



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 113 年第 1 次研商議事會議

113 年 2 月 27 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」

113 年第 1 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、有關牙醫門診醫療給付費用總額協定事項扣減規劃分攤於 112 年第 3、4 季執行	報 3-1
四、112 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告案	報 4-1
五、修訂全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點案	報 5-1

肆、 討論事項

一、修訂「113 年度牙醫門診加強感染管制實施方案」	討 1-1
----------------------------	-------

伍、 散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 21 日 9 時 30 分

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	(請假)	陳代表淑華	陳淑華
江代表錫仁	江錫仁	陳代表清家	陳清家
何代表世章	(請假)	陳代表義聰	(請假)
吳代表志浩	吳志浩	黃代表茂栓	黃茂栓
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	(請假)
周代表公亮	周公亮	劉代表林義	(請假)
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	邱昶達	蔡代表爾輝	蔡爾輝
洪代表純正	(請假)	蔡代表蕙如	蔡蕙如
范代表景章	范景章	簡代表志成	簡志成
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	翁德育	蘇代表主榮	蘇主榮
陳代表亮光	陳亮光		

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 蔡欣原、廖秋英、邵格蘊 潘佩筠、許家禎
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
台灣醫院協會	許雅淇、顏正婷、周貝珊
本署臺北業務組	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*
	陳淑英*、柯依鳳*
本署南區業務組	李建漳*、賴文琳*
本署高屏業務組	謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*
	李昀融*、吳孜威*
本署東區業務組	劉翠麗*、陳珮毓*
本署醫審及藥材組	高幸蓓、賴昱廷、陳亞其
本署醫務管理組	黃珮珊、洪于淇、賴彥壯 黃奕瑄、李佩純
本署企劃組	陳泰諭

主席致詞(略)

壹、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、下列 3 項繼續列管，其餘解除列管。

(一)序號 9「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」：

請牙全會儘速提報「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「超音波根管沖洗計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」三項計畫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。

(二)序號 10「修訂『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』案」，將提至 112 年 12 月 14 日召開之支付標準共同擬訂會議報告。

(三)序號 12「有關 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護計畫的申報項目，開放以案件分類 14 申報案」：

本署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，將於完成後通知牙全會。

二、另序號 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」解除列管；仍請牙全會朝向擴大「一般牙科門診診察費」、「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」支付點數之差距進行規劃。

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 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。

決定：

- 一、因 112 年第 1 季中區、高屏移撥款誤植，重新結算 112 年第 1 季牙醫門診總額一般服務點值點值如下：

112Q1 點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.92321781	0.99110400	0.98714613	1.02818693	1.00201822	1.13457560	0.98005721
平均點值	0.93253097	1.00323932	0.99080831	1.03625317	1.00692590	1.15000000	0.98022701

- 二、112 年第 2 季各分區一般服務點值確認如下：

112Q2 點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.90858092	0.98995741	0.98500313	1.02359896	0.99960627	1.15549197	0.96620222
平均點值	0.91204908	0.99030373	0.98533724	1.02418130	0.99985502	1.15000000	0.96645813

- 三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

- 四、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、一般服務預算比照 112 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%。

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。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、113 年會議時間如下，請各代表預留時間：

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 (上午)	5 月 21 日 星期二 (上午)	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)

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、112 年度「高風險疾病口腔照護」未執行額度扣減調整如下：

(一)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】。

(二)扣減未執行額度=預算 405 百萬元-實際增加費用(A)。

二、本案將依程序提至健保會報告後執行。

決定：洽悉。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關 113 年度牙醫門診總額地區預算分配，請討論案。

決議：本案通過，113 年度牙醫門診總額地區預算分配，「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(中區 0.2 億元，高屏 0.1 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。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

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

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

一、增修條文 4-1 條：

(一)總額研商議事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，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。

(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。

二、同意牙醫門診相關醫療服務提供者代表由 15 名增加為 18 名。

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：本案修訂通過，修訂重點如下：

一、依 113 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率 (3.427%)，調整下列服務項目支付點數，並視情況於次年度檢討調整之合理性：

(一)修訂通則五「高齡患者根管治療難症處理」得加計百分之三十：
由原先 70 歲以上放寬至 65 歲(含)以上。

(二)91009B「牙周骨膜翻開術-局部」由 3,010 點調升為 4,500 點、91010B「牙周骨膜翻開術-三分之一顎」由 5,010 點調升為 7,500 點。

(三)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」統一調升 120 點；91091C「特定牙周保存治療 1~3 顆」由 500 點調升為 600 點。

(四)牙結石清除：

1. 91004C、91104C「牙結石清除-全口」、91003C、91103C「牙結石清除-局部」調升 10%，40 歲以上另得加成 0.91 成。
2. 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」統一調升 120 點。

(五)89013C「複合體充填」、89113C「特殊狀況之複合體充填」，由 1,000 點調升為 1,200 點。

二、修正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫之診療項目說明及規定事項，修訂對照如附件 1。

三、依 113 年健保會牙醫總額協定項目，新增「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫(草案)」，計畫內容如附件 2，重點如下：

