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決議略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.474億元，按季均分，其中移撥0.50億元支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
5. 依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決定略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。
6. 依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，有關巡迴計畫之「核實申報」費用，加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110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
7. 依據「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
8. 依據112年3月7日、5月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1、2次會議決議略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.474億元，按季均分。其中0.15億移撥補助「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」：為獎勵該季浮動點值不到1.0的分區配合執行(91090C)，112年由一般預算提撥0.15億元，支應高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至1元之差值，該經費按季均分及結算。當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。
9. 依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決定略以，各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

程式代號：RGBI3208R01

112年第 1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:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/14

頁次：33

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	3,593,379,493(BF)	0.96763586	-----	31,406,388	180,463
	2-北區分區	354,968,447	0.96763586	343,480,198	3,079,117	
	3-中區分區	210,902,984	0.96763586	204,077,290	1,843,462	
	4-南區分區	124,427,615	0.96763586	120,400,622	1,118,064	
	5-高屏分區	167,190,829	0.96763586	161,779,842	1,285,227	
	6-東區分區	20,526,957	0.96763586	19,862,620	260,947	
	7-合計	4,471,396,325(GF)		849,600,572(AF)	38,993,205(BG)	180,463(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	235,083,329	1.04262682	245,104,184	2,394,909	
	2-北區分區	1,385,670,545(BF)	1.04262682	-----	8,456,914	66,066
	3-中區分區	92,618,710	1.04262682	96,566,751	791,144	
	4-南區分區	60,066,634	1.04262682	62,627,084	493,604	
	5-高屏分區	36,080,075	1.04262682	37,618,054	290,299	
	6-東區分區	4,109,450	1.04262682	4,284,623	59,365	
	7-合計	1,813,628,743(GF)		446,200,696(AF)	12,486,235(BG)	66,066(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	71,827,298	1.02636572	73,721,076	715,161	
	2-北區分區	41,710,031	1.02636572	42,809,746	381,418	
	3-中區分區	1,868,599,158(BF)	1.02636572	-----	16,024,033	63,368
	4-南區分區	41,955,773	1.02636572	43,061,967	452,419	
	5-高屏分區	29,306,909	1.02636572	30,079,607	239,840	
	6-東區分區	3,022,180	1.02636572	3,101,862	39,192	
	7-合計	2,056,421,349(GF)		192,774,258(AF)	17,852,063(BG)	63,368(BJ)

程式代號：RGBI3208R01

112年第 1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:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/14

頁 次： 34

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	60,146,313	1.08187991	65,071,088	711,631	
	2-北區分區	26,101,457	1.08187991	28,238,642	241,440	
	3-中區分區	62,571,982	1.08187991	67,695,370	606,051	
	4-南區分區	1,157,246,332(BF)	1.08187991	-----	11,065,980	43,623
	5-高屏分區	63,994,158	1.08187991	69,233,994	540,975	
	6-東區分區	2,293,498	1.08187991	2,481,289	31,196	
	7-合計	1,372,353,740(GF)		232,720,383(AF)	13,197,273(BG)	43,623(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	42,324,501	1.05133934	44,497,413	413,667	
	2-北區分區	17,080,630	1.05133934	17,957,538	162,227	
	3-中區分區	29,002,620	1.05133934	30,491,595	274,190	
	4-南區分區	65,115,960	1.05133934	68,458,970	561,568	
	5-高屏分區	1,403,480,745(BF)	1.05133934	-----	11,673,887	27,673
	6-東區分區	3,613,031	1.05133934	3,798,522	47,280	
	7-合計	1,560,617,487(GF)		165,204,038(AF)	13,132,819(BG)	27,673(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	13,500,709	1.23634208	16,691,495	156,942	
	2-北區分區	4,374,425	1.23634208	5,408,286	49,109	
	3-中區分區	4,380,569	1.23634208	5,415,882	47,449	
	4-南區分區	2,982,354	1.23634208	3,687,210	39,787	
	5-高屏分區	6,001,157	1.23634208	7,419,483	51,997	
	6-東區分區	152,042,693(BF)	1.23634208	-----	1,993,926	8,079
	7-合計	183,281,907(GF)		38,622,356(AF)	2,339,210(BG)	8,079(BJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)

— 投保該分區核定非浮動點數(BG)

— 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 = [4,206,246,196 — 849,600,572 — 38,993,205 — 180,463] / 3,593,379,493 = 0.92321781

北區分區 = [1,832,096,620 — 446,200,696 — 12,486,235 — 66,066] / 1,385,670,545 = 0.99110400

中區分區 = [2,100,270,109 — 192,774,258 — 17,852,063 — 63,368] / 1,868,599,158 = 1.01122834

南區分區 = [1,435,826,833 — 232,720,383 — 13,197,273 — 43,623] / 1,157,246,332 = 1.02818693

高屏分區 = [1,607,177,803 — 165,204,038 — 13,132,819 — 27,673] / 1,403,480,745 = 1.01804979

東區分區 = [220,980,378 — 38,622,356 — 2,339,210 — 8,079] / 152,042,693 = 1.18394860

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)

= [11,402,597,939 — 98,000,805 — 389,272] / 11,457,699,551 = 0.98660362

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 = [4,206,246,196] / [4,471,396,325 + 38,993,205 + 180,463] = 0.93253097

北區分區 = [1,832,096,620] / [1,813,628,743 + 12,486,235 + 66,066] = 1.00323932

中區分區 = [2,100,270,109] / [2,056,421,349 + 17,852,063 + 63,368] = 1.01250199

南區分區 = [1,435,826,833] / [1,372,353,740 + 13,197,273 + 43,623] = 1.03625317

高屏分區 = [1,607,177,803] / [1,560,617,487 + 13,132,819 + 27,673] = 1.02122270

東區分區 = [220,980,378] / [183,281,907 + 2,339,210 + 8,079] = 1.19043977

5. 一般服務全區平均點值

= [11,402,597,939] / [11,457,699,551 + 98,000,805 + 389,272] = 0.98671768

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：112/08/14

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：36

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

＋專款專用暫結金額

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

＋移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)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(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]

＝[11,402,597,939＋323,348,517＋ 40,344,963＋ 2,325,494＋ 131,367]

／[11,457,699,551＋ 98,000,805＋ 389,272＋316,230,982＋ 37,894,149]＝ 0.98812226

註：1. 專款專用暫結金額＝牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)＋醫療資源不足地區改善方案支付金額

＋網路頻寬補助費用暫結金額＋牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額＋0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

＋12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫＋高齲齒牙齒保存改善服務計畫＋超音波根管沖洗計畫＋齲齒經驗之高風險患者口腔

健康照護試辦計畫＋品質保證保留款預算

＝ 137,496,349＋ 59,525,801＋ 35,026,610＋ 1,381,000＋ 91,009＋ 5,814,665＋ 16,181,755＋ 3,802,824

