



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診  
總額 112 年第 4 次研商議事會議

112 年 11 月 21 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 4 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 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1
四、113 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目。	報 4-1
五、113 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。	報 5-1
六、有關牙醫門診總額醫療給付費用總額協定事項「高風險疾病口腔照護」,112 年度未執行額度扣減方式報告案。	報 6-1

肆、 討論事項

一、113 年度牙醫門診總額地區預算分配案。	討 1-1
二、修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」,增加牙醫門診相關醫療服務提供者代表名額案。	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、113 年牙醫總額新增專款項目「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」,提請討論。	討 4-1
五、修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。	討 5-1
六、修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」案。	討 6-1
七、修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案。(資料後補)	討 7-1
八、修訂「113 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」案。	討 8-1

九、修訂「112 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案。	討 9-1
--------------------------------	-------

伍、 臨時動議

陸、 散會

## 貳、前次會議紀錄確認

# 全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

## 112 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 8 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：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	陳代表亮光	陳亮光
江代表錫仁	江錫仁	陳代表淑華	陳淑華
何代表世章	(請假)	陳代表清家	陳清家
吳代表志浩	吳志浩	陳代表義聰	(請假)
吳代表享穆	吳享穆	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表廸	吳廸	楊代表文甫	楊文甫
吳代表明彥	吳明彥	楊代表玉琦	楊玉琦
李代表春生	李春生	董代表正宗	董正宗
周代表公亮	周公亮	劉代表林義	劉林義
林代表順華	林順華	劉代表振聲	劉振聲
林代表鎰麟	林鎰麟	蔡代表建宗	蔡建宗
邱代表昶達	邱昱瑋(代)	蔡代表蕙如	蔡蕙如
洪代表純正	黃雪棟(代)	簡代表志成	簡志成
范代表景章	章修績(代)	羅代表界山	羅界山
徐代表邦賢	徐邦賢	蘇代表主榮	蘇主榮
翁代表德育	翁德育		

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 (以下稱健保會)	陳燕鈴、張靈
衛生福利部疾病管制署 (以下稱疾管署)	(請假)
社團法人中華民國牙醫師公會全國 聯合會(以下稱牙全會)	葉育敏、曾士哲、連新傑 廖秋英、邵格蘊
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
台灣醫院協會	吳昱嫻、鄭禮育
本署臺北業務組	楊淑娟*、邱玲玉*、吳逸芸*
本署北區業務組	謝明珠*、黃毓棠*、黃文雯*
本署中區業務組	蘇彥秀*、王奕晴*、戴秀容*
本署南區業務組	陳淑英*、張念賓*、簡育琳*
本署高屏業務組	李建漳*、賴文琳*
本署東區業務組	謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*
本署醫審及藥材組	李昀融*、吳孜威*
本署醫務管理組	黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*
本署企劃組	劉翠麗*、陳珮毓*
	連恆榮、賴昱廷
	林右鈞、黃珮珊、洪于淇
	黃瓊萱、劉立麗、蔡孟芸
	林其瑩、邵子川、張祐禎
	李羿萱
	李佳芬

## 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 7 項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號 1「『全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫』新增重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」：請牙全會儘速提報規劃內容。

二、序號 2「非健保特約院所感染管制訪查作業」：

(一)因感染管制訪查之法源依據為傳染病防治法，為避免地方衛生局多頭作業，依衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)建議，由疾管署統籌規劃。

(二)請口腔司協助與疾管署協調雙方業務分工。

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』停止適用案」：

(一)請口腔司協助評估將「符合感染管制 SOP 考評表」納入牙醫診所、牙醫醫院醫療機構設置標準之可行性。

(二)請牙全會研議朝向「調降『一般牙科門診診察費』支付點數，擴大與現行『符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費』差距」規劃可行性。

四、序號 4：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，請口腔司追蹤地方衛生主管機關之查核結果。

五、序號 8「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」。

六、序號 11「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」：請牙全會提出具體計算方式至本會議討論，年度結束前若無共識方案，則依循 111 年扣減方

式計算。

七、序號 12「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」。

## 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：洽悉。

## 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。

決定：

一、112 年第 1 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	0.92321781	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

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

## 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

## 第五案

報告單位：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。

決定：尊重牙全會之建議，本方案之退場門檻計算數據自 113 年 1 月 1 日起恢復執行，作為 114 年退場之依據。

## 參、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。

決議：有關中華民國醫院牙科協會建議「牙醫門診總額研商議事會議」，該會席次由 2 名增列為 3 名一節，暫行通過，建請牙全會協助與會員溝通。

### 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。

決議：

- 一、同意「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」扣減方式採牙全會之規劃：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 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。
- 二、「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。

### 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。

決議：

- 一、同意修訂 P7302C「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」、91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」之高風險患者定義，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，擴大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。

- 二、另查牙全會所提 113 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表，亦於專款項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」修正協定適用對象，故本項屬 113 年修訂建議，將俟健保會協定 113 年牙醫總額預算後，再依程序提至共同擬訂會議討論。

#### 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」。

決議：

- 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、方案修正內容如附件。

#### 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 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護計畫的申報項目，開放以 14 案件申報，並訂定資訊程式修訂時間表，以利巡迴外展醫師提供醫療服務，嘉惠保險對象。

決議：同意牙醫師巡迴醫療時，併同執行「0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」、「12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之專款項目，並開放以案件分類 14 申報，後續將再配合調整申報檢核邏輯。

伍、散會：15 時 40 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 9 項，繼續列管計 3 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」	<p>109 年第 1 次臨時會議決議重點如下： 有關新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」，請牙全會修訂內容後於下次會議討論。</p> <p>110 年第 1 次臨時會議決議重點如下： 除新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」未達共識暫予保留外，餘修正通過。</p> <p>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。</p>	原 110 年協定新增牙醫特定身心障礙者社區醫療網，因內容尚未規劃完成，於協商 113 年總額預算時，牙全會提出於特殊醫療服務計畫刪除本項服務內容，113 年協定事項已將該內容刪除，建議解除列管。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	109_臨 1_臨報(1)、109_臨 2_臨提(1)、110_臨 1_臨提(1)、110_1_報(5)、110_2_討(2)、111_1_討(1)、111_2_討(1)：有關修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，請討論案。	<p>112 年第 1 次會議重點如下： 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。</p> <p>112 年第 3 次會議決議重點如下： 一、因感染管制訪查之法源依據為傳染病防治法，為避免地方衛生局多頭作業，依衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)建議，由疾管署統籌規劃。 二、請口腔司協助與疾管署協調雙方業務分工。</p>	<p>【疾管署說明】</p> <p>一、有關醫療機構感染管制，係依據傳染病防治法第 32 條，醫療機構應依主管機關之規定，執行感染管制工作，防範機構內發生感染。</p> <p>二、基於目前各地方政府衛生局係依據醫療法 28 條定期辦理診所督導考核，且配合「衛生醫療業務聯合訪查政策」，避免醫療機構因不同業務需於同一年度接受衛生主管機關多次督導考核，以及各衛生局人力資源等因素考量，故本署訂有「診所督導考核感染管制建議項目」，提供地方政府衛生局納入轄區診所督導考核項目，並未另規劃辦理診</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
			<p>所定期感染管制查核作業。</p> <p>三、本署於11月6日以請辦單提供上述說明予口腔司，爰本案建請維持由該司統籌規劃。</p> <p><b>【口腔司說明】</b></p> <p>一、有關醫療機構感染管制作業，其法源係傳染病防治法，主管單位為本部疾病管制署；復按目前醫療機構感染管制品質提升已納入地方政府衛生局防疫業務考評指標，故非健保特約醫療院所已可由現行機制提升其感染管制工作品質。爰本案建議解除列管。</p> <p>二、後續若有非健保特約牙醫醫療機構執行感染管制作業待協調之處，另案辦理。</p> <p><b>【本署說明】</b></p> <p>一、為保障民眾就醫安全，有關非健保特約牙醫院所實地訪查作業，請權責單位持續追蹤管理。</p> <p>二、健保特約牙醫院所的部分，本署將持續辦理牙醫加強感染管制作業，以確保符合感控SOP之規定。</p>		
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	<p><u>111 年第 4 次會議決議重點如下：</u></p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p><b>【口腔司說明】</b></p> <p>一、查診所設置標準表，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</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
	費」停止適用案	<p>追扣期間，請牙全會進行研議。</p> <p>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。</p> <p><u>112 年第 3 次會議決議重點如下：</u> 請牙全會研議朝向「調降『一般牙科門診診察費』支付點數，擴大與現行『符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費』差距」規劃可行性。</p>	<p>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。均已包含執行感染管制應有之設施設備。</p> <p>二、經查醫療機構感染管制品質提升已納入地方政府衛生局防疫業務考評指標，由地方政府衛生局進行督考；且牙醫醫院評鑑基準已納入感染管制條文，爰牙醫醫院及牙醫診所已有感染管制作業品質提升機制。</p> <p>三、復考量醫院及診所設置標準尚涉及西醫、中醫之醫院、診所設置基準及管理之衡平性，爰建議維持現行設置標準。本案解除列管。</p> <p><b>【本署說明】</b> 有關「擴大一般牙科診察費、感染管控診察費之差距」一節，業以研擬調整感染診察費，將列入本會議討論事項第三案，建議於討論後解除列管。</p>		
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。	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 111 年 1 至 6 月未申報感染管制門診診察費且經輔導未果之診所，總計 <u>18 家</u> ，優先納入地方衛生主管機關牙醫診所查核規劃對象。	<p>一、統計至 112 年 11 月 6 日，地方主管機關完成 18 家牙醫診所查核，其中已申報 1 家、合格 14 家、歇業 1 家、不合格 2 家。</p> <p>二、以通知本署各分區業務依 112 年 9 月 23 日核定之「未申報感染管</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
			制診察費，輔導未果之牙醫診所，經地方主管機關查核案之後續處理原則(如附件)」辦理。		
5	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。	<p>一、本案通過，修訂重點如下：</p> <p>(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」。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p>	本案衛生福利部業於 112 年 8 月 30 日衛部保字第 1121260319 號公告在案，並自 112 年 10 月 1 日生效。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	112_2_討(5)：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。	有關 112 年牙醫門診總額「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，已列入本會議報告事項第六案，建議於報告後解除列管。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	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。	<p>一、本署過往提供健保會之「總額協商參考指標要覽(以下稱指標要覽)」，各總額之一般服務項目，皆是採計一般服務成長率計算。</p> <p>二、113 年度提供指標要覽資料時，有關「牙周病統合治療方案」一</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
			節，本署將配合以雙方公式試算預算執行率提供健保會參考。		
8	112_3_討(1)：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。	有關中華民國醫院牙科協會建議「牙醫門診總額研商議事會議」，該會席次由2名增列為3名一節，暫行通過，建請牙全會協助與會員溝通。	本署業以112年9月28日健保醫字第1120663998號公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管
9	112_3_討(2)：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。	<p>一、同意「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」扣減方式採牙全會之規劃：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91004C+91014C，則扣減91014C之費用。</p> <p>二、「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。</p>	<p>一、112年牙醫總額協定項目之節流效益指標如下：</p> <p>(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)。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>二、依112年第6次健保會決定，上述指標需轉換為節流效益之量化金額，研議可實質扣連節流效益之計算方式，</p>	<input type="checkbox"/> 解除列管	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
			請牙全會儘速提報本署。		
10	112_3_討(3): 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。	一、同意修訂 P7302C「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」、91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」之高風險患者定義，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 <u>肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者之患者</u> ，擴大為 <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」之患者。 二、另查牙全會所提 113 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表，亦於專款項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」修正協定適用對象，故本項屬 113 年修訂建議，將俟健保會協定 113 年牙醫總額預算後，再依程序提至共同擬訂會議討論。	本案將提案至 112 年 12 月 14 日召開之支付標準共同擬訂會議討論。	<input type="checkbox"/> 解除列管	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
11	112_3_討(4): 修訂「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」。	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」。	本署業以 112 年 11 月 3 日健保醫字第 1120122230 號公告在案，並溯自 112 年 1 月 1 日起生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管
12	112_3_臨(1): 有關 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護計畫的申報項目，開放以 14 案件申報案。	同意牙醫師巡迴醫療時，併同執行「0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」、「12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之專款項目，並開放以案件分類 14 申報，後續將再配合調整申報檢核邏輯。	已配合趕辦門診醫療費用暫付子系統(RAP)及醫令自動化審查(REA)檢核邏輯修正作業，另 113 年「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」及「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」亦將配合修正方案申報規定。	<input type="checkbox"/> 解除列管	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

決 定：

抄本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號  
聯絡人：阮柏叡  
聯絡電話：02-27065866 分機：2670  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國112年9月23日  
發文字號：健保醫字第1120663929A號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如說明二

主旨：有關未申報感染管制診察費，輔導未果之牙醫診所，經地方  
主管機關查核案之後續處理原則，請查照。

說明：

一、依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、本署牙醫  
門診加強感染管制實施方案、「牙科感控不合格院所依全民  
健康保險醫事服務機構特約及管理辦法處理原則」辦理，兼  
復臺北業務組112年8月8日第BY11200432號請辦單。

二、有關旨揭案件，經地方衛生主管機關移回之查核結果，處理  
原則如下：

(一)訪查合格：

- 1、院所符合地方主管機關訪查合格，如仍維持申報一般診  
察費，並無不合，惟仍請所轄分區協助輔導該等院所申  
報感染管制診察費。
- 2、如須改申報感染管制診察費，仍需依本署牙醫門診加強

感染管制實施方案規定，請院所依「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」自評合格送本署備查，次月得申報感染管制診察費。

3、此類改申報感染管制診察費之牙醫診所，優先列入次年度分區隨機抽訪名單中。

(二)訪查不合格，則依據本署前擬定之「牙科感控不合格院所依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法處理原則」(附件)，請所轄分區業務組通知限期改善，並主動辦理複查作業。

正本：本署各分區業務組  
副本：

## 牙科感控不合格院所依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

### 處理原則

一、適用法規：全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第 35 條第 4 款、第 36 條第 9 款、第 38 條第 2 款、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 19 條第 17 款、全民健康保險特約醫事服務機構合約第 1 條第 1 項。

二、要件：

（一）程序要件：

1、經通知限期改善，而未改善。

2、期限依個案情形，以 2 週至 4 週為原則。

（二）實體要件：感染控制品質不符專業認定。

三、記點原則：

（一）當次通知限期改善而未改善，記點 1 次，並同時再命限期改善。

（二）第二次改善期限屆至仍未改善，再記點 1 次，並同時再命限期改善，之後依此類推；記點達 3 次，再有同樣情形，依特管辦法第 38 條第 2 款停約 1 個月。

四、停約 1 個月處分執行期滿，仍有感控不合格者，重複上述通知限期改善、記點、停約程序。

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

112/11/21



1

## 大綱

- 01 112年第3季點值預估
- 02 112年第3季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 112年第3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2季牙醫總額各專款執行情形

2

# 112年第3季點值預估

**01** 點值預估假設

**02** 112年第3季點值預估

**03** 112Q3預估點值 vs 112Q2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110Q3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年下半年就醫情形調整，再以送核補報占率(99.40441382%)校正得之(該占率以112Q1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年下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

4

# 112年第3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3季	臺北	4,089	0	38	4,416	0.9172	0.9179
	北區	1,984	0	17	2,013	0.9772	0.9774
	中區	2,448	0	21	2,463	0.9855	0.9856
	南區	1,616	0	14	1,536	1.0432	1.0428
	高屏	1,848	0	14	1,787	1.0262	1.0260
	東區	235	0	2	199	1.1696	1.1675
	合計	12,220	0	108	12,413	0.9758	0.9760

註：111Q3結算全國浮動點值為1.0024、平均點值為1.0024

5

## 112Q3預估點值 vs 112Q2結算點值



分區別	暫核付點值					
	112年第2季 結算點值(A)		112年第3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	0.9086	0.9120	0.9172	0.9179	0.0086	0.0058
北區	0.9900	0.9903	0.9772	0.9774	-0.0128	-0.0129
中區	1.0060	1.0064	0.9855	0.9856	-0.0205	-0.0208
南區	1.0236	1.0242	1.0432	1.0428	0.0196	0.0187
高屏	1.0134	1.0138	1.0262	1.0260	0.0127	0.0122
東區	1.1555	1.1500	1.1696	1.1675	0.0141	0.0175
合計	0.9719	0.9721	0.9758	0.9760	0.0039	0.0039

◆ 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。

6

## 112年第3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9月-112年9月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
108年9月	2,622	851	1,322	812	1,012	119	6,738	0.60%
109年9月	2,620	870	1,317	815	1,012	115	6,749	0.16%
110年9月	2,626	900	1,320	814	1,010	112	6,782	0.49%
111年9月	2,646	917	1,321	813	1,004	112	6,813	0.46%
112年9月	2,686	936	1,342	814	1,003	111	6,892	1.16%
增減家數	40	19	21	1	-1	-1	79	
成長率	1.5%	2.1%	1.6%	0.1%	-0.1%	-0.9%	1.2%	

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9月-112年9月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
108年9月	6,170	2,011	2,656	1,618	2,071	218	14,744	2.7%
109年9月	6,333	2,099	2,707	1,659	2,111	213	15,122	2.6%
110年9月	6,416	2,205	2,763	1,668	2,165	216	15,433	2.1%
111年9月	6,517	2,280	2,802	1,681	2,216	216	15,712	1.8%
112年9月	6,622	2,321	2,874	1,718	2,237	217	15,989	1.8%
增減人數	105	41	72	37	21	1	277	
成長率	1.6%	1.8%	2.6%	2.2%	0.9%	0.5%	1.8%	

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9月-112年9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9月	1,158	722	227	12,637	14,744	1.8%	-0.3%	9.7%	2.8%
109年9月	1,164	738	241	12,979	15,122	0.5%	2.2%	6.2%	2.7%
110年9月	1,145	765	257	13,266	15,433	-1.6%	3.7%	6.6%	2.2%
111年9月	1,154	756	273	13,529	15,712	0.8%	-1.2%	6.2%	2.0%
112年9月	1,151	728	248	13,862	15,989	-0.3%	-3.7%	-9.2%	2.5%
增減人數	-3	-28	-25	333	277				

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3季

單位：千人

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110Q3	1,599	727	950	618	730	79	4,672	-9.7%
111Q3	1,785	800	1,019	653	776	81	5,078	8.7%
112Q3	1,914	864	1,081	674	799	83	5,378	5.9%
增減人數	129	63	62	21	23	2	300	
成長率	7.3%	7.9%	6.1%	3.2%	3.0%	2.5%	5.9%	

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3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	298	6.2%	3.3%	475,379	6.4%	3.7%	1,595	0.2%
2區域醫院	286	1.4%	3.2%	470,548	2.4%	3.7%	1,646	1.0%
3地區醫院	122	6.2%	1.4%	194,633	6.6%	1.5%	1,598	0.4%
4基層診所	8,232	3.0%	92.1%	11,427,915	3.8%	89.7%	1,388	0.8%
5交付機構	-	-	-	169,396	-0.4%	1.3%	-	-
合計	8,938	3.1%		12,737,872	3.9%		1,425	0.7%

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3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	3,171	4.9%	1,914	7.3%	1.66	-2.2%	4,529,253	5.6%	1,429	0.7%
北區	1,416	5.3%	864	7.9%	1.64	-2.4%	2,069,059	5.7%	1,461	0.4%
中區	1,747	2.9%	1,081	6.1%	1.62	-3.0%	2,526,942	3.9%	1,447	1.0%
南區	1,124	0.1%	674	3.2%	1.67	-3.0%	1,573,248	1.9%	1,400	1.7%
高屏	1,343	0.1%	799	3.0%	1.68	-2.8%	1,830,588	-0.3%	1,364	-0.4%
東區	138	-0.5%	83	2.5%	1.66	-3.0%	208,783	0.5%	1,510	1.0%
合計	8,938	3.1%	5,378	5.9%	1.66	-2.6%	12,737,872	3.9%	1,425	0.7%

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3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)	26	11.9%	5,122	16.8%	195	4.4%
2.牙醫急診	4	24.7%	9,318	57.4%	2,382	26.2%
3.牙醫門診手術	15	0.9%	47,263	2.2%	3,221	1.3%
4.無牙醫鄉服務	32	-0.9%	47,597	12.1%	1,490	13.1%
5.牙醫特殊醫療	46	14.4%	141,354	22.2%	3,062	6.8%
6.牙醫急診醫療不足區	0.1	-16.4%	223	25.1%	1,506	49.6%
7.其他專案	8,815	3.1%	12,317,599	3.7%	1,397	0.6%
8.交付機構	-	-	169,396	-0.4%	-	0.0%
合計	8,938	3.1%	12,737,872	3.9%	1,425	0.7%

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3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)	0	-100.0%	15	-53.0%	40	372.8%	5,067	16.7%	-	-	5,122	16.8%
2.牙醫急診	6,937	55.4%	2,321	72.7%	59	-45.4%	1	-75.2%	-	-	9,318	57.4%
3.牙醫門診手術	27,555	4.3%	16,329	-2.7%	2,948	10.7%	431	21.7%	-	-	47,263	2.2%
4.無牙醫鄉服務	128	474.9%	348	7.7%	222	36.6%	46,899	11.7%	-	-	47,597	12.1%
5.牙醫特殊醫療	26,769	11.3%	24,846	21.4%	10,690	22.6%	79,049	26.7%	-	-	141,354	22.2%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	223	25.1%	-	-	-	-	223	25.1%
7.其他專案	413,991	5.6%	426,689	1.5%	180,451	5.7%	11,296,468	3.7%	-	-	12,317,599	3.7%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	169,396	-0.4%	169,396	-0.4%
合計	475,379	6.4%	470,548	2.4%	194,633	6.6%	11,427,915	3.8%	169,396	-0.4%	12,737,872	3.9%

註：成長率係與前一年同期比較。

15

## 申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



### ◆ 112年第3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	1,884	22.1%	4,067	80.2%	9,896	14.6%	3,283	13.9%	44,156	28.9%
北區	946	36.4%	308	34.6%	4,881	13.1%	2,614	9.6%	24,838	21.4%
中區	664	8.8%	1,466	12.4%	12,970	3.4%	14,347	18.2%	28,891	16.0%
南區	897	-3.5%	1,690	103.0%	6,689	-4.8%	7,221	7.1%	14,307	18.2%
高屏	693	26.0%	1,597	44.2%	10,537	-10.4%	14,410	4.7%	23,385	24.3%
東區	38	-33.8%	190	-0.5%	2,290	17.1%	5,723	25.3%	5,778	13.1%
合計	5,122	16.8%	9,318	57.4%	47,263	2.2%	47,597	12.1%	141,354	22.2%

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3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	-	-	4,407,891	5.4%	58,077	1.5%	4,529,253	5.6%
北區	-	-	2,006,758	5.6%	28,715	2.4%	2,069,059	5.7%
中區	-	-	2,434,700	3.8%	33,905	-2.4%	2,526,942	3.9%
南區	223	25.1%	1,520,906	1.8%	21,316	-2.8%	1,573,248	1.9%
高屏	-	-	1,756,048	-0.5%	23,917	-2.5%	1,830,588	-0.3%
東區	-	-	191,296	-0.5%	3,467	-6.9%	208,783	0.5%
合計	223	25.1%	12,317,599	3.7%	169,396	-0.4%	12,737,872	3.9%

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3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	38,443	1.2%	29,264	1.3%	1,195,793	6.6%	3,265,513	5.3%	239	6.3%	4,529,253	5.6%
北區	17,250	3.0%	14,034	2.0%	538,929	7.0%	1,498,812	5.4%	35	27.2%	2,069,059	5.7%
中區	21,145	-1.0%	17,347	-2.6%	662,496	4.9%	1,825,773	3.6%	181	29.5%	2,526,942	3.9%
南區	14,091	-2.2%	11,287	-3.4%	414,964	1.8%	1,132,756	2.0%	150	-1.5%	1,573,248	1.9%
高屏	14,353	-2.3%	12,246	-2.8%	488,350	1.9%	1,315,576	-1.0%	62	6.2%	1,830,588	-0.3%
東區	2,455	-3.3%	1,822	-6.1%	52,627	1.6%	151,857	0.2%	20	-56.5%	208,783	0.5%
總計	107,737	0.0%	85,999	-0.8%	3,353,159	4.9%	9,190,288	3.6%	689	5.8%	12,737,872	3.9%

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3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	7,553	-1.0%	3,331	3.3%	113,932	8.9%	350,150	5.8%	413	5.1%	475,379	6.4%
區域醫院	6,394	1.5%	3,593	-0.3%	112,512	4.0%	347,811	2.0%	239	9.1%	470,548	2.4%
地區醫院	1,512	-3.6%	1,286	0.6%	45,711	7.1%	146,088	6.6%	36	-4.8%	194,633	6.6%
基層診所	382	0.3%	289	-2.0%	3,081,005	4.8%	8,346,239	3.5%	-	-	11,427,915	3.8%
交付機構	91,895	0.1%	77,501	-1.0%	-	-	-	-	0.3	-166.3%	169,396	-0.4%
總計	107,737	0.0%	85,999	-0.8%	3,353,159	4.9%	9,190,288	3.6%	689	5.8%	12,737,872	3.9%

註：成長率係與前一年同期比較。

19

## 112年第3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9月)	2,686	936	1,342	814	1,003	111	6,892
成長率	1.5%	2.1%	1.6%	0.1%	-0.1%	-0.9%	1.2%
醫師數 (112年9月)	6,622	2,321	2,874	1,718	2,237	217	15,989
成長率	1.6%	1.8%	2.6%	2.2%	0.9%	0.5%	1.8%
人口數 (千)	7,514	3,891	4,560	3,270	3,641	530	23,404
人口數 (成長率)	1.47%	1.42%	0.67%	0.07%	0.34%	-0.38%	0.89%
每位醫師照護人口數	1,135	1,676	1,587	1,903	1,628	2,440	1,464
每萬人口醫師數	8.81	5.97	6.30	5.25	6.14	4.10	6.83
申報件數 (千)	3,171	1,416	1,747	1,124	1,343	138	8,938
成長率	4.9%	5.3%	2.9%	0.1%	0.1%	-0.5%	3.1%
申報醫療費用 (百萬)	4,529	2,069	2,527	1,573	1,831	209	12,738
成長率	5.6%	5.7%	3.9%	1.9%	-0.3%	0.5%	3.9%
平均每件申報醫療費用點數	1,429	1,461	1,447	1,400	1,364	1,510	1,425
成長率	0.7%	0.4%	1.0%	1.7%	-0.4%	1.0%	0.7%

註1：人口數來源為112年9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7-9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1-3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1-3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	215,704	8.43%	2,069.6	8.88%

全年預算：3,073.4百萬元

■ 累計預算執行率：67.34%

■ 服務人次執行率：71.9%  
【215,704 / 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)	85.6	16.53%	85.5	3.47%	48.9	11.91%	1,849.4	8.74%	2,069.6	8.88%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	798.1	327.8	405.9	207.2	300.5	30.1	2,069.6
成長率	12.77%	19.29%	8.73%	6.35%	-6.81%	8.71%	8.88%

備註：

1.資料擷自112/11/14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

# 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

23

## 顫顎關節相關支付項目



◆ 統計至112年第3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 1-9月	40.9	18,850	19.0	18,568	9.3	7,578	3.8	668	0.9	334	0.7	20	0.3	45,998	34.0	83.93%

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。

24

# 複雜型顱顎障礙症治療及追蹤



## ◆ 統計至112年第3季

單位:百萬點

年度	預算	門診申報費用						執行率
		92069B 複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板		92070B 複雜型顱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1-9月	62.7	5,820	40.9	16,776	10.1	22,596	50.9	81.2%

- 100年度「牙醫診總額-支付項目的改變-新增複雜型顱顎障礙症相關給付」編列36.9百萬元，用於新增92069B複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板（7,000點）及92070B複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整（600點）。
- 112年「保險給付項目及支付標準之改變-複雜型顱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。

25

# 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3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1-9月	624.1	14,814	29.7	5,312	5.3	571,667	572.1	591	0.3	592,384	607.4	97.3%

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。

26

# 112年新增專款項目



## ◆ 統計至112年第3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	288,834	340,366	170.4	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	197,192	376,165	37.6	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(112/11/14擷取)  
統計區間: 11203-11209

27

## 112年第2季牙醫總額各專款執行情形

28

# 一般服務移撥專用相關預算執行情形



112年第2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	53,829	-	-	94,173	200,000	105,827
執行率	20.2%	26.9%	-	-	47.1%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	2,325	3,798	-	-	6,123	80,000	73,877
執行率	2.9%	4.7%	-	-	7.7%	-	-
移撥支應牙醫特殊服務計畫專款	0	0	-	-	0	50,000	50,000
執行率	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-
移撥支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」	131	267	-	-	398	15,000	14,602
執行率	0.9%	1.8%	-	-	2.7%	-	-
合計	42,802	57,893	-	-	100,695	295,000	194,305

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。

29

# 醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



112年第2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	19,306	-	-	37,890	29%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,977	4,354	-	-	8,331	6%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	-	-	-
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.2	0.3	-	-	0.5	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	7,390	-	-	12,045	9%
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	36,104	-	-	65,486	50%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	1	2	-	-	3.1	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,927	3,065	-	-	5,991	5%
暫結金額	59,526	70,221			129,747	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	70,000	80,474	80,253	150,253		
本季末支用金額	10,474	10,253	80,253	150,253		
各季執行占總預算比率(%)	21.3%	25%			46.3%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

30

# 牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)



112年第2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	3,866	-	-	7,756	2.65%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	19,805	32,997	-	-	52,802	18.06%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	25,318	24,076	-	-	49,394	16.89%
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	23,392	-	-	48,322	16.52%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,666	9,711	-	-	20,378	6.97%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,256	1,370	-	-	2,626	0.90%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,903	12,445	-	-	22,349	7.64%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,599	10,763	-	-	20,363	6.96%
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	15,466	-	-	29,273	10.01%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	550	694	-	-	1,244	0.43%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	25	20	-	-	44	0.02%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	632	628	-	-	1,260	0.43%
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	14,122	-	-	26,393	9.03%
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	391	463	-	-	854	0.29%
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	3	8	-	-	12	0.00%
16 醫療團特定需求者(論次)	271	300	-	-	571	0.20%

31

# 牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



112年第2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	12	-	-	16	0.01%
18 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	18	26	-	-	45	0.02%
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	70	-	-	113	0.04%
20 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	13	6	-	-	19	0.01%
21 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	-	-	0	0.00%
22 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,399	1,531	-	-	2,930	1.00%
23 居家身心障礙者牙醫醫療服務	1,589	1,590	-	-	3,178	1.09%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	301	292	-	-	593	0.20%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	714	923	-	-	1,637	0.56%
26 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	-	-	0	0.00%
27 居家居整病人牙醫醫療服務	97	166	-	-	263	0.09%
28 居家出院準備牙醫醫療服務	0	0	-	-	0	0.00%
29 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	0	0	-	-	0	0.00%
暫結金額	137,496	154,938	-	-	292,434	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	180,525	223,554	249,141	429,666		
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	43,029	68,616	249,141	429,666		
執行占總預算比率	19.0%	21.5%	0.0%	0.0%	40.5%	

32

## 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫預算執行情形



112年第2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	1,438	-	-	2,819	10,000
執行率	13.8%	14.4%	-	-	28.2%	-

備註：

- 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。

33

## 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2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	62	-	-	153	60,000
執行率	0.15%	0.1%	-	-	0.26%	-

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。

34

## 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2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	8,865	-	-	14,679	271,500
執行率	2.14%	3.3%	-	-	5.41%	-

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。

35

## 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫預算執行情形



112年第2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	19,399	-	-	35,580	184,000
執行率	8.79%	10.5%	-	-	19.34%	-

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。

36

## 超音波根管沖洗計畫預算執行情形



112年第2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	15,448	-	-	19,251	144,800
執行率	2.63%	10.7%	-	-	13.29%	-

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。

37

## 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2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	62,162	-	-	75,909	1,010,000
執行率	1.36%	6.2%	-	-	7.52%	-

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。

38

## 網路頻寬補助費用預算執行情形



112年第2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	35,214	-	-	70,240	168,000
執行率	20.8%	21.0%	-	-	41.8%	-

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。

39

# 敬請指教



行政院衛生福利部  
中央健康保險署

40

### 報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年第2季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

年季 \ 分區		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
112Q2	浮動點值	0.90858092	0.98995741	1.00600912	1.02359896	1.01343098	1.15549197	0.97188648
	平均點值	0.91204908	0.99030373	1.00643612	1.02418130	1.01379025	1.15000000	0.97209935

- 三、檢附111年第2季點值結算資料供參。

年季 \ 分區		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
111Q2	浮動點值	1.07662605	1.15814793	1.07995158	1.12911025	1.08639547	1.35856032	1.08589043
	平均點值	1.05294907	1.13441999	1.07308777	1.11915294	1.07990310	1.32835907	1.08555699

- 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2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	4,292,597,991	3,759,930,357	4,674,405,092	844,259,362	31,939,605	198,036	0.90858092	0.91204908
北區分區	1,878,641,332	1,438,605,262	1,882,269,976	439,717,873	14,661,524	104,002	0.98995741	0.99030373
中區分區	2,146,540,987	1,916,603,847	2,113,422,632	199,028,734	19,303,190	88,113	1.00600912	1.00643612
南區分區	1,462,558,336	1,193,681,551	1,419,385,458	232,065,807	8,586,068	55,266	1.02359896	1.02418130
高屏分區	1,636,879,016	1,436,946,986	1,601,287,237	167,306,558	13,284,253	41,613	1.01343098	1.01379025
東區分區	214,431,878	152,554,610	184,123,168	35,816,916	2,321,051	18,284	1.15549197	1.15000000
全 區	11,631,649,540		11,874,893,563		90,095,691	505,314	0.97188648	0.97209935

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11月06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)

 $= 112\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times 110\text{年各季預算占率}(Ra) \times \text{該區}110\text{年各季人口風險因子}(R_{110})$  $= 11,349,113,559$ 

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 $= 112\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times Ra \times (R_{110})$ 。2. 112年第2季調整後預算11,349,113,559元 $= 112\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times Ra \times (R_{110})$ 。3. 112年第3季調整後預算12,067,613,683元 $= [112\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times Ra \times (R_{110})$ 。

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

5. 計算過程詳本表頁次19：「三、一般服務費用總額」。

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁次：2

## (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))  $\times (1 + 1.843\%)$ 。

※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))  $\times (1 + 0.702\%)$ 。

※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)  $\times$  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	1,507(K6)	暫結金額	1,507(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	36,941,068(K7)	暫結金額	38,070,660(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	8,846(K11)	暫結金額	8,846(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	15,342,011(K12)	暫結金額	15,747,506(K22)
(3)小計	加成前點數	52,293,432(K19)	暫結金額	53,828,519(K29)

暫結金額 = 53,828,519

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 5,826,518

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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁次：4

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 5,826,518= 55,826,518

(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 = 55,826,518

第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 55,826,518=105,826,518

(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 = 105,826,518

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	2,423(N6)	暫結金額	2,423(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	60,189,552(N7)	暫結金額	62,959,931(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	15,821(N11)	暫結金額	15,821(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	29,979,785(N12)	暫結金額	31,195,307(N22)
(3)小計	加成前點數	90,187,581(N19)	暫結金額	94,173,482(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+ 53,828,519+ 0+ 0

= 94,173,482

未支用金額 =全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 94,173,482

= 105,826,518 (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: 3,797,768

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 3,797,768

未支用金額: 第2季預算—第2季暫結金額= 37,674,506— 3,797,768= 33,876,738

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+33,876,738= 53,876,738

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= 53,876,738— 0= 53,876,738

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+53,876,738= 73,876,738

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= 73,876,738— 0= 73,876,738

全年合計:預算=80,000,000

全年已支用點數: 6,123,262

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 6,123,262

全年未支用金額 = 全年預算 — 全年已結算金額

= 80,000,000 — 6,123,262

= 73,876,738 (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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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： 266,525  
暫結金額 = 266,525 (BJ\_q2)  
未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額 = 7,368,633－266,525 = 7,102,108