(一)修訂高風險疾病患者定義。

(二)刪除 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」項目，原 P7301C 醫令項目併入 P7302C「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」中。

(三)新增支付標準 89204C~89215C「複雜性複合體充填」。

(四)其中新增支付標準 89204C~89215C「複雜性複合體充填」一節，因涉及新增用途，將依程序提報健保會同意後執行。

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」。

決議：

一、同意新增「113年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫(草案)」，計畫內容如附件3，重點如下：

(一)新增支付標準 PXXXXC「特定疾病病人牙科就醫安全」。

(二)適用對象：糖尿病病人、高血壓病人、骨質疏鬆病人、心血管疾病病人、癌症病人、透析病人、器官移植病人、精神疾病病人及其他未明示之疾病病人。

(三)執行方式：

1.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。

2.申報本項前需查詢病人雲端藥歷。

3.病歷上需載明適用對象之相關資料。

(四)預期效益之評估指標(請牙全會補充操作型定義)：

1.使用抗凝血劑患者，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。

2.使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。

二、本案將依程序提至健保會報告。

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」。

決議：

一、本案修訂通過如附件4，修訂重點如下：

(一)特定身心障礙者牙醫醫療服務加成統一調升 2 成：「極重度身心障礙病人、自閉症及失智症加成」由 9 成調升為 11 成、「重度病人加成」由 7 成調升為 9 成、「中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人加成」由 3 成調升為 5 成、

「輕度病人(含失能老人) 加成」由 1 成調升為 3 成。

(二) 新增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；其他具身心障礙證明者得加 2 成。

(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。

(四) 本計畫新增【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，新增 89304C-89315C「特殊狀況之各複合體充填」支付項目。

二、下列兩項目涉及新增用途，須提報健保會同意後執行：

(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) 增加支付項目 89304C-89315C「特殊狀況之複雜性複合體填充」。

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。

決議：本案修訂通過如附件5，修訂重點如下：

一、P7102C「青少年齲齒氟化物治療」增加「X 光片(費用另計)」為診斷依據。

二、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得提供本計畫服務，並補充申報格式。

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」。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

- 一、修訂五施行地區、(一)備註文字(略以)為「申請升級為三級或四級地區之巡迴醫療點時，須提具體理由……」。
- 二、配合113年牙醫門診總額專款項目刪減醫令代碼P7301C及增列91090C相關文字。
- 三、申請條件增列參與方案前二年內不得有涉及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第四十四條及第四十五條處分情形之條文，並修訂違約期間認定，明訂兩年內違規之日期計算方式。
- 四、敘明論次支付點數之申報，得以半小時為間隔計算。
- 五、修改執業計畫-巡迴服務及巡迴計畫併同提供「全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之申報規定。
- 六、執業計畫：
 - (一)健保署依本方案113年專款協定事項「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」所提鼓勵牙醫師參與執業計畫之規劃暫緩，俟牙全會完整研議後於明年度提出，執行目標維持不調整。
 - (二)施行地區：新增屏東縣車城鄉(1級地區)、刪除台南市七股區。
- 七、巡迴計畫：
 - (一)健保署所提巡迴點擴大外展服務之規劃暫緩，俟牙醫全聯會評估後再行研議修訂計畫。
 - (二)同意無牙醫鄉不受限成立滿二年之社區醫療站及巡迴點服務人次之管控規定，並加註「無牙醫鄉」定義。

(三) 「巡迴點」設有X光機等相關設備者，得提供支付標準
「牙周病統合治療方案」服務。

(四) 施行地區：

1. 新增：屏東縣恆春鎮(大光里)(1級地區)。
2. 刪除：金門縣金寧鄉及烈嶼鄉。
3. 飛地(將正面表列於施行地區備註)：
 - (1) 泰武國小(吾拉魯滋社區)地址為泰武鄉(2級)，實際座落萬巒鄉(1級)，論次費用以2級計算。
 - (2) 霧台國小勵古百合分校地址為霧台鄉(3級)，實際座落長治鄉(百合園區)，新增長治鄉(百合園區)為2級地區。
4. 嘉義縣番路鄉(公田村、大湖村)由1級升為2級。

八、調整地區級數：牙全會所提級數升級地區/巡迴點，為免升級所增加之論次費用仍超過113年專款預算，致巡迴計畫院所提供巡迴服務之「加兩成醫療費用」及「論次費用」以浮動點值結算，請牙全會於會後就所提升級地區及巡迴點提供升級優先順序(每一序位限填一地區)，以利保險人分區業務組依預算執行經費，評估調整地區或巡迴點級數。

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」。

決議：本案修訂通過如附件 6，修訂重點如下：

- 一、方案第七點「獎勵方式」修改為「核發原則」，改採加計各核發原則項目之核發比率進行結算。
- 二、核發原則中「當季該院所執行口腔癌篩檢」一節，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)之件數認定。