＋ 13,746,830＋ 50,281,674

＝ 323,348,517

2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋112年品質保證保留款預算/4。

五、修正後一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額 11,109,497,939(BD1)

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=[(D2合計)×RaxR_110](四捨五入至整數位)+各分區支應牙周病統合治療方案移撥款(BH)－各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(BE5)+移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款(BE6)+移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)各分區結餘款(BE7)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,206,246,196
調整後北區分區一般服務預算總額	=	1,832,096,620
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,100,270,109
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,435,826,833
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,607,177,803
調整後東區分區一般服務預算總額	=	220,980,378

總計 11,402,597,939

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率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))×1.15]

臺北分區當季保留款(T1)= 0

北區分區當季保留款(T1)= 0

中區分區當季保留款(T1)= 0

南區分區當季保留款(T1)= 0

高屏分區當季保留款(T1)= 0

東區分區當季保留款(T1)= 220,980,378－[(183,281,907+2,339,210+8,079)×1.15]= 7,506,803

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：112/08/14

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：38

2. 分區累計保留款(T2) = 分區前季累計保留款(P) + 分區當季保留款(T1)

臺北分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
北區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
中區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
南區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
高屏分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
東區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	7,506,803(T1) =	7,506,803

(三) 修正後分區一般服務預算總額(BD3) = 調整後分區一般服務預算總額(BD2) (四捨五入至整數位) - 分區當季保留款(T1)

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	4,206,246,196(BD2) -	0 =	4,206,246,196
修正後北區分區一般服務預算總額 =	1,832,096,620(BD2) -	0 =	1,832,096,620
修正後中區分區一般服務預算總額 =	2,100,270,109(BD2) -	0 =	2,100,270,109
修正後南區分區一般服務預算總額 =	1,435,826,833(BD2) -	0 =	1,435,826,833
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	1,607,177,803(BD2) -	0 =	1,607,177,803
修正後東區分區一般服務預算總額 =	220,980,378(BD2) - 7,506,803	=	213,473,575

總計

11,395,091,136

註：保留款之運用係依據「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。

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

— 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)

— 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 =[4,206,246,196 — 849,600,572 — 38,993,205 — 180,463]／ 3,593,379,493 = 0.92321781

北區分區 =[1,832,096,620 — 446,200,696 — 12,486,235 — 66,066]／ 1,385,670,545 = 0.99110400

中區分區 =[2,100,270,109 — 192,774,258 — 17,852,063 — 63,368]／ 1,868,599,158 = 1.01122834

南區分區 =[1,435,826,833 — 232,720,383 — 13,197,273 — 43,623]／ 1,157,246,332 = 1.02818693

高屏分區 =[1,607,177,803 — 165,204,038 — 13,132,819 — 27,673]／ 1,403,480,745 = 1.01804979

東區分區 =[213,473,575 — 38,622,356 — 2,339,210 — 8,079]／ 152,042,693 = 1.13457560

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

— (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)

=[11,395,091,136 — 98,000,805 — 389,272]／11,457,699,551 = 0.98594845

3. 修正後一般服務分區平均點值=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

／[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 =[4,206,246,196]／[4,471,396,325 + 38,993,205 + 180,463] = 0.93253097

北區分區 =[1,832,096,620]／[1,813,628,743 + 12,486,235 + 66,066] = 1.00323932

中區分區 =[2,100,270,109]／[2,056,421,349 + 17,852,063 + 63,368] = 1.01250199

南區分區 =[1,435,826,833]／[1,372,353,740 + 13,197,273 + 43,623] = 1.03625317

高屏分區 =[1,607,177,803]／[1,560,617,487 + 13,132,819 + 27,673] = 1.02122270

東區分區 =[213,473,575]／[183,281,907 + 2,339,210 + 8,079] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

=[11,395,091,136]／[11,457,699,551 + 98,000,805 + 389,272] = 0.98606808

$$\begin{aligned}
& 5. \text{修正後牙醫門診總額平均點值} = \text{加總}[\text{依調整後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)暫結金額}] \\
& \quad / \text{加總}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
& \quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}] \\
& = [11,395,091,136 + 323,348,517 + 40,344,963 + 2,325,494 + 131,367] \\
& / [11,457,699,551 + 98,000,805 + 389,272 + 316,230,982 + 37,894,149] = 0.98749197
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& \text{註：1. 專款專用暫結金額} = \text{牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)} + \text{醫療資源不足地區改善方案支付金額} \\
& \quad + \text{網路頻寬補助費用暫結金額} + \text{牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額} + \text{0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫} \\
& \quad + \text{12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫} + \text{高齲齒牙齒保存改善服務計畫} + \text{超音波根管沖洗計畫} + \text{齲齒經驗之高風險患者口腔} \\
& \quad \text{健康照護試辦計畫} + \text{品質保證保留款預算} \\
& = 137,496,349 + 59,525,801 + 35,026,610 + 1,381,000 + 91,009 + 5,814,665 + 16,181,755 + 3,802,824 \\
& \quad + 13,746,830 + 50,281,674 \\
& = 323,348,517
\end{aligned}$$

$$2. \text{品質保證保留款預算} = 106\text{年各季品質保證保留款預算} + 112\text{年品質保證保留款預算}/4。$$

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月111/12(含)以前:於112/04/01~112/06/30期間核付者。

費用年月112/01~112/03:於112/01/01~112/06/30期間核付者。

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

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111 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 111 年 4 月 7 日健保醫字第 1110102336 號公告「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、本署已於 111 年 7 月 20 日前完成發放作業。
- 三、經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。
- 四、111 年牙醫門診總額品質保證保留款核發作業辦理結果摘要說明如下(詳附件，頁次報 4-2)：
 - (一)111 年計 6,364 家(88.5%)院所符合獎勵條件且核發品保款，827 家(11.5%)牙醫院所未領取品保款(813 家不符核發資格，14 家指標達成率為 0%)。
 - (二)111 年預算為 207,582,605 元，扣除 110 年申復核發金額 96,677 元後，可支用預算為 207,485,928 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 207,485,953 元，與預算相差 25 元。

決定：

表 1、111 年牙醫門診總額品質保證保留款預算數

年度	106 年	111 年	合計
預算	116,382,605	91,200,000	207,582,605

年度	110 年
申復金額	96,677

年度	總計
可支用預算	207,485,928

註：

1. 本預算係由原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。
2. 110 年牙醫品質保證保留款發放後之申復核發金額將自 111 年牙醫品質保留款項下優先支應。

表 2、111 年牙醫門診總額品質保證保留款指標核發及不核發家數統計

分區	各分區 院所家數 (A)=(B)+(C)+(D)	符合獎勵條件 且領取品保款 院所家數(B)	核發金額	未領取品保款		核發院所 家數百分 比 (E)=(B)/(A)	不核發院所 家數百分比 (F)=(C+D)/(A)
				不符核發 資格 院所家數 (C)	指標達成 率為 0% 院所家數 (D)		
臺北	2,799	2,433	71,676,043	361	5	86.9%	13.1%
北區	974	839	34,043,618	135	-	86.1%	13.9%
中區	1,376	1,213	41,466,135	160	3	88.2%	11.8%
南區	853	789	26,474,794	62	2	92.5%	7.5%
高屏	1,057	972	30,179,562	82	3	92.0%	8.0%
東區	132	118	3,645,801	13	1	89.4%	10.6%
總計	7,191	6,364	207,485,953	813	14	88.5%	11.5%