第3季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 7,102,108 = 10,852,108  
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 = 10,852,108－0 = 10,852,108

第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 10,852,108 = 14,602,108  
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 = 14,602,108－0 = 14,602,108

全年合計: 預算 = 15,000,000元  
全年點值補助差值： 397,892  
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 + 266,525 + 0 + 0 = 397,892  
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  
= 15,000,000－397,892－0  
= 14,602,108 (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: 7,500,000(Z)+ 53,828,519(K29)+ 3,797,768+ 218,100,000(H)+ 0(R) + 266,525(BJ\_q2) = 283,492,812

未支用金額: 第2季預算—第2季已暫結金額= 355,298,176— 283,492,812 = 71,805,364

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 1,247,400,000/ 4+ 71,805,364 = 383,655,364

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= 383,655,364— 0 = 383,655,364

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 1,247,400,000/ 4+ 383,655,364 = 695,505,364

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= 695,505,364— 0 = 695,505,364

全年合計:預算= 1,247,400,000

全年已暫結金額: 551,894,636

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 — 551,894,636 — 0

= 695,505,364 (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	12,919,532(K0)	收入	19,306,295(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	4,353,730(K2)
執業計畫診所之品質獎勵費用K13:			已支用點數	0(K13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,507(K6)	加成已支用點數	293(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	36,941,068(K7)	加成已支用點數	7,390,119(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	36,104,300(K5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	8,846(K11)	加成已支用點數	1,759(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	15,342,011(K12)	加成已支用點數	3,064,737(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				63,834,470(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)

= 70,221,233

## 未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 10,252,966

※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 + 10,252,966= 80,252,966

(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

= 80,252,966

※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 + 80,252,966=150,252,966

(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

= 150,252,966

※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	24,386,199(N0)	收入	37,890,497(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2:			已支用點數	8,331,130(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	2,423(N6)	加成已支用點數	470(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	60,189,552(N7)	加成已支用點數	12,044,508(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	65,486,000(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	15,821(N11)	加成已支用點數	3,144(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	29,979,785(N12)	加成已支用點數	5,991,285(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14):				116,242,736(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 + 70,221,233 + 0 + 0 = 129,747,034

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 150,252,966

※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)。

(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：	3,866,327(W01)	3,853,188(WF01)	13,139(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	32,997,250(W02)	31,506,285(WF02)	1,490,965(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,076,376(W03)	23,184,588(WF03)	891,788(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	23,391,594(W04)	22,800,588(WF04)	591,006(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,711,183(W05)	9,301,226(WF05)	409,957(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,370,183(W06)	1,178,285(WF06)	191,898(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：	12,445,483(W07)	12,445,084(WF07)	399(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,763,492(W08)	10,762,707(WF08)	785(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：	15,465,985(W09)	15,464,072(WF09)	1,913(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	694,170(W10)	694,170(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	19,738(W11)	19,738(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	628,369(W12)	628,369(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)：	14,121,600(W13)	14,121,600(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：	463,364(W14)	463,322(WF14)	42(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,447(W15)	8,447(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	300,000(W16)	300,000(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：	11,605(W17)	11,605(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：	26,311(W18)	26,311(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：	69,756(W19)	69,756(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：	5,831(W20)	5,831(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,530,668(W22)	1,530,668(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,589,757(W23)	1,589,757(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	292,173(W24)	292,173(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	922,761(W25)	922,761(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：	165,723(W27)	165,723(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	154,938,146(W99)	151,346,254(WF99)	3,591,892(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 154,938,146	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 68,615,505		

## 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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁次：15

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 68,615,505＝ 249,140,505

	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＝ 249,140,505		

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 249,140,505＝ 429,665,505

	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＝	＝ 第4季預算－暫結金額＝ 429,665,505		
	0		

## 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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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：	7,755,700(Z01)	7,710,919(ZF01)	44,781(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	52,802,144(Z02)	50,376,598(ZF02)	2,425,546(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	49,394,268(Z03)	47,682,969(ZF03)	1,711,299(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：	48,321,999(Z04)	46,969,366(ZF04)	1,352,633(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	20,377,654(Z05)	19,556,913(ZF05)	820,741(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,625,803(Z06)	2,252,227(ZF06)	373,576(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：	22,348,852(Z07)	22,348,071(ZF07)	781(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	20,362,858(Z08)	20,361,820(ZF08)	1,038(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：	29,273,310(Z09)	29,270,144(ZF09)	3,166(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,244,086(Z10)	1,244,086(ZF10)	0(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	44,419(Z11)	44,419(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,259,882(Z12)	1,259,882(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)：	26,392,800(Z13)	26,392,800(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：	854,090(Z14)	853,963(ZF14)	127(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	11,664(Z15)	11,664(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	571,200(Z16)	571,200(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：	15,589(Z17)	15,589(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：	44,690(Z18)	44,690(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：	113,440(Z19)	113,440(ZF19)	0(ZN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,105(Z20)	19,105(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：	2,929,762(Z22)	2,929,762(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,178,293(Z23)	3,178,293(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	592,904(Z24)	592,904(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,637,213(Z25)	1,637,213(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：	262,770(Z27)	262,770(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	292,434,495(Z99)	285,700,807(ZF99)	6,733,688(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 + 154,938,146 + 0 + 0 = 292,434,495

全年已結算金額＝ 137,496,349 + 154,938,146 + 0 + 0 = 292,434,495

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 －（ 292,434,495 － 0）  
 ＝ 722,100,000 － 292,434,495  
 ＝ 429,665,505 (E6)(若第4季一般服務移撥款有結餘，優先支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫全年不足款，再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限)

註：

- 依據「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。
- 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: 1,438,000

暫結金額: 1元/點×已支用點數＝ 1,438,000

未支用金額: 第2季預算－第2季暫結金額＝ 3,619,000－ 1,438,000＝ 2,181,000

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 2,181,000＝ 4,681,000

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＝ 4,681,000－ 0＝ 4,681,000

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 4,681,000＝ 7,181,000

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＝ 7,181,000－ 0＝ 7,181,000

全年合計:預算＝ 10,000,000

全年已支用點數: 2,819,000

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數＝ 2,819,000

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－ ( 2,819,000－ 0)

＝ 7,181,000

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： 62,126

(2)品質獎勵費已支用點數： 0

(9)合計已支用點數： 62,126

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 62,126

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝ 29,908,991－ 62,126＝ 29,846,865

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 29,846,865＝ 44,846,865

(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＝ 44,846,865－ 0＝ 44,846,865

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 44,846,865＝ 59,846,865

(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＝ 59,846,865－ 0＝ 59,846,865

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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 21

=====

全年合計:預算= 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數：	129,135
(2)品質獎勵費已支用點數：	24,000
(9)合計已支用點數：	153,135

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝ 153,135

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝ 60,000,000 － 153,135

＝ 59,846,865

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。

## (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： 8,864,506

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 8,864,506

未支用金額： 第2季預算－第2季暫結金額＝ 129,935,335－ 8,864,506＝ 121,070,829

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝271,500,000/4＋121,070,829＝ 188,945,829

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＝ 188,945,829－ 0＝ 188,945,829

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝271,500,000/4＋188,945,829＝ 256,820,829

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＝ 256,820,829－ 0＝ 256,820,829

全年合計:預算＝271,500,000

已支用點數： 14,679,171

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數＝ 14,679,171

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 271,500,000－ 14,679,171

＝ 256,820,829

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。

## (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：19,398,700

暫結金額：1元/點×已支用點數＝19,398,700

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝75,818,245－19,398,700＝56,419,545

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝184,000,000/4＋56,419,545＝102,419,545

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＝102,419,545－0＝102,419,545

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝184,000,000/4＋102,419,545＝148,419,545

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＝148,419,545－0＝148,419,545

全年合計:預算＝184,000,000

已支用點數：35,580,455

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝35,580,455

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝184,000,000－35,580,455

＝148,419,545

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： 15,447,970

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 15,447,970

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 68,597,176－ 15,447,970= 53,149,206

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 53,149,206= 89,349,206

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= 89,349,206－ 0= 89,349,206

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 89,349,206= 125,549,206

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= 125,549,206－ 0= 125,549,206

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數： 19,250,794

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 19,250,794

全年未支用金額 = 全年預算－ 全年已結算金額

= 144,800,000－ 19,250,794

= 125,549,206

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： 62,161,725

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 62,161,725

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 491,253,170－ 62,161,725= 429,091,445

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,010,000,000/4+ 429,091,445= 681,591,445

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= 681,591,445－ 0= 681,591,445

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,010,000,000/4+ 681,591,445= 934,091,445

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= 934,091,445－ 0= 934,091,445

全年合計:預算= 1,010,000,000元

已支用點數： 75,908,555

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數= 75,908,555

全年未支用金額 = 全年預算－ 全年已結算金額

= 1,010,000,000－ 75,908,555

= 934,091,445

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。

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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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： 35,213,834

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： 70,240,444

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 70,240,444

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 168,000,000－ 70,240,444＝ 97,759,556

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

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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 27

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

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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁次：28

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=〔(D2合計)× Ra× R<sub>110</sub>〕(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 <sub>110</sub> )	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 <sub>110</sub> )		(BD1 <sub>q1</sub> )	(BD1 <sub>q2</sub> )	(BD1 <sub>q3</sub> )	(BD1 <sub>q4</sub> )	(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

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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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

## 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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

112年第 2季

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:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/06

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

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R01

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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁次：32

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
18. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)+(BH)-(BI) +(Z)+(BE4)+(BE5) +(BE6)+(BE7)	臺北分區	4,206,246,196	4,292,597,991	4,553,518,498	4,534,061,492	17,586,424,177
	北區分區	1,832,096,620	1,878,641,332	2,008,709,371	2,005,365,499	7,724,812,822
	中區分區	2,100,270,109	2,146,540,987	2,281,573,156	2,270,415,284	8,798,799,536
	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，則先天性唇顎裂及顏頰畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
  - (2)依據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，加成前點數由牙醫總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依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。

## 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	3,759,930,357(BF)	0.92321781	-----	24,166,358	198,036
	2-北區分區	371,225,618	0.92321781	342,722,102	3,157,283	
	3-中區分區	219,212,302	0.92321781	202,380,701	1,877,223	
	4-南區分區	129,990,996	0.92321781	120,010,003	1,153,227	
	5-高屏分區	172,355,988	0.92321781	159,122,118	1,311,446	
	6-東區分區	21,689,831	0.92321781	20,024,438	274,068	
	7-合計	4,674,405,092(GF)		844,259,362(AF)	31,939,605(BG)	198,036(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	243,278,607	0.99110400	241,114,401	2,485,536	
	2-北區分區	1,438,605,262(BF)	0.99110400	-----	10,488,565	104,002
	3-中區分區	95,487,854	0.99110400	94,638,394	817,968	
	4-南區分區	63,205,725	0.99110400	62,643,447	519,115	
	5-高屏分區	37,636,342	0.99110400	37,301,529	292,989	
	6-東區分區	4,056,186	0.99110400	4,020,102	57,351	
	7-合計	1,882,269,976(GF)		439,717,873(AF)	14,661,524(BG)	104,002(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	74,675,413	1.01122834	75,513,894	727,289	
	2-北區分區	43,704,211	1.01122834	44,194,937	381,532	
	3-中區分區	1,916,603,847(BF)	1.01122834	-----	17,442,486	88,113
	4-南區分區	44,233,303	1.01122834	44,729,970	461,312	
	5-高屏分區	31,252,487	1.01122834	31,603,401	250,123	
	6-東區分區	2,953,371	1.01122834	2,986,532	40,448	
	7-合計	2,113,422,632(GF)		199,028,734(AF)	19,303,190(BG)	88,113(BJ)

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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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	63,166,978	1.02818693	64,947,461	684,547	
	2-北區分區	27,161,942	1.02818693	27,927,554	254,986	
	3-中區分區	66,126,437	1.02818693	67,990,338	627,704	
	4-南區分區	1,193,681,551(BF)	1.02818693	-----	6,422,402	55,266
	5-高屏分區	66,808,339	1.02818693	68,691,461	563,088	
	6-東區分區	2,440,211	1.02818693	2,508,993	33,341	
	7-合計	1,419,385,458(GF)		232,065,807(AF)	8,586,068(BG)	55,266(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	43,600,064	1.01804979	44,387,036	404,138	
	2-北區分區	18,013,512	1.01804979	18,338,652	180,413	
	3-中區分區	31,696,264	1.01804979	32,268,375	290,206	
	4-南區分區	67,407,302	1.01804979	68,623,990	588,983	
	5-高屏分區	1,436,946,986(BF)	1.01804979	-----	11,774,202	41,613
	6-東區分區	3,623,109	1.01804979	3,688,505	46,311	
	7-合計	1,601,287,237(GF)		167,306,558(AF)	13,284,253(BG)	41,613(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	13,332,666	1.13457560	15,126,918	138,131	
	2-北區分區	4,551,336	1.13457560	5,163,835	52,604	
	3-中區分區	4,166,685	1.13457560	4,727,419	40,176	
	4-南區分區	3,179,743	1.13457560	3,607,659	35,879	
	5-高屏分區	6,338,128	1.13457560	7,191,085	77,226	
	6-東區分區	152,554,610(BF)	1.13457560	-----	1,977,035	18,284
	7-合計	184,123,168(GF)		35,816,916(AF)	2,321,051(BG)	18,284(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 = [ 4,292,597,991 — 844,259,362 — 31,939,605 — 198,036 ] / 3,759,930,357 = 0.90858092

北區分區 = [ 1,878,641,332 — 439,717,873 — 14,661,524 — 104,002 ] / 1,438,605,262 = 0.98995741

中區分區 = [ 2,146,540,987 — 199,028,734 — 19,303,190 — 88,113 ] / 1,916,603,847 = 1.00600912

南區分區 = [ 1,462,558,336 — 232,065,807 — 8,586,068 — 55,266 ] / 1,193,681,551 = 1.02359896

高屏分區 = [ 1,636,879,016 — 167,306,558 — 13,284,253 — 41,613 ] / 1,436,946,986 = 1.01343098

東區分區 = [ 224,995,897 — 35,816,916 — 2,321,051 — 18,284 ] / 152,554,610 = 1.22473943

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)

= [11,642,213,559 — 90,095,691 — 505,314] / 11,874,893,563 = 0.97277609

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 = [ 4,292,597,991 ] / [ 4,674,405,092 + 31,939,605 + 198,036 ] = 0.91204908

北區分區 = [ 1,878,641,332 ] / [ 1,882,269,976 + 14,661,524 + 104,002 ] = 0.99030373

中區分區 = [ 2,146,540,987 ] / [ 2,113,422,632 + 19,303,190 + 88,113 ] = 1.00643612

南區分區 = [ 1,462,558,336 ] / [ 1,419,385,458 + 8,586,068 + 55,266 ] = 1.02418130

高屏分區 = [ 1,636,879,016 ] / [ 1,601,287,237 + 13,284,253 + 41,613 ] = 1.01379025

東區分區 = [ 224,995,897 ] / [ 184,123,168 + 2,321,051 + 18,284 ] = 1.20665492

5. 一般服務全區平均點值

= [11,642,213,559 ] / [ 11,874,893,563 + 90,095,691 + 505,314 ] = 0.97298223

=====

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]

＝[ 11,642,213,559＋419,944,990＋ 53,828,519＋ 3,797,768＋ 266,525]

／[ 11,874,893,563＋ 90,095,691＋ 505,314＋413,558,227＋ 52,293,432]＝ 0.97495888

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

＝ 154,938,146＋ 70,221,233＋ 35,213,834＋ 1,438,000＋ 62,126＋ 8,864,506＋ 19,398,700＋ 15,447,970

＋ 62,161,725＋ 52,198,750

＝ 419,944,990

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 11,349,113,559(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	=	4,292,597,991
調整後北區分區一般服務預算總額	=	1,878,641,332
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,146,540,987
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,462,558,336
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,636,879,016
調整後東區分區一般服務預算總額	=	224,995,897

總計	=	11,642,213,559
----	---	----------------

## (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)= 224,995,897－〔(184,123,168+2,321,051+18,284)×1.15〕= 10,564,019

## 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：112/11/06

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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	7,506,803(P) + 當季保留款	10,564,019(T1) =	18,070,822

## (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	=	4,292,597,991(BD2) -	0	=	4,292,597,991
修正後北區分區一般服務預算總額	=	1,878,641,332(BD2) -	0	=	1,878,641,332
修正後中區分區一般服務預算總額	=	2,146,540,987(BD2) -	0	=	2,146,540,987
修正後南區分區一般服務預算總額	=	1,462,558,336(BD2) -	0	=	1,462,558,336
修正後高屏分區一般服務預算總額	=	1,636,879,016(BD2) -	0	=	1,636,879,016
修正後東區分區一般服務預算總額	=	224,995,897(BD2) - 10,564,019	=		214,431,878

總計

11,631,649,540

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 = [ 4,292,597,991 — 844,259,362 — 31,939,605 — 198,036 ] / 3,759,930,357 = 0.90858092

北區分區 = [ 1,878,641,332 — 439,717,873 — 14,661,524 — 104,002 ] / 1,438,605,262 = 0.98995741

中區分區 = [ 2,146,540,987 — 199,028,734 — 19,303,190 — 88,113 ] / 1,916,603,847 = 1.00600912

南區分區 = [ 1,462,558,336 — 232,065,807 — 8,586,068 — 55,266 ] / 1,193,681,551 = 1.02359896

高屏分區 = [ 1,636,879,016 — 167,306,558 — 13,284,253 — 41,613 ] / 1,436,946,986 = 1.01343098

東區分區 = [ 214,431,878 — 35,816,916 — 2,321,051 — 18,284 ] / 152,554,610 = 1.15549197

## 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)

= [11,631,649,540 — 90,095,691 — 505,314] / 11,874,893,563 = 0.97188648

## 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 = [ 4,292,597,991 ] / [ 4,674,405,092 + 31,939,605 + 198,036 ] = 0.91204908

北區分區 = [ 1,878,641,332 ] / [ 1,882,269,976 + 14,661,524 + 104,002 ] = 0.99030373

中區分區 = [ 2,146,540,987 ] / [ 2,113,422,632 + 19,303,190 + 88,113 ] = 1.00643612

南區分區 = [ 1,462,558,336 ] / [ 1,419,385,458 + 8,586,068 + 55,266 ] = 1.02418130

高屏分區 = [ 1,636,879,016 ] / [ 1,601,287,237 + 13,284,253 + 41,613 ] = 1.01379025

東區分區 = [ 214,431,878 ] / [ 184,123,168 + 2,321,051 + 18,284 ] = 1.15000000

## 4. 修正後一般服務全區平均點值

= [11,631,649,540 ] / [ 11,874,893,563 + 90,095,691 + 505,314 ] = 0.97209935

$$\begin{aligned}
& 5. \text{修正後牙醫門診總額平均點值} = \text{加總}[\text{依調整後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)暫結金額}] \\
& \quad \div \text{加總}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
& \quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}] \\
& = [11,631,649,540 + 419,944,990 + 53,828,519 + 3,797,768 + 266,525] \\
& \div [11,874,893,563 + 90,095,691 + 505,314 + 413,558,227 + 52,293,432] = 0.97410909
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& \text{註：1. 專款專用暫結金額} = \text{牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)} + \text{醫療資源不足地區改善方案支付金額} \\
& \quad + \text{網路頻寬補助費用暫結金額} + \text{牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額} + \text{0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫} \\
& \quad + \text{12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫} + \text{高齲齒牙齒保存改善服務計畫} + \text{超音波根管沖洗計畫} + \text{齲齒經驗之高風險患者口腔} \\
& \quad \text{健康照護試辦計畫} + \text{品質保證保留款預算} \\
& = 154,938,146 + 70,221,233 + 35,213,834 + 1,438,000 + 62,126 + 8,864,506 + 19,398,700 + 15,447,970 \\
& \quad + 62,161,725 + 52,198,750 \\
& = 419,944,990
\end{aligned}$$

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

## 七、說明

## 1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/03(含)以前：於112/07/01～112/09/30期間核付者。

費用年月112/04～112/06：於112/04/01～112/09/30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

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目的案。

說明：

一、依據 105 年第 1 次會議決議，以「近 3 年各季核定點數平均占率」進行一般服務預算四季重分配，以 109 年-111 年各季核定點數平均占率計算四季預算重分配後之占率如下：

第 1 季 24.533136%、第 2 季 22.651011%、第 3 季 26.281433%、第 4 季 26.534420%。

季別	109 年		109 年第 1~2 季 點數處理過程		110 年		111 年		109-111 年 平均占率
	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	
Q1	21,843	47.49%	10,921	23.74%	11,169	25.41%	11,249	24.49%	24.533136%
Q2			10,921	23.74%	9,229	20.99%	10,631	23.15%	22.651011%
Q3	12,296	26.73%	12,296	26.73%	11,384	25.90%	12,035	26.20%	26.281433%
Q4	11,861	25.79%	11,861	25.79%	12,181	27.71%	12,017	26.16%	26.534420%
合計	46,000	100.00%	46,000	100.00%	43,963	100.00%	45,932	100.00%	100%

備註：

1. 核定點數=浮動核定點數+非浮動核定點數+自墊核退點數。

2. 109 年第 1~2 季合併結算，爰 109 年第 1、2 季各季核定點數=109 年第 1~2 季核定點數÷2

二、考量 110 年受疫情影響，110 年第 2 季之核定點數平均占率僅 20.99%，建議比照 112 年按 107-109 年各季核定點數平均占率(如下表)，重分配後占率如下：第 1 季 23.869908%、第 2 季 24.384747%、第 3 季 25.928519%、第 4 季 25.816826%。

季別	107 年		108 年		109 年		109 年第 1~2 季 點數處理過程		107-109 年 平均占率
	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	核定 點數 (百萬)	占率	
Q1	10,234	24.06%	10,834	23.82%	21,843	47.49%	10,921	23.74%	23.869908%
Q2	10,504	24.70%	11,254	24.74%			10,921	23.74%	24.384747%
Q3	10,818	25.44%	11,635	25.58%	12,296	26.73%	12,296	26.73%	25.928519%
Q4	10,974	25.80%	11,763	25.86%	11,861	25.79%	11,861	25.79%	25.816826%
合計	42,530	100%	45,485	100%	46,000	100%	46,000	100%	100%

備註：

1. 核定點數=浮動核定點數+非浮動核定點數+自墊核退點數。

2. 109 年第 1~2 季合併結算，爰 109 年第 1、2 季各季核定點數=109 年第 1~2 季核定點數÷2

三、113年牙醫門診一般服務之點值保障項目比照112年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，其他不保障。

決 定：

## 報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。

說明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，以每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。

二、113 年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4	5
會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	2 月 27 日 星期二 ( <b>上午</b> )	5 月 21 日 星期二 ( <b>上午</b> )	8 月 20 日 星期二 (下午)	11 月 19 日 星期二 (下午)	12 月 3 日 星期二 (下午)

決定：

## 報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關牙醫門診總額醫療給付費用總額協定事項「高風險疾病口腔照護」，112 年度未執行額度扣減方式報告案。

說明：

- 一、旨揭預算用於擴大特定對象服務頻率所增加之金額，並自 111 年 3 月 1 日起新增 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(700 點)，費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導，每 90 天得申報 1 次 (1 年 4 次)。
- 二、前述項目未實施前，健保係提供每人半年 1 次 91004C「牙結石清除-全口」(600 點)，及每年 1 次 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」(100 點)，執行牙菌斑偵測及去除維護教導。
- 三、考量本項預算用於增加服務頻率所需額外經費，全口牙結石清除由 1 年 2 次增加為 1 年 4 次，牙周暨齲齒控制基本處置由 1 年 1 次增加為 4 次，故需扣除原先服務之費用；依健保會 111 年第 10 次會議決議，預算執行額度以「111 年申報本項之費用(91090C)」扣除「申報本項者曾於 108-110 年任一年執行原相關服務之基期費用(91004C 及 91014C)」計算。
- 四、另因牙全反映實務上之申報樣態，高風險病人仍有可能申報 91004C、91014C，並以此為基礎再額外申報每年 2 次的 91090C，若重複扣減已執行之 91004C、91014C 費用，並不合理。
- 五、本署參採牙全會意見後，調整扣減方式，說明如下：
  - (一)扣減方式：
    1. 實際增加費用(A) = 【112 年申報 91090C 之費用+112 年申報 91090C 者於同年執行 91004C、91014C 的費用】 - 【112 年申報 91090C 者曾於 111 年一般服務執行 91004C、91014C 之基期費用】。
    2. 扣減未執行額度=預算 405 百萬元-實際增加費用(A)。

(二)因 112 年尚無全年資料，先以 111 年申報資料試算：

1. 111 年申報 91090C 之費用(約為 10.8 百萬)+111 年申報 91090C 者於同年執行 91004C、91014C 的費用(約為 3.4 百萬)，兩者加總為 14.2 百萬元。
2. 111 年申報 91090C 者曾於 110 年一般服務執行 91004C、91014C 之基期費用(約為 7.0 百萬)。
3. 實際增加費用=14.2 百萬-7.0 百萬，約為 7.2 百萬。
4. 扣減未執行額度=預算 405 百萬-7.2 百萬=397.8 百萬。

決 定：

繕 號：  
保存年限：

## 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：邵格蓮 (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 8 月 28 日

發文字號：牙全仁字第 00116 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關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，報告事項第一案「本會歷次會議決定/決議事  
項辦理情形」，本會再次檢送意見，詳如說明段，請 查照。

說明：

- 一、旨揭會議報告事項第一案項次 11，案由：『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』，關於高風險疾病患者牙結石清除-  
全口(91090C)，本會重申該項將牙結石清除執行間隔時間由  
半年縮短為九十天，並沒有重複的問題，依據 貴署提供資  
料(詳附件)，111 年高風險疾病患者接受牙結石清除(91004C)  
的次數增加，與其內容相近之醫令項目-牙周支持性治療  
(91018C)亦增加，結果顯示新增項目執行件數增加，原有的  
項目執行件數同時也增加，然原有項目增加執行率無法爭取  
新增預算，實屬不合理，故本會主張現行健保會決議之扣減  
方式未符合實際狀況，建議應逐年檢討高風險疾病患者牙結  
石清除執行人數及次數、高風險疾病患者牙周支持性治療人  
數及次數的執行情形，若未有實際不合理狀況，則不應扣減  
當年度未執行額度之費用。

- 二、旨揭會議報告事項第一案項次 12，案由：「有關原有牙醫門

第一頁 共三頁



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。」，本會建議原有牙醫門診總額方案歷年成長率僅能以投保人口預估成長率及人口結構改變率計算。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會  
投訴會1286

江錫仁

本案依照分層負責規定  
授權 江錫仁 主要決行

附件

### 高風險疾病患者-執行牙醫相關處置之執行情形 (人數/醫令數)

項目	108 年	109 年	110 年	111 年	111 年(相較 108 年) 成長情形	
A.高風險疾病患者人數	657,316	673,836	686,802	710,101	52,785 (8.03%)	↑
B.高風險疾病患者牙醫就醫人數	237,059	237,005	233,881	247,091	10,032 (4.23%)	↑
C.高風險疾病患者牙結石清除人數 (醫令 91004C)	139,242	139,422	135,517	144,613	5,371 (3.86%)	↑
D.高風險疾病患者牙結石清除醫令數 (醫令 91004C)	180,824	179,585	174,246	186,534	5,710 (3.16%)	↑
E.高風險患者塗牙菌斑人數 (醫令 91014C)	66,458	66,011	58,847	59,545	-6,913 (-10.4%)	↓
F.高風險患者牙周支持性治療人數 (醫令 91018C)	4,952	6,205	7,066	8,478	3,526 (71.20%)	↑
G.高風險患者牙周支持性治療醫令數 (次數) (醫令 91018C)	9,933	12,560	13,819	17,347	7,414 (74.64%)	↑

項目	108 年	109 年	110 年	111 年
高風險疾病患者牙醫就醫人數比(B/A)	36.06%	35.17%	34.05%	34.80%
高風險疾病患者牙結石清除人數比 (C/A)	58.74%	58.83%	57.94%	58.53%
高風險族群清除牙結石人數平均次數 (D/C)	1.30	1.29	1.29	1.29

- 資料來源:本署四代倉儲門住診檔(擷取日期 112 年 2 月 3 日)
- 高風險疾病患者人數定義:當年門住診申報資料
  - (1)腦血管疾病(中風):取主診斷碼前三碼 I60-I69
  - (2)洗腎人數:取案件分類 05
  - (3)服用雙磷酸鹽類藥物人數:擷取 ATC 藥品分類碼前 4 碼為 M05B
- 第 2-8 項醫令擷取醫事類別 13



## 肆、討論事項

討論事項第一案      提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關 113 年度牙醫門診總額地區預算分配，請討論案。

說明：

一、依據 15-2 牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議辦理並提送健保會討論。

二、本次地區預算分配方式調整，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元，「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」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」移撥 0.2 億元，共 3.3 億元。

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2 億元由一般服務支應，經費使用如下：

1. 「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2 億元，為避免因預算不足排擠偏鄉民眾就醫之權利，由一般預算提撥 2 億於此。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。
2. 計算方式：以 112 年 1-7 月一般費用執行數同期推估全年一般費用執行約 1.71 億元，預估 112 年全年執行數較 111 年一般費用成長率約 1.51%，推估 113 年由一般支出經費約 2 億。

(二)「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」移撥 0.8 億元，以舒緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題。

(三)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.2 億元及 0.1 億元。

(四)「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」移撥 0.2 億元，為鼓勵該計畫執行，該計畫每點支付金額 1 元。

(五)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，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

### 三、113 年牙醫門診總額醫療給付費用各項定義及計算方式說明

(一)113 年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額。

(二)醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用專用移撥款。

(三)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移撥款。

(四)中區及高屏投保人口就醫率全國最高二區之保障款。

(五)特定疾病病人牙科就醫安全計畫移撥款。

(六)113 年各季一般服務部門分配至各分區預算。

(七)113 年一般服務部門六分區預算分配方式如下：

$$= [113 \text{ 年各季一般服務部門分配至各分區預算}] \times 100\% \\ \times 111 \text{ 年各分區人口風險因子}$$

(八)113 年一般服務部門六分區預算各季預算重分配方式如下：

$$= \text{一般服務部門分區預算} \times 109 \sim 111 \text{ 年各季結算核定點數} \\ (\text{浮動} + \text{非浮動核定點數} + \text{核退自墊金額}) \text{ 占率之年平均值。}$$

(九)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，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

**本署意見：**

一、本案經 112 年 10 月 18 日「衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 9 次委員會議」決議通過(附件 1、討 1-8 頁)，總計移撥 3.3 億，將依前揭決議辦理。

二、本署建議酌修文字如下：

- (一) 「『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』移撥 0.2 億元，為鼓勵該計畫執行，該計畫每點支付金額 1 元。」一節，考量預算不足時需採浮動計算，爰建議修正為「『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』移撥 0.2 億元，以鼓勵該計畫執行」。
- (二) 「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…」一節，因此計畫已於 113 停辦，建議修正為「優先用於 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之品質獎勵費用」。

**決 議：**

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第9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10月18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、李岳蓁

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、  
吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明(中華民國醫師公會全  
國聯合會黃常務理事啓嘉代理)、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪(全國勞  
工聯合總工會賴秘書長元暉代理)、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯  
委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委  
員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委  
員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委  
員守仁、劉委員淑瓊、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉(全國產職業總工會杜秘書長  
義代理)、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：滕委員西華

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良(李副署長丞華代理)、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻  
麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12-17頁)

決定：

- 一、為利各項議案均能有充分時間討論，同意議程變更，  
將原排定報告事項3案，移至下次委員會議報告。
- 二、中央健康保險署所提臨時提案「因新冠疫情對中醫門  
診總額112年第1季之醫療費用造成顯著影響，提請動

支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項立案」，經徵詢委員意見，尚不符本次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，爰不列入本次委員會議議程。請中央健康保險署參考會中委員建議提供醫院總額相關資料，整體評估對四部門總額之影響後，一併提案。

### 三、餘照議程確認。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第17~21頁)

決定：

#### 一、依委員意見修正如下：

討論事項第一案決議：一、(一)附件三其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」協定事項第6點，加註文字，如附件一劃線處。

#### 二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第22~27頁)

決定：

#### 一、上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。

#### 二、委員若對移至下次會議之報告事項有意見或問題，請於112年10月23日前向本會提出，俾轉請中央健康保險署說明。

#### 三、對於委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形及委員所提意見，請中央健康保險署具體回應，餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第28~54頁)

提案單位：本會第三組

案由：113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案，請鑒察。

決定：

一、確認113年度總額協商結果之整體成長率，如下表：

113 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	醫院		西醫基層		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 <sup>註2</sup> 方案		
金額 (億元)	520.4	322.9	178.2	6,006.3	6,066.2	1,639.4	1,665.3	約 8,667.1	約 8,753.0
成長率/ 增加金額	2.436%	4.221%	增加 20.39 億元	3.626%	4.660%	3.066%	4.697%	3.645%	4.672%

註：1.計算成長率所採之基期費用，係依衛福部交議奉行政院核定之總額範圍，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用總額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分，故 113 年度總額基期淨值約 8,362.3 億元。

2.門診透析服務總成長率 3%、總金額 459.953 億元，其中醫院總額為 239.875 億元，西醫基層總額為 220.078 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、確認牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件二)，將併入113年度總額協商結果，報請衛生福利部核(決)定。

三、委員對於總額草案形成過程相關建議(包含：訂定「執行目標」及「預期效益之評估指標」與成效檢討)納入研修總額協商程序之參考，研修結果提12月份委員會議討論。

陸、討論事項(詳附錄第55-76頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、113年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範

圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之建議分配方式，報請主管機關決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

1.付費者代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

預算 53%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，47%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算 46%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

③各地區門住診服務，經依①、②計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

2.醫院代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 4 億元，作為風

險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

預算 52%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，48%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

③各地區門住診服務，經依①、②計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：113年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務項目之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款，依序用於臺北區、保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)、因112年度校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數占率前進而減少預算分區、點值落後地區(不含臺北區、東區)。

2.扣除上開移撥費用後，預算69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：113年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、113年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥3.3億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」等4項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「112年度0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用」，其次用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

#### 第四案

提案單位：本會第三組

案由：關於「總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(MCPI)數值採4年平均方式或單年度數值

計算方式」諮詢案，提請討論。

決議：委員所提意見，送請衛生福利部作為研擬114年度總額範圍參考。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午12時55分。

## 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「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，增加牙醫門診相關醫療服務提供者代表名額案，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-1 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、因牙醫總額協商會議討論之案題包含牙全會總額委員會各處室、專案小組之業務內容，為使各處室主任均能參與會議，充分說明案題內容及交換意見，以利與署方之溝通及會議進行，建議增加 3 名代表名額。
- 三、增加牙醫門診相關醫療服務提供者代表名額為 18 名，修訂對照表詳附件 2(討 2-3 頁)。

本署意見：

- 一、同意牙醫門診總額研商議事會議之牙醫門診相關醫療服務提供者代表由 15 名增加為 18 名。
- 二、另考量會議代表或代表代理人本應熟稔全民健康保險業務及恪守相關法規，若會議代表或代表代理人違反全民健康保險、醫事相關法規，或其所服務之醫療(事)機構違反醫事相關或全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，受有停業等處分之情形，不宜擔任會議代表或代表代理人，研擬增修條文 4-1 如下：

(一) 本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

1. 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
2. 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。
4. 受前三款處分之執行。