三、本計畫適用名單新增新北市瑞芳區、屏東縣恆春鎮，刪除彰化縣埔心鄉。

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」。

決議：本案修訂通過如附件 7，修訂重點如下：

- 一、核發條件新增「醫院層級院所當年度執行『全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫』之項目者」。
- 二、配合口腔防治業務移轉至口腔司，調整口腔癌篩檢資料提供單位，請口腔司每年提供牙醫院所口腔癌篩檢執行情形予本署，俾利辦理牙醫門診總額品質保證保留款結算作業。
- 三、增修指標及調整核算基礎：
 - (一) 專業獎勵指標(一)「65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率」，核算基礎由 20%調降為 15%。
 - (二) 專業獎勵指標(二)「4 歲以上自家乳牙 545 天再補率」，核算基礎由 20%調降為 15%。
 - (三) 專業獎勵指標(四)「全口牙結石清除」之次指標，增列「該院所當年度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 12 件(含)以上」，並將核算基礎由 10%調升為 20%。
 - (四) 政策獎勵指標(七)由「高風險疾病患者照護」指標修訂為「氟化物治療」指標，操作型定義為：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。

肆、散會：14 時 00 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 11 項，擬解除列管 7 項，繼續列管 4 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	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。	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。	一、有關 112 年度「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」扣減與一般服務重複之額度，已列入本會議報告事項第三案。 二、有關「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」等三項計畫之節流效益計算方式(如附件)，業於健保會第 6 屆 113 年第 1 次委員會報告通過，其量化之執行結果，將作為 114 年 7 月檢討計畫納入一般服務或退場之參考。	☒	☐
2	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</u>之患者，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。	一、113 年牙醫門診總額將原有之「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療計畫」三項醫療服務合併為「高風險疾病口腔照護計畫」。 二、前揭方案業經健保會第 6 屆 113 年第 1 次委員會討論通過，刻正陳報衛生福利部。 三、因應計畫整合，相關配套措施說明如下： (一)相關支付項目自支付標準第三部牙醫中刪除，改列於本計畫中。 (二)支付項目之點數調升(91090C)及新增項	☐	☒

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
			目(89204C-89215C)，將自計畫公告後生效。 (三)計畫公告之前，院所依現行之支付標準申報之 91090C、P7301C 及 P7302C 點數納入本計畫專款支應。		
3	112_3_臨(1)、112_4_討(6)：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。	112 年第 3 次會議決議如下： 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。 112 年第 4 次會議決議如下： 一、P7102C「青少年齲齒氟化物治療」增加「X 光片(費用另計)」為診斷依據。 二、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得提供本計畫服務，並補充申報格式。	一、本署業以 113 年 2 月 2 日健保醫字第 1130660450 號公告在案。 二、有關牙醫師巡迴醫療時，得以案件分類 14 申報 12 至 18 歲計畫之項目一節，本署已完成檢核邏輯之建置。 三、為避免已申報之院所被核退及提供資訊廠商修正程式緩衝，前揭檢核邏輯將自 113 年 3 月 1 日起正式上線檢核。	■ 解除列管	□ 繼續列管
4	112_4_討(1)：有關 113 年度牙醫門診總額地區預算分配案。	本案通過，113 年度牙醫門診總額地區預算分配，「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(中區 0.2 億元，高屏 0.1 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。	業以 112 年 12 月 15 日健保醫字第 1120665277C 號函送健保會備查。	■ 解除列管	□ 繼續列管
5	112_4_討(2)：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。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、增修條文 4-1 條： (一)總額研商議事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。	一、本署業於 113 年 2 月 5 日以健保醫字第 1130660258 號函公告修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，增列牙全會代表 3 名。 二、有關增修條文 4-1 條部分，業依委員意見修訂本要點，已列入本次	■ 解除列管	□ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		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，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。 (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。 二、同意牙醫門診相關醫療服務提供者代表由 15 名增加為 18 名。	會議報告事項第五案，建議報告後解除列管。		
6	112_4_討(3)：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、依 113 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(3.427%)，調整下列服務項目支付點數，並視情況於次年度檢討調整之合理性： (一)修訂通則五「高齡患者根管治療難症處理」得加計百分之三十：由原先 70 歲以上放寬至 65 歲(含)以上。 (二)91009B「牙周骨膜翻開術-局部」由 3,010 點調升為 4,500 點、91010B「牙周骨膜翻開術-三分之一顎」由 5,010 點調升為 7,500 點。 (三)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」統一調升 120 點；91091C「特定牙周保存治療 1~3 顆」由 500 點調升為 600 點。 (四)牙結石清除： 1. 91004C、91104C「牙結石清除-全口」、91003C、91103C「牙結石清除-局部」調升 10%，40 歲以上另得加成 0.91 成。 2. 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	一、本署業以 113 年 2 月 16 日以健保醫字第 1130051304 號函報部增修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，將於核定後辦理公告事宜。 二、有關「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」，業於健保會第 6 屆 113 年第 1 次委員會討論通過，刻正陳報衛生福利部核定。	☐	☒