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 207,485,953 元，與預算相較差距 25 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，核算基礎為 70%，詳方案附表 1；政策獎勵共六項指標，核算基礎為 30%，詳方案附表 2；加計獎勵指標共 1 項指標，核算基礎 2%，詳方案附表 3；前開三獎勵之核算基礎總計以 100%為上限。

表3、111年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--分區別

分區別	核發比率	不予核發	0%<X<20%	20%≤X<40%	40%≤X<60%	60%≤X<80%	80%≤X<100%	全部核發	總計
台北	家數	366	113	810	630	381	473	26	2,799
	家數占率	13.1%	4.0%	28.9%	22.5%	13.6%	16.9%	0.9%	100%
	核發金額	-	140,915	4,492,487	10,960,979	12,336,544	38,519,834	5,225,284	71,676,043
	金額占率	0%	0.20%	6.3%	15.3%	17.2%	53.7%	7.3%	100%
北區	家數	135	36	179	268	144	190	22	974
	家數占率	13.9%	3.7%	18.4%	27.5%	14.8%	19.5%	2.3%	100%
	核發金額	-	135,767	1,423,436	5,180,632	5,527,891	17,075,918	4,699,974	34,043,618
	金額占率	0%	0.40%	4.2%	15.2%	16.2%	50.2%	13.8%	100%
中區	家數	163	47	367	346	200	210	43	1,376
	家數占率	11.8%	3.4%	26.7%	25.1%	14.5%	15.3%	3.1%	100%
	核發金額	-	32,201	2,179,097	6,549,762	7,170,688	17,129,057	8,405,330	41,466,135
	金額占率	0%	0.08%	5.3%	15.8%	17.3%	41.3%	20.3%	100%
南區	家數	64	37	226	218	143	153	12	853
	家數占率	7.5%	4.3%	26.5%	25.6%	16.8%	17.9%	1.4%	100%
	核發金額	-	46,831	1,343,293	4,117,033	5,605,275	13,692,042	1,670,320	26,474,794
	金額占率	0%	0.18%	5.1%	15.6%	21.2%	51.7%	6.3%	100%
高屏	家數	85	63	306	273	159	157	14	1,057
	家數占率	8.0%	6.0%	28.9%	25.8%	15.0%	14.9%	1.3%	100%
	核發金額	-	112,374	1,929,125	5,114,928	6,939,178	13,624,931	2,459,026	30,179,562
	金額占率	0%	0.37%	6.4%	16.9%	23.0%	45.1%	8.1%	100%
東區	家數	14	11	26	30	21	26	4	132
	家數占率	10.6%	8.3%	19.7%	22.7%	15.9%	19.7%	3.0%	100%
	核發金額	-	9,052	160,188	514,800	836,546	1,892,824	232,391	3,645,801
	金額占率	0%	0.25%	4.4%	14.1%	22.9%	51.9%	6.4%	100%
總計	家數	827	307	1,914	1,765	1,048	1,209	121	7,191
	家數占率	11.5%	4.3%	26.6%	24.5%	14.6%	16.8%	1.7%	100%
	核發金額	-	477,140	11,527,626	32,438,134	38,416,122	101,934,606	22,692,325	207,485,953
	金額占率	0%	0.23%	5.6%	15.6%	18.5%	49.1%	10.9%	100%

註：不予核發包含0%及不符資格，全部核發為100%。

表4、111年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--層級別

層級	核發比率	不予核發	0%<X<20%	20%≤X<40%	40%≤X<60%	60%≤X<80%	80%≤X<100%	全部核發	總計
醫學中心	家數	-	-	-	1	-	7	11	19
	家數占率	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	0.0%	36.8%	57.9%	100%
	核發金額	-	-	-	117,396	-	3,700,493	6,601,728	10,419,617
	金額占率	0%	0.00%	0.0%	1.1%	0.0%	35.5%	63.4%	100%
區域醫院	家數	2	-	2	8	15	31	15	73
	家數占率	2.7%	0.0%	2.7%	11.0%	20.5%	42.5%	20.5%	100%
	核發金額	-	-	20,595	328,168	780,446	5,338,528	3,700,976	10,168,713
	金額占率	0%	0.00%	0.2%	3.2%	7.7%	52.5%	36.4%	100%
地區醫院	家數	14	3	17	19	17	16	4	90
	家數占率	15.6%	3.3%	18.9%	21.1%	18.9%	17.8%	4.4%	100%
	核發金額	-	520	78,177	283,496	625,044	1,577,692	818,268	3,383,197
	金額占率	0%	0.02%	2.3%	8.4%	18.5%	46.6%	24.2%	100%
基層診所	家數	811	304	1,895	1,737	1,016	1,155	91	7,009
	家數占率	11.6%	4.3%	27.0%	24.8%	14.5%	16.5%	1.3%	100%
	核發金額	-	476,620	11,428,854	31,709,074	37,010,632	91,317,893	11,571,353	183,514,426
	金額占率	0%	0.26%	6.2%	17.3%	20.2%	49.8%	6.3%	100%
總計	家數	827	307	1,914	1,765	1,048	1,209	121	7,191
	家數占率	11.5%	4.3%	26.6%	24.5%	14.6%	16.8%	1.7%	100%
	核發金額	-	477,140	11,527,626	32,438,134	38,416,122	101,934,606	22,692,325	207,485,953
	金額占率	0%	0.23%	5.6%	15.6%	18.5%	49.1%	10.9%	100%