(二) 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

(三) 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。

(四) 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人

代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

(五)第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

三、擬自 113 年 1 月 1 日起生效。

**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

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
本項未修訂	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。	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。	
本項未修訂	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。	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。	
<p>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：</p> <p>(一)保險付費者代表 2 名。</p> <p>(二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：</p> <p>1.醫院總額：</p> <p>(1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>(2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(3)特殊材料提供者代表 1 名。</p> <p>(4)藥品提供者代表 1 名。</p> <p>(5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(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。</p>	<p>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：</p> <p>(一)保險付費者代表 2 名。</p> <p>(二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：</p> <p>1.醫院總額：</p> <p>(1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>(2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(3)特殊材料提供者代表 1 名。</p> <p>(4)藥品提供者代表 1 名。</p> <p>(5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(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。</p>	<p>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：</p> <p>(一)保險付費者代表 2 名。</p> <p>(二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：</p> <p>1.醫院總額：</p> <p>(1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>(2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(3)特殊材料提供者代表 1 名。</p> <p>(4)藥品提供者代表 1 名。</p> <p>(5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。</p> <p>(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。</p>	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>(7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>2.西醫基層總額：</p> <p>(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。</p> <p>(2)中華民國醫師公會全國聯合會代表3名。</p> <p>(3)中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(4)藥品提供者代表1名。</p> <p>(5)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(6)中華民國物理治療師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(7)醫院代表2名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>(8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>3.牙醫門診總額：</p> <p>(1)牙醫門診相關醫療服務提供者代表<del>15</del><u>18</u>名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。</p>	<p>(7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>2.西醫基層總額：</p> <p>(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。</p> <p>(2)中華民國醫師公會全國聯合會代表3名。</p> <p>(3)中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(4)藥品提供者代表1名。</p> <p>(5)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(6)中華民國物理治療師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(7)醫院代表2名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>(8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>3.牙醫門診總額：</p> <p>(1)牙醫門診相關醫療服務提供者代表<del>15</del><u>18</u>名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。</p>	<p>(7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>2.西醫基層總額：</p> <p>(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。</p> <p>(2)中華民國醫師公會全國聯合會代表3名。</p> <p>(3)中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(4)藥品提供者代表1名。</p> <p>(5)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(6)中華民國物理治療師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(7)醫院代表2名，由台灣醫院協會推薦。</p> <p>(8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>3.牙醫門診總額：</p> <p>(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。</p>	<p><u>牙全會意見：</u> 增加牙醫門診相關醫療服務提供者代表名額3名，共計為18名。</p>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>(2)中華民國牙醫師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(3)台灣醫院協會代表4名。</p> <p>(4)中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(5)中華牙醫學會代表1名。</p> <p>(6)中華民國醫院牙科協會代表3名。</p> <p>4.中醫門診總額：</p> <p>(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。</p> <p>(2)台灣醫院協會代表2名。</p> <p>5.門診透析：</p> <p>(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。</p> <p>(2)台灣醫院協會代表1名。</p> <p>(3)西醫基層診所門診透析醫療服務提供者4名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(4)中華民國醫師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(5)台灣腎臟醫學會代表1名。</p> <p>(三)專家學者3名。</p>	<p>(2)中華民國牙醫師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(3)台灣醫院協會代表4名。</p> <p>(4)中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(5)中華牙醫學會代表1名。</p> <p>(6)中華民國醫院牙科協會代表3名。</p> <p>4.中醫門診總額：</p> <p>(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。</p> <p>(2)台灣醫院協會代表2名。</p> <p>5.門診透析：</p> <p>(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。</p> <p>(2)台灣醫院協會代表1名。</p> <p>(3)西醫基層診所門診透析醫療服務提供者4名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(4)中華民國醫師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(5)台灣腎臟醫學會代表1名。</p> <p>(三)專家學者3名。</p>	<p>(2)中華民國牙醫師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(3)台灣醫院協會代表4名。</p> <p>(4)中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(5)中華牙醫學會代表1名。</p> <p>(6)中華民國醫院牙科協會代表3名。</p> <p>4.中醫門診總額：</p> <p>(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。</p> <p>(2)台灣醫院協會代表2名。</p> <p>5.門診透析：</p> <p>(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。</p> <p>(2)台灣醫院協會代表1名。</p> <p>(3)西醫基層診所門診透析醫療服務提供者4名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。</p> <p>(4)中華民國醫師公會全國聯合會代表1名。</p> <p>(5)台灣腎臟醫學會代表1名。</p> <p>(三)專家學者3名。</p>	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>(四)政府機關代表：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.主管機關代表 1 名。</li> <li>2.保險人代表 2 名。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol> <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(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。</li> <li>(二)保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。</li> <li>(三)專家學者由保險人遴選。</li> <li>(四)機關代表由該機關指派。</li> </ol>	<p>(四)政府機關代表：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.主管機關代表 1 名。</li> <li>2.保險人代表 2 名。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol> <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(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。</li> <li>(二)保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。</li> <li>(三)專家學者由保險人遴選。</li> <li>(四)機關代表由該機關指派。</li> </ol>	<p>(四)政府機關代表：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.主管機關代表 1 名。</li> <li>2.保險人代表 2 名。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol> <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(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。</li> <li>(二)保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。</li> <li>(三)專家學者由保險人遴選。</li> <li>(四)機關代表由該機關指派。</li> </ol>	
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>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。</p> <p><u>四之一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：</u></p> <p><u>(一)受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。</u></p> <p><u>(二)所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。</u></p> <p><u>(三)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。</u></p> <p><u>(四)受前三款處分之執行。</u></p> <p><u>本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。</u></p> <p><u>醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。</u></p> <p><u>本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。</u></p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p><b>本署意見：</b> 考量會 議代表 或代表 代理人 本應熟 稔全民 健康保 險業務 及恪守 相關法 規，研 擬增修 條文 4-1。</p>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<u>第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。</u>			
本項未修訂	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。	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。	
本項未修訂	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。	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。	
本項未修訂	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。	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。	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
本項未修訂	<p>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：</p> <p>(一)會議議程。</p> <p>(二)會議內容實錄。</p> <p>(三)利益揭露聲明書。</p>	<p>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：</p> <p>(一)會議議程。</p> <p>(二)會議內容實錄。</p> <p>(三)利益揭露聲明書。</p>	

### 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」，提請討論。

#### 說明：

一、依據 15-1 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、文字修訂及項目點數調整，詳附件 3-1(討 3-4 頁)。

(一) 文字修訂：通則、91006C-91008C、92051B、92072C、P7301C、P7302C、90007C、91090C、92017C、92018B、92019B、92063C、92094C。

(二) 113 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(3.427%)，預估約 1,629.2 百萬，預計調整項目順序：

1. 通則：高齡根管難症加 3 成(新增 65 歲~69 歲)。
2. 91009B 牙周骨膜翻開術-局部、91010B 牙周骨膜翻開術-三分之一顎
3. 91015C 特定牙周保存治療 9~15 顆、91016C 特定牙周保存治療 4~8 顆、91018C 牙周病支持性治療、91091C 特定牙周保存治療 1~3 顆
4. 通則：91004C、91104C、91003C、91103C(統一調升 10%，40 歲以上再加計 0.91 成)、91005C 口乾症牙結石清除-全口、91017C 懷孕婦女牙結石清除-全口、91089C 糖尿病患者牙結石清除-全口、91090C 高風險疾病患者牙結石清除-全口
5. 89013C 複合體充填、89113C 特殊狀況之複合體充填
6. 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 5 點。
7. 成本分析及作業流程。

(三) 調升符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費，並將重度以上診察費分為重度與極重度兩項，係考量特定身心障礙者門診診察費除之前因執行加強感染管制外，多

年來均未調升，本次調整係就整體面考量，並合理反映成本，將不同等級身障者門診診察費分列。

三、113 年度協商結果研議新增支付項目，詳附件 3-2(討 3-21 頁)：

- (一)提報「高風險疾病口腔照護計畫(草案)」。
- (二)新增 PXXXXC 高風險疾病患者牙周支持性治療—全口。
- (三)針對高風險疾病患者新增複雜性複合體充填項目，相較原複合樹脂充填項目，新增支付項目為 892XXC。
- (四)成本分析及作業流程。

四、一併於 113 年特殊醫療服務計畫新增支付項目，詳附件 3-3(討 3-25 頁)，費用由該計畫經費支應。

(一)PXXXC 特殊狀況高風險疾病患者牙周支持性治療—全口

(二)特殊狀況之各複合體充填項目，支付項目為 893XXC。

五、超音波根管沖洗(P7301C)113 年繼續執行。

#### 本署意見：

一、依 113 年度牙醫門診醫療給付費用協定之非協商因素「醫療服務成本及人口因素成長率」(2.909%)，預估增加金額為 1,382.9 百萬(詳附件 3-4、討 3-38 頁)，而牙全會所提支付標準調升項目，經本署估算 113 增加經費為 1,855.3 百萬(附件 3-1-1、討 3-8 頁)，超出非協商因素預算 472.4 百萬，可能排擠其他一般服務項目之預算。

二、本署基於非協商因素之預算額度，試算牙全會所提各項支付標準點數之調升空間，調整後估算 113 增加經費為 1,357.1 百萬(附件 3-1-2、討 3-12 頁)，調整說明如下，供牙全會參酌：

(一)序號 3-1「特定牙周保存治療 9~15 顆(91015C)」、3-2「特定牙周保存治療 4~8 顆(91016C)」、3-3「牙周病支持性治療(91018C)」：

1. 本項為 104 年新增牙周顧本計畫之診療項目，原編列預

算 147.5 百萬、108 年增加 350.0 百萬、112 年新增 91091C 再增加 53.5 百萬。

2. 加計歷年一般服務成長率後，本項目 112 年度預算為 624.1 百萬，統計至 112 年第 3 季申報費用為 607.4 百萬，預算執行率為 97.3%(附件 3-1-3、討 3-21)，推估全年執行率為 129.7%，已超出預算，爰建議不予調升。

(二) 序號 4-1「牙結石清除-全口、局部(91003C、91103C、91004C、91104C)」：依牙全會所述，本項調升原因為 40 歲以上牙周囊袋有漸深趨勢，執行牙結石清除時，需要更多時間以周延處理，為反應時間成本，本署建議 40 歲以下維持原支付點數，40 歲(含)以上之病人則調升 20%。

(三) 序號 6-1、6-2「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)」：因囿於預算額度，由調升 5 點改為調升 4 點。

三、有關「高風險疾病口腔照護計畫(草案)」(附件 3-2、討 3-21 頁)，本署意見如下：

(一) 建議增加實施期程及預算有結餘時，全年結算方式。

(二) 依據健保會協定事項，本案需進行成效監測，除齲齒填補顆數減緩外，是否需增列其他監測指標。

四、下列項目涉及新增用途，請牙全會說明原因，並於本會議決後，須提報全民健康保險會同意後執行：

(一) 高風險疾病口腔照護計畫(專款項目)中，增加「複雜性複合體充填」(892XXC)。

(二) 牙醫特殊醫療服務計畫(專款項目)：

1. 調升符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費，並將重度以上診察費分為重度與極重度兩項。

2. 增加「特殊狀況之複雜性之複合體填充」(893XXC)。

五、其餘增修項目，尊重牙全會意見。

六、本署校正成本分析及作業流程詳附件 3-5(討 3-46 頁)。

七、另有關 113 年牙醫門診醫療給付費用總額新增項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」，於專款編列 5.5 百萬元，補充說明如下：

- (一) 本署配合衛福部自 113 年起重處理單次使用醫材須依藥事法取得查驗登記許可及符合醫療器材管理法相關規定，依據台灣醫院協會提供本案調整項目及所涉醫材，經過 112 年 9 月 14 日本保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，調整 73 項診療項目支付點數，衛福部業於 112 年 10 月 17 日公告，112 年 11 月 1 日生效。
- (二) 上開調整診療項目涉牙科為 92063C「手術拔除深部阻生齒」，支付點數由 8,010 點調升至 8,970 點，及 92224A「顎骨矯正手術 — 單顎或二處」，支付點數 7,730 點，新增備註「一般材料費及單次使用鑽頭、鑽針，得另加計百分之七十八」，推估門診費用約需 5.4 百萬點。

**決 議：**

【牙全會試算版本】113 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(3.427%)，預估約 1,629.2 百萬。預估各項調升費用，建議調整項目及順序及順序如下

No.	代號	項目	支付 點數	修訂 點數	預估 113 年 增加經費	小計
1	通則	高齡根管難症加 3 成(新增 65 歲~69 歲)			153,543,452	153.5 百萬
2-1	91009B	牙周骨膜翻開術-局部	3010	4500	15,932,570	15.93 百萬
2-2	91010B	牙周骨膜翻開術-三分之一顎	5010	7500	17,855,790	17.86 百萬
3-1	91015C	特定牙周保存治療 9~15 顆	2,000	2400	9,139,521	9.14 百萬
3-2	91016C	特定牙周保存治療 4~8 顆	1,000	1200	1,616,188	1.62 百萬
3-3	91018C	牙周病支持性治療	1,000	1200	146,850,108	146.85 百萬
3-4	91091C	特定牙周保存治療 1~3 顆	500	600	101,400	0.1 百萬
4-1	91004C 91104C	全口-牙結石清除/特殊狀況牙結石清除 (40 歲以上另加 0.91 成)	600	660	871,991,890	872 百萬
	91003C 91103C	局部-牙結石清除/特殊狀況牙結石清除 (40 歲以上另加 0.91 成)	150	165	4,262,281	4.26 百萬
4-2	91005C	口乾症牙結石清除-全口	600	720	5,812,680	5.81 百萬
4-3	91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	800	960	5,127,520	5.13 百萬
4-4	91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口	700	840	11,299,455	11.30 百萬
4-5	91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口	700	840	14,213,175	14.21 百萬
5-1	89013C	複合體充填	1000	1200	193,039,943	193.04 百萬
5-2	89113C	特殊狀況之複合體充填	1000	1200	1,418,626	1.42 百萬
6-1	00305C	SOP 診察費 (20 人次以下)-交付處方	362	367	22,796,968	150.65 百萬
	00306C	SOP 診察費 (20 人次以下)-自行調劑	362	367	108,953,593	
	00307C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-交付處方	162	167	669,870	
	00308C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-自行調劑	162	167	2,907,067	
	00309C	SOP 診察費 山地離島-交付處方	392	397	147,120	
	00310C	SOP 診察費 山地離島-自行調劑	392	397	958,615	
	00315C	SOP 環口全景 X 光	642	647	13,088,188	
	00316C	SOP 年度 X 光檢查	642	647	1,129,009	
	00317C	SOP 高齶齒年度 X 光片	642	647	2,910	
(專案)	00311C	SOP 重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	562	567	280,455	0.65 百萬
	00312C	SOP 中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	462	467	160,280	
	00313C	SOP 中度以上精神疾病患者診察費	362	367	115,273	
	00314C	SOP 輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費	362	367	98,253	
(不含專案)合計					1,603,512,200	1,603.5 百萬

註：1.隨著潔牙死角的累積及年齡的影響，40 歲以上的病人其牙周囊袋有漸深趨勢，牙結石的堆積也會越來越不好清除。故建議全口牙結石清除在 40 歲以上可增加給付成數（或點數）以反映難度及時間成本。

2.00311C-00314C 依特殊醫療服務計畫修訂為優先，其次採感管診察費全部提升 5 點。

## 【牙全會試算版本】

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	108 年醫令數 (C)	109 年醫令數 (D)	109 年較 108 年成長 率 (E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令 數(F)=(D)*(1+E) *(1+E) *(1+E) *(1+E)	預估 113 年增加 經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
1	通則*	高齡根管難症加 3 成(新增 65 歲~69 歲)							153,543,452	153.5 百萬
2-1	91009B	牙周骨膜翻開術-局部	3010	4500	10,763	10,693	-0.65%	10,693	15,932,570	33,788,360 (33.8 百萬)
2-2	91010B	牙周骨膜翻開術-三分之一顎	5010	7500	7,393	7,171	-3.00%	7,171	17,855,790	
3-1	91015C	特定牙周保存治療 9~15 顆	2,000	2400	12,094	13,735	13.57%	22,849	9,139,521	9.14 百萬
3-2	91016C	特定牙周保存治療 4~8 顆	1,000	1200	3,883	4,496	15.79%	8,081	1,616,188	1.62 百萬
3-3	91018C*	牙周病支持性治療	1,000	1200	417,156	501,503	10.00%	734,251	146,850,108	146.85 百萬
No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	112 年 3-8 月醫令數 (C)	推估 112 年醫令數 (D)	成長率	預估 113 年醫 令數(F)=(D)	預估 113 年增 加經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
3-4	91091C*	特定牙周保存治療 1~3 顆	500	600	507	1,014	0.00%	1,014	101,400	0.1 百萬

註：

1. 高齡根管加成以 109 年較 108 年成長率估算，計算醫令包括 90001C、90002C、90003C、90015C、90019C、90020C、90091C、90092C、90093C、90094C、90095C、90096C、90097C、90098C。
2. 91091C 為 112 年新增項目，故以 112 年 3-8 月醫令數(507)推估 112 年全年醫令數(1,014)，暫以零成長估算。
3. 91018C 之 109 年較 108 年成長率為 20.22%，考量本項申報已趨於飽和，故成長率改以 10%估算。

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	108 年醫令數 (C)	109 年醫令數 (D)	109 年較 108 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令 數(F)=(D)*(1+E) *(1+E) *(1+E) *(1+E)	預估 113 年增加 經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
4-1	91004C 91104C	全口-牙結石清除/特殊狀況牙結石清除 (40 歲以上另加 0.91 成)	600	660					871,991,890	872 百萬
	91003C 91103C	局部-牙結石清除/特殊狀況牙結石清除 (40 歲以上另加 0.91 成)	150	165					4,262,281	4.26 百萬
4-2	91005C	口乾症牙結石清除-全口	600	720	46,341	48,439	4.53%	48,439	5,812,680	5.8 百萬
4-3	91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	800	960	33,091	32,047	-3.15%	32,047	5,127,520	5.13 百萬
No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	110 年 7-12 月 醫令數推估 110 年醫令數 (C)	111 年 (D)	111 年較 110 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令 數(F)=(D)*(1+E) *(1+E)	預估 113 年增加 經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
4-4	91089C*	糖尿病患者牙結石清除-全口	700	840	20,398	40,575	98.92%	80,710	11,299,455	11.30 百萬
No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	111 年 3-12 月 醫令數推估 111 年醫令數 (C)	112 年 1-8 月 醫令數推估 112 年醫令數 (D)	112 年較 111 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令 數(F)=(D)*(1+E)	預估 113 年增加 經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
4-5	91090C*	高風險疾病患者牙結石清除-全口	700	840	18,427	43,253	134.72%	101,523	14,213,175	14.21 百萬
No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	108 年醫令數 (C)	109 年醫令數 (D)	109 年較 108 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令 數(F)=(D)*(1+E) *(1+E) *(1+E) *(1+E)	預估 113 年增加 經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
5-1	89013C	複合體充填	1000	1200	622,114	679,234	9.18%	965,200	193,039,943	193 百萬
5-2	89113C	特殊狀況之複合體充填	1000	1200	4,717	5,118	8.50%	7,093	1,418,626	1.4 百萬

註：1.91089C 為 110 年 7 月起新增項目，故以 110 年 7-12 月醫令數(10,199)推估 110 全年醫令數(20,398)，並計算 111 年相較 110 年成長率。

91090C 為 111 年 3 月起新增項目，故以 111 年 3-12 月醫令數(15,356)推估 111 全年醫令數(18,427)及 112 年 1-8 月醫令數(28,835)推估 112 年全年醫令數(43,253)，並計算 112 年相較 111 年成長率。

2.成長率為負值時，以零成長估算。

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	108-111 年 平均每年醫 令數(C)	108-111 年 平均成長率 (D)	預估 113 年醫令 數(F)=(D)*(1+E) *(1+E)	預估 113 年增加 經費 (G)=(F)*(B-A)	小計
6-1	00305C	SOP 診察費 (20 人次以下)-交付處方	362	367	4,559,394	-2.02%	4,559,394	22,796,968	150.65 百萬
	00306C	SOP 診察費 (20 人次以下)-自行調劑	362	367	21,790,719		21,790,719	108,953,593	
	00307C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-交付處方	162	167	133,974		133,974	669,870	
	00308C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-自行調劑	162	167	581,413		581,413	2,907,067	
	00309C	SOP 診察費 山地離島-交付處方	392	397	29,424		29,424	147,120	
	00310C	SOP 診察費 山地離島-自行調劑	392	397	191,723		191,723	958,615	
	00315C	SOP 環口全景 X 光	642	647	2,397,508	4.49%	2,617,638	13,088,188	
	00316C	SOP 年度 X 光檢查	642	647	206,813		225,802	1,129,009	
	00317C	SOP 高齶齒年度 X 光片	642	647	533		582	2,910	
6-2 專案	00311C	SOP 重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	562	567	56,091	-3.23%	56,091	280,455	0.65 百萬
	00312C	SOP 中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	462	467	32,056		32,056	160,280	
	00313C	SOP 中度以上精神疾病患者診察費	362	367	23,055		23,055	115,273	
	00314C	SOP 輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費	362	367	19,651		19,651	98,253	

註：

1. 自 109 年 4 月起新增感管診察章節，考量診察費各項醫令間互有取代性，故 00121C、00122C、00123C、00124C、00125C、00126C、00129C、00130C、00133C、00134C、00305C、00306C、00307C、00308C、00309C、00310C 合併計算 108-111 年平均成長率為-2.02%。
2. 自 109 年 4 月起新增 00315C(SOP 環口全景 X 光)、00316C(SOP 年度 X 光)、00317C(SOP 高齶齒患者年度 X 光)後，已大量取代原申報 01271C、01272C、01273C 之項目，01271C、01272C、01273C、00315C、00316C、00317C 合併計算 108-111 年平均成長率為 4.49%。
3. 以 111 年申報醫令數及 108-111 年平均成長率推估 113 年醫令數及費用。

65-69 歲 申報醫令	點數	108 年醫令數 (C)	109 年醫令數 (D)	109 年較 108 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令數 (F)=(D)*(1+E) *(1+E) *(1+E) *(1+E)	預估 3 成費用
90001C	1210	97,241	97,908	0.69%	100,622	36,525,810
90002C	2410	27,191	27,757	2.08%	30,141	21,792,156
90003C	3610	28,744	29,415	2.33%	32,259	34,936,863
90015C	600	167,067	168,616	0.93%	174,957	31,492,252
90019C	4810	3,409	3,535	3.70%	4,087	5,898,009
90020C	6010	20	24	20.00%	50	89,729
90091C	1000	698	780	11.75%	1,216	364,899
90092C	1000	3,473	3,744	7.80%	5,057	1,516,985
90093C	1000	7,213	7,765	7.65%	10,429	3,128,707
90094C	1500	8,784	9,384	6.83%	12,223	5,500,260
90095C	1600	4,106	4,675	13.86%	7,857	3,771,148
90096C	2400	5,337	5,861	9.82%	8,525	6,137,652
90097C	3200	1,336	1,511	13.10%	2,472	2,373,382
90098C	4000	14	13	-7.14%	13	15,600
小計						153,543,452 (153.5 百萬)

年齡	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	108 年醫令數 (C)	109 年醫令數 (D)	109 年較 108 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令數 (F)=(D)*(1+E) *(1+E) *(1+E) *(1+E)	預估加成費用
	91004C	600	660	4384,417	4257,052	-2.90%	4,257,052	255,423,120
	91104C	600	660	49,642	45,962	-7.41%	45,962	2,757,720
>=40 歲	91004C	600	660*	5,263,405	5,054,711	-3.96%	5,054,711	606,868,603
	91104C	600	660*	46,341	48,439	4.53%	57,825	6,942,447
*於支付表備註載明：40 歲以上得加 0.91 成								871,991,890 (872 百萬)
年齡	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	108 年醫令數 (C)	109 年醫令數 (D)	109 年較 108 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令數 (F)=(D)*(1+E) *(1+E) *(1+E) *(1+E)	預估加成費用
	91003C	150	165	38,367	34,648	-9.69%	34,648	519,720
	91103C	150	165	426	384	-9.86%	384	5,760
>=40 歲	91003C	150	165*	120,892	118,994	-1.57%	118,994	3,571,605
	91103C	150	165*	5,202	5,261	1.13%	5,504	165,196
*於支付表備註載明：40 歲以上得加 0.91 成								4,262,281 (4.26 百萬)

# 【健保署試算版本 1】依牙全會的調整幅度試算

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	110 年醫令 數(D)	111 年醫令 數(E)	成長率 (F)=(E- D)/D	預估 113 年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) <sup>2</sup>	預估 113 年 增加經費 (H)=(G)*(B-A)	小計 (百萬)
1	通則	高齡根管難症加 3 成 (新增 65 歲~69 歲)								143,493,397	143.5
2-1	91009B	牙周骨膜翻開術-局部	3010	4500	49.5%	8,115	9,309	14.71%	12,250	18,252,330	18.3
2-2	91010B	牙周骨膜翻開術-三分之一顎	5010	7500	49.7%	5,516	6,130	11.13%	7,571	18,850,907	18.9
3-1	91015C	特定牙周保存治療 9~15 顆	2,000	2400	20.0%	14,391	16,558	15.06%	21,920	8,768,023	8.8
3-2	91016C	特定牙周保存治療 4~8 顆	1,000	1200	20.0%	4,696	5,473	16.55%	7,434	1,486,792	1.5
3-3	91018C	牙周病支持性治療	1,000	1200	20.0%	531,969	635,428	19.45%	906,648	181,329,578	181.3
4-1	91004C	牙結石清除-全口	600	660	10.0%					989,200,095	989.2
	91104C	(40 歲(含)以上加計 0.91 成)									
	91003C	牙結石清除-局部	600	660	10.0%					4,368,395	4.4
	91103C	(40 歲(含)以上加計 0.91 成)									
4-2	91005C	口乾症牙結石清除-全口	600	720	20.0%	6,921	7,702	11.28%	9,538	1,144,601	1.1
4-3	91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	800	960	20.0%	30,278	32,201	6.35%	36,421	5,827,385	5.8
4-4	91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口 (110 年 7 月新增)*	700	840	20.0%	20,258	40,626	100.54%	163,388	22,874,262	22.9

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	110 年醫令 數(D)	111 年醫令 數(E)	成長率 (F)=(E- D)/D	預估 113 年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) <sup>2</sup>	預估 113 年 增加經費 (H)=(G)*(B-A)	小計 (百萬)
5-1	89013C	複合體充填	1000	1200	20.0%	677,416	768,506	13.45%	989,079	197,815,757	197.8
5-2	89113C	特殊狀況之複合體充填	1000	1200	20.0%	4,772	5,687	19.17%	8,077	1,615,395	1.6
6-1	00305C	SOP 診察費 (20 人次以下)-交付處方	362	367	1.4%	4,838,154	5,056,958	4.52%	5,524,700	27,623,498	27.6
	00306C	SOP 診察費 (20 人次以下)-自行調劑	362	367	1.4%	22,973,363	23,492,390	2.26%	24,565,887	122,829,437	122.8
	00307C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-交付處方	162	167	3.1%	137,268	166,240	21.11%	243,819	1,219,096	1.2
	00308C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-自行調劑	162	167	3.1%	596,551	699,192	17.21%	960,493	4,802,465	4.8
	00309C	SOP 診察費 山地離島-交付處方	392	397	1.3%	31,240	30,753	-1.56%	29,802	149,008	0.1
	00310C	SOP 診察費 山地離島-自行調劑	392	397	1.3%	200,998	205,886	2.43%	216,021	1,080,107	1.1
	00315C	SOP 環口全景 X 光	642	647	0.8%	2,112,229	2,400,855	13.66%	3,101,814	15,509,071	15.5
	00316C	SOP 年度 X 光檢查	642	647	0.8%	191,996	207,187	7.91%	241,270	1,206,350	1.2
	00317C	SOP 高齲齒年度 X 光片	642	647	0.8%	717	533	-25.66%	295	1,473	0.0
6-2 (專案)	00311C	SOP 重度以上特定身心障礙 (非精神疾病)者診察費	562	567	0.9%	58,099	59,645	2.66%	62,862	314,308	0.3
	00312C	SOP 中度特定身心障礙 (非精神疾病)者診察費	462	467	1.1%	32,784	35,664	8.78%	42,205	211,026	0.2
	00313C	SOP 中度以上精神疾病患者診察費	362	367	1.4%	24,520	23,811	-2.89%	22,454	112,270	0.1

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	110 年醫令 數(D)	111 年醫令 數(E)	成長率 (F)=(E- D)/D	預估 113 年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) <sup>2</sup>	預估 113 年 增加經費 (H)=(G)*(B-A)	小計 (百萬)
	00314C	SOP 輕度特定身心障礙者 (非精神疾病)及失能老人診察費	362	367	1.4%	20,748	21,303	2.67%	22,458	112,290	0.1
No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	推估 111 年 醫令數(D)	推估 112 年 醫令數(E)	成長率 (F)=(E- D)/D	預估 113 年 醫令數 (G)=(E)*(1+F)	預估 113 年 增加經費 (H)=(G)*(B-A)	小計 (百萬)
3-4	91091C	特定牙周保存治療 1~3 顆 (112 年 3 月新增) <sup>註 1</sup>	500	600	20.0%	-	1,182	-	1,182	118,200	0.1
4-5	91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 (111 年 3 月新增) <sup>註 1</sup>	700	840	20.0%	20,467	63,548	210.50%	612,649	85,770,801	85.8
(不含專案)合計										1,855,336,424	1,855.3

備註：1.當年度新增之項目，皆以申報月之醫令數推估全年度之申報醫令數

2.成長率為負值時，以零成長估算。

# 【健保署試算版本 1】高齡根管難症加 3 成(新增 65 歲~69 歲)

65-69 歲 申報醫令	點數	110 年醫令 (C)	111 年醫令 數(D)	111 年較 110 年成長 率(E)=(D-C)/C	預估 113 年 醫令數 (F)=(D)*(1+E) <sup>2</sup>	預估 3 成費用
90001C	1210	89,624	90,743	1.25%	93,023	33,767,381
90002C	2410	25,935	26,341	1.57%	27,172	19,645,477
90003C	3610	27,221	27,714	1.81%	28,727	31,111,285
90015C	600	156,284	158,472	1.40%	162,940	29,329,259
90019C	4810	3,519	3,847	9.32%	4,598	6,634,289
90020C	6010	28	18	-35.71%	18	32,454
90091C	1000	827	838	1.33%	860	258,132
90092C	1000	3,639	3,920	7.72%	4,549	1,364,631
90093C	1000	8,453	9,933	17.51%	13,716	4,114,725
90094C	1500	9,342	10,232	9.53%	12,274	5,523,500
90095C	1600	4,816	5,450	13.16%	6,979	3,350,100
90096C	2400	6,070	6,786	11.80%	8,481	6,106,561
90097C	3200	1,535	1,764	14.92%	2,330	2,236,404
90098C	4000	18	16	-11.11%	16	19,200
小計						143,493,397 (143.5 百萬)

【健保署試算版本 1】牙結石清除(全口、局部)、特殊狀況牙結石清除(全口、局部)

年齡	項目	支付 點數	修訂 點數	110 年 醫 令 (C)	111 年醫令數 (D)	111 年較 110 年成長率 (E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令數 (F)=(D)*(1+E) <sup>2</sup>	預估增加費用
40 歲以下	91003C	150	165	31,233	32,477	3.98%	35,116	526,734
	91004C	600	660	3,968,458	4,129,604	4.06%	4,471,793	268,307,552
	91103C	150	165	283	247	-12.72%	247	3,705
	91104C	600	660	39,610	42,403	7.05%	48,594	2,915,623
小計								271,753,614
40 歲(含)以上 (加計 0.91 成)	91003C	150	180	113,846	116,954	2.73%	123,427	3,702,806
	91004C	600	720	4,876,115	5,205,504	6.76%	5,932,537	711,904,471
	91103C	150	180	4,895	4,505	-7.97%	4,505	135,150
	91104C	600	720	44,187	46,230	4.62%	50,604	6,072,449
小計								721,814,876
合計								993,568,490
								(993.6 百萬)

備註：成長率為負值時，以零成長估算。

## 【健保署試算版本 2】

113 年非協商因素成長率之「醫療服務成本及人口因素成長率(2.909%)」，預估約 1,382.9 百萬。預估各項調升費用，建議調整項目及順序及順序如下：

No.	代號	項目	支付點 數(A)	修訂點 數(B)	預估 113 年增 加經費	小計 (百萬)
1	通則	高齡根管難症加 3 成(新增 65 歲~69 歲)	-	-	143,493,397	143.5
2-1	91009B	牙周骨膜翻開術-局部	3,010	4,500	18,252,330	18.3
2-2	91010B	牙周骨膜翻開術-三分之一顎	5,010	7,500	18,850,907	18.9
3-1	91015C	特定牙周保存治療 9~15 顆	2,000	2,000	0	0.0
3-2	91016C	特定牙周保存治療 4~8 顆	1,000	1,000	0	0.0
3-3	91018C	牙周病支持性治療	1,000	1,000	0	0.0
3-4	91091C	特定牙周保存治療 1~3 顆	500	600	118,200	0.1
4-1	91004C	牙結石清除-全口	-	-	717,976,920	718.0
	91104C	(40 歲(含)以上加 2 成)				
	91003C	牙結石清除-局部	-	-	3,837,956	3.8
	91103C	(40 歲(含)以上加 2 成)				
4-2	91005C	口乾症牙結石清除-全口	600	720	1,144,601	1.1
4-3	91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	800	960	5,827,385	5.8
4-4	91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口	700	840	22,874,262	22.9
4-5	91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口	700	840	85,770,801	85.8
5-1	89013C	複合體充填	1,000	1,200	197,815,757	197.8
5-2	89113C	特殊狀況之複合體充填	1,000	1,200	1,615,395	1.6
6-1	00305C	SOP 診察費 (20 人次以下)-交付處方	362	366	22,098,798	22.1
	00306C	SOP 診察費 (20 人次以下)-自行調劑	362	366	98,263,549	98.3
	00307C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-交付處方	162	166	975,277	1.0
	00308C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-自行調劑	162	166	3,841,972	3.8
	00309C	SOP 診察費 山地離島-交付處方	392	396	119,207	0.1
	00310C	SOP 診察費 山地離島-自行調劑	392	396	864,086	0.9
	00315C	SOP 環口全景 X 光	642	646	12,407,257	12.4
	00316C	SOP 年度 X 光檢查	642	646	965,080	1.0
	00317C	SOP 高齲齒年度 X 光片	642	646	1,178	0.0

No.	代號	項目	支付點 數(A)	修訂點 數(B)	預估 113 年增 加經費	小計 (百萬)
6-2 (專案)	00311C	SOP 重度以上特定身心障礙 (非精神疾病)者診察費	562	566	251,446	0.3
	00312C	SOP 中度特定身心障礙 (非精神疾病)者診察費	462	566	168,821	0.2
	00313C	SOP 中度以上精神疾病患者診察費	362	366	89,816	0.1
	00314C	SOP 輕度特定身心障礙者 (非精神疾病)及失能老人診察費	362	366	89,832	0.1
(不含專案)合計					1,357,114,315	1357.1