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		風險疾病患者牙結石清除-全口」統一調升 120 點。 (五) 89013C「複合體充填」、89113C「特殊狀況之複合體充填」，由 1,000 點調升為 1,200 點。 二、新增「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫(草案)」，因涉及新增用途，將依程序提報健保會同意後執行。			
7	112_4_討(4)：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」。	一、同意新增「113 年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫(草案)」，重點如下： (一) 新增支付標準 PXXXXC「特定疾病病人牙科就醫安全」。 (二) 適用對象：糖尿病病人、高血壓病人、骨質疏鬆病人、心血管疾病病人、癌症病人、透析病人、器官移植病人、精神疾病病人及其他未明示之疾病病人。 (三) 執行方式： 1. 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。 2. 申報本項前需查詢病人雲端藥歷。 3. 病歷上需載明適用對象之相關資料。 (四) 預期效益之評估指標(請牙全會補充操作型定義)： 1. 使用抗凝血劑患者，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。 2. 使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。 二、本案將依程序提至健保會報告。	一、本案業於健保會第 6 屆 113 年第 1 次委員會報告通過，刻正陳報衛生福利部核定當中。 二、請牙全會配合健保會決議，辦理下列事項： (一) 於教育訓練時宣導醫師應於病歷中載明個人牙科治療計畫。 (二) 研擬預期效益指標「使用抗凝血劑患者，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」之操作型定義，並提本會議討論。 三、本署已於醫事人員資格檔中，建置資格代碼「DU-具執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫資格」，請貴會辦理牙醫師教育訓練並完成造冊後，送本署各分區業務組核定。	☐	☒
8	112_4_討(5)：修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。	本案修訂通過，因涉及新增用途，將依程序提報健保會同意後執行。	一、本案業於健保會第 6 屆 113 年第 1 次委員會討論通過，刻正陳報衛生福利部核定。 二、有關調升支付標準第三部牙醫之「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	☐	☒

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
			察費拆分為重度(00311C)與極重度(00318C)一節，另依支付標準公告程序後適用。		
9	112_4_討(7)：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」。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、修訂五施行地區、(一)備註文字(略以)為「申請升級為三級或四級地區之巡迴醫療點時，須提具體理由……」。 二、配合 113 年牙醫門診總額專款項目刪減醫令代碼P7301C及增列91090C相關文字。 三、申請條件增列參與方案前二年內不得有涉及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第四十四條及第四十五條處分情形之條文，並修訂違約期間認定，明訂兩年內違規之日期計算方式。 四、敘明論次支付點數之申報，得以半小時為間隔計算。 五、修改執業計畫-巡迴服務及巡迴計畫併同提供「全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之申報規定。 六、執業計畫： (一)健保署依本方案 113 年專款協定事項「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」所提鼓勵牙醫師參與執業計畫之規劃暫緩，俟牙全會完整研議後於明年度提出，執行目標維持不調整。 (二)施行地區：新增屏東縣車城鄉(1級地區)、刪除台南市七股區。 七、巡迴計畫： (一)健保署所提巡迴點擴大外展服務之規劃暫緩，俟牙醫全聯會評估後再行研議修訂計畫。 (二)同意無牙醫鄉不受限成立滿二年之社區醫療站及巡迴點服務人次之管控規定，並加註「無牙醫鄉」定義。 (三)「巡迴點」設有 X 光機等相關設	本署業於 113 年 2 月 15 日公告 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」，相關門診醫療費用暫付子系統(RAP)及醫令自動化審查(REA)檢核邏輯亦已進行相關修正作業。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		備者，得提供支付標準「牙周病統合治療方案」服務。 (四)施行地區： 1. 新增：屏東縣恆春鎮(大光里)(1級地區)。 2. 刪除：金門縣金寧鄉及烈嶼鄉。 3. 飛地(將正面表列於施行地區備註)： (1) 泰武國小(吾拉魯滋社區)地址為泰武鄉(2級)，實際座落萬巒鄉(1級)，論次費用以2級計算。 (2) 霧台國小勵古百合分校地址為霧台鄉(3級)，實際座落長治鄉(百合園區)，新增長治鄉(百合園區)為2級地區。 4. 嘉義縣番路鄉(公田村、大湖村)由1級升為2級。 八、調整地區級數：牙全會所提級數升級地區/巡迴點，為免升級所增加之論次費用仍超過113年專款預算，致巡迴計畫院所提供巡迴服務之「加兩成醫療費用」及「論次費用」以浮動點值結算，請牙全會於會後就所提升級地區及巡迴點提供升級優先順序(每一序位限填一地區)，以利保險人分區業務組依預算執行經費，評估調整地區或巡迴點級數。			
10	112_4_討(8)：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」。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、方案第七點「獎勵方式」修改為「核發原則」，改採加計各核發原則項目之核發比率進行結算。 二、核發原則中「當季該院所執行口腔癌篩檢」一節，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)之件數認定。 三、本計畫適用名單新增新北市瑞芳區、屏東縣恆春鎮，刪除彰化縣埔心鄉。	業以113年1月5日健保醫字第1120126463號公告在案。	■	□ 解除列管 繼續列管
11	112_4_討(9)：修訂113年「牙醫門診總額品質保	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、核發條件新增「醫院層級院所當年度執行『全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫』之	業以113年1月5日健保醫字第1120126463號公告在案。	■	□ 解除列管 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
	證保留款實施方案」。	項目者」。 二、配合口腔防治業務移轉至口腔司，調整口腔癌篩檢資料提供單位，請口腔司每年提供牙醫院所口腔癌篩檢執行情形予本署，俾利辦理牙醫門診總額品質保證保留款結算作業。 三、增修指標及調整核算基礎： (一)專業獎勵指標(一)「65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率」，核算基礎由20%調降為15%。 (二)專業獎勵指標(二)「4歲以上自家乳牙545天再補率」，核算基礎由20%調降為15%。 (三)專業獎勵指標(四)「全口牙結石清除」之次指標，增列「該院所當年度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12件(含)以上」，並將核算基礎由10%調升為20%。 (四)政策獎勵指標(七)由「高風險疾病患者照護」指標修訂為「氟化物治療」指標，操作型定義為：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。		