註：不予核發包含0%及不符資格，全部核發為100%。

表 5、111 年牙醫品保款各項指標符合院所數--分區別

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
■ 核發本方案品保款								
	符合	2,438	839	1,216	791	975	119	6,378
		87.1%	86.1%	88.4%	92.7%	92.2%	90.2%	88.7%
	不符合	361	135	160	62	82	13	813
		12.9%	13.9%	11.6%	7.3%	7.8%	9.8%	11.3%
■ 符合本方案核發資格院所之各項指標分析(含專業、政策及加計指標) 總家數：6,378								
◎ 專業獎勵：核發基礎為 80%，採累計方式。								
1	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	2,222	772	1,174	703	858	108	5,837
		79.4%	79.3%	85.3%	82.4%	81.2%	81.8%	81.2%
1A	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率≤7 %。	2,722	958	1,354	801	961	124	6,920
		97.2%	98.4%	98.4%	93.9%	90.9%	93.9%	96.2%
1B	院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 109 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,437	843	1,263	790	979	125	6,437
		87.1%	86.6%	91.8%	92.6%	92.6%	94.7%	89.5%
1C	院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	2,547	870	1,279	802	1,019	121	6,638
		91.0%	89.3%	93.0%	94.0%	96.4%	91.7%	92.3%
2	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	965	530	680	406	434	68	3,083
		34.5%	54.4%	49.4%	47.6%	41.1%	51.5%	42.9%
2A	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率≤10 %。	2,675	961	1,354	788	921	119	6,818
		95.6%	98.7%	98.4%	92.4%	87.1%	90.2%	94.8%
2B	院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(109 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,464	855	1,271	798	988	125	6,501
		88.0%	87.8%	92.4%	93.6%	93.5%	94.7%	90.4%
2C	院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。	1,117	603	746	471	568	79	3,584
		39.9%	61.9%	54.2%	55.2%	53.7%	59.8%	49.8%
3	恆牙根管治療分為下列 4 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	1,230	438	511	371	389	51	2,990
		43.9%	45.0%	37.1%	43.5%	36.8%	38.6%	41.6%
3A	恆牙根管治療完成半年後的保存率≥95%。	2,358	817	1,209	756	919	114	6,173
		84.2%	83.9%	87.9%	88.6%	86.9%	86.4%	85.8%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
3B	恆牙根管治療未完成率＜30%。	2,676	948	1,354	813	1,038	127	6,956
		95.6%	97.3%	98.4%	95.3%	98.2%	96.2%	96.7%
3C	院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90097C)且其中 1 例應含橡皮障防濕裝置(90012C)。	1,446	505	582	422	423	59	3,437
		51.7%	51.8%	42.3%	49.5%	40.0%	44.7%	47.8%
3D	根管治療點數佔總點數之百分比須大於 5%者。	2,506	886	1,192	758	929	112	6,383
		89.5%	91.0%	86.6%	88.9%	87.9%	84.8%	88.8%
4	全口牙結石清除分為下列 3 項次指標，每項指標皆需達到符合標準，獎勵 10%。	1,940	690	848	403	557	71	4,509
		69.3%	70.8%	61.6%	47.2%	52.7%	53.8%	62.7%
4A	全口牙結石清除比率＞20%。	2,751	946	1,341	823	1,032	124	7,017
		98.3%	97.1%	97.5%	96.5%	97.6%	93.9%	97.6%
4B	施行全口牙結石清除，且併同牙周疾病控制基本處置(91014C)的執行率＞20%。	1,985	719	878	423	572	71	4,648
		70.9%	73.8%	63.8%	49.6%	54.1%	53.8%	64.6%
4C	該醫療院所同一病人往前追溯 180 天內重複執行全口牙結石醫令(含跨院)件數比例≤該層級全國 80 百分位。	2,749	945	1,332	832	1,023	132	7,013
		98.2%	97.0%	96.8%	97.5%	96.8%	100.0%	97.5%
◎ 政策獎勵：核發基礎為 20%，採累計方式。								
5	該院所當年度特定保存治療（91015C、91016C）及牙周病支持性治療（91018C）合計申報件數在 15 件(含)以上，獎勵 3%。	927	339	415	261	317	42	2,301
		33.1%	34.8%	30.2%	30.6%	30.0%	31.8%	32.0%
6	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上，且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%，獎勵 15%。	1,010	371	420	293	354	43	2,491
		36.1%	38.1%	30.5%	34.3%	33.5%	32.6%	34.6%
7	醫院當年度資料上傳(含紙本交付衛生局(所)並成功上傳)至少 12 筆至健康署口腔癌篩檢資料庫，獎勵 10%（醫院適用）。	29	15	19	19	24	6	112
		1.0%	1.5%	1.4%	2.2%	2.3%	4.5%	1.6%
8	每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務，分為下列 2 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 3%（診所適用）。	745	279	476	336	387	34	2,257
		26.6%	28.6%	34.6%	39.4%	36.6%	25.8%	31.4%
8A	每月於健保資訊網服務系統(VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。	925	328	511	362	439	42	2,607
		33.0%	33.7%	37.1%	42.4%	41.5%	31.8%	36.3%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
8B	週日或國定假日有提供牙醫醫療服務當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數≥1 件（不含預防保健案件）。	2,070	761	1,198	736	886	86	5,737
		74.0%	78.1%	87.1%	86.3%	83.8%	65.2%	79.8%
9	110 年月平均初核核減率小於（等於）全國 95 百分位者，獎勵 5%（診所適用）。	2,504	848	1,238	777	964	113	6,444
		89.5%	87.1%	90.0%	91.1%	91.2%	85.6%	89.6%
10A	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上，獎勵 2%(醫院、診所適用）。	214	114	241	129	152	48	898
		7.6%	11.7%	17.5%	15.1%	14.4%	36.4%	12.5%
10B	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上，獎勵 2%(診所適用）。	134	76	170	98	106	27	611
		4.8%	7.8%	12.4%	11.5%	10.0%	20.5%	8.5%
◎ 加計獎勵：核算基礎為 2%，三項獎勵之核算基礎總計以 100%為上限								
11	該院所當年度口腔癌篩檢資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 4 筆至健康署口腔癌篩檢資料庫，或提供戒菸治療服務。	164	117	175	100	85	25	666
		5.9%	12.0%	12.7%	11.7%	8.0%	18.9%	9.3%
■ 不符本方案核發品保款院所之原因分析							總家數：813	
◎ 不予核發資格								
0	不符合加強感染管制院所(未申報感控診察費)。	302	102	95	45	57	13	614
		10.8%	10.5%	6.9%	5.3%	5.4%	9.8%	8.5%
1	本年度 12 月有 1 個(含)月以上費用未辦理第一次暫付者。	296	122	129	49	75	12	683
		10.6%	12.5%	9.4%	5.7%	7.1%	9.1%	9.5%
2	本年度內經中央健康保險署違約記點者(一年內)處分日期：111/01/01 - 111/12/31。	0	0	3	0	0	0	3
		0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
3	本年度內經中央健康保險署處以扣減其十倍醫療費用者。處分日期：111/01/01 - 111/12/31。	1	4	6	1	0	0	12
		0.0%	0.4%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%
4	經中央健康保險署停止特約者(三年內)處分起迄日：108/01/01 - 111/12/31。	8	7	8	4	3	0	30
		0.3%	0.7%	0.6%	0.5%	0.3%	0.0%	0.4%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
5	經中央健康保險署終止特約者 (五年內)處分起迄日： 107/01/01 - 111/12/31。	0	2	1	0	2	0	5
		0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.1%
6	特約醫療院所有異常醫療行為 模式，經分區委員會輔導後， 認其情節重大經決議提中華民國 牙醫師公會全國聯合會報備 者。	2	4	2	6	0	0	14
		0.1%	0.4%	0.1%	0.7%	0.0%	0.0%	0.2%
◎ 符合核發資格，未領取品保款								
	指標達成率為 0%	5	0	3	2	3	1	14
		0.2%	0.0%	0.2%	0.2%	0.3%	0.8%	0.2%