# 【健保署試算版本 2】依非協商因素預算額度(1382.9 百萬)試算調整幅度

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	110 年醫令 數(D)	111 年醫令 數(E)	成長率 (F)=(E- D)/D	預估 113 年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) <sup>2</sup>	預估 113 年 增加經費 (H)=(G)*(B-A)	小計 (百萬)
1	通則	高齡根管難症加 3 成 (新增 65 歲~69 歲)								143,493,397	143.5
2-1	91009B	牙周骨膜翻開術-局部	3010	4500	49.5%	8,115	9,309	14.71%	12,250	18,252,330	18.3
2-2	91010B	牙周骨膜翻開術-三分之一顎	5010	7500	49.7%	5,516	6,130	11.13%	7,571	18,850,907	18.9
3-1	91015C	特定牙周保存治療 9~15 顆	2,000	2000	-	14,391	16,558	15.06%	21,920	0	0.0
3-2	91016C	特定牙周保存治療 4~8 顆	1,000	1000	-	4,696	5,473	16.55%	7,434	0	0.0
3-3	91018C	牙周病支持性治療	1,000	1000	-	531,969	635,428	19.45%	906,622	0	0.0
4-1	91004C	牙結石清除-全口	600	600	-					717,976,920	718.0
	91104C	(40 歲(含)以上加 2 成)									
	91003C	牙結石清除-局部	600	600	-					3,837,956	3.8
	91103C	(40 歲(含)以上加 2 成)									
4-2	91005C	口乾症牙結石清除-全口	600	720	20.0%	6,921	7,702	11.28%	9,538	1,144,601	1.1
4-3	91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	800	960	20.0%	30,278	32,201	6.35%	36,421	5,827,385	5.8
4-4	91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口 (110 年 7 月新增)*	700	840	20.0%	20,258	40,626	100.54%	163,388	22,874,262	22.9

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	110 年醫令 數(D)	111 年醫令 數(E)	成長率 (F)=(E- D)/D	預估 113 年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) <sup>2</sup>	預估 113 年 增加經費 (H)=(G)*(B-A)	小計 (百萬)
5-1	89013C	複合體充填	1000	1200	20.0%	677,416	768,506	13.45%	989,079	197,815,757	197.8
5-2	89113C	特殊狀況之複合體充填	1000	1200	20.0%	4,772	5,687	19.17%	8,077	1,615,395	1.6
6-1	00305C	SOP 診察費 (20 人次以下)-交付處方	362	366	1.1%	4,838,154	5,056,958	4.52%	5,524,700	22,098,798	22.1
	00306C	SOP 診察費 (20 人次以下)-自行調劑	362	366	1.1%	22,973,363	23,492,390	2.26%	24,565,887	98,263,549	98.3
	00307C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-交付處方	162	166	2.5%	137,268	166,240	21.11%	243,819	975,277	1.0
	00308C	SOP 診察費 (超過 20 人次)-自行調劑	162	166	2.5%	596,551	699,192	17.21%	960,493	3,841,972	3.8
	00309C	SOP 診察費 山地離島-交付處方	392	396	1.0%	31,240	30,753	-1.56%	29,802	119,207	0.1
	00310C	SOP 診察費 山地離島-自行調劑	392	396	1.0%	200,998	205,886	2.43%	216,021	864,086	0.9
	00315C	SOP 環口全景 X 光	642	646	0.6%	2,112,229	2,400,855	13.66%	3,101,814	12,407,257	12.4
	00316C	SOP 年度 X 光檢查	642	646	0.6%	191,996	207,187	7.91%	241,270	965,080	1.0
	00317C	SOP 高齶齒年度 X 光片	642	646	0.6%	717	533	-25.66%	295	1,178	0.0
6-2 (專案)	00311C	SOP 重度以上特定身心障礙 (非精神疾病)者診察費	562	566	0.7%	58,099	59,645	2.66%	62,862	251,446	0.3
	00312C	SOP 中度特定身心障礙 (非精神疾病)者診察費	462	466	22.5%	32,784	35,664	8.78%	42,205	168,821	0.2
	00313C	SOP 中度以上精神疾病患者診察費	362	366	1.1%	24,520	23,811	-2.89%	22,454	89,816	0.1

No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	110 年醫令 數(D)	111 年醫令 數(E)	成長率 (F)=(E- D)/D	預估 113 年 醫令數 (G)=(E)*(1+F) <sup>2</sup>	預估 113 年 增加經費 (H)=(G)*(B-A)	小計 (百萬)
	00314C	SOP 輕度特定身心障礙者 (非精神疾病)及失能老人診察費	362	366	1.1%	20,748	21,303	2.67%	22,458	89,832	0.1
No.	代號	項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	調整 幅度 (C)	推估 111 年 醫令數(D)	推估 112 年 醫令數(E)	成長率 (F)=(E- D)/D	預估 113 年 醫令數 (G)=(E)*(1+F)	預估 113 年 增加經費 (H)=(G)*(B-A)	小計 (百萬)
3-4	91091C	特定牙周保存治療 1~3 顆 (112 年 3 月新增)*	500	600	-	-	1,182	-	1,182	118,200	0.1
4-5	91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 (111 年 3 月新增)*	700	840	20.0%	20,467	63,548	210.50%	612,649	85,770,801	85.8
(不含專案)合計										1,357,114,315	1,357.1

備註：1.當年度新增之項目，皆以申報月之醫令數推估全年度之申報醫令數。

2.成長率為負值時，以零成長估算。

**【健保署試算版本 2】牙結石清除(全口、局部)、特殊狀況牙結石清除(全口、局部)**

年齡	項目	支付 點數	修訂 點數	110 年醫令 (C)	111 年醫令 數(D)	111 年較 110 年成長 率(E)=(D-C)/C	預估 113 年醫令數 (F)=(D)*(1+E) <sup>2</sup>	預估增加費用
40 歲(含)以上 (+20%)	91003C	150	180	113,846	116,954	2.73%	123,427	3,702,806
	91004C	600	720	4,876,115	5,205,504	6.76%	5,932,537	711,904,471
	91103C	150	180	4,895	4,505	-7.97%	4,505	135,150
	91104C	600	720	44,187	46,230	4.62%	50,604	6,072,449
小計								721,814,876

# 一般服務項目-牙周顧本計畫預算執行情形

單位：百萬

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 1-9 月	624.1	14,814	29.7	5,312	5.3	571,667	572.1	591	0.3	592,384	607.4	97.3%

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。

# 「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

## 一、文字修訂

### (一)修訂第三部牙醫

編號	修訂內容	原內容	備註
第三章 牙科處置及手術			
91006C 91007C 91008C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) — 全口 Full mouth — 二分之一顎 1/2 arch — 局部 Localized (三齒以內) 註： 1. 每顆 <b>需接受治療牙齒</b> 應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm以上。 2. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 3. 以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報一次91008C；當其需接受治療為四齒以上時，申報一次91007C； <b>全口四象限中各象限需接受治療皆為四齒(含)以上時，申報一次91006C。</b> 4. 半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。 5. 已申報91006C或91007C三次以上者，一年內不得申報牙周病統合治療方案91021C~91023C。	齒齦下刮除術(含牙根整平術) — 全口 Full mouth — 二分之一顎 1/2 arch — 局部 Localized (三齒以內) 註： 1. 每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm以上。 2. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 3. 以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報一次91008C；當其需接受治療為四齒以上時，申報一次91007C。 4. 半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。 5. 已申報91006C或91007C三次以上者，一年內不得申報牙周病統合治療方案91021C~91023C。	同象限需接受治療為四齒以上時，申報91007C(800點)；若四象限均有四齒以上91007C(800點)*4，方可申報91006C(3200點)。故修訂支付標準備註文字，使其更臻完整。
92051B	塗氟 <u>Full mouth</u> fluoride application	塗氟 Fluoride application	修訂英文名稱，明確本項為全口塗佈
92072C	口乾症塗氟 <u>Full mouth</u> topical fluoride application in xerostomia patients	口乾症塗氟 Topical fluoride application in xerostomia patients	

編號	修訂內容	原內容	備註
P7301C	<p><del>高齲齒率患者氟化物治療</del>  <del>Topical fluoride application for high caries risk patients</del>  <del>註：</del>  1. <del>為提升病人牙齒之保存率，針對曾接受恆牙牙根齲齒複合體充填者，提供本項診療服務，並給予衛教資訊，由病人簽名確認，且留存病歷以供審查。</del>  2. <del>限同院所曾申報 89013C 或 89113C 者方可申報本項(含當次)。</del>  3. <del>每九十天限申報一次。</del>  4. <del>本項支付點數含材料費。</del>  5. <del>申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及 P7302C。</del></p>	<p>高齲齒率患者氟化物治療  Topical fluoride application for high caries risk patients  註：  1. 為提升病人牙齒之保存率，針對曾接受恆牙牙根齲齒複合體充填者，提供本項診療服務，並給予衛教資訊，由病人簽名確認，且留存病歷以供審查。  2. 限同院所曾申報 89013C 或 89113C 者方可申報本項(含當次)。  3. 每九十天限申報一次。  4. 本項支付點數含材料費。  5. 申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及 P7302C。</p>	將 P7301C 醫令項目併入 P7302C
P7302C	<p>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療  <u>Full mouth</u> topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease  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) 糖尿病病人。  (2) 六十五歲以上者。  (3) <u>心腦</u>血管疾病病人。  (4) 血液透析及腹膜透析病人。  (5) 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。  (6) 惡性腫瘤病人。  (7) <u>障別及障度</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<u>肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能</u><u>院所牙醫醫療服務</u>者。  (8) <u>曾於同院所接受 89013C、</u></p>	<p>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  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) 糖尿病病人。  (2) 六十五歲以上者。  (3) 腦血管疾病病人。  (4) 血液透析及腹膜透析病人。  (5) 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。  (6) 惡性腫瘤病人。  (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、慢性精神病或重要器官失去功能者。</p>	<p>修訂英文名稱，明確本項為全口塗佈  依據 113 年總額協定修訂高風險疾病患者包含：  1. 糖尿病  2. 六十五歲以上  3. 血管疾病  4. 血液透析及腹膜透析  5. 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物  6. 惡性腫瘤  7. 障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者  另考量病人</p>

編號	修訂內容	原內容	備註
	<p><a href="#">89113C</a>、<a href="#">91009B</a>、<a href="#">91010B</a> 病人 (含當次)。</p> <p>2.每九十天限申報一次。</p> <p>3.本項支付點數含材料費。</p> <p>4.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及 <del>P7301C</del>。</p>	<p>2.每九十天限申報一次。</p> <p>3.本項支付點數含材料費。</p> <p>4.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及 P7301C。</p>	<p>因牙周病手術後，牙根暴露且牙根表面構造易牙菌斑堆積，造成牙根齦齒，為降低病人牙根齦齒機會，新增牙周術後患者(執行過 91009B、91010B 之患者)。)</p>
90007C	<p>去除<del>鑄造</del><a href="#">全鑲面</a>牙冠</p> <p>Removal of <del>casting</del> <a href="#">full veneer</a> crown</p>	<p>去除鑄造牙冠</p> <p>Removal of casting crown</p>	<p>中文名稱修改為「全鑲面牙冠」以避免與自然牙牙冠部分混淆。英文名稱為 full veneer crown，強調為全覆蓋式的人工製作牙冠。</p>
91090C	<p>高風險疾病患者牙結石清除-全口</p> <p>Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases</p> <p>註：</p> <p>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。</p> <p>高風險疾病患者包含：</p> <p>(1)糖尿病病人。</p> <p>(2)六十五歲以上者。</p> <p>(3)<del>心腦</del>血管疾病病人。</p> <p>(4)血液透析及腹膜透析病人。</p> <p>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</p> <p>(6)惡性腫瘤病人。</p>	<p>高風險疾病患者牙結石清除-全口</p> <p>Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases</p> <p>註：</p> <p>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。</p> <p>高風險疾病患者包含：</p> <p>(1)腦血管疾病患者。</p> <p>(2)血液透析及腹膜透析患者。</p> <p>(3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。</p> <p>(4)惡性腫瘤患者。</p>	<p>依據 113 年總額協定修訂高風險疾病患者包含：</p> <p>1.糖尿病</p> <p>2.六十五歲以上</p> <p>3.血管疾病</p> <p>4.血液透析及腹膜透析</p> <p>5.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物</p> <p>6.惡性腫瘤</p> <p>7.障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」</p>

編號	修訂內容	原內容	備註
	<p>(7)<u>障別及障度</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<del>肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能</del><u>院所牙醫醫療服務</u>者。</p> <p>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。</p>	<p>(5)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</p> <p>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。</p>	之院所牙醫醫療服務者
92017C 92018B 92019B	<p>囊腫摘除術 Cystic enucleation</p> <p>— 小 Small <u>&gt;0.5cm 且</u> &lt; 2cm</p> <p>— 中 Medium 2-4cm</p> <p>— 大 Large &gt; 4cm</p> <p>註：</p> <p>1.申報費用應檢附X光片及病理檢查報告。</p> <p>2.92017C、92018B及92019B等三項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。</p> <p><u>3.囊腫應為放射影像學中大於0.5cm的radiolucent lesion。</u></p>	<p>囊腫摘除術 Cystic enucleation</p> <p>— 小 Small &lt; 2cm</p> <p>— 中 Medium 2-4cm</p> <p>— 大 Large &gt; 4cm</p> <p>註：</p> <p>1.申報費用應檢附X光片及病理檢查報告。</p> <p>2.92017C、92018B及92019B等三項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。</p>	<p>為更精確申報範圍，建議修訂囊腫摘除術(小)範圍為&gt;0.5cm 且 &lt;2cm</p> <p>建議增加囊腫定義，使支付表內容更明確</p>
92063C	<p>手術拔除深部阻生齒</p> <p>Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone</p> <p>註：</p> <p>1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。</p> <p>(1)上、下顎完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。</p> <p>(2)上、下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者，或下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。</p> <p>(3)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至</p>	<p>手術拔除深部阻生齒</p> <p>Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone</p> <p>註：</p> <p>1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。</p> <p>(1)上、下顎完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。</p> <p>(2)上、下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者，或下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。</p> <p>(3)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至</p>	<p>新增修訂為，應檢附panoX光片，以利審核時判斷牙齒相對位置是否符合申報要件</p>

編號	修訂內容	原內容	備註
	<p>最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於第二大白齒近遠心寬度三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙距離參考線者。</p> <p>(4)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間 retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於阻生齒牙冠寬度三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。</p> <p>2.須檢附<a href="#">Panoramic radiography 環口全景X光片攝影</a>及手術紀錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。</p>	<p>最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於第二大白齒近遠心寬度三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙距離參考線者。</p> <p>(4)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間 retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於阻生齒牙冠寬度三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。</p> <p>2.須檢附X光片及手術紀錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。</p>	
92094C	<p>週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次</p> <p>Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays</p> <p>註：</p> <p>1.限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。</p> <p>2.當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。</p> <p>3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看</p>	<p>週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次</p> <p>Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays</p> <p>註：</p> <p>1.限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。</p> <p>2.當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。</p> <p>3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看</p>	<p>考量執行92094C處置後，亦有轉診之需求，故於不得同時合併醫令中，新增90088C、91088C、92088C除外</p>

編號	修訂內容	原內容	備註
	<p>診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。）</p> <p>4.適應症：</p> <p>(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。</p> <p>(2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。</p> <p>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。</p> <p>(4)下顎關節脫臼(S03.0)。</p> <p>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。</p> <p>(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。</p> <p>5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。</p> <p>6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、<a href="#">90088C</a>、<a href="#">91088C</a>、<a href="#">92088C</a>除外)。</p>	<p>診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。）</p> <p>4.適應症：</p> <p>(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。</p> <p>(2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。</p> <p>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。</p> <p>(4)下顎關節脫臼(S03.0)。</p> <p>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。</p> <p>(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。</p> <p>5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。</p> <p>6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C除外)。</p>	
91003C 91004C	<p>牙結石清除 Scaling</p> <p>— 局部 Localized</p> <p>— 全口 Full mouth</p> <p>註：</p> <p>1.限有治療需要之病人每半年最多申報一次。</p> <p>2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療</p>	<p>牙結石清除 Scaling</p> <p>— 局部 Localized</p> <p>— 全口 Full mouth</p> <p>註：</p> <p>1.限有治療需要之病人每半年最多申報一次。</p> <p>2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療</p>	隨著潔牙死角的累積及年齡的影響，40歲以上的病人其牙周囊袋有漸深趨勢，牙結石的堆積也會越來越不好清除。故建議全口牙結石

編號	修訂內容	原內容	備註
	<p>程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報)</p> <p>3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。</p> <p>4.91003C需依四象限申報。</p> <p>5.未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。</p> <p>6.本項不得申請轉診加成。</p> <p>7.申報本項後九十天內不得再申報91005C、91017C、91089C、91090C、91103C及91104C。</p> <p><b>8.40歲以上病人，本項得加成0.91成</b></p>	<p>程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報)</p> <p>3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。</p> <p>4.91003C需依四象限申報。</p> <p>5.未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。</p> <p>6.本項不得申請轉診加成。</p> <p>7.申報本項後九十天內不得再申報91005C、91017C、91089C、91090C、91103C及91104C。</p>	<p>清除在40歲以上可增加給付成數(或點數)以反映難度及時間成本。</p>
<p>91103C</p> <p>91104C</p>	<p>特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs</p> <p>-局部 Localized</p> <p>-全口 Full mouth</p> <p>註：</p> <p>1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。</p> <p>2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。</p> <p>3.重度以上病人每六十天得申報一次。</p> <p>4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已</p>	<p>特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs</p> <p>-局部 Localized</p> <p>-全口 Full mouth</p> <p>註：</p> <p>1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。</p> <p>2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。</p> <p>3.重度以上病人每六十天得申報一次。</p> <p>4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已</p>	<p>隨著潔牙死角的累積及年齡的影響，40歲以上的病人其牙周囊袋有漸深趨勢，牙結石的堆積也會越來越不好清除。故建議全口牙結石清除在40歲以上可增加給付成數(或點數)以反映難度及時間成本。</p>

編號	修訂內容	原內容	備註
	<p>申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。</p> <p>5.申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報</p> <p>91003C、91004C、91005C、91017C、91089C及91090C。</p> <p><b><u>6.40歲以上病人，本項得加成0.91成</u></b></p>	<p>申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。</p> <p>5.申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報</p> <p>91003C、91004C、91005C、91017C、91089C及91090C。</p>	

(三)調升符合牙醫門診加強感染管制特定身心障礙者門診診察費，並將重度以上特定身心障礙者門診診察費分為重度與極重度(新增)兩項，經費約 15 百萬，由特殊計畫專案支應。

代號	原項目	新項目	支付點數(A)	修訂點數(B)	108-111年 平均每年醫令數(C)	108-111年 平均成長率(D)	預估 113 年 醫令數 (F)=(D)* (1+E)*(1+E)	預估 113 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)
00311C	SOP 重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	SOP 極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	562	762	56,091	-3.23%	20,193	4,038,600
		SOP 重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費		662			35,898	3,589,800
00312C	SOP 中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費		462	562	32,056		32,056	3,205,600
00313C	SOP 中度以上精神疾病患者診察費		362	462	23,055		23,055	2,305,467
00314C	SOP 輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費		362	462	19,651		19,651	1,965,067

➤ 原 00311C 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費分為兩項

編號	修訂內容	原內容	備註
003XXC (新增)	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及 <del>極</del> 重度 <del>以上</del> 特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	支付點數 762 點
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 <del>自閉症、失智症及</del> 重度 <del>以上</del> 特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。		支付點數 662 點

## 高風險疾病口腔照護計畫(草案)

### 一、依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的

針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、牙周支持性治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。

### 三、實施時程：

113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。

### 四、預算來源

全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護計畫」，本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，則留用至下季，預算不足採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，預算不足採浮動點值計算，且預算每點支付金額不高於 1 元

### 四、申報費用

依全民健康保險醫療費用支付標準 91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)、P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)、PXXXXC(高風險疾病患者牙周支持性治療-全口)、892XXC(複雜性複合體充填)項目所訂支付標準申報。

### 五、執行目標

- (一) 113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。
- (二) P7302C 預估服務人次 202 萬人次。

### 六、預期效益之評估指標

- (一) 113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C)達 64,000 人次。
- (二) 國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。
- (三) 1 年後高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

**本署意見：**依據健保會協定事項，本案需進行成效監測，除齲齒填補顆數減緩外，是否需增列其他監測指標？

## 「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增

### 一、新增項目

#### (一)新增 PXXXXC 高風險疾病患者牙周支持性治療—全口

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
PXXXXC	<u>高風險疾病患者牙周支持性治療—全口</u> 註： <u>1.高風險疾病患者包含：</u> <u>(1)六十五歲以上患者。</u> <u>(2)心血管疾病患者。</u> <u>(3)血液透析及腹膜透析患者。</u> <u>(4)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。</u> <u>(5)惡性腫瘤患者。</u> <u>(6)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.符合以下狀況者得申報此項，每九十天限申報一次。</u> <u>(1)一顆或以上牙齒動搖度大於一級</u> <u>(2)一顆或以上一顆以上 furcation involvement</u> <u>(3)至少一個牙齒囊袋深度大於 5mm</u> <u>3.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導，並視病情需要 root planning。</u> <u>4. 申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91018C、91089C、91090C、91103C、91104C。</u>	V	V	V	V	1500

#### (二)針對高風險疾病患者新增複雜性複合體充填項目，相較原複合樹脂充填項目，新增支付項目為 892XXC

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
89204C	<u>複雜性前牙複合體充填</u>	V	V	V	V	900
89205C	<u>Complex compomer restoration in anterior teeth</u> <u>—單面 single surface</u> <u>—雙面 two surfaces</u>	V	V	V	V	1,050

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
	<u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者包含：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同顆牙申報前牙複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C) 費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.申報面數最高以二面為限。</u>					
89208C	<u>複雜性後牙複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration in posterior teeth</u> <u>—單面 single surface</u>	V	V	V	V	1,000
89209C	<u>—雙面 two surfaces</u> <u>—三面 three surfaces</u>	V	V	V	V	1,200
89210C	<u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者包含：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同顆牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C) 費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	V	V	V	V	1,400

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
	4.申報面數最高以三面為限。					
89212C	<p><u>複雜性前牙三面複合體充填</u>  <u>Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth</u>            註：</p> <p>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者包含：</p> <p>(1)糖尿病病人。            (2)六十五歲以上者。            (3) 心血管疾病病人。            (4)血液透析及腹膜透析病人。            (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。            (6)惡性腫瘤病人。            (7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</p> <p>2.同顆牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。</p> <p>3.應於病歷詳列充填牙面部位。            4.申報面數最高以三面為限。</p>	V	V	V	V	1,450
89214C	<p><u>複雜性前牙雙鄰接面複合體充填</u>  <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth</u>            註：</p> <p>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者包含：</p> <p>(1)糖尿病病人。            (2)六十五歲以上者。            (3) 心血管疾病病人。            (4)血液透析及腹膜透析病人。            (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。            (6)惡性腫瘤病人。            (7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</p> <p>2.同顆牙申報前牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同</p>	V	V	V	V	1,600

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
	<u>一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>					
89215C	<u>複雜性後牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth</u> <u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，高風險疾病患者包含：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同顆牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C ~ 89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C) 費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>	V	V	V	V	1,850

## 「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」新增

### 一、新增項目

#### (一) 新增 PXXXXC 特殊狀況高風險疾病患者牙周支持性治療—全口

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
PXXXXC	<u>特殊狀況高風險疾病患者牙周支持性治療—全口</u> 註： 1. 限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2. 符合以下狀況者得申報此項，每九十天限申報一次。 (1) 一顆或以上牙齒動搖度大於一級 (2) 一顆或以上一顆以上 furcation involvement (3) 至少一個牙齒囊袋深度大於 5mm 3. 費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導，並視病情需要 root planning。 4. 申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91018C、91089C、91090C、91103C、91104C。	V	V	V	V	1500

#### (二) 特殊醫療服務計畫新增複雜性複合體充填項目，相較原特殊狀況之複合樹脂充填項目，新增支付項目為 893XXC

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
89304C	<u>特殊狀況之複雜性前牙複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs</u> —單面 single surface	V	V	V	V	900
89305C	—雙面 two surfaces 註： 1. 限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2. 應於病歷詳列充填牙面部位。 3. 申報面數最高以二面為限。	V	V	V	V	1,050
89308C	<u>特殊狀況之複雜性後牙複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs</u> —單面 single surface	V	V	V	V	1,000

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
<u>89309C</u>	<u>— 雙面 two surfaces</u>	V	V	V	V	1,200
<u>89310C</u>	<u>— 三面 three surfaces</u> 註： <u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.申報面數最高以三面為限。</u>	V	V	V	V	1,400
<u>89312C</u>	<u>特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填</u> <u>Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs</u> 註： <u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.申報面數最高以三面為限。</u>	V	V	V	V	1,450
<u>89314C</u>	<u>特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs</u> 註： <u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	V	V	V	V	1,600
<u>89315C</u>	<u>特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs</u> 註： <u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>	V	V	V	V	1,850

附表 113 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		2.909%	1,382.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+ 醫療服務成本指數改變 率)×(1+投保人口預估成長 率)]-1。
投保人口預估成長 率		-0.757%		
人口結構改變率		0.267%		
醫療服務成本指數 改變率		3.427%		
協商因素成長率		-0.854%	-405.8	請於 113 年 7 月前提報各協 商項目之執行情形，延續性 項目則包含前 1 年成效評估 檢討報告；實施成效納入 114 年度總額協商考量。
其 他 醫 療 服 務 利 用 及 密 集 度 之 改 變	移列「高風 險疾病口腔 照護」至專 款項目	-0.852%	-405.0	原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔 照護計畫」專款項目。
其 他 議 定 項 目	違反全民健 康保險醫事 服務機構特 約及管理辦 法之扣款	-0.002%	-0.8	本項不列入 114 年度總額協 商之基期費用。
一般服務 成長率註2	增加金額	2.055%	977.1	
	總金額		48,516.8	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方 案，屬延續型計畫者應於 112 年 11 月前完成，新增計畫原 則於 112 年 12 月前完成，且 均應於 113 年 7 月前提報執 行情形及前 1 年成效評估檢 討報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	醫療資源不足地區改善方案	310.0	30.0	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。
	牙醫特殊醫療服務計畫	781.7	109.6	1.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。 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，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。 (2)持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。
	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	0.0	-10.0	本項自 113 年度起停辦。
	0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	0.0	-60.0	本項自 113 年度起停辦。
	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	-100.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				2.依 113 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。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。
	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	0.0	-184.0	本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。
	超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 3.請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
	高風險疾病口腔照護計畫	1,599.0	589.0	1.合併辦理以下項目，其中 405 百萬元自一般服務費用移列： (1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。 (2)原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。 (3)原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。 2.執行目標及預期效益之評

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>估指標：本項併同中央健康保險署 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意之具體實施計畫，一併確認。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>(2)考量「執行目標」及「預期效益之評估指標」涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。</p> <p>(3)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(4)請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>
網路頻寬補助費用	143.0	-25.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>果上傳率。</p> <p>(2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。</p>
<p>特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113 年新增項目)</p>	<p>307.1</p>	<p>307.1</p>	<p>1.本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。</p> <p>2.執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 3 成。</p> <p>預期效益之評估指標：特定疾病病人就醫風險降低，至少包括：</p> <p>(1)使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。</p> <p>(2)使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				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(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
	癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目)	10.0	10.0	<p>1.本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%為計畫執行指標。</p> <p>口腔癌(以篩檢人數60.5萬人，陽性率8.2%估算)：約14,300人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同牙醫門診總額相關團體，</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼) (113年新增項目)	5.5	5.5	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為3年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：</p> <p>(1)提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>(2)「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於112年11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				3.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。
	品質保證保留款	47.8	-46.1	1.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 113 年度品質保證保留款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	3,520.4	626.1	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	2.436%	1,603.2	
	總金額		52,037.2	

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 47,539.8 百萬元(含 112 年一般服務預算為 47,905.6 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-419.5 百萬元、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 53.7 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。

3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 50,799.9 百萬元，其中一般服務預算為 47,905.6 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 47,905.6 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 2,894.3 百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：牙周骨膜翻開術(局部)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	120	4,692	6,900
		2.住院醫師	1		16.5	120	1,980	
		3.護理人員	1		7.6	30	228	
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		1.無菌手套	雙		7.51	3.00	22.54	862
		2.吸噴管	個		80.00	1.00	80.00	
		3.刀片	個		1.39	2.00	2.78	
		4.無菌洞巾	條		16.00	6.00	96.00	
		5.縫線	包		109.00	1.00	109.00	
		6.高速手機	隻		6,000.00	0.01	60.00	
		7.無菌手術器械組	組		10,000.00	0.02	200.00	
		8.超音波洗牙機頭	隻		2,000.00	0.01	20.00	
		9.10c.c空針	個		1.67	1.00	1.67	
		10.麻醉槍(牙科注射麻醉用)	頂		650.00	0.10	65.00	
		11.刀柄	個		100.00	0.10	10.00	
		12.持針器	支		2,900.00	0.05	145.00	
13.線剪	支		1,000.00	0.05	50.00			
設備費用	名 稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	估用時間(分)	成本小計	合計成本	
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	120	43	78	
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	估用時間(分)	成本小計		
	5	5,000,000	50	0.19	120	23.0		
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							7,840	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							1,027	
成本總計							8,867	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

醫療院所名稱： 台中榮民總醫院  
醫事機構代號： 617060018  
診療項目名稱： 牙周骨膜翻開術(局部)  
支付標準編號： 91009B

作業流程	一.前期	→ 二.中期	→ 三.後期:
	1 簽署手術同意書 2 術前講解 3 手術備台 4 消毒	1 局部麻醉 2 翻瓣清創 3 傷口縫合	1 手術結果說明 2 病例書寫及開立處方籤 3 注意事項及傷口照護指導 4 預約拆線追蹤時間
設備	1 牙科診療椅 2 牙科手術器械 3 平板電腦	1 牙科診療椅 2 牙科手術器械	1 電腦
人力	1 主治醫師20分 2 住院醫師20分 3 護理師10分	1 主治醫師90分 2 住院醫師90分 3 護理師10分	1 主治醫師10分 2 住院醫師 10分 3 護理師10分
檢體數			

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀

開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：牙周牙髓翻開術(1/3顎)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

用人成本	人員別		人數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
	1.主治醫師以上		1		39.1	150	5,865	8,568
	2.住院醫師		1		16.5	150	2,475	
	3.護理人員		1		7.6	30	228	
	4.醫事人員							
	5.行政人員							
	6.工友、技工							
不計價材料藥品成本	品名		單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	1.無菌手套		雙		7.51	3.00	22.54	862
	2.吸吮管		個		80.00	1.00	80.00	
	3.刀片		個		1.39	2.00	2.78	
	4.無菌洞巾		條		16.00	6.00	96.00	
	5.繃線		包		109.00	1.00	109.00	
	6.高速手機		隻		6,000.00	0.01	60.00	
	7.無菌手術器械組		組		10,000.00	0.02	200.00	
	8.超音波洗牙機頭		隻		2,000.00	0.01	20.00	
	9.10c.c空針		個		1.67	1.00	1.67	
	10.麻醉槍(牙科注射麻醉用)		項		650.00	0.10	65.00	
	11.刀柄		個		100.00	0.10	10.00	
	12.持針器		支		2,900.00	0.05	145.00	
	13.線剪		支		1,000.00	0.05	50.00	
設備費用	名稱		取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅		350,000	10	0.4	150	54	92
小計							54	
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %							15	
房屋折舊	平方公尺或坪數		取得成本	使用	每分鐘折舊	佔用時間(分)	成本小計	
	5		5,000,000	50	0.19	120	23.0	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%								
直接成本合計								9,522
作業及管理費用(直接成本×13.1%)								1,247
成本總計								10,769

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二・作業流程表

醫療院所名稱：台中榮民總醫院

醫事機構代號：617060018

診療項目名稱：牙周骨膜翻開術(1/3頓)

支付標準編號：91010B

作業流程	一.前期	二.中期	三.後期:
	1 簽署手術同意書	1 局部麻醉	1 手術結果說明
	2 術前講解	2 翻瓣清創	2 病例書寫及開立處方籤
	3 手術備台	3 傷口縫合	3 注意事項及傷口照護指導
	4 消毒		4 預約拆線追蹤時間
設備	1 牙科診療椅	1 牙科診療椅	1 電腦
	2 牙科手術器械	2 牙科手術器械	
	3 平板電腦		
人力	1 主治醫師20分	1 主治醫師120分	1 主治醫師 10分
	2 住院醫師20分	2 住院醫師120分	2 住院醫師10分
	3 護理師10分	3 護理師10分	3 護理師10分
檢體數			

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

析

，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至該

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間

，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分)。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：特定牙周保存9-15類

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	40	1,564	1,800
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員	1		5.9	40	236	
	6.工友、技工							
	不計價 材料或 藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		1.唾液吸管	支		3.00	1.00	3.00	1,038
		2.鑷子	支		5.00	1.00	5.00	
		3.口鏡	支		10.00	1.00	10.00	
		4.局部麻醉	支		90.00	4.00	360.00	
		5.牙菌斑顯示劑	次		10.00	1.00	10.00	
		6.polish paste	支		10.00	1.00	10.00	
		7.牙周探針	支		10.00	1.00	10.00	
		8.牙周刮刀	支		150.00	1.00	150.00	
	9.牙周敷料	次		120.00	4.00	480.00		
	設備費 用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		牙科用診療椅	350,000	10	0.36	30	11	22
		手術燈	100,000	7	0.15	30	4	
X光機(選用)		100,000	7	0.15	10	1.5		
超音波洗牙機頭		2,500	1	0.03	30	0.8		
洗牙機		20,000	3	0.07	30	2.1		
高遠吸唾機		50,000	3	0.17	30	5.1		
polish cup		500	1	0.01	30	0.2		
牙周震袋探測器		1,000	1	0.01	30	0.3		
小計							17	
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						5		
房屋折 舊		平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7 %								
直接成本合計							2,860	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							375	
成本總計							3,235	

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：特定牙周保存治療9-15顆

支付標準編號：91015C

作業 流程	<p>→ 一.前期 → 二.中期 → 三.後期:</p> <p>1.診斷 2.病史、理學檢查 3.牙周檢查、牙周囊袋控制紀錄及 去除指導 4.X光檢查(選)</p> <p>1.去除沈積物 2.去除齒齦上牙結石 3.於無痛下儘可能去除齒齦下牙結 石、牙根整平</p> <p>1.牙結石清除 2.患牙說明、刷牙復習</p>		
	牙醫治療椅、手術燈、X光機(選 用)(5分鐘)	牙醫治療椅、手術燈、超音波洗牙 機頭、洗牙機、高級吸唾機(30分鐘)	牙醫治療椅 手術燈(5分鐘)
	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分 鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(30分 鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分 鐘)
	檢 體 數		

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀  
間刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析  
，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人  
次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保溫

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：特定牙周保存4-8顆

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：  
元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時 間(分)	成本小 計	成本合 計
		1.主治醫師以上	1		39.1	20	782	900
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員	1		5.9	20	118	
		6.工友、技工						
	不計價 材料或 藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數 量	成本小 計	成本合 計
		1. 唾液吸管	支		3.00	1.00	3.00	618
		2. 鑄子	支		5.00	1.00	5.00	
		3. 口鏡	支		10.00	1.00	10.00	
		4. 局部麻醉	支		90.00	2.00	180.00	
		5. 牙菌斑顯示劑	次		10.00	1.00	10.00	
		6. polish paste	支		10.00	1.00	10.00	
		7. 牙周探針	支		10.00	1.00	10.00	
		8. 牙周刮刀	支		150.00	1.00	150.00	
		9. 牙周敷料	次		120.00	2.00	240.00	
	設備費 用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時 間(分)	成本小 計	合計成 本
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	20	7	15
		手術燈	100,000	7	0.1	20	3	
		X光機(選用)	100,000	7	0.1	10	1.5	
超音波洗牙機頭		2,500	1	0.0	20	0.5		
洗牙機		20,000	3	0.1	20	1.4		
高速吸唾機		50,000	3	0.2	20	3.4		
polish cup		500	1	0.0	20	0.1		
牙周震盪探測器		1,000	1	0.0	20	0.2		
小計							12	
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						3		
房屋折 舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時 間(分)	成本小 計		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%								
直接成本合計							1,533	
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)							201	
成本總計							1,734	

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：特定牙周保存4-8顆

支付標準編號：91015C

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析

，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人  
四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：牙周病支持性治療