決 定

112 年度牙醫門診總額協定事項-節流效益之規劃

一、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

➤ 成效指標：

執行 P7301C 後，89013C 及 89113C「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。

➤ 修正後指標定義：

1. 111 年有執行 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C「複合體充填」之比率(跨院所計算)。

分母：111 年度申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，前於 110 年、111 年申報 89013C、89113C「複合體充填」之填補顆數(跨院所計算)。

分子：前述牙齒，於申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」後，追蹤同牙位 730 天內再申報 89013C、89113C「複合體充填」填補顆數(跨院所計算)。

公式：分子/分母*100%。

2. 未執行 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C「複合體充填」之比率(跨院所計算)。

分母：110 年、111 年申報之 89013C、89113C「複合體充填」之個案(案件分類 19)，且後續未有申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」者，其 110 年、111 年申報 89013C、89113C「複合體充填」之填補顆數(跨院所計算)。

分子：前述牙齒，追蹤同牙位 730 天內再申報 89013C、89113C「複合體充填」填補顆數(跨院所計算)。

公式：分子/分母*100%。

➤ 轉換為量化節流效益金額之方式：

1. 減少之填補率(A)＝「未執行 P7301C 之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C 之比率」—「111 年有執行 P7301C 之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C 之比率」。

2. 節流效益之金額(B)=111 年 89013C 之填補顆數*減少之填補率
(A)*1,000 (89013C 支付點數)。

【補充說明】

1. 因 89013C「複合體充填」支付標準規定：「每顆牙一年半內不得重複申報，以同一院所為限」，所以本項目觀察成效計算需追蹤至少兩年。
2. 因考量其他案件(如特殊專案)對象可能因照護能力受限或其自身疾病而影響填補之成功率，故指標計算僅限案件分類 19 (牙醫其他案件)。

二、超音波根管沖洗計畫

➤ 成效指標：

使用超音波根管沖洗的牙齒二年內根管治療之再治療率比未使用者低。

➤ 指標定義：

1. 使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者(依個案、牙位歸戶)，統計牙齒顆數加總。

分子：分母之牙齒根管充填項目，自申報結束日起兩年內申報 90094C「根管難症處理」之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母*100%

2. 未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者(依個案、牙位歸戶)，統計牙齒顆數加總。

分子：分母之牙齒根管充填項目，自申報結束日起兩年內申報 90094C「根管難症處理」之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母*100%。

➤ 轉換為量化節流效益金額之方式：

1. 根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(A)

分子：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之醫療點數加總。

分母：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之牙齒顆數加總。

公式：分子/分母

2. 根管治療未使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(B)

分子：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之醫療點數加總。

分母：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之牙齒顆數加總。

公式：分子/分母

3. 節流效益之金額(C)=[根管治療未使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(B) — 根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(A)] * 112 年根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒顆數總和。

【補充說明】

1. 指標中所指根管治療項目，係指「恆牙根管治療(90001C、90002C、90003C、90019C、90020C)」與「根管開擴及清創(90015C)」。
2. 不到兩年的再治療原因有可能是其他原因造成的，例如上面填補物脫落造成再感染，因此排除短時間不同原因造成的再治療，因此訂為追蹤兩年至兩年半。
3. 成效指標採計兩年內申報 90094C「根管難症處理」，有為確認原先根管治療的問題是否造成後續 90094C「根管難症處理」增加，而節流效益則是看是否看再執行根管充填，故採計根管治療項目「90001C、90002C、90003C、90015C、90019C、90020C」比較符合新增根管再治療的定義。