註：指標達成率=該分區指標達成院所數/該分區牙醫院所數*100%

報告事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

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

- 一、依據109年第3次、110年第2次暨111年第3次本會議決議辦理。
- 二、牙周病統合治療方案對於第三階段完成率未達比率者，訂有牙醫師退場機制：依支付標準第三部第五章通則二（四）規定，醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報91023C「牙周病統合治療第三階段支付」個案數比率 $<33.33\%$ 者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
- 三、因應COVID-19疫情期間，前於本會議決議退場機制之計算方式：
 - (一)109年第3次本會議：
 1. COVID-19疫情期間暫緩執行本方案退場機制，疫情期間定義為成立「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」(109年1月20日)起。
 2. 支付標準牙周病統合治療方案分三階段支付，以執行91021C「牙周病統合治療第一階段支付」起算，其療程最長180天。爰108年方案退場機制計算排除「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」成立前180天內申報91021C之個案。
 - (二)110年第2次本會議：本案退場機制之定義不變，請牙全會就「疫情期間」之定義，依實際疫情發展進行滾動式檢討及修正。
 - (三)111年第3次本會議：本案尊重牙全會意見，維持COVID-19疫情期間暫緩執行本方案退場機制。

四、牙周病統合治療方案(原為牙周統合治療計畫)自99年起施行，並於108年3月起導入支付標準第三部牙醫第五章，111年執行情況摘要如下（詳附件，報5-3頁）：

（一）預算執行：預算為3052.0百萬元，執行率為85.4%。

（二）服務人次(以第二階段服務人次計)：

1. 服務27.3萬人次。

2. 另依111年牙醫門診醫療給付費用總額及其分配協定目標30萬人次計算，達成率為90.8%。

（三）照護完成率(第一階段至第三階段)為80.4%。

五、各年度執行本方案退場醫師人數106年19人、107年20人、108年18人；另依原方案規定統計第三階段服務個案比率 $<33.33\%$ 之醫師，109年共17人、110年18人、111年15人。

六、綜上，依支付標準規定本署援例須於每年八月辦理前年度之退場醫師，惟依上述本會議決議COVID-19疫情期間退場機制之計算方式，無醫師須退場；為維持牙周病統合照護之品質，落實完成第三階段之牙周照護，且指揮中心已自112年5月1日解散，自該日起將恢復執行本方案退場機制。

決 定：

表14-1 107~112年6月牙周病統合照護計畫/治療方案執行情形

年	107	108	109	110	111
項目					
預算來源^{註1}	專款項目	一般服務			
一般服務預算成長率	...	8.276%	3.559%	3.054%	1.843%
預算數(百萬元)^{註2}	2,152.8	2,808.0	2,907.9	2,996.7	3,052.0
第一、二階段	1,564.0	...	...	...	...
第三階段	588.8	...	...	...	...
預算執行數(百萬元)	1,962.1	1,982.3	2,397.8	2,330.2	2,607.7
第一、二階段	1,408.1	1,428.1	1,723.4	1,678.9	1,870.5
第三階段	554.0	554.2	674.4	651.3	737.2
預算執行率	91.1%	70.6%	82.5%	77.8%	85.4%
第一、二階段	90.0%	...	...	...	...
第三階段	94.1%	...	...	...	...
實際申報醫療點數(百萬點)	1,977.8	1,982.3	2,397.8	2,330.2	2,607.7
第一、二階段	1,420.0	1,428.1	1,723.4	1,678.9	1,870.5
第三階段	557.8	554.2	674.4	651.3	737.2
服務人數					
--第一階段	214,531	215,738	259,188	253,192	281,208
--第二階段	206,286	207,545	251,008	244,353	272,514
--第三階段	174,140	173,046	210,615	203,435	230,237
服務總人次					
目標數	230,000	300,000	300,000	300,000	300,000
目標執行數					
--第一階段	214,835	215,961	259,365	253,322	281,208
--第二階段	206,574	207,759	251,188	244,471	272,514
--第三階段	174,285	173,158	210,722	203,514	230,237
目標達成率(以第二階段認定)	89.8%	69.3%	83.7%	81.5%	90.8%
照護完成率(%)					
--第一至第二階段	96.2%	95.4%	96.2%	96.1%	96.3%
--第一至第三階段	79.6%	78.6%	81.2%	78.9%	80.4%
總額協定事項之執行情形(108、109年)					
預期效益之評估指標					
--服務量	...	207,759	251,188	244,471	272,514
--完成率(第三階段)	...	78.6%	81.2%	78.9%	80.4%

資料來源：多模型健保資料平台門診檔(擷取日：112年5月5日)

製表人：蔡孟芸，分機：3622

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

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

3.112年「治療對象跨院所接受91006C至91007C比率」統計資料及「民眾抽樣調查治療之滿意度」指標為落後指標，故暫無資料。

4.「民眾抽樣調查治療之滿意度」資料來源為牙醫門診總額執行成果評核報告。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國醫院牙科協會

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，增加中華民國醫院牙科協會代表名額案，提請討論。

說明：

- 一、依據中華民國醫院牙科協會112年7月31日醫牙協華字第112017號函辦理。
- 二、醫院牙科協會來函表示因會員醫院的地理位置遍布於全國各地，在健保特約類別分屬醫學中心、區域醫院及地區醫院，各會員醫院又有其各自支援的偏遠地區或者矯正機關，彼此的難處都不同，為反映各地區及各層級會員醫院的需求，建議增加該協會「牙醫門診總額研商議事會議代表」名額1名，共計3名。

本署意見：

考量各單位均有權利於研商議事會議充分發聲，且各地區、各層級別之醫院間實務營運的困難點不盡相同，擬配合修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，增加中華民國醫院牙科協會代表名額為3名，修訂對照表如附件(討 1-2)。

決議：

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點修正條文對照表

健保署修正條文	現行條文	說明
同現行條文。	一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。	
同現行條文。	二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)每3個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。	
	三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席： (一)保險付費者代表2名。 (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下： 1. 醫院總額： (1)各層級醫院代表20名至28名，由台灣醫院協會推薦。 (2)中華民國藥師公會全國聯合會	

健保署修正條文	現行條文	說明
	代表 1 名。 (3)特殊材料提供者代表 1 名。 (4)藥品提供者代表 1 名。 (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。 (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 (8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。 2. 西醫基層總額： (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。	

健保署修正條文	現行條文	說明
3. 牙醫門診總額： (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。	(3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (4) 藥品提供者代表 1 名。 (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。 (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。 (8) 中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。 3. 牙醫門診總額： (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。	