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

		人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
用人成本		1.主治醫師以上	1		39.1	30	1,173	1,350	
		2.住院醫師							
		3.護理人員							
		4.醫事人員							
		5.行政人員	1		5.9	30	177		
		6.工友、技工							
不計價 材料或 藥品成本		品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
		1.唾液吸管	支		3.00	1.00	3.00	618	
		2.攝子	支		5.00	1.00	5.00		
		3.口鏡	支		10.00	1.00	10.00		
		4.局部麻醉	支		90.00	2.00	180.00		
		5.牙菌斑顯示劑	次		10.00	1.00	10.00		
		6.polish paste	支		10.00	1.00	10.00		
		7.牙周探針	支		10.00	1.00	10.00		
		8.牙周刮刀	支		150.00	1.00	150.00		
		9.牙周敷料	次		120.00	2.00	240.00		
設備費用		名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	30	11	22	
		手術燈	100,000	7	0.1	30	4		
		X光機（選用）	100,000	7	0.1	10	1.5		
		超音波洗牙機頭	2,500	1	0.0	30	0.8		
		洗牙機	20,000	3	0.1	30	2.1		
		高壓吸唾機	50,000	3	0.2	30	5.1		
		polish cup	500	1	0.0	30	0.2		
		牙周震盪探測器	1,000	1	0.0	30	0.3		
		小計					17		
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					5		
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%									
直接成本合計								1,990	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								261	
成本總計								2,251	

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：牙周病支持性治療

支付標準編號：91018C

作業流程	一.前期 1.診斷 2.病史、理學檢查 3.牙周檢查 4.X光檢查(選)	→ 二.中期 1.去除沈積物 2.去除齒齦上牙菌斑、牙結石 3.於無痛下儘可能去除齒齦下牙菌斑、牙結石	→ 三.後期: 1.牙菌斑、牙結石清除 2.患牙說明、刷牙復習
設備	牙醫治療椅、手術燈、X光機(選用)(5分鐘)	牙醫治療椅、手術燈、超音波洗牙機頭、洗牙機、高級吸唾機(20分鐘)	牙醫治療椅、手術燈(5分鐘)
人力	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(20分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分鐘)
檢體數			

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀間刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人。次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保溫

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：特定牙周保存治療1-3顆

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	10	391	450
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員	1		5.9	10	59	
	6.工友、技工							
	不計價 材料或 藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		1.唾液吸管	支		3.00	1.00	3.00	408
		2.攝子	支		5.00	1.00	5.00	
		3.口鏡	支		10.00	1.00	10.00	
		4.局部麻醉	支		90.00	1.00	90.00	
		5.牙菌斑顯示劑	次		10.00	1.00	10.00	
		6.polish paste	支		10.00	1.00	10.00	
		7.牙周探針	支		10.00	1.00	10.00	
		8.牙周刮刀	支		150.00	1.00	150.00	
		9.牙周敷料	次		120.00	1.00	120.00	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	10	4	11
		手術燈	100,000	7	0.1	10	1	
		X光機（選用）	100,000	7	0.1	5	1	
		超音波洗牙機頭	2,500	1	0.0	10	0	
		洗牙機	20,000	3	0.1	10	1	
		高速吸唾機	50,000	3	0.2	10	2	
polish cup		500	1	0.0	10	0.1		
牙周震盪探測器		1,000	1	0.0	10	0.1		
小計							9	
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						2		
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%								
直接成本合計								869
作業及管理費用(直接成本×13.1%)								114
成本總計								983

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：特定牙周保存治療1-3類

支付標準編號：91015C

作業流程	一.前期	二.中期	三.後期:
	1.診斷 2.病史、理學檢查 3.牙周檢查、牙周囊袋控制紀錄及去除指導 4.X光檢查（選）	1.去除沈積物 2.去除齒齦上牙結石 3.於無痛下儘可能去除齒齦下牙結石、牙根整平	1.牙結石清除 2.潔牙說明、刷牙復習
設備	牙醫治療椅、手術燈、X光機（選用）(2分鐘)	牙醫治療椅、手術燈、超音波洗牙機頭、洗牙機、高級吸唾機(6分鐘)	牙醫治療椅 手術燈(2分鐘)
人力	醫師、行政人員(牙助)各一名(2分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(6分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(2分鐘)
檢體數			

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人。次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保溫

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：口乾症牙結石清除-全口

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

單位：元		單位：元		單位：元		單位：元	
用人成本	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
	1.主治醫師以上	1	39.1	30	1,173	1,350	
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	1	5.9	30	177		
	6.工友、技工						
不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	1.唾液吸管	支	3.00	1.00	3.00	30	
	2.攝子	支	5.00	1.00	5.00		
	3.口鏡	支	10.00	1.00	10.00		
	4.手術手套	雙	12.00	1.00	12.00		
設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	30	11	32
	手術燈	100,000	7	0.1	30	4	
	X光機(運用)	100,000	7	0.1	10	1	
	超音波洗牙機頭	2,500	1	0.0	30	1	
	洗牙機	20,000	3	0.1	30	2	
	高速吸唾機	50,000	3	0.2		5	
	小計				30	25	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					7	
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							1,412
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							185
成本總計							1,597

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：口乾症牙結石清除-全口

支付標準編號：91005C

作業流程	一.前期 1.診斷 2.病史、理學檢查 3.牙周檢查 4.X光檢查（選）	→ 二.中期 1.去除沈積物 2.去除齒齦上牙結石 3.於無痛下儘可能去除齒齦下牙結石	→ 三.後期: 1.牙結石清除 2.潔牙說明、刷牙復習
設備	牙醫治療椅、手術燈、X光機（選用）(5分鐘)	牙醫治療椅、手術燈、超音波洗牙機頭、洗牙機、高級吸唾機(20分鐘)	牙醫治療椅、手術燈(5分鐘)
人力	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(20分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分鐘)
檢體數			

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀間刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人。次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保溫

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1 診療項目 成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：懷孕婦女牙結石清除-全口

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	35	1,369	1,575
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員	1		5.9	35	207	
		6.工友、技工						
	不計價 材料或 藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		1.唾液吸管	支		3.00	1.00	3.00	40
		2.攝子	支		5.00	1.00	5.00	
		3.口鏡	支		10.00	1.00	10.00	
		4.手術手套	雙		12.00	1.00	12.00	
		5.牙菌斑顯示劑	次		10.00	1.00	10.00	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	35	13	24
		手術燈	100,000	7	0.1	35	5	
		X光機(選用)	100,000	7	0.1	10	1.5	
		超音波洗牙機頭	2,500	1	0.0	35	0.9	
		洗牙機	20,000	3	0.1	35	2.4	
		高速吸唾機	50,000	3	0.2	35	6.0	
小計						19		
非醫療設備=醫療設備×28.3%						5		
房屋折舊		平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%								
直接成本合計							1,639	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							215	
成本總計							1,854	

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：懷孕婦女牙結石清除-全口

支付標準編號：91017C

作業 流程	<p>→ 一.前期 → 二.中期 → 三.後期:</p> <p>1.診斷 2.病史、理學檢查 3.牙周檢查 4.X光檢查(選)</p> <p>1.牙菌斑顯示劑塗佈 2.去除牙菌斑、沈積物 3.去除齒齦上牙結石 4.於無痛下儘可能去除齒齦下牙菌斑、牙結石</p> <p>1.牙菌斑、牙結石清除 2.潔牙說明、刷牙復習 3.教導新生兒口腔照護及衛教</p>		
	牙醫治療椅、手術燈、X光機(選用)(5分鐘)	牙醫治療椅、手術燈、超音波洗牙機頭、洗牙機、高級吸唾機(20分鐘)	牙醫治療椅 手術燈(10分鐘)
	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(20分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(10分鐘)
	檢 體 數		

## 填表說明：

- 作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。
- 手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。
- 檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人次。
- 院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。
- 前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保溫
- 作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1 診療項目 成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：糖尿病患者牙結石清除-全口

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

	人員別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1.主治醫師以上	1		39.1	30	1,173	1,350
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	1		5.9	30	177	
	6.工友、技工						
不計價 材料或 藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	1.唾液吸管	支		3.00	1.00	3.00	40
	2.攝子	支		5.00	1.00	5.00	
	3.口鏡	支		10.00	1.00	10.00	
	4.手術手套	雙		12.00	1.00	12.00	
	5.牙菌斑顯示劑	次		10.00	1.00	10.00	
設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	30	11	32
	手術燈	100,000	7	0.1	30	4	
	X光機(選用)	100,000	7	0.1	10	1	
	超音波洗牙機頭	2,500	1	0.0	30	1	
	洗牙機	20,000	3	0.1	30	2	
	高速吸唾機	50,000	3	0.2	30	5	
	小計					25	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					7	
	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	
房屋折舊							32
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							1,422
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							186
成本總計							1,608

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：糖尿病患者牙結石清除-全口

支付標準編號：

作業 流程	一.前期	→ 二.中期	→ 三.後期:
	1.診斷 2.病史、理學檢查 3.牙周檢查 4.X光檢查（選）	1.牙菌斑顯示劑塗佈 2.去除牙菌斑、沈積物 3.去除齒齦上牙結石 4.於無痛下儘可能去除齒齦下牙菌斑、牙結石	1.牙菌斑、牙結石清除 2.潔牙說明，刷牙復習
	牙醫治療椅、手術燈、X光機（選用）(5分鐘)	牙醫治療椅、手術燈、超音波洗牙機頭、洗牙機、高級吸唾機(20分鐘)	牙醫治療椅 手術燈(5分鐘)
	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(20分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分鐘)
	檢 體 數		

填表說明：

- 一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀間房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。
- 二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。
- 三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人次。
- 四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。
- 五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保溫
- 六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：高風險疾病患者牙結石清除-全口

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	30	1,173	1,350
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員	1		5.9	30	177	
		6.工友、技工						
	不計價 材料或 藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		1.唾液吸管	支		3.00	1.00	3.00	40
		2.攝子	支		5.00	1.00	5.00	
		3.口鏡	支		10.00	1.00	10.00	
		4.手術手套	雙		12.00	1.00	12.00	
		5.牙菌斑顯示劑	次		10.00	1.00	10.00	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	30	11	32
		手術燈	100,000	7	0.1	30	4	
		X光機（選用）	100,000	7	0.1	10	1	
		超音波洗牙機頭	2,500	1	0.0	30	1	
		洗牙機	20,000	3	0.1	30	2	
		高速吸唾機	50,000	3	0.2	30	5	
小計						25		
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					7			
平方公尺或坪數		取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
房屋折舊								
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%								
直接成本合計							1,422	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							186	
成本總計							1,608	

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

醫療院所名稱：

醫事機構代號：

診療項目名稱：高風險疾病患者牙結石清除-全口

支付標準編號：91090C

作業 流程	一.前期	→ 二.中期	→ 三.後期:
	1.診斷 2.病史、理學檢查 3.牙周檢查 4.X光檢查（選）	1.牙菌斑顯示劑塗佈 2.去除牙菌斑、沈積物 3.去除齒齦上牙結石 4.於無痛下儘可能去除齒齦下牙菌斑、牙結石	1.牙菌斑、牙結石清除 2.潔牙說明，刷牙復習
	牙醫治療椅、手術燈、X光機（選用）(5分鐘)	牙醫治療椅、手術燈、超音波洗牙機頭、洗牙機、高級吸唾機(20分鐘)	牙醫治療椅 手術燈(5分鐘)
	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(20分鐘)	醫師、行政人員(牙助)各一名(5分鐘)
檢 體 數			

填表說明：

- 一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。
- 二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。
- 三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析，惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人次。
- 四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。
- 五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保溫
- 六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：複合體充填 / 特殊狀況複合體充填

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

單位：元		單位：元					
用人成本	人 員 別	人 數	每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
	1.主治醫師以上	1	39.1	25	978	1,125	
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	1	5.9	25	148		
	6.工友、技工						
不計價材料或 換品成本	品 名	單 位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	1.磨光、拋光材料	批	150.00	1.00	150.00	630	
	2.複合體、黏著劑、棉棒	批	300.00	1.00	300.00		
	3.排銀線及排銀刀(視需要選用)	次	80.00	1.00	80.00		
	4.隔離橡皮障(視需要選用)	個	100.00	1.00	100.00		
直 接 成 本	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	20	7	26
	複合體聚合燈	30,000	6	0.1	15	1	
	高速和低速手機鑽頭	15,000	1	0.2	15	2	
	牙科X光機(根尖片)+數位讀片 機	250,000	10	0.3	5	1	
	數位根尖片	1片2500，約可使用300次。2500/300=8.33				8	
	小計					20	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %				6		
房屋 折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							1,781
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							233
成本總計							2,014

### 003-2作業流程

診療項目名稱：複合體充填 / 特殊狀況複合體充填

作業流程提供醫事機構名稱：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	診斷  探針檢查  X光檢查（選）	去除齲蝕及軟化之牙本	窩洞修形  複合體充填塑形  解剖型態雕刻  磨光  橡皮障（選）  覆髓處置（選）	具解剖形態  表面完整  邊緣完整  沒有漏隙
設備	牙科X光機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(10分鐘)	牙醫治療椅(5分鐘)
人力	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(10分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)
藥品		麻藥		
醫療器材	探針、口鏡	高速和低速手機鑽頭、牙體復形充填修形器械一批	複合體、粘著劑、棉棒、磨光、拋光材料	探針、口鏡
診療項目	確認齲齒部位及範圍	移除齲齒	窩洞修形及填補	確認填補完整性

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如：主治醫師一名(35分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：(特殊狀況)複雜性前牙複合體充填-單面(900)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

	人員別	人數	每人每分鐘成本		耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1		15	587	675
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	1	5.9		15	89	
	6.工友、技工						
不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	450
	1.磨光、拋光材料	批	120.0	1.0	120		
	2.複合體、黏著劑、棉褲	批	250.0	1.0	250		
	3.排線線及排線刀(視需要選用)	次	80.0	1.0	80		
設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	15	5	22
	複合體聚合燈	30,000	6	0.1	10	1	
	高速和低速手機鑽頭	15,000	1	0.2	10	1.5	
	牙科X光機(根尖片)±數位讀片機	250,000	10	0.3	5	1.3	
	數位根尖片	1片2500，約可使用300次，2500/300=8.33				8.3	
	小計					17	
	非醫療設備=醫療設備×28.3%					5	
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							1,147
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							150
成本總計							1,297

### 003-2作業流程

診療項目名稱：(特殊狀況)複雜性前牙複合體充填-單面(900)

作業流程提供醫事機構名稱：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	診斷 探針檢查 X光檢查(選)	去除齲蝕及軟化之牙本	窩洞修形 複合體充填塑形 解剖型態雕刻 磨光 橡皮障(選) 覆髓處置(選)	具解剖形態 表面完整 邊緣完整 沒有漏隙
設備	牙醫治療椅、牙科X光機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(2分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅(3分鐘)
人力	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(2分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(3分鐘)
藥品		麻藥		
醫療器材	探針、口鏡	高速和低速手機鑽頭、牙體復形充填修形器械一批	複合體、黏著劑、棉棒、磨光、拋光材料	探針、口鏡
診療項目	確認齲蝕部位及範圍	移除齲蝕	窩洞修形及填補	確認填補完整性

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如：主治醫師一名(35分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：(特殊狀況)複雜性前牙複合體充填-雙面(1050)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

單位：元									
用人成本	人員別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計		
	1.主治醫師以上	1		39.1	20	782	900		
	2.住院醫師								
	3.護理人員								
	4.醫事人員								
	5.行政人員	1		5.9	20	118			
	6.工友、技工								
不計價 材料或 藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計		
	1.磨光、拋光材料	批		120.0	1.0	120	450		
	2.複合體、黏著劑、棉棒	批		250.0	1.0	250			
	3.拆線線及拆線刀(視需要選用)	次		80.0	1.0	80			
直接 成本	設備費 用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	20	7	24	
		複合體聚合燈	30,000	6	0.1	10	1		
		高速和低速手機鑽頭	15,000	1	0.2	10	1.5		
		牙科X光機(根尖片)+數位讀片機	250,000	10	0.3	5	1.3		
		數位根尖片	1片2500，約可使用300次。2500/300=8.33						8.3
		小計							19
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					5		
	房屋折 舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%									
直接成本合計							1,374		
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							180		
成本總計							1,554		

## 003-2作業流程

診療項目名稱：(特殊狀況)複雜性前牙複合體充填-雙面(1050)

作業流程提供醫事機構名稱：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	診斷  探針檢查  X光檢查(選)	去除齲蝕及軟化之牙本質	窩洞修形  複合體充填塑形  解剖型態雕刻  磨光  橡皮障(選)  覆髓處置(選)	具解剖形態  表面完整  邊緣完整  沒有漏隙
設備	牙醫治療椅、牙科X光機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅(5分鐘)
人力	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)
藥品		麻藥		
醫療器材	探針、口鏡	高速和低速手機鑽頭、牙體復形充填修形器械一批	複合體、黏著劑、棉棒、磨光、拋光材料	探針、口鏡
診療項目	確認齲齒部位及範圍	移除齲齒	窩洞修形及填補	確認填補完整性

註：各階段之設備及人力使用之器材，人員請於後面以( )註明時間，例如：主治醫師一名(35分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：(特殊狀況)複雜性後牙複合體充填-單面(1000)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1	15	587	675
	2.住院醫師					
	3.護理人員					
	4.醫事人員					
	5.行政人員	1	5.9	15	89	
	6.工友、技工					
不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	500
	1.磨光、拋光材料	批	120.0	1.0	120	
	2.複合體、黏著劑、棉褲	批	300.0	1.0	300	
	3.排線線及排線刀(視需要選用)	次	80.0	1.0	80	
設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	15	5
	複合體聚合燈	30,000	6	0.1	10	1
	高速和低速手機鑽頭	15,000	1	0.2	10	1.5
	牙科X光機(根尖片)±數位讀片機	250,000	10	0.3	5	1.3
	數位根尖片	1片2500，約可使用300次，2500/300=8.33				8.3
	小計					17
	非醫療設備=醫療設備×28.3%					5
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%						
直接成本合計						1,197
作業及管理費用(直接成本×13.1%)						157
成本總計						1,354

### 003-2作業流程

診療項目名稱：(特殊狀況)複雜性後牙複合體充填-單面(1000)

作業流程提供醫事機構名稱：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	診斷  探針檢查  X光檢查(選)	去除齲蝕及軟化之牙本	窩洞修形  複合體充填塑形  解剖型態雕刻  磨光  橡皮障(選)  覆髓處置(選)	具解剖形態  表面完整  邊緣完整  沒有漏隙
設備	牙醫治療椅、牙科X光機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅(5分鐘)
人力	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)
藥品		麻藥		
醫療器材	探針、口鏡	高速和低速手機鑽頭、牙體復形充填修形器械一批	複合體、黏著劑、棉棒、磨光、拋光材料	探針、口鏡
診療項目	確認齲蝕部位及範圍	移除齲蝕	窩洞修形及填補	確認填補完整性

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如：主治醫師一名(35分)

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：(特殊狀況)複合性後牙複合體充填-雙面(1200)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

單位：元									
用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計		
	1.主治醫師以上	1		39.1	20	782	900		
	2.住院醫師								
	3.護理人員								
	4.醫事人員								
	5.行政人員	1		5.9	20	118			
	6.工友、技工								
不計 價材 料或 藥品 成本	品 名	單 位		單位 成本	消耗數量	成本小計	成本合計		
	1.磨光、拋光材料	批		120.0	1.0	120	550		
	2.複合體、黏著劑、棉褲	批		350.0	1.0	350			
	3.排線線及排線刀(視需要選用)	次		80.0	1.0	80			
直 接 成 本	設 備 費 用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	20	7	24	
		複合體聚合燈	30,000	6	0.1	10	1		
		高速和低速手機鑽頭	15,000	1	0.2	10	1.5		
		牙科X光機(根尖片)+數位讀片機	250,000	10	0.3	5	1.3		
		數位根尖片 1片2500，約可使用300次。2500/300=8.33					8.3		
		小計					19		
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					5		
	房 屋 折 舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%									
直接成本合計							1,474		
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							193		
成本總計							1,667		

### 003-2作業流程

診療項目名稱：(特殊狀況)複雜性後牙複合體充填-雙面(1200)

作業流程提供醫事機構名稱：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	診斷 探針檢查 X光檢查(選)	去除齲蝕及軟化之牙本	窩洞修形 複合體充填塑形 解剖型態雕刻 磨光 橡皮障(選) 覆髓處置(選)	具解剖形態 表面完整 邊緣完整 沒有漏隙
設備	牙醫治療椅、牙科X光機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅(5分鐘)
人力	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)
藥品		麻藥		
醫療器材	探針、口鏡	高速和低速手機鑽頭、牙體復形充填修形器械一批	複合體、黏著劑、棉棒、磨光、拋光材料	探針、口鏡
診療項目	確認齲齒部位及範圍	移除齲齒	窩洞修形及填補	確認填補完整性

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如：主治醫師一名(35分)

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：(特殊狀況)複雜性後牙複合體充填-三面(1400)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

單位：元									
用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計		
	1.主治醫師以上	1		39.1	25	978	1,125		
	2.住院醫師								
	3.護理人員								
	4.醫事人員								
	5.行政人員	1		5.9	25	148			
	6.工友、技工								
不計 價材 料或 藥品 成本	品 名	單 位		單位 成本	消耗數量	成本小計	成本合計		
	1.磨光、拋光材料	批		120.0	1.0	120	600		
	2.複合體、黏著劑、棉褲	批		400.0	1.0	400			
	3.排線線及排線刀(視需要選用)	次		80.0	1.0	80			
直 接 成 本	設 備 費 用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	25	9	28	
		複合體聚合燈	30,000	6	0.1	15	1		
		高速和低速手機鑽頭	15,000	1	0.2	15	2.3		
		牙科X光機(根尖片)+數位讀片機	250,000	10	0.3	5	1.3		
		數位根尖片					1片2500，約可使用300次。2500/300=8.33		8.3
		小計					22		
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					6		
房屋 折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計			
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%									
直接成本合計							1,753		
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							230		
成本總計							1,983		

### 003-2作業流程

診療項目名稱：(特殊狀況)複雜性後牙複合體充填-三面(1400)

作業流程提供醫事機構名稱：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	診斷  探針檢查  X光檢查(選)	去除齲蝕及軟化之牙本	窩洞修形  複合體充填塑形  解剖型態雕刻  磨光  橡皮障(選)  覆髓處置(選)	具解剖形態  表面完整  邊緣完整  沒有漏隙
設備	牙醫治療椅、牙科X光機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(10分鐘)	牙醫治療椅(5分鐘)
人力	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(10分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)
藥品		麻藥		
醫療器材	探針、口鏡	高速和低速手機鑽頭、牙體復形充填修形器械一批	複合體、黏著劑、棉棒、磨光、拋光材料	探針、口鏡
診療項目	確認齲齒部位及範圍	移除齲齒	窩洞修形及填補	確認填補完整性

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如：主治醫師一名(35分)

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：(特殊狀況)複雜性前牙三面複合體充填(1450)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

單位：元							
用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
	1.主治醫師以上	1		39.1	25	978	1,125
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	1		5.9	25	148	
	6.工友、技工						
不計 價材 料或 藥品 成本	品 名	單 位		單位 成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	1.磨光、拋光材料	批		120.0	1.0	120	550
	2.複合體、黏著劑、棉褲	批		350.0	1.0	350	
	3.排線線及排線刀(視需要選用)	次		80.0	1.0	80	
直 接 成 本	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	25	9	28
	複合體聚合燈	30,000	6	0.1	15	1	
	高速和低速手機鑽頭	15,000	1	0.2	15	2.3	
	牙科X光機(根尖片)+數位讀片機	250,000	10	0.3	5	1.3	
	數位根尖片 1月2500，約可使用300次。2500/300=8.33					8.3	
	小計					22	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					6	
	房屋 折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							1,703
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							223
成本總計							1,926

### 003-2作業流程

診療項目名稱：(特殊狀況)複雜性前牙三面複合體充填(1450)

作業流程提供醫事機構名稱：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	診斷  探針檢查  X光檢查(選)	去除齲蝕及軟化之牙本	窩洞修形  複合體充填塑形  解剖型態雕刻  磨光  橡皮障(選)  覆髓處置(選)	具解剖形態  表面完整  邊緣完整  沒有漏隙
設備	牙醫治療椅、牙科X光機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(10分鐘)	牙醫治療椅(5分鐘)
人力	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(10分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)
藥品		麻藥		
醫療器材	探針、口鏡	高速和低速手機鑽頭、牙體復形充填修形器械一批	複合體、黏著劑、棉棒、磨光、拋光材料	探針、口鏡
診療項目	確認齲齒部位及範圍	移除齲齒	窩洞修形及填補	確認填補完整性

註：各階段之設備及人力使用之器械、人員請於後面以( )註明時間，例如：主治醫師一名(35分)

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：(特殊狀況)複雜性前牙雙鄰接面複合體充填(1800)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

	人員別	人數	每人每分鐘成本		耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1		30	1,173	1,350
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	1	5.9		30	177	
	6.工友、技工						
不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本		消耗數量	成本小計	成本合計
	1.磨光、拋光材料	批	120.0		1.0	120	650
	2.複合體、黏著劑、棉褲	批	450.0		1.0	450	
	3.排線線及排線刀(視需要選用)	次	80.0		1.0	80	
直接成本	設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	合計成本
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	30	11
		複合體聚合燈	30,000	6	0.1	10	1
		高速和低速手機鑽頭	15,000	1	0.2	10	1.5
		牙科X光機(根尖片)+數位讀片機	250,000	10	0.3	5	1.3
		數位根尖片	1片2500，約可使用300次。2500/300=8.33				8.3
		小計					22
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					6
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	28
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							2,028
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							266
成本總計							2,294

### 003-2作業流程

診療項目名稱：(特殊狀況)複雜性前牙雙鄰接面複合體充填(1600)

作業流程提供醫事機構名稱：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	診斷 探針檢查 X光檢查(選)	去除齲蝕及軟化之牙本	窩洞修形 複合體充填塑形 解剖型態雕刻 磨光 橡皮障(選) 覆髓處置(選)	具解剖形態 表面完整 邊緣完整 沒有漏隙
設備	牙醫治療椅、牙科X光機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(15分鐘)	牙醫治療椅(5分鐘)
人力	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(15分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)
藥品		麻藥		
醫療器材	探針、口鏡	高速和低速手機鑽頭、牙體復形充填修形器械一批	複合體、黏著劑、棉棒、磨光、拋光材料	探針、口鏡
診療項目	確認齲齒部位及範圍	移除齲齒	窩洞修形及填補	確認填補完整性

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如：主治醫師一名(35分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：(特殊狀況)複雜性後牙雙鄰接面複合體充填(1850)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1	30	1,173	1,350
	2.住院醫師					
	3.護理人員					
	4.醫事人員					
	5.行政人員	1	5.9	30	177	
	6.工友、技工					
不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	750
	1.磨光、拋光材料	批	120.0	1.0	120	
	2.複合體、黏著劑、棉褲	批	550.0	1.0	550	
	3.排線線及排線刀(視需要選用)	次	80.0	1.0	80	
直接成本	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	30	11
	複合體聚合燈	30,000	6	0.1	20	1
	高速和低速手機鑽頭	15,000	1	0.2	20	3.1
	牙科X光機(根尖片)+數位讀片機	250,000	10	0.3	5	1.3
	數位根尖片	1月2500，約可使用300次。2500/300=8.33				8.3
	小計					25
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					7
	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	
	房屋折舊					
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%						
直接成本合計						2,132
作業及管理費用(直接成本×13.1%)						279
成本總計						2,411

### 003-2作業流程

診療項目名稱：(特殊狀況)複雜性後牙雙鄰接面複合體充填(1850)

作業流程提供醫事機構名稱：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	診斷 探針檢查 X光檢查(選)	去除齲蝕及軟化之牙本	窩洞修形 複合體充填塑形 解剖型態雕刻 磨光 橡皮障(選) 覆髓處置(選)	具解剖形態 表面完整 邊緣完整 沒有漏隙
設備	牙醫治療椅、牙科X光機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(5分鐘)	牙醫治療椅、複合體聚合燈、高速和低速手機(15分鐘)	牙醫治療椅(5分鐘)
人力	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)	醫師、牙助各一名(15分鐘)	醫師、牙助各一名(5分鐘)
藥品		麻藥		
醫療器材	探針、口鏡	高速和低速手機鑽頭、牙體復形充填修形器械一批	複合體、黏著劑、棉棒、磨光、拋光材料	探針、口鏡
診療項目	確認齲蝕部位及範圍	移除齲蝕	窩洞修形及填補	確認填補完整性

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如：主治醫師一名(35分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：符合加強感染管制之牙科門診診察費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間 (分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	10	391	515
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員	1		5.9	21	124	
	6.工友、技工							
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		1.膠膜	片		0.5	6.0	3.0	55
		2.吸唾管	支		2.0	1.0	2.0	
		3.紙圍巾	張		3.0	1.0	3.0	
		4.漱口杯	個		2.0	1.0	2.0	
		5.漱口水	ml		0.2	10.0	2.4	
		6.表面消毒劑	人次		1.1	1.0	1.1	
		7.四合一器械+盤	組		2.0	1.0	2.0	
		8.消毒水(消毒水、酵素清潔劑、次氯酸鈉)	批		34.1	1.0	34.1	
		9.封口袋	個		0.5	2.0	1.0	
		10.手套	雙		1.5	2.0	3.0	
11.醫用口罩/4D口罩		個		1.4	1.0	1.4		
12.高壓蒸氣滅菌指示帶(包外)		人次		0.3	1.0	0.3		
13.3M N95口罩(疾管署建議)		個		19.2	1.0	19.2	34	
14.拋棄式隔離衣(疾管署建議)		件		14.4	1.0	14.4		
15.頭套(疾管署建議)		個		0.2	1.0	0.2		
16.面罩(疾管署建議)	個		0.36	1.0	0.4			
設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間 (分)	成本小計	合計成本	
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	10	4	18	
	名 稱	取得成本	使用 年限	每人次攤提金額	使用人次	成本小計		
	消毒鍋	85,000	5	2.20	1	2.20		
	封口機	15,000	3	0.6	1	0.60		
	紫外線殺菌箱	14,000	5	0.36	1	0.36		
	超音波清洗機	35,000	5	0.9	1	0.90		
	冰箱	8,000	5	0.21	1	0.21		
	高速手機	132,000	2	5.65	1	5.65		
	小計							14
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %							4
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間 (分)	成本小計	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%								
直接成本合計								588
作業及管理費用(直接成本×13.1%)								77
成本總計								665
直接成本合計(含疾管署建議)								622.0
作業及管理費用(直接成本×6.4%)(含疾管署建議)								39.8
成本總計(含疾管署建議)								661.8

## 003-2作業流程

診療項目名稱：符合加強感染管制之牙科門診診療費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
	<p>進行治療清潔擦拭及其管路消毒。</p> <p>管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘。</p> <p>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)沖洗管路三分鐘。</p> <p>覆蓋無法清洗且易污染的設備</p> <p>準備充足器械及各式感染管制材料;從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用</p> <p>依照洗手圖遵守手部衛生五時機及六步驟洗手</p> <p>空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨，並定期維護</p>	<p>診療椅之診療(tray)上儘量保持清潔與淨空</p> <p>將患者欲治療所需之器械擺設定位。</p> <p>醫師、牙助穿戴防護裝置</p> <p>引導患者就位，圍上圍巾，給予漱口三十秒至一分鐘</p> <p>對應診患者依「全面性預警防範措施」原則 (universal precaution) 詳細問診</p> <p>病人IC卡雲端藥歷查詢</p> <p>主訴記載</p>	<p>治療過程依感染管制之各項原則，「公筷母匙」，「單一劑量」，「單一流程」，「減少飛沫氣霧」執行</p> <p>治療盤上所有醫療棄物收集，並作感染與非感染性、可燃與非可燃性之區分</p> <p>器械（包括手機、檢查器械等）收集後，若無馬上清除者，可暫存在「維持溶液」(holding solution)內，常用 2.0-3.2% glutaraldehyde，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗</p> <p>噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作台、痰盂、治療椅台面</p> <p>必要時重新覆蓋，換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。確定感染性病患所有器械另行打包消毒</p> <p>下一位病人就位前： 1.治療椅水路系統(例如三用噴槍、手機、洗牙機頭)至少沖洗20-30秒。 2.清潔消毒工作台、痰盂、治療椅台面，必要時重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。</p> <p>尖銳物扎傷事件，依「尖銳物扎傷處理流程」進行處理。</p> <p>更換防護裝置(手套)</p>	<p>整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌器滅菌，無法加熱者，用2.0—3.2%戊二醛溶液浸泡之，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;折下手機，依照廠商指示步驟及指定之清潔劑與清水刷洗外表殘屑，並乾燥;依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，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;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</p> <p>洗牙機頭使用過之洗牙機頭，先去除外表污穢物及表面消毒，並浸泡於消毒溶液中；完成後進行打包及消毒滅菌。</p> <p>環境作初級整理與消毒。</p> <p>垃圾分類及處理，器械經清洗後進鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液內隔天處理</p> <p>管路消毒，放水放氣與拆下濾網，徹底清洗</p> <p>徹底洗手，必要時更衣換鞋</p> <p>保持通風或使用空氣濾淨器</p>
設備	消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機	診療椅(4分鐘)	診療椅(4分鐘)	診療椅(2分鐘) 消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機 冰箱 高速手機
人力	行政人員(牙助)1位(9分鐘)	醫師1位(4分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)	醫師1位(4分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)	醫師1位(2分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)
藥品	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)		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)  表面消毒劑	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)
醫療器材	滅菌袋 化學監測劑			滅菌指示帶 滅菌袋 化學監測劑(未列成本) 生物監測劑(未列成本)
診療項目	診療行政作業、感染管制	病史資料收集、理學檢查 病人IC卡雲端藥歷查詢	牙髓活性測試、牙周檢查、	診療行政作業、感染管制、污水及醫療廢棄物處理

註：各階段之設備及人力使用之原則，人員請於後面以( )註明時間，例如消毒鍋(25分鐘)，主治醫師一名(20分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：00312C符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

用人成本	人員別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間 (分)	成本小計	成本合計
	1.主治醫師以上	1		39.1	29	1,134	1,370
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	1		5.9	40	236	
	6.工友、技工						
不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	1.膠膜		片	0.5	6.0	3.0	55
	2.吸嘴管		支	2.0	1.0	2.0	
	3.紙圍巾		張	3.0	1.0	3.0	
	4.漱口杯		個	2.0	1.0	2.0	
	5.漱口水		ml	0.2	10.0	2.4	
	6.表面消毒劑		人次	1.1	1.0	1.1	
	7.四合一器械+盤		組	2.0	1.0	2.0	
	8.消毒水(消毒水、酵素清潔劑、次氯酸鈉)		批	34.1	1.0	34.1	
	9.封口袋		個	0.5	2.0	1.0	
	10.手套		雙	1.5	2.0	3.0	
	11.醫用口罩/4D口罩		個	1.4	1.0	1.4	34
	12.高壓蒸氣滅菌指示帶(包外)		人次	0.3	1.0	0.3	
	13.3M N95口罩(疾管署建議)		個	19.2	1.0	19.2	
	14.拋棄式隔離衣(疾管署建議)		件	14.4	1.0	14.4	
	15.頭套(疾管署建議)		個	0.2	1.0	0.2	
	16.面罩(疾管署建議)		個	0.36	1.0	0.4	
設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	估用時間 (分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	29	10	26
	名 稱	取得成本	使用 年限	每人每次攤 提金額	使用人 次	成本小計	
	消毒鍋	85,000	5	2.20	1	2.20	
	封口機	15,000	3	0.6	1	0.60	
	紫外線殺菌箱	14,000	5	0.36	1	0.36	
	超音波清洗機	35,000	5	0.9	1	0.90	
	冰箱	8,000	5	0.21	1	0.21	
	高速手機	132,000	2	5.65	1	5.65	
	小計					20	
	非醫療設備=醫療設備×28.3%						
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	估用時間 (分)	成本小計	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							1,451
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							190
成本總計							1,641
直接成本合計(含疾管署建議)							1485.0
作業及管理費用(直接成本×6.4%)(含疾管署建議)							95.0
成本總計(含疾管署建議)							1580.0