三、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫

➤ 成效指標

齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低。

➤ 指標定義

1. 當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數(牙位歸戶)。

分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。

分母：當年度高風險患者之就醫人數。

公式：分子/分母。

2. 當年度之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率。

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

分母：前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數。

公式：分子/分母*100%。

➤ 轉換為量化節流效益金額之方式：

1. 減少之填補顆數增加率(A)=112 年高風險患者平均齲齒填補顆數增加率 — 113 年高風險患者平均齲齒填補顆數增加率。

2. 節流效益之金額(B)=112 年高風險患者填補顆數*減少之填補顆數增加率(A)*600(89008C 後牙複合樹脂充填支付點數)。

【補充說明】

指標中所指之填補醫令，包含下列項目：

1. 銀粉充填：「89001C、89002C、89003C、89101、89102C、89103C」。
2. 複合樹脂充填：「89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89012C、89014C、89015C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89112C、89114C、89115C」
3. 玻璃離子體充填：「89011C、89111C」。
4. 複合體充填：「89013C、89113C」。

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案（詳附件）。

決定：

牙醫門診總額 【執行概況報告】

行政院衛生福利部

中央健康保險署

113/02/27



1

大綱

- 01 113年總額協定重點
- 02 112年第4季點值預估
- 03 牙醫總額近5年醫療供給及利用概況
- 04 112年牙周病統合照護執行情形
- 05 112年牙醫總額新增診療項目申報情形
- 06 112年第3季牙醫總額各專款執行情形
- 07 其他參考資料

2

113年總額協定重點

3

113年總額協定結果(1/7)



◆ 總金額520億元，較112年增加16億元，成長率為2.436%。

◆ 協定重點

一、一般服務：

(一)高風險疾病口腔照護(減列405百萬元)：

▶ 移列至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

(二)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(減少0.8百萬元)：

▶ 本項不列入114年度總額協商之基期費用。

4

113年總額協定結果(2/7)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(一)醫療資源不足地區改善方案(全年經費310百萬元)：

- ▶ 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- ▶ 請本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。

(二)牙醫特殊醫療服務計畫(全年經費781.7百萬元)：

- ▶ 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。
- ▶ 請本署持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障別、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。
- 請評估「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目，其與一般服務費用重複或替代情形，併113年7月追蹤執行情形時提報評估結果，以利114年度總額協商。

5

113年總額協定結果(3/7)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(三)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(自113年度起停辦)

(四)0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(自113年度起停辦)

(五)12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(全年經費171.5百萬元)：

- ▶ 加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
- ▶ 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。

(六)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目)

6

113年總額協定結果(4/7)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(七)超音波根管沖洗計畫(全年經費144.8百萬元)：

- ▶ 本計畫以3年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(114年7月底前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ▶ 檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

(八)高風險疾病口腔照護計畫(全年經費1,599百萬元)：

- ▶ 本計畫以3年為檢討期限，於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ▶ 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。
- 依健保會113年第1次委員會議決議，與一般服務費用重複或替代情形，併113年7月追蹤執行情形時提報評估結果，以利114年度總額協商。

7

113年總額協定結果(5/7)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(九)網路頻寬補助費用(全年經費143百萬元)：

- ▶ 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- ▶ 確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

(十)特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113年新增項目，全年經費307.1百萬元)：

- ▶ 本計畫以3年為檢討期限，於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
- ▶ 依健保會113年第1次委員會議決議，請牙全會研議預期效益之評估指標「使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低」之操作型定義及追蹤方式。

8

113年總額協定結果(6/7)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(十一)癌症治療品質改善計畫(113年新增項目，全年經費10百萬元)：

- ▶ 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。
- ▶ 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。
- ▶ 本計畫以4年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(十二)促進醫療服務診療項目支付衡平性(113年新增項目，全年經費5.5百萬元)：

- ▶ 本計畫以3年為檢討期限，於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ▶ 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。

9

113年總額協定結果(7/7)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(十三)品質保證保留款(全年經費47.8百萬元)：

- ▶ 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)。
- ▶ 請本署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。

10

牙醫門診一般服務



項目		成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		2.909%	1,382.9
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
其他醫療服務利用及密集度之改變	顱顎關節相關支付項目	-0.852%	-405.0
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
一般服務成長率	增加金額	2.055%	977.1
	總金額		48,516.8

11

牙醫門診專款項目



項目		成長率(%)或金額 (百萬元)	預估增加金額 (百萬元)
專款項目(全年計畫經費)			
醫療資源不足地區改善方案		310.0	30.0
牙醫特殊醫療服務計畫		781.7	109.6
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫		0.0	-10.0
0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫		0.0	-60.0
12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫		171.5	-100.0
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫		0.0	-184.0
超音波根管沖洗計畫		144.8	0.0
高風險疾病口腔照護計畫		1,599.0	589.0
網路頻寬補助費用		143.0	-25.0
特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113 年新增項目)		307.1	307.1
癌症治療品質改善計畫(113 年新增項目)		10.0	10.0
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(113 年新增項目)		5.5	5.5
品質保證保留款		47.8	-46.1
專款金額		3,520.4	626.1
較112年度核定總成長率 (一般服務+專款)	增加金額	2.436%	1,603.2
	總金額		52,037.2

12

112年第4季點值預估

01 點值預估假設

02 112年第4季點值預估

13

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110Q4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(99.449143%)校正得之(該占率以112Q2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。