健保署修正條文	現行條文	說明
(3) 台灣醫院協會代表 4 名。 (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (5) 中華牙醫學會代表 1 名。 (6) 中華民國醫院牙科協會代表 2<u>3</u> 名。	(3) 台灣醫院協會代表 4 名。 (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (5) 中華牙醫學會代表 1 名。 (6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。 4. 中醫門診總額： (1)中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。 (2)台灣醫院協會代表 2 名。 5. 門診透析： (1)醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。 (2)台灣醫院協會代表 1 名。 (3)西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師	增加中華民國醫院牙科協會代表名額為 1 名，共計為 3 名。

健保署修正條文	現行條文	說明
	公會全國聯合會推薦。 (4)中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (5)台灣腎臟醫學會代表 1 名。 (三)專家學者 3 名。 (四)政府機關代表： 1. 主管機關代表 1 名。 2. 保險人代表 2 名。 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。 4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。 前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生： (一)保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。	

健保署修正條文	現行條文	說明
	(二)保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。 (三)專家學者由保險人遴選。 (四)機關代表由該機關指派。	
同現行條文。	四、本會議代表均為無給職，其任期為2年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。	

健保署修正條文	現行條文	說明
同現行條文。	五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。 被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。	
同現行條文。	六、代理人及列席單位出席規範： （一）研商議事會議代表，除本條第（二）款之代表及列席單位外，應於指（推）派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。 （二）由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。 （三）列席單位出席人員以 2 名為限。	

健保署修正條文	現行條文	說明
同現行條文。	七、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。 本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。	
同現行條文。	八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開： （一）會議議程。 （二）會議內容實錄。 （三）利益揭露聲明書。	

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112年度牙醫門診總額部分協定項目之預算扣減方式及節流效益評估方式。

說明：

- 一、依據112年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會112年7月3日牙全彥字第01486號函暨衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第6次委員會議事錄辦理。
- 二、112年度牙醫門診總額部分協定項目涉及預算扣減方式及節流效益評估項目如下：
 - (一)預算扣減：12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分費用。
 - (二)節流效益：高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫、超音波根管沖洗計畫及齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫，須檢討處置實施成效，提出節流效益並納入總額預算來源。
- 三、預算扣減：
 - (一)「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」協定事項之一為「依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用」。
 - (二)本項專款於111年3月11日開始實施12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，並增訂P7101C「青少年齲齒控制照護處置」(300點)，須包含牙菌斑偵測、去除維護教導；與支付標準91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」(100點)服務內容重複，111年係依申報P7101C「青少年齲齒控制照護處置」於108至110年任一年曾申報91014C之點數扣減一般服務費用。
 - (三)牙全會提報112年本計畫扣減方式(附件1、討2-4)：112年

執行P7101C青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類14)且沒有申報91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於111年一般服務申報前述兩項，則扣減91014C之費用。

(四) 本署意見說明如下：

1. 原 111 年扣減係考量疫情期間民眾未必至牙醫就醫，爰以 111 年申報 P7101C 者，其 108 至 110 年任一年曾申報 91014C 之點數，作為扣減一般服務費用。考量疫情回穩，同意 112 年以 112 年申報 P7101C 者，其 111 年申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。
2. 依本計畫規定 P7101C 應以案件分類 19 申報，爰無須排除案件分類 14（不影響結果）。
3. 請牙全會說明 112 年執行 P7101C 者，其於當年未申報 91014C 併同申報 91004C 而於 111 年有執行才納入一般服務扣減費用之原因。
4. P7101C 主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，91014C 為執行牙菌斑偵測及去除維護教導，需併同 91003C、91004C、91005C 實施，非僅限於 91004C，本項扣減標的為 91014C，爰建議 112 年執行 P7101C 者且於 111 年申報 91014C 者，於 112 年一般服務扣減 91014C 之費用。

四、檢討本項處置實施成效，提出節流效益，本署已提報健保會第6屆112年第6次委員會議並經健保會討論之實施成效如下（附件2、討2-7）：

- (一)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：執行P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」後，89013C及89113C「複合體充填」二年內重補率較未執行P7301C者低(跨院所計算)。

1. 分子：當年度89013C、89113C同牙位往後追蹤730天內重複填補顆數(跨院所計算)。

2. 分母：當年度89013C、89113C填補顆數。

(二)超音波根管沖洗計畫：使用超音波根管沖洗的牙齒2年內根管治療之再治療率比未使用者低。

(三)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫：齲齒經驗之高風險患者113年起平均齲齒填補顆數增加率降低。

(四)上述指標需轉換為節流效益之量化金額，健保會會議決定請本署會同牙醫門診總額相關團體持續研議可實質扣連節流效益之計算方式，並於112年12月委員會前提報。

擬 辦：

後續將依決議方式計算全年扣減費用，另「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」等3項節流效益之量化金額，請牙全會於112年10月底前提供扣連節流效益之計算方式及推估112年量化金額，俾利本署提報健保會。

決 議：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：邵格蘊 (02)25000133 轉 261

電子郵件信箱：green@cda.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 7 月 3 日

發文字號：牙全彥字第 01486 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關 112 年度牙醫門診總額協定預算扣減方式及節流效益規劃案，本會規劃內容詳如說明段，請 查照。

說明：

一、復 貴署健保醫字第 1120662228 號函暨依據本會第 14 屆第 22 次牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議辦理。

二、12~18 青少年口腔提升照護試辦計畫：112 年扣減計算方式修訂為：112 年執行青少年齲齒控制照護處置(P7101C)(排除申報 14 案件)且沒有申報 91014C+91004C 者，於 111 年有申報 91004C+91014C 者，則扣減 91014C 之費用。

三、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：實施成效指標為「高齲齒病患牙齒保存率提高」，即以 19 案件「有執行 P7301C 後，89013C 及 89113C『複合體充填』同院所二年內重補率較未執行 P7301C 者低」。

➤ 指標定義：

1.19 案件有執行 P7301C 後，89013C 及 89113C『複合體充填』同院所二年內重補率。

分母：當年度執行 P7301C 之 89013C、89113C 填補顆數(自家)。

分子：當年度執行 P7301C 之 89013C、89113C 同牙位往後追蹤 730 天內重複填補顆數(自家)。

2.19 案件未執行 P7301C 後，89013C 及 89113C 『複合體充填』同院所二年內重補率。

分母：當年度未執行 P7301C 之 89013C、89113C 填補顆數(自家)。

分子：當年度未執行 P7301C 之 89013C、89113C 同牙位往後追蹤 730 天內重複填補顆數(自家)。

四、超音波根管沖洗計畫：實施成效指標為「使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率比未使用者低」。

➤ 指標定義：

1. 使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：年度執行超音波根管沖洗的牙齒數。

分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90094C 之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母*100%

2. 未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：年度未執行超音波根管沖洗的根管治療牙齒數。

分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90094C 之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母*100%。

五、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫：實施成效指標為「齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低」。

➤ 指標定義：

1. 年度高風險患者的平均齲齒填補顆數(牙位歸戶)。

分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。

分母：當年度高風險患者之就醫人數。

公式：分子/分母。

2. 每年之平均齲齒填補顆數增加率。

分子：(當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數) — (前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數)。