## 003-2作業流程

診療項目名稱：00312C符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診療費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
進行治療清潔擦拭及其管路消毒。  管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘。  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)沖洗管路三分鐘。  覆蓋無法清洗且易污染的設備  準備充足器械及各式感染管制材料;從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用  依照洗手圖遵守手部衛生五時機及六步驟洗手  空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨，並定期維護	診療椅之診盤(tray)上儘量保持清潔與淨空  將患者欲治療所需之器械擺設定位。  醫師、牙助穿戴防護裝置  引導患者就位，圍上圍巾，給予漱口三十秒至一分鐘  對應診患者依「全面性預警防範措施」原則 (universal precaution) 詳細問診，與患者溝通，安撫患者情緒。  病人IC卡雲端藥歷查詢  主訴記載	治療過程依感染管制之各項原則。「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」執行  治療盤上所有醫療棄物收集，並作感染與非感染性、可燃與非可燃性之區分  器械(包括手機、檢查器械等)收集後，若無馬上清除者，可暫存在「維持溶液」(holding solution)內，常用 2.0-3.2% glutaraldehyde，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗  噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作檯、痰盂、治療椅台面  與患者溝通，安撫患者情緒  必要時重新覆蓋，換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。確定感染性疾患患者所有器械另行打包消毒  下一位病人就位前： 1.治療椅水路系統(例如三用噴槍、手機、洗牙機頭)至少沖洗20-30秒。 2.清潔消毒工作檯、痰盂、治療椅檯面，必要時重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。  尖銳物扎傷事件，依「尖銳物扎傷處理流程」進行處理。  更換防護裝置(手套)	整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌鍋滅菌，無法加熱者，用2.0-3.2%戊二醛溶液浸泡之，使用過之手機先去除除外表污穢物，再運轉20-30秒，讓水徹底清除手機內管路;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，並乾燥;依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，可將手機放回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨;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  洗牙機頭使用過之洗牙機頭，先去除除外表污穢物及表面消毒，並浸泡於消毒溶液中；完成後進行打包及消毒滅菌。 環境作初級整理與消毒。  垃圾分類及處理，器械經清洗後過鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液內隔天處理  管路消毒，放水放鬆與拆下遮網，徹底清洗  徹底洗手，必要時更衣換鞋  保持通風或使用空氣濾淨器	
設備	消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機	診療椅(11分鐘)	診療椅(16分鐘)	診療椅(2分鐘) 消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機 冰箱 高速手機
人力	行政人員(牙助)1位(9分鐘)	醫師1位(11分鐘) 行政人員(牙助)1位(11分鐘)	醫師1位(16分鐘) 行政人員(牙助)1位(16分鐘)	醫師1位(2分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)
藥品	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)		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)  表面消毒劑	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)
醫療器材	滅菌袋 化學監測劑			滅菌指示帶 滅菌袋 化學監測劑(未列成本) 生物監測劑(未列成本)
診療項目	診療行政作業、感染管制	病史資料收集、理學檢查 病人IC卡雲端藥歷查詢	牙髓活性測試、牙周檢查、	診療行政作業、感染管制、污水及醫療廢棄物處理

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如擦濕椅(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：00313C符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病病人診療費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

用人成本	人員別	人 數		每人每 鐘 成本	耗用時間 (分)	成本小計	成本合計	
	1.主治醫師以上 2.住院醫師 3.護理人員 4.醫事人員 5.行政人員 6.工友、技工	1		39.1	25	978	1,190	
不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計		成本合計
	1.膠膜	片		0.5	6.0	3		55
	2.吸嘴管	支		2.0	1.0	2		
	3.紙圍巾	張		3.0	1.0	3		
	4.漱口杯	個		2.0	1.0	2		
	5.漱口水	ml		0.2	10.0	2		
	6.表面消毒劑	人次		1.1	1.0	1	34	
	7.四合一器械+盤	組		2.0	1.0	2		
	8.消毒水(消毒水、酵素清潔劑、次氯酸鈉)	批		34.1	1.0	34		
	9.封口袋	個		0.5	2.0	1		
	10.手套	雙		1.5	2.0	3		
	11.醫用口罩/4D口罩	個		1.4	1.0	1		
	12.高壓蒸氣滅菌指示帶(包外)	人次		0.3	1.0	0		
	13.3M N95口罩(疾管署建議)	個		19.2	1.0	19		
	14.拋棄式隔離衣(疾管署建議)	件		14.4	1.0	14		
	15.頭套(疾管署建議)	個		0.2	1.0	0		
	16.面罩(疾管署建議)	個		0.36	1.0	0		
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折 舊 金額	佔用時間 (分)		成本小計
牙科用診療椅		350,000	10	0.4	25	9	24	
名 稱		取得成本	使用 年限	每人次攤 提金額	使用人次	成本小計		
消毒鍋		85,000	5	2.20	1	2.20		
封口機		15,000	3	0.6	1	0.60		
紫外線殺菌箱		14,000	5	0.36	1	0.36		
超音波清洗機		35,000	5	0.9	1	0.90		
冰箱		8,000	5	0.21	1	0.21		
高速手機		132,000	2	5.65	1	5.65		
小計						19		
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						5		
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折 舊 金額	佔用時間 (分)	成本小計		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%								
直接成本合計							1,269	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							166	
成本總計							1,435	
直接成本合計(含疾管署建議)							1303.0	
作業及管理費用(直接成本×6.4%)(含疾管署建議)							83.4	
成本總計(含疾管署建議)							1386.4	

## 003-2作業流程

診療項目名稱：00313C符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

精神疾病病人診察費

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
進行治療清潔擦拭及其管路消毒。	診療椅之診療盤(tray)上儘量保持清潔與淨空	診療過程依感染管制之各項原則：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣溶」執行	整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌器滅菌，無法加熱者，用2.0—3.2%戊二醛溶液浸泡之，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；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，並乾燥；依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，可將手機放回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨；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	
管路出水二分鐘，廢盆水槽流水三分鐘。	將患者欲治療所需之器械擺設定位。	治療盤上所有醫療棄物收集，並作感與非感菌性、可燃與非可燃性之區分	器械（包括手機、檢查器械等）收集後，若無馬上清除者，可暫存在「維持溶液」(holding solution)內，常用2.0-3.2% glutaraldehyde，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗	洗牙機頭使用過之洗牙機頭，先去除外表污穢物及表面消毒，並浸泡於消毒溶液中；完成後進行打包及消毒滅菌。環境作初級整理與消毒。
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) 沖洗管路三分鐘。	醫師、牙助穿戴防護裝置	對應患者依「全面性預警防範措施」原則 (universal precaution) 詳細問診，與患者溝通，安撫患者情緒。	噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作檯、廢盆、治療椅台面	垃圾分類及處理。器械經清洗後過鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液內隔天處理
覆蓋無法清洗且易污染的設備	引導患者就位，圖上圖中，給予漱口三十秒至一分鐘	必要時重新覆蓋，換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。確定感染性疾患患者所有器械另行打包消毒	與患者溝通，安撫患者情緒	管路消毒，放水放鬆與拆下濾網，徹底清洗
準備充足器械及各式感染管制材料；從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用	病人IC卡雲端簡歷查詢	下一位病人就位前： 1.治療椅水路系統(例如三用噴槍、手機、洗牙機頭)至少沖洗20-30秒。 2.清潔消毒工作檯、廢盆、治療椅檯面，必要時重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。	徹底洗手，必要時更衣換鞋	保持通風或使用空氣濾淨器
依照洗手圖遵守手部衛生五時機及六步驟洗手	主訴記載	尖銳物扎傷事件，依「尖銳物扎傷處理流程」進行處理。	更換防護裝置(手套)	
空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨，並定期維護				
消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機	診療椅(9分鐘)	診療椅(14分鐘)	診療椅(2分鐘) 消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機 冰箱 高速手機	
行政人員(牙助)1位(9分鐘)	醫師1位(9分鐘) 行政人員(牙助)1位(9分鐘)	醫師1位(14分鐘) 行政人員(牙助)1位(14分鐘)	醫師1位(2分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)	
藥品 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)		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) 表面消毒劑	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)	
醫療器材 滅菌袋 化學監測劑			滅菌指示帶 滅菌袋 化學監測劑(未列成本) 生物監測劑(未列成本)	
診療項目 診療行政作業、感染管制	病史資料收集、理學檢查 病人IC卡雲端簡歷查詢	牙髓活性測試、牙周檢查、	診療行政作業、感染管制、污水及醫療廢棄物處理	

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如消毒鍋(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：00311C符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費(修)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

用人成本	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
	1.主治醫師以上	1	39.1	33	1,290	1,726	
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	2	5.9	31	366		
	6.工友、技工	1	5.4	13	70		
不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	膠膜	片	0.5	6.0	3	55	
	吸噴管	支	2.0	1.0	2		
	紙圍巾	張	3.0	1.0	3		
	漱口杯	個	2.0	1.0	2		
	漱口水	ml	0.2	10.0	2		
	表面消毒劑	人次	1.1	1.0	1		
	四合一器械+盤	組	2.0	1.0	2		
	消毒水(消毒水、酵素清潔劑、次氯酸鈉)	批	34.1	1.0	34		
	封口袋	個	0.5	2.0	1	34	
	手套	雙	1.5	2.0	3		
	醫用口罩/4D口罩	個	1.4	1.0	1		
	高壓蒸氣滅菌指示帶(包外)	人次	0.3	1.0	0		
	3M N95口罩(疾管署建議)	個	19.2	1.0	19		
	拋棄式隔離衣(疾管署建議)	件	14.4	1.0	14		
頭套(疾管署建議)	個	0.2	1.0	0			
面罩(疾管署建議)	個	0.36	1.0	0			
設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	估用時間(分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	33	12	28
	名稱	取得成本	使用年限	每人每次攤提金額	使用人次	成本小計	
	消毒鍋	85,000	5	2.2	1	2.20	
	封口機	15,000	3	0.6	1	0.60	
	紫外線殺菌箱	14,000	5	0.4	1	0.36	
	超音波清洗機	35,000	5	0.9	1	0.90	
	冰箱	8,000	5	0.2	1	0.21	
	高速手機	132,000	2	5.7	1	5.65	
	小計					22	
非醫療設備=醫療設備×28.3%						6	
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	估用時間(分)	成本小計	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							1,809
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							237
成本總計							2,046
直接成本合計(含疾管署建議)							1843.0
作業及管理費用(直接成本×6.4%)(含疾管署建議)							118.0
成本總計(含疾管署建議)							1961.0

## 003-2作業流程

診療項目名稱：00311C符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重症特定身心障礙(非精神疾病)者診療費(修)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
進行治療清潔擦拭及其管路消毒。	診療椅之診療盤(tray)上儘量保持清潔與淨空	診療過程依感染管制之各項原則。「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣溶」執行	整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌器滅菌，無法加熱者，用2.0—3.2%戊二醛溶液浸泡之，使用過之手機先去除除外表污物，再運轉20-30秒，讓水徹底清除手機內管路；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，並乾燥；依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，可將手機放回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨；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	
管路出水二分鐘，廢盂水槽流水三分鐘。	將患者欲治療所需之器械擺設定位。	醫師、牙助穿戴防護裝置	器械(包括手機、檢查器械等)收集後，若無馬上清除者，可暫存在「維持溶液」(holding solution)內，常用2.0-3.2% glutaraldehyde，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗	洗牙機頭使用過之洗牙機頭，先去除除外表污物及表面消毒，並浸泡於消毒溶液中；完成後進行打包及消毒滅菌。環境作初級整理與消毒。
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)沖洗管路三分鐘。	引導患者就位，圍上圍巾，給予漱口三十秒至一分鐘	對應患者依「全面性預警防範措施」原則(universal precaution)詳細問診，與患者溝通，安撫患者情緒。	必要時重新覆蓋，換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。確定感染性疾患患者所有器械另行打包消毒	垃圾分類及處理。器械經清洗後過鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液中隔天處理
覆蓋無法清洗且易污染的設備	病人IC卡雲端簡歷查詢	對患者依「全面性預警防範措施」原則(universal precaution)詳細問診，與患者溝通，安撫患者情緒。	與患者溝通，安撫患者情緒	管路消毒，放水放鬆與拆下遮棚，徹底清洗
準備充足器械及各式感染管制材料；從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用	主訴記載	必要時重新覆蓋，換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。確定感染性疾患患者所有器械另行打包消毒	下一位病人就位前： 1.治療椅水路系統(例如三用噴槍、手機、洗牙機頭)至少沖洗20-30秒。 2.清潔消毒工作檯、廢盂、治療椅檯面，必要時重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。	徹底洗手，必要時更衣換鞋
依照洗手圖遵守手部衛生五時機及六步驟洗手		尖銳物扎傷事件，依「尖銳物扎傷處理流程」進行處理。	更換防護裝置(手套)	保持通風或使用空氣濾淨器
空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨，並定期維護				
設備	消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機	診療椅(13分鐘)	診療椅(18分鐘)	診療椅(2分鐘) 消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機 冰箱 高速手機
人力	行政人員(牙助)1位(9分鐘)	醫師1位(13分鐘) 行政人員(牙助)2位(13分鐘)	醫師1位(18分鐘) 行政人員(牙助)2位(18分鐘)	醫師1位(2分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)
藥品	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)		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) 表面消毒劑	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)
醫療器材	滅菌袋 化學監測劑			滅菌指示帶 滅菌袋 化學監測劑(未列成本) 生物監測劑(未列成本)
診療項目	診療行政作業、感染管制	病史資料收集、理學檢查 病人IC卡雲端簡歷查詢	牙髓活性測試、牙周檢查、	診療行政作業、感染管制、污水及醫療廢棄物處理

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如消毒鍋(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診療費(新增)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

用人成本	人員別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間 (分)	成本小計	成本合計
	1.主治醫師以上	1		39.1	37	1,447	1,930
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	2		5.9	35	413	
	6.工友、技工	1		5.4	13	70	
不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	膠膜	片		0.5	6.0	3	55
	吸唾管	支		2.0	1.0	2	
	紙圍巾	張		3.0	1.0	3	
	漱口杯	個		2.0	1.0	2	
	漱口水	ml		0.2	10.0	2	
	表面消毒劑	人次		1.1	1.0	1	
	四合一器械+盤	組		2.0	1.0	2	
	消毒水(消毒水、酵素清潔劑、次氯酸鈉)	批		34.1	1.0	34	34
	封口袋	個		0.5	2.0	1	
	手套	雙		1.5	2.0	3	
	醫用口罩/4D口罩	個		1.4	1.0	1	
	高壓蒸氣滅菌指示帶(包外)	人次		0.3	1.0	0	
	3M N95口罩(疾管署建議)	個		19.2	1.0	19	
	拋棄式隔離衣(疾管署建議)	件		14.4	1.0	14	
頭套(疾管署建議)	個		0.2	1.0	0		
面罩(疾管署建議)	個		0.36	1.0	0		
設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	估用時間 (分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	37	13	30
	名 稱	取得成本	使用 年限	每人每次攤 提金額	使用人 次	成本小計	
	消毒鍋	85,000	5	2.20	1	2.20	
	封口機	15,000	3	0.6	1	0.60	
	紫外線殺菌箱	14,000	5	0.36	1	0.36	
	超音波清洗機	35,000	5	0.9	1	0.90	
	冰箱	8,000	5	0.21	1	0.21	
	高速手機	132,000	2	5.65	1	5.65	
	小計					23	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					7	
	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	估用時間 (分)	成本小計	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							2,015
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							264
成本總計							2,279
直接成本合計(含疾管署建議)							2049.0
作業及管理費用(直接成本×6.4%)(含疾管署建議)							131.1
成本總計(含疾管署建議)							2180.1

## 003-2作業流程

診療項目名稱：符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診療費(新增)

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
進行治療清潔擦拭及其管路消毒。	診療椅之診療盤(tray)上儘量保持清潔與淨空。	診療過程依感染管制之各項原則：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣溶」執行。	整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌器滅菌，無法加熱者，用2.0—3.2%戊二醛溶液浸泡之，使用過之手機先去除除外表污穢物，再運轉20-30秒，讓水徹底清除手機內管路；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，並乾燥；依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，可將手機放回管路上運轉，掛掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨；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。	
管路出水二分鐘，廢盆水槽流水三分鐘。	將患者欲治療所需之器械擺設定位。	醫師、牙助穿戴防護裝置。	器械(包括手機、檢查器械等)收集後，若無馬上清除者，可暫存在「維持溶液」(holding solution)內，常用2.0-3.2% glutaraldehyde，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗。	
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)沖洗管路三分鐘。	引導患者就位，圖上圖中，給予漱口三十秒至一分鐘。	對應患者依「全面性預警防範措施」原則(universal precaution)詳細問診，與患者溝通，安撫患者情緒。	噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作台、廢盆、治療椅台面。	
覆蓋無法清洗且易污染的設備。	病人IC卡雲端藥歷查詢。	主訴記載。	與患者溝通，安撫患者情緒。	
準備充足器械及各式感染管制材料；從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用。	對應患者依「全面性預警防範措施」原則(universal precaution)詳細問診，與患者溝通，安撫患者情緒。	必要時重新覆蓋，換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。確定感染性疾患患者所有器械另行打包消毒。	下一位病人就位前： 1.治療椅水路系統(例如三用噴槍、手機、洗牙機頭)至少沖洗20-30秒。 2.清潔消毒工作台、廢盆、治療椅檯面，必要時重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。	
依照洗手圖遵守手部衛生五時機及六步驟洗手。	尖銳物扎傷事件，依「尖銳物扎傷處理流程」進行處理。	更換防護裝置(手套)。	垃圾分類及處理。器械經清洗後過鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液中隔天處理。	
空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨，並定期維護。	保持通風或使用空氣濾淨器。		徹底洗手，必要時更衣換鞋。	
			保持通風或使用空氣濾淨器。	
</				

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如消毒鍋(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：00314C符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙(非精神疾病)者診療費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

	人員別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間 (分)	成本小計	成本合計
用人 成本	1.主治醫師以上	1		39.1	25	978	1,190
	2.住院醫師						
	3.護理人員						
	4.醫事人員						
	5.行政人員	1		5.9	36	212	
	6.工友、技工						
不計 價材 料或 藥品 成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
	1.膠膜	片		0.5	6.0	3.0	55
	2.吸唾管	支		2.0	1.0	2.0	
	3.紙圍巾	張		3.0	1.0	3.0	
	4.漱口杯	個		2.0	1.0	2.0	
	5.漱口水	ml		0.2	10.0	2.4	
	6.表面消毒劑	人次		1.1	1.0	1.1	
	7.四合一器械+盤	組		2.0	1.0	2.0	34
	8.消毒水(消毒水、酵素清潔劑、次氯酸鈉)	批		34.1	1.0	34.1	
	9.封口袋	個		0.5	2.0	1.0	
	10.手套	雙		1.5	2.0	3.0	
	11.醫用口罩/4D口罩	個		1.4	1.0	1.4	
	12.高壓蒸汽滅菌指示帶(包外)	人次		0.3	1.0	0.3	
	13.3M N95口罩(疾管署建議)	個		19.2	1.0	19.2	
	14.拋棄式隔離衣(疾管署建議)	件		14.4	1.0	14.4	
	15.頭套(疾管署建議)	個		0.2	1.0	0.2	
	16.面罩(疾管署建議)	個		0.36	1.0	0.4	
設備 費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折 舊 金額	估用時間 (分)	成本小計	合計成本
	牙科用診療椅	350,000	10	0.4	25	9	24
	名 稱	取得成本	使用 年限	每人每次攤 提金額	使用人 次	成本小計	
	消毒鍋	85,000	5	2.20	1	2.20	
	封口機	15,000	3	0.6	1	0.60	
	紫外線殺菌箱	14,000	5	0.36	1	0.36	
	超音波清洗機	35,000	5	0.9	1	0.90	
	冰箱	8,000	5	0.21	1	0.21	
	高速手機	132,000	2	5.65	1	5.65	
	小計					19	
	非醫療設備=醫療設備×28.3%					5	
	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折 舊 金額	估用時間 (分)	成本小計	
房屋 折舊							24
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							
直接成本合計							1,269
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							166
成本總計							1,435
直接成本合計(含疾管署建議)							1303.0
作業及管理費用(直接成本×6.4%)(含疾管署建議)							83.4
成本總計(含疾管署建議)							1386.4

## 003-2作業流程

診療項目名稱：00314C符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙(非精神疾病)者診療費

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
進行治療清潔擦拭及其管路消毒。	診療椅之診療盤(tray)上儘量保持清潔與淨空	診療過程依感染管制之各項原則：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣溶」執行	整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌器滅菌，無法加熱者，用2.0—3.2%戊二醛溶液浸泡之，使用過之手機先去除除外表污穢物，再運轉20-30秒，讓水徹底清除手機內管路；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，並乾燥；依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，可將手機放回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨；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	
管路出水二分鐘，廢盂水槽流水三分鐘。	將患者欲治療所需之器械擺設定位。	醫師、牙助穿戴防護裝置	器械(包括手機、檢查器械等)收集後，若無馬上清除者，可暫存在「維持溶液」(holding solution)內，常用2.0-3.2% glutaraldehyde，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗	洗牙機頭使用過之洗牙機頭，先去除除外表污穢物及表面消毒，並浸泡於消毒溶液中；完成後進行打包及消毒滅菌。環境作初級整理與消毒。
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)沖洗管路三分鐘。	對應診患者依「全面性預警防範措施」原則(universal precaution)詳細問診，與患者溝通，安撫患者情緒。	引導患者就位，圖上圖中，給予漱口三十秒至一分鐘	必要時重新覆蓋，換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。確定感染性病患者所有器械另行打包消毒	垃圾分類及處理。器械經清洗後過鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液內隔天處理
覆蓋無法清洗且易污染的設備	病人IC卡雲端簡歷查詢	對應診患者依「全面性預警防範措施」原則(universal precaution)詳細問診，與患者溝通，安撫患者情緒。	下一位病人就位前： 1.治療椅水路系統(例如三用噴槍、手機、洗牙機頭)至少沖洗20-30秒。 2.清潔消毒工作檯、廢盂、治療椅檯面，必要時重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。	管路消毒，放水放鬆與拆下遮棚，徹底清洗
準備充足器械及各式感染管制材料；從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用	主訴記載	尖銳物扎傷事件，依「尖銳物扎傷處理流程」進行處理。	更換防護裝置(手套)	徹底洗手，必要時更衣換鞋
依照洗手圖遵守手部衛生五時機及六步驟洗手				保持通風或使用空氣濾淨器
空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨，並定期維護				
設備	消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機	診療椅(9分鐘)	診療椅(14分鐘)	診療椅(2分鐘) 消毒鍋 封口機 紫外線殺菌箱 超音波清洗機 冰箱 高速手機
人力	行政人員(牙助)1位(9分鐘)	醫師1位(9分鐘) 行政人員(牙助)1位(9分鐘)	醫師1位(14分鐘) 行政人員(牙助)1位(14分鐘)	醫師1位(2分鐘) 行政人員(牙助)1位(4分鐘)
藥品	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)		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)  表面消毒劑	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)
醫療器材	滅菌袋 化學監測劑			滅菌指示帶 滅菌袋 化學監測劑(未列成本) 生物監測劑(未列成本)
診療項目	診療行政作業、感染管制	病史資料收集、理學檢查 病人IC卡雲端簡歷查詢	牙髓活性測試、牙周檢查、	診療行政作業、感染管制、污水及醫療廢物處理

註：各階段之設備及人力使用之器材，人員請於後面以( )註明時間，例如消毒鍋(25分鐘)，主治醫師一名(20分)

#### 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：113 年牙醫總額新增專款項目「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，提請討論。

說明：

一、依據 15-1 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、計畫適用對象說明：為何是以「慢性病處方箋的病人」而不能只有高風險的病人。

➤ 慢性病連續處方箋相關規定：適用連續處方箋之慢性病種類，目前規定有 100 種：包括高血壓、糖尿病、精神病、癲癇、哮喘、慢性肝炎、腦血管病變、關節炎、癌症藥物追蹤治療、心臟病、痛風、慢性腎臟炎等。

➤ 特定疾病病人牙科就醫安全：

(一) 是要避免長期服用藥物的病人，於牙科就醫時因為服用藥物的作用，導致非預期的醫療狀況發生。

(二) 避免牙科治療和用藥與病人系統性疾病用藥產生藥物交互作用所衍生之風險。

(三) 若是適用對象僅涵蓋高危險族群無法達成本計畫立案之目的。

➤ 參考資料：

☆ Aspirin should not be given to patients taking oral hypoglycemics, valproic acid or carbonic anhydrase inhibitors

a. Haas, D. A. (1999). "Adverse drug interactions in dental practice: interactions associated with analgesics, Part III in a series." J Am Dent Assoc 130(3): 397-407.

b. Carbonic anhydrase inhibitors are a medication used to manage and treat glaucoma, idiopathic intracranial hypertension, altitude sickness, congestive heart failure, and epilepsy, among other diseases. Carbonic anhydrase inhibitors are considered part of the diuretic class of medications. (Aslam S, Gupta V. Carbonic

Anhydrase Inhibitors. [Updated 2023 Apr 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557736/>)

三、支付標準如下，成本另詳附件 4-1(討 4-5 頁)。

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
PXXXXC	特定疾病病人牙科就醫安全 註： (一)特定疾病病人就診可依本項申報，特定疾病病人包含： 1.糖尿病病人。 2.高血壓病人。 3.骨質疏鬆病人。 4.心血管疾病病人。 5.癌症病人。 6.洗腎透析病人。 7.器官移植病人。 8.精神疾病病人。 9.其他未明示之疾病病人。 (二)該院所該醫師當年度第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表。 (三)申報本項前需查詢病人雲端藥歷。 (四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血色素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨鬆病人-相關針劑或用藥。	v	v	v	v	100

四、牙醫師申報資格

- (一) 醫師須接受相關之教育訓練，開課單位限牙醫全聯會、各醫院、各縣市牙醫師公會及行文向本會申請開課之學會，教材由牙醫全聯會統一編定，並由牙醫全聯會將完訓醫師之姓名及身分證字號造冊函送中央健康保險署。
- (二) 口腔顎面外科專科醫師、口腔病理專科醫師及特殊需求者口腔醫學科專科醫師不須接受教育訓練，須請專科學會檢送醫師名單及身分證字號予牙醫全聯會，由牙醫全聯會造冊函送中央健康保險署。

## 五、審查方式

該院所該醫師當年度第一次申報本項須填寫醫師自我考評表，留存於牙醫病歷備查，該計畫所屬案件抽審時一併附上。

六、特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表另詳附件 4-2(討 4-7 頁)。

七、依據 112-9 健保會會議決議：

執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 3 成。

預期效益之評估指標：

一年後(114 年起)，特定疾病病人就醫風險降低，至少包括：

1. 使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。
2. 使用抗骨鬆藥物者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。

【註：上開特定疾病就醫風險降低之具體評估方式，請健保署會同牙全會妥為研訂】

八、本會建議評估指標 1 定義為該類病患接受牙科處置後 24 小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低。

## 本署意見：

一、依衛生福利部全民健康保險會 112 年 9 月 20 日及同年 10 月 18 日委員會議紀錄(衛生福利部尚未核定)，113 年本計畫於專款編列 307.1 百萬元，請本署辦理事項如下：

- (一)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提全民健康保險會報告。
- (二)本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，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(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

二、有關本計畫適用之特定疾病範圍及考評表之設計，涉及醫療專業，本署尊重牙全會之規劃，並請牙全會會後提供九大類疾病之操作型定義(如診斷碼)，以利後續監控執行情形。

- 三、牙醫師申報特定疾病病人牙科就醫安全項目(PXXXXC)時，應查詢病人雲端藥歷(含批次下載病人用藥紀錄)；另特定用藥之牙科就醫安全，亦應考量自費用藥之情形，請牙全會協助輔導會員需除查詢雲端藥歷外，亦須確認病人自費用藥狀況。
- 四、有關完訓醫師及專科醫師名單，請牙全會造冊後，函送本署各分區業務組備查及維護醫師資格。
- 五、本項目牙全會規畫之審查方式，係以抽審包含本計畫之案件時，一併審查「醫師自我考評表」，請補充說明抽審不合格之追扣方式，倘若抽審不合格是否追扣全年度之本項費用？
- 六、有關預期效益之評估指標，請貴會提供操作型定義。
- 七、建議增列實施期間及結算方式。

**決 議：**

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：特定疾病病人牙科就醫安全

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	5	196	231
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員(牙助)	1		5.9	6	35	
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品名	單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
							-	-
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
設備費用	設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		牙科用診療椅	350,000	10	0.4	50	18	23
		小計					18	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					5	
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	23
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%								
直接成本合計								254
作業及管理費用(直接成本×13.1%)								33
成本總計								287

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調

表二、作業流程表

診療項目名稱：特定疾病病人牙科就醫安全

支付標準編號：PXXXC

作業流程	<p>一.前期</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 病人報到確認</li> <li>2 讀取健保卡，連結VPN，找到該筆病人資料。協助醫師病歷記載</li> </ol>	<p>二.中期</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 瀏覽雲端藥歷內容，查詢已開立之藥物並熟悉相關作用。</li> <li>2 助理全程跟診，隨時注意病人的全身性狀況。</li> </ol>	<p>三.後期:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 依照-就醫安全考評表流程妥善擬訂治療計劃並因應可能發生的情況。</li> <li>2 若病人服藥狀況與雲端藥歷未完全符合，病歷應詳實記載</li> <li>3 助理協助醫師說明病人用藥可能發生的牙科就醫狀況</li> <li>4 助理全程跟診，隨時注意病人的全身性狀況。</li> </ol>
設備		1 牙醫治療椅	1 牙醫治療椅
人力	1 助理一位(1分)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 醫師一位(2分)</li> <li>2 助理一位(2分)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 醫師一位(3分)</li> <li>2 助理一位(3分)</li> </ol>
檢體數			

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

人次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

## 特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表

填表日期：

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
醫師姓名： (醫師親簽)	醫師 ID：

## 【前言】

因應特定疾病病人在牙科求診時，牙醫師得保障其就醫安全，查詢相關用藥，並因應病人用藥內容及全身性狀況妥善擬定治療計畫。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	一、糖尿病 (降血糖藥物)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 掌握病人血糖監控狀況，病人三個月內空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血色素(HbA1c)的血糖值病歷評估及追蹤(HbA1c數值，<7%代表血糖值控制良好)。 4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含糖尿病用藥、心血管用藥、腎臟性疾病、眼科疾病用藥。 5. 病人牙科治療當天，服藥及用餐狀況了解及詢問。 6. 打胰島素之病人，因降血糖速度較快，要準備糖果或含糖飲料以預防低血糖。 7. 術前預防性投藥(視病情狀況需要)。

## 【背景說明(參考事項)】

1. 確認病人三個月內血糖控制的狀況，AC sugar(空腹血糖)較高但仍在70-200 mg/dL1，經由牙醫師評估仍可接受手術。
2. 若AC sugar(空腹血糖)>300mg/dL且HbA1c(糖化血色素)>9%則不建議執行侵入性治療。
3. 病人年紀偏大、病史較長，若病情需要必須執行侵入性治療，則必須告知病人風險並由牙醫師審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	二、高血壓 (降血壓藥物)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 病人三個月之內的血壓病歷評估及追蹤。 4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含心血管用藥、抗凝血劑用藥及全身狀況追蹤及評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		5. 病人牙科治療當天高血壓藥物服藥狀況了解及詢問。 6. 術後流血狀況監控。

#### 【背景說明(參考事項)】

1. 若病人服用3種以上降血壓藥物，建議應謹慎評估及術前先量血壓。
2. 治療前血壓應於150mmHg以內，若高於此數值會有風險產生。(參考資訊： $\geq 140/90$  但  $< 160/100$ )
3. 病人血壓若不容易控制，可考慮使用抗焦慮藥物或以鎮靜配合治療，但醫師須受過相關訓練才可以使用。
4. 血壓高於180/110mmHg不建議做治療。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	三、骨質疏鬆	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用抗骨質吸收藥物可能帶來的影響及相關風險。 3. 遵循開藥醫師對於病人牙科就診的注意事項與醫囑，必要時得使用諮詢單，如單株抗體類用藥針劑3個月內不建議做牙科侵入性治療。 4. 雙磷酸鹽類用藥3個月內要做牙科侵入性處置，應多方謹慎評估。 5. 術後流血狀況監測。

#### 【背景說明(參考事項)】

1. 病人使用的抗骨質疏鬆藥劑，早期為雙磷酸鹽藥物(bisphosphonate)，近期則是使用單株抗體類之denosumab(如保路麗，prolia)等。目前實務上使用denosumab的病人，大約是滿五個月的時候，告知病人可能之風險及獲得病人同意後，可以進行手術，同時傷口必須縫合。手術完成一個月左右，若傷口癒合良好，沒有新的骨頭暴露出來或骨壞死的情形，可以接著施打下一次的劑量。
2. 另最近研究，半年之後超過三個月才施打denosumab，藥物原來的效果就會急速下降。
3. 若是病人剛使用藥物，有緊急狀況需進行手術處置時，需告知病人相關風險，並獲得病人之同意。
4. 進行手術後，建議需完全縫合傷口的原因是基於了解病人骨壞死的原理。避免骨暴露，使骨骼能獲得良好的血液供應，是預防新顎骨壞死的重要因素。
5. 由於雙磷酸鹽藥物是直接存在於顎骨內，甚至從壞死骨脫落後，會再結合到鄰近的骨骼內，繼續抑制破骨細胞，與單株抗體類藥物留存在血液中，且有一定之半衰期不同，因此，使用雙磷酸鹽藥物者接受牙科手術時，相對風險可能比單株抗體類藥物高。但無論如何，如果仍需要進行牙科手術時，最重要的是告知病人接受牙科手術時，仍可能有產生顎骨壞死的風險。
6. 病人使用雙磷酸鹽藥物如果有合併其他多重藥物，應更審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	四、心血管 疾 病 ( 藥 物)	1. 雲端藥歷查詢，詢問病人用藥(病史詢問)、保健品並記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 服用抗凝血劑之一般病人：做監控。 4. 服用抗凝血劑之特殊病人：有栓塞、做支架者，徵詢內科醫師建議，必要時得使用諮詢單。

#### 【背景說明(參考事項)】

- 抗凝血劑目前有三個大的類型：
  - (1) 與血小板有關：如阿斯匹靈、保栓通(Plavix)或其他藥物等。
  - (2) 預防心房顫動可能造成血栓的coumadin(wafarin)等。
  - (3) 針對第十凝血因子及thrombin的新型抗凝血藥物。
- 如果是不複雜且時間小於45分鐘的手術這類藥物建議可不停藥，但沒有把握，可詢問原開藥醫師。
- 醫院通常會做血液凝固狀態監控，若真的太高，會將治療延後。
- 若病人有進行心臟外科手術，建議至原醫院進行相關牙科治療。
- 另抗凝血藥物服用2種以上，是否能減藥或停藥應詢問原開藥醫師。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	五、癌症(抗 癌藥物)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。