14

112年第4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4季	臺北	4,074	0	38	4,339	0.9301	0.9307
	北區	1,980	0	17	1,981	0.9909	0.9910
	中區	2,437	0	21	2,449	0.9863	0.9864
	南區	1,608	0	14	1,553	1.0258	1.0256
	高屏	1,841	0	15	1,822	1.0028	1.0027
	東區	234	0	2	206	1.1256	1.1242
	合計	12,174	0	107	12,351	0.9770	0.9772

註：111Q4結算全國平均點值1.012

15

牙醫總額近5年醫療供給及利用概況

16

牙醫診所數【分區別】



◆ 108-112年

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
108年12月	2,623	856	1,323	806	1,011	118	6,737	0.21%
109年12月	2,630	878	1,318	817	1,009	115	6,767	0.45%
110年12月	2,637	902	1,320	811	1,013	111	6,794	0.40%
111年12月	2,663	926	1,320	815	1,004	111	6,839	0.66%
112年12月	2,677	941	1,339	818	1,007	111	6,893	0.78%
增減家數	14	15	19	3	3	0	54	
成長率	0.5%	1.6%	1.4%	0.4%	0.3%	0.0%	0.8%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

17

牙醫師執業數【分區別】



◆ 108-112年

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
108年12月	6,328	2,057	2,698	1,644	2,108	217	15,052	2.7%
109年12月	6,478	2,153	2,757	1,672	2,152	215	15,427	2.5%
110年12月	6,552	2,253	2,825	1,683	2,217	217	15,747	2.1%
111年12月	6,645	2,325	2,865	1,708	2,245	224	16,012	1.7%
112年12月	6,751	2,378	2,930	1,753	2,268	223	16,303	1.8%
增減人數	106	53	65	45	23	-1	291	
成長率	1.6%	2.3%	2.3%	2.6%	1.0%	-0.4%	1.8%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

18

牙醫師執業數【層級別】



◆ 108-112年

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12月	1,232	784	233	12,803	15,052	2.0%	3.7%	7.9%	2.6%
109年12月	1,253	795	253	13,126	15,427	1.7%	1.4%	8.6%	2.5%
110年12月	1,222	811	274	13,440	15,747	-2.5%	2.0%	8.3%	2.4%
111年12月	1,218	794	278	13,722	16,012	-0.3%	-2.1%	1.5%	2.1%
112年12月	1,223	754	267	14,059	16,303	0.4%	-5.0%	-4.0%	2.5%
增減人數	5	-40	-11	337	291				

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

19

就診牙醫人數【分區別】



◆ 108-112年

單位：千人

年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
108	4,139	1,869	2,336	1,498	1,728	209	11,514	1.7%
109	3,997	1,830	2,270	1,465	1,689	204	11,205	-2.7%
110	3,792	1,773	2,200	1,420	1,646	196	10,799	-3.6%
111	3,943	1,847	2,268	1,452	1,681	196	11,150	3.2%
112	4,197	1,978	2,376	1,505	1,754	200	11,758	5.5%
增減人數	254	131	108	53	73	5	608	
成長率	6.5%	7.1%	4.8%	3.7%	4.4%	2.3%	5.5%	

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。

20

近5年牙醫申報件數



◆ 108-112年

年度	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率
108年	12.15	2.6%	5.20	3.2%	6.75	1.5%	4.56	1.8%	5.37	0.7%	0.60	-0.4%	34.61	2.0%
109年	11.84	-2.5%	5.14	-1.1%	6.58	-2.5%	4.47	-1.9%	5.25	-2.3%	0.58	-1.7%	33.86	-2.2%
110年	10.88	-8.1%	4.89	-4.9%	6.30	-4.3%	4.25	-4.8%	5.04	-4.0%	0.54	-6.8%	31.90	-5.8%
111年	11.45	5.2%	5.10	4.3%	6.51	3.4%	4.34	2.1%	5.17	2.5%	0.54	-0.6%	33.11	3.8%
112年	12.30	7.4%	5.47	7.3%	6.82	4.6%	4.49	3.4%	5.40	4.5%	0.56	3.2%	35.04	5.8%

註：成長率係與前一年度比較。

21

近5年牙醫申報醫療點數



◆ 108-112年

年度	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率
108年	16,208.4	2.9%	7,378.0	3.5%	9,016.8	1.4%	6,053.6	1.3%	6,914.7	2.6%	838.0	-1.5%	46,409.6	2.3%
109年	16,366.9	1.0%	7,460.6	1.1%	9,090.6	0.8%	6,128.1	1.2%	7,029.6	1.7%	851.8	1.6%	46,927.6	1.1%
110年	15,240.4	-6.9%	7,130.6	-4.4%	8,945.5	-1.6%	5,850.8	-4.5%	6,837.0	-2.7%	796.7	-6.5%	44,801.1	-4.5%
111年	16,267.1	6.7%	7,444.1	4.4%	9,349.2	4.5%	5,964.1	1.9%	7,057.3	3.2%	803.7	0.9%	46,885.6	4.7%
112年	17,523.7	7.7%	7,978.7	7.2%	9,864.0	5.5%	6,252.5	4.8%	7,311.0	3.6%	839.3	4.4%	49,769.2	6.2%