分母：前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數。

公式：分子/分母*100%。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長 陳彥廷

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療 主委決行
服務客立執行會

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 6 次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年7月26日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：略

請假人員：略

列席人員：略

壹、主席致詞：略。

貳、議程確認：略。

參、確認上次(第5次)委員會議紀錄：略。

肆、本會重要業務報告：略。

伍、討論事項：略。

陸、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於112年7月提報項目、預算扣減方式及節流效益之規劃等)，請鑒察。

決定：

一、依委員意見及本會補充說明，請中央健康保險署辦理以下事項：

(一)修正112年度牙醫及中醫門診總額部分協定項目之預算扣減方式及成效指標，如附件四。

(二)部分未完成項目(註)，請儘速規劃具體之預算扣減及節流效益評估方式，最遲於112年12月份委

員會議將規劃結果提報本會。

(三)至於「112年度總額預算扣減方式及節流效益」執行結果，請於113年3月份提報本會，做為114年度總額協商參考。

二、有關「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」續辦與否之建議，請牙醫門診總額相關團體及中央健康保險署納為研議113年度總額協商草案之參據。

三、餘洽悉。

註：牙醫門診總額「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：請提出預算扣減之具體計算方式及扣減時程。「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：請補充修正後成效指標之分子、分母定義，並研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：請研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。

修正 112 年度牙醫及中醫門診總額部分協定項目 之預算扣減方式及成效指標

112 年度總額協定項目		預算扣減方式及成效指標
牙醫門診總額		
1	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增專款，112 年持續辦理)	成效指標修正為： 執行 P7301C 後，89013C 及 89113C 「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。

討論事項第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案，提請討論。

說明：

- 一、依據 14-10 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、高風險患者氟化物治療(P7302C)註 1(7)為「障別及障礙等級不符合『全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫』之患者」，修訂後之支付表(附件 1、討 3-3 頁)。

本署意見：

- 一、本案牙全會提案修訂P7302C「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」之齲齒經驗之高風險患者，將不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者之患者，修改為障別及障礙等級不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之患者，並配合修訂 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」之高風險疾病患者定義，爰新增適用對象為輕度及中度之視覺障礙、聽覺機能障礙、平衡機能障礙、聲音機能或語言障礙、顏面損傷(附件2、討3-4頁)。
- 二、P7302C於112年3月1日實施，預算來源為112年度牙醫門診醫療給付費用總額專款項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」（10.1億），協定事項說明本計畫適用對象為(1)糖尿病患者(2)六十五歲以上患者(3)腦血管疾病患者。(4)血液透析及腹膜透析患者(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者(6)惡性腫瘤患者(7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者之患者(附件3、討3-5頁)。
- 三、牙全會前於111年第4次牙醫研商會議提案修改112年P7302C適用對象(如本次修訂文字)，惟與會代表考量前述建議不符112年

總額協定內容，決議由牙全會提報健保會討論，並依健保會決議修訂(附件4、討3-6頁)，復由牙全會於同年11月30日函復，依112年總額協定事項辦理(附件5、討3-7頁)。

擬 辦：

查牙全會所提113年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表，提案修訂專款項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」協定適用對象(7)為障別及障礙等級不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之患者(附件6、討3-8頁)，本項屬113年修訂建議，將俟健保會協定113年總額預算相關事項後，再依程序提至共同擬訂會議討論。

決 議：

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
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 高風險疾病患者包含： (1)腦血管疾病患者。 (2)血液透析及腹膜透析患者。 (3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (4)惡性腫瘤患者。 (5)<u>障別及障礙等級</u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能<u>患者</u>。 2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報 91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及 91104C。	v	v	v	v	700
P7302C	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療 Topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險患者，提供本項診療服務。 齲齒經驗之高風險患者包含： (1)糖尿病患者。 (2)六十五歲以上患者。 (3)腦血管疾病患者。 (4)血液透析及腹膜透析患者。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (6)惡性腫瘤患者。 (7)<u>障別及障礙等級</u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。<u>」之患者</u>。 2.每九十天限申報一次。 3.含材料費。 4.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P7301C及 P30002。	v	v	v	v	500

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

中華民國111年底 End of 2022

單位：人 Unit : Persons

障礙類別 Classification		極重度 Profound	重度 Severe	中度 Moderate	輕度 Mild
		計 Total	計 Total	計 Total	計 Total
舊制障礙類別	視覺障礙者 Visual Impairment	33	21,511	15,908	16,865
	聽覺機能障礙者 Hearing Impairment	34	20,840	34,498	73,943
	平衡機能障礙者 Motion and Balance Impairment	6	113	663	2,293
	聲音機能或語言機能障礙者 Vocal and Speech Impairment	66	3,958	3,364	8,303
	肢體障礙者 Moving Functional Limitation	4,577	44,764	124,358	170,441
	智能障礙者 Intellectual and Developmental Disability	6,615	13,387	39,683	42,731
	重要器官失去功能者 Internal Organ Loss Function and Related Disabilities	78,734	9,874	18,531	52,890
	顏面損傷者 Facial Disfigurements	—	336	829	3,330
	植物人 Persistent Vegetative State	2,193	1	—	2
	失智症者 Dementia	3,100	16,045	26,828	23,270
	自閉症者 Autism	246	1,186	3,408	14,238
	慢性精神病患者 Chronic Mental Health Conditions	1,577	19,864	70,785	40,230
	多重障礙者 Multiple Disabilities	41,993	47,715	41,875	3,047
	頑性(難治型)癲癇症者 Intractable Epilepsy	17	39	101	4,583
	因罕見疾病而致身心功能障礙者 Rare Diseases	32	705	295	530
	其他障礙者 Others	233	958	1,148	2,021
	新制類別無法對應舊制類別者 Unclassifiable as the result of classification system transformation	193	682	2,414	11,622

資料來源：直轄市、縣(市)政府。

Source : County and City Government.