#### 【背景說明(參考事項)】

- 若癌症仍在治療中，若僅為簡單、緊急的處置，院所應自行評估是否有能力執行。如需進行牙科手術或侵入性、大範圍的治療或牽涉到用藥，建議回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療。
- 癌症療程若已結束，半年後病情沒有太大的變化，可考慮於診所進行牙科治療。
- 若病人長期服用抗癌藥物，需進行牙科治療時，建議轉診回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療，或不要進行太侵入性或太久的牙科治療。
- 病人曾接受放射線治療，如口腔癌等，即便是治療完成後數年的追蹤，侵犯性手術如拔牙等的問題，仍可能造成放射線性骨壞死。
- 另外如乳癌、多發性骨髓瘤、攝護腺癌、肺癌等，使用抗骨吸收的藥物預防遠端骨轉移時，這與使用預防骨質疏鬆的病人一樣，即便他的癌症相關治療已經結束，進行牙科手術仍可能會造成顎骨壞死。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	六、洗腎透 析病人	(一)血液透析： 1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷，並注意洗腎日期。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 原則上非洗腎日做牙科處置，洗腎日不建議執行侵入性牙科處置。 5. 容易感染，注意術後。 (二)腹膜透析： 1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 容易感染，盡量減少傷口範圍，注意術後。

#### 【背景說明(參考事項)】

血液透析病人若要進行大範圍、侵入性治療或手術，建議可詢問原腎臟科醫師是否能調整抗凝血劑使用的劑量，可以改善其術後凝血的問題。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	七、器官移植	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 病人一年之內施打或服用抗排斥藥物、免疫抑制劑、抗凝血用藥狀況評估及追蹤。 4. 病人半年內的內科及系統性用藥及身體狀況追蹤及評估。 5. 術前預防性投藥。 6. 術後流血狀況監控。

#### 【背景說明(參考事項)】

若為換心手術病人可進行預防性抗生素投藥。另外，應注意病人是否仍使用抗排斥藥物，並了解該藥物對免疫功能的影響程度，也了解對白血球功能的影響等，或是對造血功能的影響。若移植已經很長一段時間，也沒有使用抗排斥的藥物，屬於穩定病人，除了換心的病人外，可與一般人一樣，可接受常規的牙科處置。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	八、精神疾病(鎮靜劑、安眠)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	藥、抗焦慮藥物)	

### 【背景說明(參考事項)】

1. 精神病相關用藥與牙科常用藥物容易產生藥物交互作用
2. 有些精神科藥物具抗膽鹼作用，會造成口乾及唾液分泌減少，易產生蛀牙及念珠菌感染。部分精神科藥物所產生的錐體外路徑症候群(EPS)副作用及遲發性運動異常，其行為特徵包括肢體僵直、無力，舌頭靈活控制度不足，食物容易殘留在雙頰或溢出，可能使食物誤入氣管引發噎咳，嚴重時出現喉部肌肉不自主收縮，乃至無法吞嚥的情形產生。
3. (Clozapine-非典型抗精神病藥物(Atypical antipsychotic drugs)，臨床上應用於治療難治型精神分裂症(refractory schizophrenia)。相較於第一代抗精神病藥物，clozapine 的錐體外症狀(EPS)較少，在臨床上較常見的副作用為口水外流。根據 Praharaj 等人的研究，發現經 clozapine 藥物治療的病人，約有 30%的個案有流口水(clozapine induced sialorrhea, CIS)症狀。
4. 早期癲通 (Tegretol) 與帝拔癲 (Depakine) 主要用於癲症的治療，但後來 (1970 年代) 發現對躁鬱症也有急性治療和預防效果。另外對於陣發性衝動控制不良或具攻擊傾向的病患也有療效。療效與鋰鹽相近，約有 50—70% 的躁鬱症患者會有良好反應，尤其是那些有較特殊發作型式的人。它們產生療效的時間比鋰鹽更快，約在一週左右。長期服用癲通會影響白血球，少數人可能較易感冒或口腔潰瘍；而帝拔癲則因影響血小板凝集功能，要小心是否止血較慢。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	九、其他未明示之疾病	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。</li> <li>2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。</li> <li>3. 遵循原開藥醫師開立之醫囑。</li> </ol>

備註：該院所該醫師當年度第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表。

## 諮詢單

貴醫師鈞鑒：

病患\_\_\_\_\_，因牙疾至本院就診，  
經本院詳細診治後，建議病患需進行\_\_\_\_\_處  
置，依病患自述，目前正服用 貴醫療院所開出之  
藥物，敬請 貴醫師協助評估，是否可暫停服用此藥物？每次  
停藥最多可停幾天？

敬請 貴醫師指示，謝謝！

OOOO牙醫診所 敬上

負責醫師：

院所電話：

地 址：

(請將以下之回覆單撕下，交予病患帶回！感謝！)

---

### 回覆單

病患\_\_\_\_\_，經本院評估後，

☐建議病患可暫停服用\_\_\_\_\_藥物，請於處置前\_\_\_\_\_  
天開始停藥。

☐建議病患不可停用\_\_\_\_\_藥物。

原因：\_\_\_\_\_。

☐建議病患至原就診院所執行牙科相關處置

此致 OOOO牙醫診所

負責醫師：

院所電話：

傳真電話：

## 討論事項第五案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，提請討論。

說明：

一、依據 15-1 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、修訂對照表詳附件 5-1(討 5-3 頁)。

三、修訂內容重點摘要如下：

(一)調升計畫加成成數：「極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成、重度病人得加 9 成、中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人得加 5 成、輕度病人(含失能老人)得加 3 成」。

(二)修訂機構內之不符合障別之其他身心障患者以本計畫申報，加成成數為 2 成，並一併新增特定治療項目代號。

(三)調升符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費，並將重度以上診察費分為重度與極重度兩項；計畫新增【附件 19】為 113 年度新增支付項目「特殊狀況高風險疾病患者牙周支持性治療—全口」及特殊狀況之各複合體充填項目。

本署意見：

一、依衛生福利部全民健康保險會 112 年 9 月 20 日及同年 10 月 18 日委員會議紀錄(衛生福利部尚未核定)，113 年本計畫於專款編列 781.7 百萬元，較前一年度增加 109.6 百萬元。

二、為確保本預算在不同障礙等級之分配公平性，避免造成逆選擇病人，同意各障礙別病人(含其他身心障患者)統一調升加成成數 2 成，仍請牙全會持續監控適用對象之醫療利用情形。

三、下列項目涉及新增用途，請牙全會說明原因，並於本會議決議後，須提報全民健康保險會同意後執行：

(一)調升符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費，並將重度以上診察費分為重度與極重度兩項。

(二)增加「特殊狀況之複雜性之複合體填充」(893XXC)。

四、財務影響試算如下，計算過程詳附件 5-2(討 5-15 頁)：

- (一) 自然成長費用：推估 113 年所需預算約 635.4 百萬。
- (二) 調升感染管制門診診察費：推估 113 年所需預算約 15.0 百萬。
- (三) 不同障礙等級調升加成成數 2 成：推估 113 年所需預算約 73.4 百萬。
- (四) 醫療團新增不符合本計畫之特定身心障礙者：推估 113 年所需預算約 15.4 百萬。
- (五) 新增特殊狀況之複雜性複合體充填費用：推估 113 年所需預算約 13.4 百萬。
- (六) 調升符合牙醫門診加強感染管制實施方案之特定身心障礙牙科門診診察費 4 點(00311C-00314C)：推估 113 年所需預算為 4.8 百萬。
- (七) 綜上，推估 113 本計畫所需預算 757.4 百萬；協定經費為 781.7 百萬，尚足以支應。

決 議：

1123 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂對照表

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
三、實施期間 1123 年 1 月 1 日至 1123 年 12 月 31 日止。	三、實施期間 1123 年 1 月 1 日至 1123 年 12 月 31 日止。	三、實施期間 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日止。	修訂年度
五、預算來源 本計畫全年經費為 <del>7.221</del> 7.817 億元，其中：           (一) <del>6.721 億元</del> 由 1123 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； <del>另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。</del> (二) 本預算按季均分及結算， <u>每點支付金額不高於 1 元</u> ，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘， <del>屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理，則進行全年結算，預算不足採浮動點值計算，且預算每點支付金額不高於 1 元。</del>	五、預算來源 本計畫全年經費為 <del>7.221</del> 7.817 億元，其中：           (一) <del>6.721 億元</del> 由 1123 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； <del>另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。</del> (二) <del>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。</del>	五、預算來源 本計畫全年經費為 7.221 億元，其中：           (一) 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地區預算調整方式之移撥款支應。           (二) 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。	依 113 年總額協商結果修訂  本署意見：補充預算有結餘時，全年結算方式之說明。
七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：	七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：           (一) 適用對象須符合下列條件之一：屬肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精	七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：           (一) 適用對象須符合下列條件之一：屬肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
	<p>神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）、發展遲緩兒童、失能老人（非屬上述身心障礙者）等身心障礙者。其中：</p> <p>1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前 3 碼為 343 加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件 2】，符合資格者會於全民健康保險憑證（以下稱健保卡）中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記 1，重度者 2，中度者 3，輕度者 4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書（診斷頁）或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診</p>	<p>神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）、發展遲緩兒童、失能老人（非屬上述身心障礙者）等身心障礙者。其中：</p> <p>1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前 3 碼為 343 加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件 2】，符合資格者會於全民健康保險憑證（以下稱健保卡）中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記 1，重度者 2，中度者 3，輕度者 4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書（診斷頁）或辦理聯合評估之醫</p>	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>3.另不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。</p>	<p>斷證明書】提供服務。</p> <p>2. 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者（須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本），其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL)&lt;60 分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」（以下稱失能老人長照補助辦法）之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。</p> <p>3. <u>另不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。</u></p>	<p>院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。</p> <p>2. 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者（須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本），其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL)&lt;60 分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」（以下稱失能老人長照補助辦法）之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。</p>	<p><b>牙全會意見：</b> 修訂機構內之不符合障別之其他身障患者以本計畫申報。</p> <p><b>本署意見：</b> 尊重牙全會規劃。</p>
<p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。</p> <p>(1) 加成支付：</p> <p>A. <u>特定身心障礙者</u>：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙病</p>	<p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。</p> <p>(1) 加成支付：</p> <p>A. <u>特定身心障礙者</u>：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙病</p>	<p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。</p> <p>(1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 9 成、重度病人</p>	<p><b>牙全會意見：</b> 修訂加成成數，均調升 2 成</p>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>人、自閉症及失智症得加 <u>911</u> 成、重度病人得加 <u>79</u> 成、中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人得加 <u>35</u> 成、輕度病人(含失能老人)得加 <u>43</u> 成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)，不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。</p> <p><u>B. 醫療團牙醫醫療服務(不含社區醫療站)：</u> <u>其他具身心障礙證明者得加 2 成。</u></p> <p>(2) 本計畫不得併報<del>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及全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫</del>支付標準。</p> <p>(3) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，重</p>	<p>人、自閉症及失智症得加 <u>911</u> 成、重度病人得加 <u>79</u> 成、中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人得加 <u>35</u> 成、輕度病人(含失能老人)得加 <u>43</u> 成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)，不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。</p> <p><u>B. 醫療團牙醫醫療服務(不含社區醫療站)：</u> <u>其他具身心障礙證明者得加 2 成。</u></p> <p>(2) 本計畫不得併報<del>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及全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫</del>支付標準。</p> <p>(3) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，重</p>	<p>得加 7 成、中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人得加 3 成、輕度病人(含失能老人)得加 1 成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)，不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。</p> <p>(2) 本計畫不得併報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及全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫支付標準。</p> <p>(3) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報 92051B、92072C、P7301C、P7302C 及 P7102C。</p>	<p><b>本署意見：</b> 同意各障礙別病人均調升加成成數 2 成，仍請牙全會持續監控適用對象之醫療利用情形。</p> <p>113 年 0-6 歲計畫停辦，刪除相關文字及內容</p>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報 92051B、92072C <del>→P7301C</del>、P7302C 及 P7102C。</p> <p>(4) 醫療團牙醫服務：</p> <p>A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。</p> <p>B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>C. 社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。</p> <p>D. 特定需求者牙醫醫療服務：</p> <p>a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 2,400 點（內含護理費，</p>	<p>重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報 92051B、92072C、P7301C <del>→及</del> P7302C <del>及P7102C</del>。</p> <p>(4) 醫療團牙醫服務：</p> <p>A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。</p> <p>B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>C. 社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。</p> <p>D. 特定需求者牙醫醫療服務：</p> <p>a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 2,400 點（內含護理費，</p>	<p>(4) 醫療團牙醫服務：</p> <p>A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。</p> <p>B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>C. 社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。</p> <p>D. 特定需求者牙醫醫療服務：</p> <p>a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 2,400 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，</p>	<p><b>本署意見：</b> P7301C 醫令項目併入 P7302C 爰刪除此項目。</p>

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>且不得收取其它自費項目)，每位醫師每診次以3小時為限(不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務1人次，服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達5人以上，第5人起屬本項服務之論量點數按6折支付，每日最多8人為限，且每月不超過80人；每位醫師支援每週不超過2日。另每一個案以2個月執行1次為原則。</p>	<p>且不得收取其它自費項目)，每位醫師每診次以3小時為限(不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務1人次，服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達5人以上，第5人起屬本項服務之論量點數按6折支付，每日最多8人為限，且每月不超過80人；每位醫師支援每週不超過2日。另每一個案以2個月執行1次為原則。</p>	<p>服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達5人以上，第5人起屬本項服務之論量點數按6折支付，每日最多8人為限，且每月不超過80人；每位醫師支援每週不超過2日。另每一個案以2個月執行1次為原則。</p>	
<p>2.費用申報之規定：</p>	<p>2.費用申報之規定：</p> <p>(1) 申報醫療費用時，案件分類請填16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下：</p> <p>A. 院所內服務：</p> <p>非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ</p> <p>精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD</p> <p>發展遲緩兒童：FV</p> <p>腦傷及脊髓損傷之中度肢體障</p>	<p>2.費用申報之規定：</p> <p>(1) 申報醫療費用時，案件分類請填16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下：</p> <p>A. 院所內服務：</p> <p>非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ</p> <p>精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD</p> <p>發展遲緩兒童：FV</p> <p>腦傷及脊髓損傷之中度肢體障</p>	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>B. 醫療團服務：</p> <p>非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN</p> <p>精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF</p> <p>發展遲緩兒童：FX</p> <p>失能老人：L1</p> <p>腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG</p> <p>自閉症、失智症：LP</p> <p><u>其他具身心障礙證明者：XX</u></p>	<p>礙：LF</p> <p>自閉症、失智症：LN</p> <p>B. 醫療團服務：</p> <p>非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN</p> <p>精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF</p> <p>發展遲緩兒童：FX</p> <p>失能老人：L1</p> <p>腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG</p> <p>自閉症、失智症：LP</p> <p><u>其他具身心障礙證明者：XX</u></p> <p>C. 特定需求者服務：</p> <p>極重度 FU、重度 FZ</p> <p>自閉症、失智症：LR</p> <p>D. 社區醫療站服務：</p> <p>非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8</p> <p>精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA</p> <p>發展遲緩兒童：LB</p> <p>腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH</p> <p>自閉症、失智症：LS</p>	<p>礙：LF</p> <p>自閉症、失智症：LN</p> <p>B. 醫療團服務：</p> <p>非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN</p> <p>精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF</p> <p>發展遲緩兒童：FX</p> <p>失能老人：L1</p> <p>腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG</p> <p>自閉症、失智症：LP</p> <p>C. 特定需求者服務：</p> <p>極重度 FU、重度 FZ</p> <p>自閉症、失智症：LR</p> <p>D. 社區醫療站服務：</p> <p>非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8</p> <p>精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA</p> <p>發展遲緩兒童：LB</p> <p>腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH</p> <p>自閉症、失智症：LS</p>	<p>增列特定治療項目代號</p>

※牙醫門診總額特殊醫療服務計畫因篇幅較長，僅列出修訂處進行對照。

## 【附件 14】

# 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 醫療團院所之標示製作作業說明

## 一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

## 二、預算來源

1123 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

## 三、標示應包含下列內容

- 1.全民健保牙醫特殊醫療服務
- 2.全民健保標誌
- 3.醫療團地點及時間
- 4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- 5.承作醫療院所名稱

## 四、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保牙醫特殊醫療服務	醫療團地點及時間	主辦單位:衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色

3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

## 五、支付原則及核銷方式

- 1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
- 2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。  
原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
- 3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前);經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所  
之標示製作費用申請表

附表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期：        年        月        日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報

☐立牌

☐直立旗

☐布條

☐其他

核銷金額：                元

承作醫療院所印信

---

原始支出憑證黏貼處

【附件 19】

「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」支付項目

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
PXXXXC	<p>特殊狀況高風險疾病患者牙周支持性治療—全口</p> <p>註：</p> <p>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</p> <p>2.符合以下狀況者得申報此項，每九十天限申報一次。</p> <p>(1)一顆或以上牙齒動搖度大於一級</p> <p>(2)一顆或以上一顆以上 furcation involvement</p> <p>(3)至少一個牙齒囊袋深度大於 5mm</p> <p>3.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導，並視病情需要 root planning。</p> <p>4.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91018C、91089C、91090C、91103C、91104C。</p>	V	V	V	V	1500
89304C	<p>特殊狀況之複雜性前牙複合體充填</p> <p>Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs</p> <p>—單面 single surface</p>	V	V	V	V	900
89305C	<p>—雙面 two surfaces</p> <p>註：</p> <p>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</p> <p>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>3.申報面數最高以二面為限。</p>	V	V	V	V	1,050
89308C	<p>特殊狀況之複雜性後牙複合體充填</p> <p>Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs</p> <p>—單面 single surface</p>	V	V	V	V	1,000
89309C	—雙面 two surfaces	V	V	V	V	1,200
89310C	—三面 three surfaces	V	V	V	V	1,400
	<p>註：</p> <p>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</p> <p>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>3.申報面數最高以三面為限。</p>					
89312C	<p>特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填</p> <p>Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs</p>	V	V	V	V	1,450

<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>基層 院所</u>	<u>地區 醫院</u>	<u>區域 醫院</u>	<u>醫學 中心</u>	<u>支付 點數</u>
	<u>註：</u> <u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.申報面數最高以三面為限。</u>					
<u>89314C</u>	<u>特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs</u> <u>註：</u> <u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1,600</u>
<u>89315C</u>	<u>特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs</u> <u>註：</u> <u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.充填牙面部位應包含雙鄰接面 (Mesial, M; Distal, D) 及咬合面 (Occlusal, O)。</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1,850</u>

## 113 年牙特計畫經費推估

### 一、自然成長費用(約 635.4 百萬)

(一)考量 109-111 年受 COVID-19 疫情影響，牙特醫療團服務大幅衰退，故以 112 年 1-8 月執行狀況為基期估算。

(二)112 年 1-8 月牙特申報點數約為 397.0 百萬，推估 112 年全年申報點數為 595.5 百萬。

(三)成長率以 104 年至 108 年之逐年平均成長率 6.7%估算，113 年自然成長費用為  $595.5 \text{ 百萬} \times (1+6.7\%) = 635.4 \text{ 百萬}$

### 二、調升感染管制門診診察費(約 15.0 百萬)

代號	原項目	新項目	支付 點數 (A)	修訂 點數 (B)	108-111 年 平均每年 醫令數(C)	108-111 年 平均 成長率 (D)	預估 113 年 醫令數 (F)=(D)* (1+E)*(1+E)	預估 113 年 增加經費 (G)=(F)*(B-A)
00311C	SOP 重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	SOP 極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	562	762	56,091	-3.23%	20,193	4,038,600
		SOP 重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費		662			35,898	3,589,800
00312C	SOP 中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	462	562	32,056	32,056		3,205,600	
00313C	SOP 中度以上精神疾病患者診察費	362	462	23,055	23,055		2,305,467	
00314C	SOP 輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費	362	462	19,651	19,651		1,965,067	
合計								15,104,534

備註：成長率為負值時，以零成長估算。

### 三、不同障礙等級調升加成成數 2 成(約 73.4 百萬)

	112 年 1-8 月申報點數	原加成	調升加成	調升後點數
極重	109,138,074	1.9	2.1	120,626,292
重度	93,675,239	1.7	1.9	104,695,855
中度	107,942,861	1.3	1.5	124,549,455
輕度	30,667,056	1.1	1.3	36,242,884
小計	341,423,230			386,114,487

$(386,114,487 - 341,423,230) / 0.65 \times (1 + 6.7\%) = 73,362,417$ ，約 73.4 百萬

#### 四、醫療團新增不符合本計畫之特定身心障礙者(約 15.4 百萬)：

- (一)因目前醫療院所申報資料無法統計計畫外之身心障礙別，故以協商會議資料估算。
- (二)111 年符合牙特計畫輕度身心障礙者就醫率 9.45%，醫療團輕度人數佔該計畫輕度服務人數 6.76%，平均每人未加成醫療費用 3,393 點。
- (三)111 年不符合牙特身心障礙者 59.2 萬人，以輕度身心障礙者就醫率、醫療團之輕度病人占率及平均每人醫療費用，及加成 2 成估算約 15.4 百萬點【59.2 萬人\*9.45%(就醫率)\*6.76%(醫療團輕度人數占率)\*3,393 點\*120%】。

#### 五、新增特殊狀況之複雜性複合體充填費用(約 13.4 百萬)：

- (一)經統計 112 年 1-8 月之特殊狀況複合樹脂充填(89104C-89115C)之件數為 44,760 件，推估全年為 67,140 件。

醫令代碼	診療項目	支付點數	申報件數
89104C	特殊狀況之前牙複合樹脂充填-單面	500	4,270
89105C	特殊狀況之前牙複合樹脂充填-雙面	650	4,070
89108C	特殊狀況之後牙複合樹脂充填-單面	600	11,421
89109C	特殊狀況之後牙複合樹脂充填-雙面	800	11,584
89110C	特殊狀況之後牙複合樹脂充填-三面	1000	5,662
89112C	特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填	1050	4,266
89114C	特殊狀況之前牙雙鄰接面複合樹脂充填	1200	1,922
89115C	特殊狀況之後牙雙鄰接面複合樹脂充填	1450	1,565
合計			44,760

統計區間：11201-11208

- (二)因本項目經洽牙全會無法估算執行數，爰本署假設有 50% 的案件由複合樹脂充填改為複合體充填，每件差額 400 點，推估 113 年之經費約為 13.4 百萬【67,140 件\*50%\*400 點=13,428,600】。

#### 六、調升符合牙醫門診加強感染管制實施方案之特定身心障礙牙科門診診察費 4 點(00311C-00314C)：推估 113 年所需預算為 4.8 百萬(詳討 3-16)。

#### 七、推估 113 年使用經費為：635.4+15+73.4+15.4+13.4+4.8=757.4 百萬；計畫經費為 781.7 百萬，尚足以支應。

## 討論事項第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」內容，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-1 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、修訂對照表詳附件 6 (討 6-3 頁)。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
  - (一) 依據 113 年牙醫門診總額談判協商結果修改預算為 171.5 百萬，併同修訂年度執行目標。
  - (二) 青少年齲齒氟化物治療(P7102C)增加 X 光片為診斷依據。
  - (三) 新增全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）得提供本計畫服務，案件分類：請填報「14」。特定治療項目代號請依據牙醫不足改善方案填報。

本署意見：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會 112 年 9 月 20 日及同年 10 月 18 日委員會議紀錄(衛生福利部尚未核定)，113 年本計畫於專款編列 171.5 百萬元，請本署辦理事項如下：
  - (一) 加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。
  - (二) 依 113 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。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。
- 二、有關本計畫 113 年度執行目標，牙全會設定以「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計達 444,500 服務人次，本署尊重牙全會之規劃。
- 三、同意 113 年新增牙醫不足改善方案得提供本計畫服務，申報方式規劃如下：
  - (一) 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫(以下稱執業計畫)：

1. 門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LM」、特定治療項目代號(二)「F2」。
2. 執業計畫之巡迴醫療服務：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F2」、特定治療項目代號(二)「F3」、特定治療項目代號(三)「LM」。
3. 牙醫院所參與執業計畫時，申報之 P7101C、P7102C，納入執業計畫保障額度，由牙醫不足改善方案之專款支應。

(二)巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：

1. 巡迴點：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「F3」、特定治療項目代號(二)「LM」。
2. 社區醫療站：案件分類「14」且特定治療項目代號(一)「FT」、特定治療項目代號(二)「LM」。
3. 牙醫院所參與巡迴計畫時，併同申報之 P7101C、P7102C，由本計畫之專款支應，不得再額外加計牙醫不足改善方案之加成。

**決 議：**

## 112~~112~~113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

修訂內容	原內容	備註
本項未修改	一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
本項未修改	二、目的： 藉由本計畫之實施，提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率，透過早期發現、介入治療及衛教，維護自然牙齒品質，減少齲齒，降低未來根管治療及拔牙發生機率，提升青少年口腔健康。	
三、實施期間： <del>112</del> <u>113</u> 年1月1日至 <del>112</del> <u>113</u> 年12月31日止。	三、實施期間：112年1月1日至112年12月31日止。	修訂實施期間
四、年度執行目標： 本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」、「 <u>青少年齲齒氟化物治療（P7102C）</u> 」合計達444,500服務人次為執行目標。	四、年度執行目標： 本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」900,000服務人次為執行目標。	<u>牙全會意見：</u> 配合 113 年牙醫門診總額談判協商結果修訂照護人次。 依全年經費 171.5 百萬計算。以 112 年 1-8 月執行件

修訂內容	原內容	備註
		<p>數，P7102C 執行率為 P7101C 的 75%。  費用執行：254,000 * 300 點 (P7101C) + 254,000 * 75% * 500 點 (P7102C) = 171.5 百萬  執行目標 = 254,000 + 254,000 * 75% = 444,500</p> <p><u>本署意見：</u>  尊重牙全會規劃之執行目標</p>
<p>五、預算來源：</p> <p>(一) <del>112</del><b>113</b>年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為<b>171.5</b>百萬元。</p> <p>(二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」</p>	<p>五、預算來源：</p> <p>(一) 112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為271.5百萬元。</p> <p>(二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」</p>	<p>配合依據 113 年牙醫門診總額談判協商結果修改預算。</p>

修訂內容	原內容	備註
<p>(P7101C 及 P7102C)之費用由本計畫預算支應。</p> <p>(三) 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。</p>	<p>(P7101C 及 P7102C)之費用由本計畫預算支應。</p> <p>(三) 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。</p>	
<p>本項未修改。</p>	<p>六、收案條件：</p> <p>12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K02、K03.89、K05、K03.6、K06.1)。</p>	
<p>本項未修改。</p>	<p>七、牙醫師申報資格：</p> <p>醫師為二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者），兩年內不得申報本計畫診療項目。</p>	

修訂內容			原內容			備註
八、給付項目及支付標準：			八、給付項目及支付標準：			牙全會建議青少年齲齒氟化物治療(P7102C)增加X光片為診斷依據，本署尊重。
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數	
P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報X光攝影，費用另計。 3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C	300	P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報X光攝影，費用另計。 3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C	300	
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損者申報。 2. 須附一年內診斷 <del>X光片(費用另計)</del> 或照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002、 <del>P7301C</del> 及P7302C。	500	P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損者申報。 2. 須附一年內診斷照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. 本項主要實施氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002、P7301C及P7302C。	500	
九、醫療費用申報及審查：  (一) 施行本計畫診療項目得併同申報牙科門診診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。			九、醫療費用申報及審查：  (一) 施行本計畫診療項目得併同申報牙科門診診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。			P7301C 醫令項目併入 P7302C，爰刪除此項目。

修訂內容	原內容	備註
<p>(二) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。</p> <p>(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 案件分類：請填報「19」。</li> <li>2. 特定治療項目代號(一)：請填報「LM(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。</li> </ol> <p>(四) <u>全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(以下稱牙醫不足改善方案)得提供本計畫服務，申報格式：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫(以下稱執業計畫)：</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) <u>門診服務：案件分類「19」且特定治療項目代號(一)「LM」、特定治療項目代號(二)「F2」。</u></li> <li>(2) <u>執業計畫之巡迴醫療服務：案件分類</u></li> </ol> </li> </ol>	<p>(二) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。</p> <p>(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 案件分類：請填報「19」。</li> <li>2. 特定治療項目代號(一)：請填報「LM(12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。</li> </ol>	<p><u>牙全會意見：</u> 新增牙醫不足改善方案得提供本計畫服務。</p> <p><u>本署意見：</u> 同意新增牙醫不足改善方案得提供本計畫服務，並補充申報格式。</p>

修訂內容	原內容	備註
<p><u>「14」且特定治療項目代號(一)</u>  <u>「F2」、特定治療項目代號(二)「F3」、</u>  <u>特定治療項目代號(三)「LM」。</u></p> <p>(3) <u>牙醫院所參與執業計畫時，申報之</u>  <u>P7101C、P7102C，納入執業計畫保障</u>  <u>額度，由牙醫不足改善方案之專款支</u>  <u>應。</u></p> <p>2. <u>巡迴醫療服務計畫(以下稱巡迴計畫)：</u></p> <p>(1) <u>巡迴醫療團：案件分類「14」且特定治</u>  <u>療項目代號(一)「F3(12-18 歲青少年</u>  <u>口腔提升照護試辦計畫)」、特定治療</u>  <u>項目代號(二)「LM(12-18 歲青少年口</u>  <u>腔提升照護試辦計畫)」。</u></p> <p>(2) <u>社區醫療站：案件分類「14」且特定治</u>  <u>療項目代號(一)「FT(社區醫療站)」、</u>  <u>特定治療項目代號(二)「LM(12-18 歲</u>  <u>青少年口腔提升照護試辦計畫)」。</u></p> <p>(3) <u>牙醫院所參與巡迴計畫時，併同申報</u></p>		

修訂內容	原內容	備註
<u>之 P7101C、P7102C，由本計畫之專款支應，不得再額外加計牙醫不足改善方案之加成。</u>		
本項未修改	<p>十、計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該等指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)：</p> <p>(一) 自評指標：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.申報案件數(就醫人次)。</li> <li>2.申報點數。</li> <li>3.就醫人數(以 ID 歸戶)。</li> </ol> <p>(二) 評估指標：提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率&gt;40%。</p>	
本項未修改	<p>十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。</p>	

修訂內容	原內容	備註
本項未修改	十二、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

## 討論事項第七案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，請討論案。

說明：

一、依據 15-1 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、修訂對照表詳附件 6。

三、修訂內容重點摘要如下：

- (一) 依據 113 年牙醫門診總額談判協商結果修改專款經費為 310 百萬。
- (二) 巡迴計畫：成立滿二年之社區醫療站及巡迴點未達服務量管控人次須提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用。無牙醫鄉不受此服務量管控。
- (三) 新增巡迴計畫施行地區-屏東縣恆春鎮大光里、屏東縣長治鄉(百合園區)。
- (四) 屏東縣泰武鄉泰武國小(吾拉魯滋社區)維持 2 級地區。
- (五) 台南市南化區關山里由 1 級地區升為 2 級地區。
- (六) 澎湖縣七美鄉、望安鄉由 3 級地區升為 4 級地區。
- (七) 嘉義縣阿里山鄉達邦國小里佳分校由 3 級地區升為 4 級地區。
- (八) 新北市烏來區、桃園市復興區(三光國小、巴峻國小、光華國小、高義國小)、新竹縣五峰鄉(桃山衛生室)、臺中市和平區、嘉義縣梅山鄉(仁和國小、太和分校)、高雄市六龜區(寶來國小、寶來國中)、屏東縣三地門鄉、屏東縣牡丹鄉、屏東縣獅子鄉、花蓮縣卓溪鄉、臺東縣達仁鄉由 2 級地區升為 3 級地區。

本署意見(資料後補)

決議：

## 討論事項第八案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「113 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」，提請討論。

### 說明：

- 一、依據 15-1 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、修訂對照表詳附件 8-1(討 8-2 頁)。
- 三、修訂內容重點摘要如下：
  - (一)修訂適用鄉鎮篩選條件。
  - (二)新增第七點核發原則及獎勵方式由需符合原計畫第八點加計 5~6%，改採符合新增之第七點核發原則，加計各項核發比率進行核算。
  - (三)113 年計畫名單新增：新北市瑞芳區、屏東縣恆春鎮；刪除彰化縣埔心鄉，原因為牙醫師增加。

### 本署意見：

- 一、前開牙全會修訂意見，本署尊重。
- 二、建議酌修核發原則，說明如下：
  - (一)核發原則中「當季該院所執行口腔癌篩檢」一節，係以「院所資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫進」行認定，惟國健署(112 年第 4 季起業務移撥至口腔司)規定上傳期限為「檢查日後次月起 60 天」，與本署每季的結算時程有落差。
  - (二)建議調整為以院所當季申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)(如附件 8-2、討 8-19 頁)之件數認定。
- 三、將 113 年度核發原則代入 112 年第 1 季符合牙醫弱勢鄉鎮地區之 364 家牙醫診所申報資料進行試算，符合核發原則者為 290 家，推估單季之核發金額約為 12.7 百萬、全年核發金額約 50.8 百萬，預算尚足以支應。

### 決議：

**113~~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修訂對照表**

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
本項未修訂	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
本項未修訂	二、實施目的： 為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。	二、實施目的： 為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。	
三、預算來源： <u>113<del>112</del></u> 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	三、預算來源： <u>113<del>112</del></u> 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	三、預算來源： 112 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	修訂年度

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>四、實施時程：</p> <p><u>113</u><del>112</del>年 1 月 1 日起至 <u>113</u><del>112</del>年 12 月 31 日止。</p>	<p>四、實施時程：</p> <p><u>113</u><del>112</del>年 1 月 1 日起至 <u>113</u><del>112</del>年 12 月 31 日止。</p>	<p>四、實施時程：</p> <p>112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止。</p>	修訂年度
<p>五、<u>核發資格</u>實施對象：</p> <p>隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合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七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第<u>九</u><del>八</del>點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。</p>	<p>五、<u>核發資格</u>實施對象：</p> <p>隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合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七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第<u>九</u><del>八</del>點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。</p>	<p>五、實施對象：</p> <p>隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合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七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。</p>	文字修訂
<p>六、適用鄉鎮：篩選條件如下：</p> <p>（一）戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1： <u>2,923</u><del>2,970</del>(全國平均值</p>	<p>六、適用鄉鎮：篩選條件如下：</p> <p>（一）戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1： <u>2,923</u><del>2,970</del>(全國平均值</p>	<p>六、適用鄉鎮：篩選條件如下：</p> <p>（一）戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1： 2,970(全國平均值*2)且</p>	修訂適用鄉鎮條件

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1:<del>5,845</del><u>5,940</u>(全國平均值*4)。</p> <p>[註]：<del>111</del><u>112</u>年全國牙醫師人口比為1: <del>1,461</del><u>1,485</u>。</p> <p>(二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。</p> <p>(三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 <del>112</del><u>111</u>年計畫起名單沿用 2 年(<del>113</del><u>112</u>年計畫名單包含 <del>112</del><u>111</u>年適用鄉鎮及 <del>113</del><u>112</u>年適用鄉鎮)。</p>	<p>*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1:<del>5,845</del><u>5,940</u>(全國平均值*4)。</p> <p>[註]：<del>111</del><u>112</u>年全國牙醫師人口比為1: <del>1,461</del><u>1,485</u>。</p> <p>(二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。</p> <p>(三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 <del>112</del><u>111</u>年計畫起名單沿用 2 年(<del>113</del><u>112</u>年計畫名單包含 <del>112</del><u>111</u>年適用鄉鎮及 <del>113</del><u>112</u>年適用鄉鎮)。</p>	<p>人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1:5,940(全國平均值*4)。</p> <p>[註]：110年全國牙醫師人口比為 1:1,485。</p> <p>(二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。</p> <p>(三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 111 年計畫起名單沿用 2 年(112 年計畫名單包含 111 年適用鄉鎮及 112 年適用鄉鎮)。</p>	<p>年度文字修訂並依篩選條件更新附件鄉鎮，本次新增 <u>新北市瑞芳區、屏東縣恆春鎮</u>。</p> <p>刪除 <u>彰化縣埔心鄉</u>。</p>

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>七、核發原則：</p> <p>(一)當季該院所符合本計畫第五點者：六分區中點值最低之分區，加計 2%；不屬前項之分區，加計 1%。</p> <p>[註]：六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(111年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</p> <p>(二)當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，加計 2%。</p> <p>(三)<u>當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，加計 1%。</u></p> <p>(四)當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</p>	<p><u>七、核發原則：</u></p> <p><u>(一)當季該院所符合本計畫第五點者：六分區中點值最低之分區，加計 2%；不屬前項之分區，加計 1%。</u></p> <p><u>[註]：六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(111年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</u></p> <p><u>(二)當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務 2 件以上者，加計 2%。</u></p> <p><u>(三)當季該院所執行口腔癌篩檢，資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫者，加計 1%。</u></p> <p><u>(四)當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u></p>		<p><u>牙全會意見：</u> 新增核發原則。</p> <p><u>本署意見：</u> 核發原則「當季該院所執行口腔癌篩檢」一節，建議調整為以院所當季申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)認定。</p>

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>(P7302C)申報件數 10 件 <u>(含)</u>以上者，加計 2%。</p> <p>(五)當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件以上者，加計 1%。</p>	<p><u>(P7302C)申報件數 10 件以上者，加計 2%。</u></p> <p><u>(五)當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件以上者，加計 1%。</u></p>		
<p><u>八</u>七、獎勵方式：</p> <p>(一)獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。</p> <p>1. <u>六分區中點值最低之分區，屬於實施對象符合本計畫第五點</u>之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在 50 萬點(含)以下之點數，加計<u>核發原則之核算比</u></p>	<p><u>八</u>七、獎勵方式：</p> <p>(一)獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。</p> <p>1. <u>六分區中點值最低之分區，屬於實施對象符合本計畫第五點</u>之每位牙醫師納入該季<u>結算</u>之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在 50 萬點(含)以下之點數，加計<u>核發原則之核</u></p>	<p>七、獎勵方式：</p> <p>(一)獎勵方式：支援牙醫師不納入計算。</p> <p>1. 六分區中點值最低之分區，屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在 50 萬點(含)以下之點數，加計 6%，超過 50 萬點部分不加計。</p>	<p><u>牙全會意見：</u> 獎勵方式改採符合核發原則加計各項核發比率進行核算</p>

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p><b>率6%</b>，超過50萬點部分不加計。</p> <p><del>[註]：六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(109年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</del></p> <p><del>2. 不屬前項分區但屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計5%，超過50萬點部分不加計。</del></p> <p><b>23.</b>季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例（折付比例=季預算/Σ 各診</p>	<p><b>算比率6%</b>，超過50萬點部分不加計。</p> <p><del>[註]：六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(109年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</del></p> <p><del>2. 不屬前項分區但屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計5%，超過50萬點部分不加計。</del></p> <p><b>23.</b>季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例（折付比例=季預算/Σ 各診</p>	<p>[註]：六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(109年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</p> <p>2. 不屬前項分區但屬於實施對象之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，加計5%，超過50萬點部分不加計。</p> <p>3. 季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例（折付比例=季預算/Σ 各診所該季原核發金額)計算。</p>	<p><b>本署意見：</b></p> <p>以 113 年度核發原則代入 112 年第 1 季符合牙醫弱勢鄉鎮地區之 364 家牙醫診所申報資料進行試算，符合核發原則者為 290 家，推估單季之核發金額約為 12.7 百萬、全年核發金額約 50.8 百萬，預算尚足以支應。</p>

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>所該季原核發金額)計算。</p> <p>(二)不納入加計點數計算之案件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。</li> <li>2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。</li> <li>3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。</li> <li>4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。</li> </ol>	<p>所該季原核發金額)計算。</p> <p>(二) 不納入加計點數計算之案件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。</li> <li>2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。</li> <li>3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。</li> <li>4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。</li> </ol>	<p>(二)不納入加計點數計算之案件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。</li> <li>2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。</li> <li>3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。</li> <li>4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。</li> </ol>	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>5. 「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。</p> <p>6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。</p> <p>(三)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。</p>	<p>5. 「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。</p> <p>6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。</p> <p>(三) 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。</p>	<p>5. 「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。</p> <p>6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。</p> <p>(三)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。</p>	
<p><b>九八</b>、基層診所所有下列情形者，不予核發：</p> <p>(一)執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。</p> <p>(二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險</p>	<p><b>九八</b>、基層診所所有下列情形者，不予核發：</p> <p>(一) 執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。</p> <p>(二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險</p>	<p>八、基層診所所有下列情形者，不予核發：</p> <p>(一)執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。</p> <p>(二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險</p>	修正序號

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(<del>108</del><del>107</del>年至 <del>112</del><del>111</del>年)至當年(<del>113</del><del>112</del>年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次處分函所載停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。</p> <p>(三)本計畫實施前一年(<del>112</del><del>111</del>年)至當年(<del>113</del><del>112</del>年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點(含)以上者。</p>	<p>保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(<del>108</del><del>107</del>年至 <del>112</del><del>111</del>年)至當年(<del>113</del><del>112</del>年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次處分函所載停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。</p> <p>(三)本計畫實施前一年(<del>112</del><del>111</del>年)至當年(<del>113</del><del>112</del>年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點(含)以上者。</p>	<p>保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(107 年至 111 年)至當年(112 年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」處以停止特約一個月(含)以上處分者(以第一次處分函所載停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。</p> <p>(三)本計畫實施前一年(111 年)至當年(112 年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點(含)以上者。</p> <p>(四)本計畫實施前一年(111 年)基層診所平均月初核減</p>	修訂年度

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>(四)本計畫實施前一年(112+111年)基層診所平均月初核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。</p> <p>(五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)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者。</p> <p><del>(六)未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務(以下稱牙特)2 件(含)以上者:當季該院所未申報院所內</del></p>	<p>(四)本計畫實施前一年(112+111年)基層診所平均月初核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。</p> <p>(五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)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者。</p> <p><del>(六)未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務(以下稱牙特)2 件(含)以上者:當季該院所未申報院所內</del></p>	<p>率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。</p> <p>(五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)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者。</p> <p>(六)未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務(以下稱牙特)2 件(含)以上者:當季該院所未申報院所內牙特案件 2 件(含)以上者;惟離島地區不受此限制。</p>	<p>第(六)、(七)項規範內容移至七、核發原則</p>

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p><del>牙特案件 2 件(含)以上者；惟離島地區不受此限制。</del></p> <p><del>(七)未執行口腔癌篩檢者：當季該院所未上傳資料【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。</del></p>	<p><del>牙特案件 2 件(含)以上者；惟離島地區不受此限制。</del></p> <p><del>(七)未執行口腔癌篩檢者：當季該院所未上傳資料【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。</del></p>	<p>(七)未執行口腔癌篩檢者：當季該院所未上傳資料【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至國民健康署口腔癌篩檢資料庫。</p>	
<p><b>±九、其他事項：</b></p> <p>(一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。</p>	<p><b>±九、其他事項：</b></p> <p>(一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。</p>	<p><b>九、其他事項：</b></p> <p>(一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。</p>	修正序號

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
(二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	(二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	(二)本計畫經保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會，且逐年檢討。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

# 113~~112~~年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升 獎勵計畫適用名單

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
1	台北	宜蘭縣	三星鄉	21,206	147	2	10,603
2	台北	宜蘭縣	大同鄉	6,088	9	1	6,088
3	台北	宜蘭縣	五結鄉	40,539	1,043	4	10,135
4	台北	宜蘭縣	冬山鄉	52,928	663	3	17,643
5	台北	宜蘭縣	壯圍鄉	24,391	634	2	12,196
6	台北	宜蘭縣	南澳鄉	6,010	8	1	6,010
7	台北	宜蘭縣	員山鄉	32,056	286	2	16,028
8	台北	宜蘭縣	頭城鎮	28,544	283	8	3,568
9	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	35,057	346	9	3,895
10	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	38,272	430	5	7,654
11	台北	金門縣	金沙鎮	20,785	505	1	20,785
12	台北	金門縣	金城鎮	42,845	1,973	9	4,761
13	台北	金門縣	金湖鎮	30,593	734	8	3,824
14	台北	金門縣	金寧鄉	33,901	1,136	1	33,901
15	台北	金門縣	烈嶼鄉	12,743	796	1	12,743
16	台北	金門縣	烏坵鄉	672	560	0	無牙醫鄉
17	台北	連江縣	北竿鄉	2,998	303	1	2,998
18	台北	連江縣	東引鄉	1,494	393	1	1,494
19	台北	連江縣	南竿鄉	7,657	736	6	1,276
20	台北	連江縣	莒光鄉	1,496	318	1	1,496
21	台北	新北市	三芝區	22,357	339	3	7,452
22	台北	新北市	平溪區	4,333	61	0	無牙醫鄉
23	台北	新北市	石門區	11,193	218	0	無牙醫鄉
24	台北	新北市	石碇區	7,487	52	1	7,487
25	台北	新北市	坪林區	6,619	39	0	無牙醫鄉
26	台北	新北市	金山區	20,844	424	4	5,211
27	台北	新北市	烏來區	6,391	20	1	6,391
28	台北	新北市	貢寮區	11,534	115	0	無牙醫鄉
29	台北	新北市	萬里區	21,462	339	1	21,462
30	台北	新北市	雙溪區	8,235	56	1	8,235
31	北區	苗栗縣	三義鄉	15,388	222	2	7,694
32	北區	苗栗縣	三灣鄉	6,201	119	1	6,201
33	北區	苗栗縣	大湖鄉	13,530	149	3	4,510
34	北區	苗栗縣	公館鄉	31,867	446	5	6,373
35	北區	苗栗縣	西湖鄉	6,558	160	2	3,279
36	北區	苗栗縣	卓蘭鎮	15,866	208	4	3,967

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
37	北區	苗栗縣	南庄鄉	9,328	56	1	9,328
38	北區	苗栗縣	後龍鎮	34,694	458	10	3,469
39	北區	苗栗縣	泰安鄉	5,691	9	0	無牙醫鄉
40	北區	苗栗縣	通霄鎮	32,441	301	6	5,407
41	北區	苗栗縣	造橋鄉	11,956	249	2	5,978
42	北區	苗栗縣	獅潭鄉	4,117	52	0	無牙醫鄉
43	北區	苗栗縣	銅鑼鄉	16,871	215	2	8,436
44	北區	苗栗縣	頭屋鄉	10,026	191	0	無牙醫鄉
45	北區	桃園市	復興區	12,656	36	1	12,656
46	北區	桃園市	新屋區	49,094	577	5	9,819
47	北區	新竹市	香山區	78,641	1,434	9	8,738
48	北區	新竹縣	五峰鄉	4,473	20	0	無牙醫鄉
49	北區	新竹縣	北埔鄉	8,797	174	1	8,797
50	北區	新竹縣	尖石鄉	9,577	18	0	無牙醫鄉
51	北區	新竹縣	芎林鄉	19,936	489	2	9,968
52	北區	新竹縣	峨眉鄉	5,309	113	1	5,309
53	北區	新竹縣	新埔鎮	32,975	457	4	8,244
54	北區	新竹縣	橫山鄉	12,343	186	0	無牙醫鄉
55	北區	新竹縣	關西鎮	27,377	218	5	5,475
56	北區	新竹縣	寶山鄉	14,504	224	1	14,504
57	中區	南投縣	中寮鄉	14,013	96	0	無牙醫鄉
58	中區	南投縣	仁愛鄉	15,810	12	0	無牙醫鄉
59	中區	南投縣	水里鄉	16,665	156	3	5,555
60	中區	南投縣	名間鄉	36,925	444	4	9,231
61	中區	南投縣	信義鄉	15,785	11	2	7,893
62	中區	南投縣	國姓鄉	17,557	100	1	17,557
63	中區	南投縣	魚池鄉	15,162	125	2	7,581
64	中區	南投縣	鹿谷鄉	16,850	119	2	8,425
65	中區	南投縣	集集鎮	10,227	206	1	10,227
66	中區	彰化縣	二水鄉	14,377	488	2	7,189
67	中區	彰化縣	大村鄉	39,835	1,294	5	7,967
68	中區	彰化縣	大城鄉	15,733	247	1	15,733
69	中區	彰化縣	永靖鄉	35,879	1,738	4	8,970
70	中區	彰化縣	田尾鄉	26,407	1,099	1	26,407
71	中區	彰化縣	竹塘鄉	14,584	346	0	無牙醫鄉
72	中區	彰化縣	伸港鄉	37,838	1,695	4	9,460
73	中區	彰化縣	社頭鄉	42,026	1,163	7	6,004
74	中區	彰化縣	芬園鄉	22,827	600	4	5,707

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
75	中區	彰化縣	芳苑鄉	32,110	351	1	32,110
76	中區	彰化縣	埔鹽鄉	31,682	821	2	15,841
77	中區	彰化縣	埤頭鄉	29,706	695	3	9,902
78	中區	彰化縣	溪州鄉	28,949	382	5	5,790
79	中區	彰化縣	線西鄉	16,486	912	1	16,486
80	中區	臺中市	大安區	18,485	675	1	18,485
81	中區	臺中市	外埔區	31,564	744	2	15,782
82	中區	臺中市	石岡區	14,419	792	1	14,419
83	中區	臺中市	和平區	10,870	10	2	5,435
84	中區	臺中市	新社區	23,650	343	2	11,825
85	南區	雲林縣	二崙鄉	25,660	431	0	無牙醫鄉
86	南區	雲林縣	口湖鄉	25,976	323	0	無牙醫鄉
87	南區	雲林縣	土庫鎮	27,938	570	3	9,313
88	南區	雲林縣	大埤鄉	18,451	410	4	4,613
89	南區	雲林縣	元長鄉	24,177	338	1	24,177
90	南區	雲林縣	水林鄉	23,737	325	1	23,737
91	南區	雲林縣	古坑鄉	30,438	183	2	15,219
92	南區	雲林縣	四湖鄉	21,891	284	2	10,946
93	南區	雲林縣	東勢鄉	13,849	286	2	6,925
94	南區	雲林縣	林內鄉	17,131	456	2	8,566
95	南區	雲林縣	崙背鄉	23,584	403	4	5,896
96	南區	雲林縣	麥寮鄉	48,695	607	6	8,116
97	南區	雲林縣	莿桐鄉	27,970	550	4	6,993
98	南區	雲林縣	臺西鄉	22,558	417	1	22,558
99	南區	雲林縣	褒忠鄉	12,279	331	3	4,093
100	南區	嘉義縣	大埔鄉	4,533	26	0	無牙醫鄉
101	南區	嘉義縣	中埔鄉	43,602	337	5	8,720
102	南區	嘉義縣	六腳鄉	21,774	350	0	無牙醫鄉
103	南區	嘉義縣	太保市	38,571	577	8	4,821
104	南區	嘉義縣	水上鄉	48,529	702	6	8,088
105	南區	嘉義縣	布袋鎮	25,521	413	3	8,507
106	南區	嘉義縣	竹崎鄉	34,190	211	6	5,698
107	南區	嘉義縣	東石鄉	23,464	288	0	無牙醫鄉
108	南區	嘉義縣	阿里山鄉	5,420	13	0	無牙醫鄉
109	南區	嘉義縣	梅山鄉	18,324	153	5	3,665
110	南區	嘉義縣	鹿草鄉	14,658	270	1	14,658
111	南區	嘉義縣	番路鄉	11,033	94	0	無牙醫鄉
112	南區	嘉義縣	新港鄉	30,705	465	5	6,141

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
113	南區	嘉義縣	溪口鄉	13,761	416	1	13,761
114	南區	嘉義縣	義竹鄉	17,232	217	5	3,446
115	南區	臺南市	七股區	21,757	198	1	21,757
116	南區	臺南市	下營區	23,062	688	6	3,844
117	南區	臺南市	大內區	9,048	129	1	9,048
118	南區	臺南市	山上區	6,996	251	0	無牙醫鄉
119	南區	臺南市	六甲區	21,488	318	3	7,163
120	南區	臺南市	北門區	10,397	236	1	10,397
121	南區	臺南市	左鎮區	4,428	59	0	無牙醫鄉
122	南區	臺南市	玉井區	13,342	175	2	6,671
123	南區	臺南市	白河區	26,693	211	6	4,449
124	南區	臺南市	安定區	30,105	963	1	30,105
125	南區	臺南市	西港區	24,495	725	4	6,124
126	南區	臺南市	官田區	21,035	297	3	7,012
127	南區	臺南市	東山區	19,788	158	1	19,788
128	南區	臺南市	南化區	8,264	48	0	無牙醫鄉
129	南區	臺南市	後壁區	22,322	309	3	7,441
130	南區	臺南市	將軍區	18,843	449	1	18,843
131	南區	臺南市	楠西區	9,031	82	1	9,031
132	南區	臺南市	學甲區	24,981	463	7	3,569
133	南區	臺南市	龍崎區	3,668	57	0	無牙醫鄉
134	南區	臺南市	關廟區	33,860	631	2	16,930
135	南區	臺南市	鹽水區	24,777	474	8	3,097
136	高屏	屏東縣	九如鄉	21,734	517	2	10,867
137	高屏	屏東縣	三地門鄉	7,711	39	0	無牙醫鄉
138	高屏	屏東縣	竹田鄉	16,318	561	1	16,318
139	高屏	屏東縣	牡丹鄉	4,849	27	0	無牙醫鄉
140	高屏	屏東縣	車城鄉	8,181	164	1	8,181
141	高屏	屏東縣	里港鄉	25,696	373	3	8,565
142	高屏	屏東縣	佳冬鄉	18,321	591	1	18,321
143	高屏	屏東縣	來義鄉	7,397	44	1	7,397
144	高屏	屏東縣	枋山鄉	5,150	298	0	無牙醫鄉
145	高屏	屏東縣	枋寮鄉	23,246	403	6	3,874
146	高屏	屏東縣	長治鄉	29,337	736	3	9,779
147	高屏	屏東縣	南州鄉	10,133	534	2	5,067
148	高屏	屏東縣	春日鄉	4,930	31	0	無牙醫鄉
149	高屏	屏東縣	崁頂鄉	15,272	488	0	無牙醫鄉
150	高屏	屏東縣	泰武鄉	5,360	45	0	無牙醫鄉

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
151	高屏	屏東縣	琉球鄉	12,104	1,780	2	6,052
152	高屏	屏東縣	高樹鄉	23,439	260	3	7,813
153	高屏	屏東縣	新埤鄉	9,451	160	0	無牙醫鄉
154	高屏	屏東縣	新園鄉	33,447	873	7	4,778
155	高屏	屏東縣	獅子鄉	4,888	16	0	無牙醫鄉
156	高屏	屏東縣	萬巒鄉	19,915	328	1	19,915
157	高屏	屏東縣	滿州鄉	7,353	52	0	無牙醫鄉
158	高屏	屏東縣	瑪家鄉	6,706	85	1	6,706
159	高屏	屏東縣	霧臺鄉	3,259	12	0	無牙醫鄉
160	高屏	屏東縣	鹽埔鄉	24,586	382	3	8,195
161	高屏	高雄市	大樹區	41,257	616	6	6,876
162	高屏	高雄市	內門區	13,770	144	0	無牙醫鄉
163	高屏	高雄市	六龜區	12,135	63	4	3,034
164	高屏	高雄市	永安區	13,618	602	1	13,618
165	高屏	高雄市	田寮區	6,788	73	1	6,788
166	高屏	高雄市	甲仙區	5,788	47	0	無牙醫鄉
167	高屏	高雄市	杉林區	11,288	109	0	無牙醫鄉
168	高屏	高雄市	那瑪夏區	3,143	12	0	無牙醫鄉
169	高屏	高雄市	阿蓮區	28,011	809	7	4,002
170	高屏	高雄市	美濃區	37,949	316	4	9,487
171	高屏	高雄市	茂林區	1,874	10	0	無牙醫鄉
172	高屏	高雄市	茄萣區	29,812	1,891	4	7,453
173	高屏	高雄市	桃源區	4,193	5	1	4,193
174	高屏	高雄市	湖內區	29,648	1,471	4	7,412
175	高屏	高雄市	旗津區	27,204	18,583	5	5,441
176	高屏	高雄市	彌陀區	18,627	1,261	2	9,314
177	高屏	澎湖縣	七美鄉	3,862	553	0	無牙醫鄉
178	高屏	澎湖縣	白沙鄉	9,989	497	1	9,989
179	高屏	澎湖縣	西嶼鄉	8,338	446	2	4,169
180	高屏	澎湖縣	馬公市	63,289	1,862	34	1,861
181	高屏	澎湖縣	望安鄉	5,415	393	0	無牙醫鄉
182	高屏	澎湖縣	湖西鄉	15,447	464	2	7,724
183	東區	花蓮縣	光復鄉	12,185	78	3	4,062
184	東區	花蓮縣	秀林鄉	16,555	10	1	16,555
185	東區	花蓮縣	卓溪鄉	5,967	6	0	無牙醫鄉
186	東區	花蓮縣	富里鄉	9,812	56	1	9,812
187	東區	花蓮縣	新城鄉	20,252	689	6	3,375
188	東區	花蓮縣	瑞穗鄉	11,123	82	0	無牙醫鄉

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
189	東區	花蓮縣	萬榮鄉	6,152	10	0	無牙醫鄉
190	東區	花蓮縣	壽豐鄉	17,351	79	2	8,676
191	東區	花蓮縣	鳳林鎮	10,679	89	2	5,340
192	東區	花蓮縣	豐濱鄉	4,327	27	1	4,327
193	東區	臺東縣	大武鄉	5,635	81	1	5,635
194	東區	臺東縣	太麻里鄉	10,819	112	1	10,819
195	東區	臺東縣	成功鎮	13,330	93	1	13,330
196	東區	臺東縣	池上鄉	7,976	96	2	3,988
197	東區	臺東縣	卑南鄉	16,833	41	0	無牙醫鄉
198	東區	臺東縣	延平鄉	3,591	8	1	3,591
199	東區	臺東縣	東河鄉	8,106	39	0	無牙醫鄉
200	東區	臺東縣	金峰鄉	3,663	10	1	3,663
201	東區	臺東縣	長濱鄉	6,791	44	1	6,791
202	東區	臺東縣	海端鄉	4,151	5	1	4,151
203	東區	臺東縣	鹿野鄉	7,482	83	0	無牙醫鄉
204	東區	臺東縣	達仁鄉	3,437	11	0	無牙醫鄉
205	東區	臺東縣	綠島鄉	4,124	273	1	4,124
206	東區	臺東縣	關山鎮	8,274	141	2	4,137
207	東區	臺東縣	蘭嶼鄉	5,231	108	1	5,231
208	台北	新北市	瑞芳區*	38,449	544	13	2,958
209	高屏	屏東縣	恆春鎮*	30,089	220	10	3,009

註 1：資料來源：戶籍人口數、土地面積(~~110~~~~109~~.12 內政部內政統計資料)、牙醫師

數(衛生福利部 ~~110~~~~109~~ 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計)

註 2：牙醫師人口比(戶籍人口數/牙醫師數)、人口密度(戶籍人口數/平方公里)

註 3：\*為 ~~113~~~~112~~ 年新增鄉鎮，資料以 ~~111~~~~110~~ 年相關資料計算。

附表 6.2、口腔黏膜檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
95	IC95	30 歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者，每 2 年 1 次	口腔黏膜檢查	130
97	IC97	18 歲以上至未滿 30 歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民，每 2 年 1 次	口腔黏膜檢查	130
		口腔黏膜檢查服務品質(備註二)		20

備註：

一、有關身分、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：

(一) 30 歲以上服務對象身分需為嚼檳榔(含已戒)或吸菸民眾，18 歲以上至未滿 30 歲服務對象身分需為嚼檳榔(含已戒)原住民。

(二) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年-前次就醫年 $\geq 2$ 」。

(三) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：

1、代碼 95 之年齡條件定義為「就醫年-出生年 $\geq 30$ 」。

2、代碼 97 之年齡條件定義為「18 $\leq$ 就醫年-出生年 $\leq 29$ 」，受檢原住民須出示戶口名簿(如服務對象無法提出證明，應請其填具聲明書)，提供特約醫事服務機構驗證；特約醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身分分別備查。

二、口腔黏膜檢查醫療機構經評符合下列三項指標(資料來源為健康署癌症篩檢系統)者，每案口腔黏膜檢查增加 20 元(醫療機構名單將公告於健康署網站，名單內之醫療機構方能獲得補助)：

(一) 完整申報篩檢個案「菸檳行為」達 95%。

(二) 篩檢陽性個案電話追蹤和申報至少達 95%，且兩個月內接受後續確診至少達 60%；口腔癌及癌前病變偵測率不得為 0。

(三) 篩檢陽性個案追蹤結果為「無法聯繫」、「出國」及「搬家」及「拒做」者小於 10%。

附表 6.3、口腔黏膜檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構執行口腔黏膜檢查服務前，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，於服務前查核健保卡註記或查詢口腔癌篩檢系統(VPN)篩檢資格。</p> <p>二、特約醫事服務機構須要求 18 歲以上至未滿 30 歲接受口腔黏膜檢查服務之原住民檢具戶口名簿(如服務對象無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表 6.5)，並於病歷上登載「原住民」身分分別備查。</p>
表單填寫與保存	辦理口腔黏膜檢查服務者，應將「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄服務結果表單」(如附表 6.4)詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。

## 討論事項第九案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂 113 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，提請討論。

說明：

一、依據 15-1 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。

二、修訂對照表詳附件 9 (討 9-3 頁)。

三、修訂內容重點摘要如下：

(一) 核發資格文字修訂為『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，醫院層級院所當年度執行「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之項目者，且無下列情形者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：』

(二) 修訂專業獎勵指標：

1. 指標(一)65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率，核算基礎調降為 15%。
2. 指標(二)4 歲以上自家乳牙 545 天再補率，核算基礎調降為 15%。
3. 指標(四)全口牙結石清除，核算基礎調升為 20%；新增第 3 項次指標醫令代碼。

(三) 修訂政策獎勵指標：

1. 指標(一)牙周病顧本計畫，新增醫令代碼。
2. 指標(七)，原高風險疾病患者照護指標內容移至專業獎勵指標(四)。指標項目修訂為氟化物治療，操作型定義：該院所當年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 30 件(含)以上。

### 本署意見：

- 一、本署尊重前開牙全會修訂意見，另建議酌修方案文字如下：
  - (一)依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」，修正違規院所認定一節之文字。
  - (二)配合口腔防治業務移轉至衛生福利部口腔健康司，調整口腔癌篩檢資料提供單位。
- 二、有關醫院層級院所新增核發條件為「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』之項目」一節，考量此計畫為113年新增項目，請牙全會協助輔導醫院層級院所執行，以符合牙醫門診總額品質保證保留款之核發資格。
- 三、113年度新增之政策獎勵指標「氟化物治療」，經本署以112年1-9月牙醫院所申報「高齲齒率患者氟化物治療(P7301C)」加「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)」資料試算(113年P7301C醫令項目將併入P7302C)，申報件數30件(含)以上之院所為2,468家，若推估至全年數值，申報件數30件(含)以上之院所為2,685家，指標達成率約為38%。

### 決 議：

112~~112~~**113** 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂對照表

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
本項未修訂。	<b>壹、依據</b> 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	<b>壹、依據</b> 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
本項未修訂。	<b>貳、預算來源</b> 全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	<b>貳、預算來源</b> 全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。	
本項未修訂。	<b>參、方案目的</b> 本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。	<b>參、方案目的</b> 本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。	
<b>肆、核發資格</b> 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	<b>肆、核發資格</b> 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	<b>肆、核發資格</b> 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	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>暫付者，<u>醫院層級院所當年度執行「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之項目者</u>，且無下列情形者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：</p> <p>一、醫療行為異常暨違規院所：</p> <p>(一)牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。</p> <p>(二)保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者：</p>	<p>暫付者，<u>醫院層級院所當年度執行「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之項目者</u>，且無下列情形者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：</p> <p>一、醫療行為異常暨違規院所：</p> <p>(一)牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。</p> <p>(二)保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者：</p>	<p>暫付者，且無下列情形者，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：</p> <p>一、醫療行為異常暨違規院所：</p> <p>(一)牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。</p> <p>(二)保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者：</p>	<p><b>牙全會意見：</b> 醫院層級新增一項核發資格。</p> <p><b>本署意見：</b> 尊重牙全會規劃，惟此計畫為113年新增項目，請協助輔導醫院執行，以符合品保款核發資格。</p>

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>1. 依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。</p> <p>2. 三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條處以停止特約者。</p> <p>3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條處以<u>停止特約</u>、終止特約者。</p> <p>[註]：上述 <u>2、3 點之</u> 違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次發核定違規函所載核定處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分執行者)，倘停止或終止特約之期間為跨</p>	<p>4. 依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。</p> <p>5. 三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條處以停止特約者。</p> <p>6. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條處以終止特約者。</p> <p>[註]：上述違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)，倘停止或終止特約之期間為跨年度</p>	<p>1. 依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條處以扣減其十倍醫療費用者。</p> <p>2. 三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條處以停止特約者。</p> <p>3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條處以終止特約者。</p> <p>[註]：上述違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)，倘停止或終止特約之期間為跨年度</p>	<p><u>本署意見：</u> 配合特管辦法文字修正。</p>

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。</p> <p>二、不符合加強感染管制院所：院所未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且未每月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者。</p>	<p>者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。</p> <p>二、不符合加強感染管制院所：院所未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且未每月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者。</p>	<p>者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。</p> <p>二、不符合加強感染管制院所：院所未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且未每月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者。</p>	
<p>伍、核發原則：</p> <p>一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。</p> <p>二、政策獎勵：共<u>六七</u>項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。</p> <p>三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。</p> <p>[註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100% 為上限</p>	<p>伍、核發原則：</p> <p>一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。</p> <p>二、政策獎勵：共<u>六七</u>項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。</p> <p>三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。</p> <p>[註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100% 為上限</p>	<p>伍、核發原則：</p> <p>一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。</p> <p>二、政策獎勵：共六項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。</p> <p>三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。</p> <p>[註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100% 為上限</p>	修訂政策獎勵指標數。

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>四、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。</p>	<p>四、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。</p>	<p>四、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。</p>	
<p><b>陸、預算分配與支用</b></p> <p>一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申</p>	<p><b>陸、預算分配與支用</b></p> <p>一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申</p>	<p><b>陸、預算分配與支用</b></p> <p>一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申</p>	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p>請點數(受理日於次年1月31日前,且不含診察費、藥費、藥事服務費)乘以平均核付率比例計算之,公式如下:</p> <p>(一)該院所核算基礎點數=該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費)×平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數)×Σ核算基礎比率</p> <p>(二)該院所核發品質保證保留款金額=(該院所核算基礎點數/Σ各院所核算基礎點數)×當年度品質保證保留款</p> <p>二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(一)款之特約醫療院所名單<del>以</del></p>	<p>請點數(受理日於次年1月31日前,且不含診察費、藥費、藥事服務費)乘以平均核付率比例計算之,公式如下:</p> <p>(三)該院所核算基礎點數=該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費)×平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數)×Σ核算基礎比率</p> <p>(四)該院所核發品質保證保留款金額=(該院所核算基礎點數/Σ各院所核算基礎點數)×當年度品質保證保留款</p> <p>二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(一)款之特約醫療院所名單,以</p>	<p>請點數(受理日於次年1月31日前,且不含診察費、藥費、藥事服務費)乘以平均核付率比例計算之,公式如下:</p> <p>(一)該院所核算基礎點數=該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費)×平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數)×Σ核算基礎比率</p> <p>(二)該院所核發品質保證保留款金額=(該院所核算基礎點數/Σ各院所核算基礎點數)×當年度品質保證保留款</p> <p>二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(一)款之特約醫療院所名單,以</p>	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
<p><u>及、衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)</u>及衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及附表 3 加計獎勵指標(一)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。</p>	<p>及衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及附表 3 加計獎勵指標(一)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。</p>	<p>及衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)提供符合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及附表 3 加計獎勵指標(一)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。</p>	<p><b>本署意見：</b> 配合口腔防治業務移轉至衛生福利部口腔健康司，調整資料提供單位。</p>
<p>本項未修訂。</p>	<p><b>柒、其他事項</b></p> <p>辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自</p>	<p><b>柒、其他事項</b></p> <p>辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自</p>	

修訂內容(健保署版本)	修訂內容(牙全會版本)	原內容	說明
	當時結算之當季牙醫門診總額 一般服務項目預算中支應。	當時結算之當季牙醫門診總額 一般服務項目預算中支應。	
本項未修訂。	捌、本方案由保險人與牙醫全聯會 共同研訂後，報請主管機關核 定後公告實施，並副知健保會。 屬執行面之規定，由保險人逕 行修正公告。	捌、本方案由保險人與牙醫全聯會 共同研訂後，報請主管機關核 定後公告實施，並副知健保會。 屬執行面之規定，由保險人逕 行修正公告。	

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率  <b>調降核算基礎</b>          <b>修訂年度</b>	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率 $\leq 7\%$ 。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 730 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 730 天，65 歲(含)以上老人同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之恆牙牙冠顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所 65 歲(含)以上老人，實施牙齒填補之恆牙牙冠顆數。 e.備註：OD 醫令不含複合體充填(89013C)。 f.公式：(分子/分母) $\times 100\%$ 。 g.院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 <del>110</del> <b>111</b> 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 h.院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	<del>20%</del> <b>15%</b>	V	V
(二) 4 歲以上自家乳牙 545 天再補率  <b>調降核算基礎</b>          <b>修訂年度</b>	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率 $\leq 10\%$ 者。 [註]a.資料起迄時間：當年。 b.資料範圍：各醫療院所該年 5 歲 6 個月以上乳牙 545 天內自家再補率。 c.分子：各醫療院所該年往前追溯 545 天，5 歲 6 個月以上同病患同牙位於該醫療院所有兩次以上(含)OD 醫令之乳牙顆數。 d.分母：該時期(該年)該醫療院所所有 5 歲 6 個月以上病患，實施牙齒填補之乳牙顆數。 e.公式：(分子/分母) $\times 100\%$ 。 f.院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所( <del>110</del> <b>111</b> 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。 g.院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。 h.5 歲 6 個月之定義為就醫年月-出生年月。	<del>20%</del> <b>15%</b>	V	V
(三) 恆牙根管治療	分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，且根管治療點數占總點數之百分比須大於 5 % 者： 1.恆牙根管治療完成半年後的保存率 $\geq 95\%$ 。 [註]a.資料範圍：醫療院所前一年度下半年與該年度上半年往後追溯半年所有根管治療醫令。	20%	V	V



牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
<b>新增醫令代碼</b> (一) 牙周病顧本計畫	該院所當年度特定牙周保存治療(91015C、91016C、 <u>91091C</u> )及牙周病支持性治療(91018C)合計申報件數在15件(含)以上。	3%	V	V
(二) 牙周病統合照護品質	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%。	5%	V	V
<b>修正資料提供單位</b> (三) 口腔癌篩檢	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 <u>健康署口腔司</u> 口腔癌篩檢資料庫。	10%	V	
(四) 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	該院所須同時符合下列二項條件: 1. 每月於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, 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。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存,無異動者僅須點選「儲存」後,會自動完成登錄註記。 2. 當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數 $\geq 1$ 件(不含預防保健案件)。 [註]週日及國定假日之定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表3.3.3所訂。	3%		V
<b>修訂年度</b> (五) 月平均初核核減率	<del>112</del> <u>113</u> 年月平均初核核減率小於(等於)全國95百分比者。	5%		V
(六) 特殊醫療服務計畫	1. 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。	2%	V	V
	2. 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。	2%		V
<b>新增指標內容</b> <del>(七) 高風險疾病患者照護</del> (七) 氟化物治療	<del>該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除全口(91090C)申報件數12件(含)以上。</del> <u>該院所當年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數30件(含)以上。</u>	10%	V	V
核算基礎小計			30%	30%

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-加計獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
口 腔 癌 篩 檢、戒菸治 療服務 修正資料 提供單位	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 筆至健康署口腔司口腔癌篩檢資料庫，或提供戒菸治療服務。	2%		V