更新日期：2023/3/10

牙特計畫適用對象

現行P7302C適用對象

P7302C擬增加適用對象

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			未使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率低。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 (3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112 年新增項目)	1,010.0	1,010.0	1.本計畫適用對象： (1)65 歲以上病人。 (2)糖尿病病人。 (3)腦血管疾病患者。 (4)血液透析及腹膜透析患者。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (6)惡性腫瘤患者。 (7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。 2.本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟

**全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額
111 年第 4 次研商議事會議紀錄**

時間：111 年 11 月 22 日 14 時整

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：阮柏叡

討論事項

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案，請討論案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、文字修訂：

- (一)第三部第三章牙科處置及手術通則刪除「牙體復形各項目之點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內」文字。
- (二)92002C「齒間暫時固定術」增訂得以照片舉證。
- (三)92004C「口外切開排膿」修改為限醫院申報，並將支付標準代碼修改為 92004B，原申報之基層診所則依據跨表流程進行。
- (四)92014C「複雜性拔牙」之適用對象新增懷孕婦女，並配合修訂支付規範。

二、依 112 年非協商因素成長率調整下列服務項目支付點數：

- (一)90007C「去除鑄造牙冠」由 500 點調升為 800 點。
- (二)92004C「口外切開排膿」由 2,000 點調升為 3,000 點。
- (三)92093B「牙醫急症處置-每次門診限申報一次」由 1,000 點調升為 1,500 點。
- (四)符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(00305C-00317C)統一調升 7 點。

三、新增診療項目：

- (一)新增「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，支付點數 500 點、「超音波根管沖洗」，支付點數 100 點，並於施行一定時間後由本署進行檔案分析。

- (二) 新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」，支付點數 500 點，惟本項之適用對象與 112 年牙醫門診總額協商結論有所差異，請牙全會提報健保會，並依健保會決議修訂。

四、修訂支付規範：

- (一) 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」之適用對象將配合「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」提報健保會之決議訂定。

- (二) P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」，配合新增之「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」修訂支付規範。

五、本案由專款支應項目，預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足，則採浮動點值結算。

六、請牙全會每季於本會議報告新增預算相關辦理事項之執行情形（如「執行目標」與「預期效益之評估指標」達成情形、醫療利用、成效監測等）。

檔
保存年限

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：邵格庭 (02)25000133 轉 261

電子郵件信箱：green@cda.org.tw



受文者：詳如正本受文者

發文日期：中華民國 111 年 11 月 30 日

發文字號：牙全彥字第 00522 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：關於 112 年度牙醫門診總額新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，建議維持依協定事項內容訂定支付項目適用對象案，敬請 查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議決議辦理。
- 二、112 年度協商結果研議新增支付項目-「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，本會於前揭會議提出擴大該新增支付項目適用對象，為符合健保會之協商結論並遵守協商架構及原則，本會建議維持依協商決議訂定支付項目(詳如附件)，另高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)之適用對象建議不修訂。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會
校對章(266)

理事長 陳彥廷

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療
服務費全聯會 主委決行

項次	項目	內容	本會估算內容	金額 (百萬)	成長率
3-7	高齲齒風險患者氟化物治療計畫	合併高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫及齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫	加強高齲齒率病者口腔健康，執行牙根齲齒塗氟及針對齲齒經驗之高風險患者執行氟化物治療，以改善牙齒保存狀況。 本項合併高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫及齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫，適用對象<u>(7)調整為障別及障礙等級不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之患者。</u> 所需經費以 112 年度額度合併計算 $184.0+1,010.0=1,194.0$ 百萬 執行目標： (1)111 年服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置) 92,000 人 (2)112 年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以 200 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等率換算目標值。 評估指標： (1)高齲齒病患利用塗氟(完整塗氟 4 次)之比率，111~113 年分別為 30%、35%、40%。 (2)1 年後(113 年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆樹增加率減緩。	1,194.0	0.0

討論事項第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「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」，提請討論。

說明：

- 一、依據 14-11 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、全國 111 年 1-12 月假日看診情形：(看診診所數:年、季)曾經開診之院所數(資料來源：健保署)

	星期	項目	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
牙醫基層門診	六	總日數	53	53	53	53	53	53	53
		看診診所數	5,979	2,274	788	1,195	748	880	94
		平均每日看診人次	14.61	14.31	17.19	14.57	14.35	13.64	10.80
		每院所平均看診日數	35.92	34.20	35.55	37.99	37.84	37.04	28.44
	日	總日數	52	52	52	52	52	52	52
		看診診所數	1,138	424	176	226	133	151	28
		平均每日看診人次	12.56	12.30	17.31	11.59	12.18	9.05	8.47
		每院所平均看診日數	10.88	11.17	12.47	8.22	14.30	10.19	5.43

- 三、為鼓勵院所週日及國定假日開診，建議保留款之運用及計算，增加「鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務」，修訂對照表詳附件 2(頁次討 4-2)，另【計算範例】請健保署依本次修訂內容一併修訂。

本署意見：

- 一、為提升民眾就醫之可近性，同意牙全會建議，於「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」中，增加保留款運用於「鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務」。
- 二、明訂加成範圍為「假日之每件醫療點數加成 20%」，並於方案中補充假日定義為「行政院人事行政總處公布之放假日(包含周日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含勞雇雙方排定之補假日)」。
- 三、將於決議後，依程序報部核定。

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
修訂對照表**

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
一、依據：全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 102 <u>112</u> 年度第 43 次紀錄。	一、依據：全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 102 <u>112</u> 年度第 43 次紀錄。	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。	依 會 議 修訂。
本項未修訂	二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。	二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。	未修訂
本項未修訂	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。	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。	未修訂
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 <u>執業計畫</u> 獎勵款	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 <u>執業計畫</u> 獎勵款	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。	同意牙全會建議，為鼓勵院所週日及國定假日開診，修訂

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
項。 <u>(三)鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務。</u> <u>(四)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。</u> <u>(五)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。</u>	項。 <u>(三)鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務。</u> <u>(四)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。</u> <u>(五)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。</u>	(三)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。	保留款之運用條文。
五、保留款運用之計算方式： (一)如分區每季結算平均點值小於1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。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核優等執業診所，其核定點數(含部分	五、保留款運用之計算方式： (一)如分區每季結算平均點值小於1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。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核優等執業診所，其核定點數(含部分負	五、保留款運用之計算方式： (一)如分區每季結算平均點值小於1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。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫	

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
負擔)以每點點值 1.3 元給付鼓勵。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週日及國定假日開診，<u>每件醫療點數加成 20%</u>。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。 ※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含周日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含勞雇雙方排定之補假日)。	擔)以每點點值 1.3 元給付鼓勵。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.<u>前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週日及國定假日開診提供醫療服務加成 20%。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。</u>	療服務經評核優等執業診所，其核定點數(含部分負擔)以每點點值 1.3 元給付鼓勵。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區「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫」之醫療服務，「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 1.5 元給付鼓勵，餘款則補助論次計酬，最多補助到每級加成至 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。	【牙全會】 新增鼓勵週日及國定假日開診之計算方式。 【健保署】 1.明訂加成範圍為假日之每件醫療點數。 2.補充假日定義。

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
3.前項分配後之餘款則列入鼓勵該區「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫」之醫療服務，「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 1.5 元給付鼓勵，餘款則補助論次計酬，最多補助到每級加成至 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「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值	3.前項分配後之餘款則列入鼓勵該區「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫」之醫療服務，「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 1.5 元給付鼓勵，餘款則補助論次計酬，最多補助到每級加成至 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「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補	(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「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補	

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
每點 1.0 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。	助至點值每點 1.0 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。	助至點值每點 1.0 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。	
本項未修訂	六、本方案由保險人與牙醫全聯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。	六、本方案由保險人與牙醫全聯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。	未修訂

【計算範例】將於決議後，配合實際結算數字更新計算範例。