註：成長率係與前一年度比較。

22

近5年牙醫分項費用



◆ 108-112年

年度	藥費		藥事服務費		診察費		診療費		特殊材料費		醫療費用點數	
	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率
108年	381.3	3.7%	276.1	3.4%	11,427.9	2.8%	34,322.1	2.2%	2.1	0.3%	46,409.6	2.3%
109年	393.0	3.1%	284.5	3.1%	12,109.2	6.0%	34,138.8	-0.5%	2.1	0.7%	46,927.6	1.1%
110年	388.3	-1.2%	309.7	8.9%	11,713.6	-3.3%	32,387.2	-5.1%	2.3	6.0%	44,801.1	-4.5%
111年	413.2	6.4%	332.2	7.2%	12,189.1	4.1%	33,948.7	4.8%	2.4	7.3%	46,885.6	4.7%
112年	430.1	4.1%	342.0	3.0%	13,099.5	7.5%	35,894.8	5.7%	2.8	13.0%	49,769.2	6.2%

註：成長率係與前一年度比較。

23

112年牙周病統合照護執行情形

24

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 112年

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	290,945	6.89%	2,796.0	7.42%

- 預算執行率(註1)：90.97%
- 預算執行率(註2)：91.61%
- 服務人次執行率：96.98%
【290,945 / 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)	114.4	11.87%	112.3	-1.45%	66.7	10.33%	2,502.7	7.58%	2,796.0	7.42%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	1,077.8	443.6	547.4	281.0	405.1	41.2	2,796.0
成長率	10.80%	16.23%	6.68%	5.93%	-6.28%	8.38%	7.42%

備註：

1.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

2.全年預算=前一年預算×(投保人口預估成長率+人口結構改變率)=3,052.0百萬元*(1-0.001%)=3,052.0百萬元

25

112年牙醫總額新增診療項目申報情形

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

26

顱顎關節相關支付項目



◆ 統計至112年第4季

單位:百萬元

年度	門診費用申報															預算 執行率
	預算	92097C 顱顎關節障礙特殊 檢查費-初診		92098C 顱顎關節障礙特殊 檢查費-複診		92099B 單側顱顎關節障 礙乾針治療		92100B 單側顱顎關節 沖洗		92230B 單側顱顎關節 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	40.9	25,312	25.5	24,913	12.5	10,261	5.1	871	1.2	455	0.9	27	0.4	61,812	45.7	111.50%

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顱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-顱顎關節相關支付項目」增編15.5百萬元。

27

複雜型顱顎障礙症治療及追蹤



◆ 統計至112年第4季

單位:百萬元

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	62.7	7,796	54.8	22,618	13.6	30,414	68.4	108.9%

1. 100年度「牙醫診療額-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)。
2. 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。

28

特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆



◆ 統計至112年第4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	624.1	20,509	41.1	7,350	7.4	793,666	794.2	904	0.5	822,429	843.2	135.1%

註：

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

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

3.112年特定牙周保存治療--全口總齒數一至三顆編列53.5百萬元。

29

112年新增專款項目



◆ 統計至112年第4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	446,752	599,986	300.2	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	292,597	587,155	58.8	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(113/2/17擷取)

統計區間: 11203-11212

30

112年第3季牙醫總額各專款執行情形

31

一般服務移撥專用相關預算執行情形



112年第3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	53,488	30,957	-	124,790	200,000	75,210
執行率	20.2%	26.7%	15.48%	-	62.4%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	2,325	3,798	4,159	-	10,283	80,000	69,717
執行率	2.9%	4.7%	5.20%	-	12.9%	-	-
移撥支應牙醫特殊服務計畫專款	0	0	0	-	0	50,000	50,000
執行率	0.0%	0.0%	0.00%	-	0.0%	-	-
移撥支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」	131	291	350	-	773	15,000	14,227
執行率	0.9%	1.9%	2.34%	-	5.4%	-	-
合計	42,802	57,577	35,467	-	135,846	295,000	159,154

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110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

32

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



112年第3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	19,239	18,231	-	56,054	30%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,977	4,354	3,130	-	11,461	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	0.4	-	0.9	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	2,949	-	14,993	8%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	-	-	-
7.巡迴服務_論次給付(論次)	29,382	36,104	27,821	-	93,307	50%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	1	2	2	-	5.3	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,927	3,065	3,115	-	9,107	5%
暫結金額	59,526	70,154	55,249	-	184,929	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	70,000	80,474	80,320	95,071		
本季未支用金額	10,474	10,320	25,071	95,071		
各季執行占總預算比率(%)	21.3%	25%	20%		66.0%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

33

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)



112年第3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 先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務	3,889	3,866	4,589	-	12,345	2.75%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	19,805	32,997	34,632	-	87,434	19.51%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	25,318	24,076	25,116	-	74,510	16.62%
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	24,951	-	73,273	16.35%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,666	9,711	9,927	-	30,305	6.76%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,256	1,370	1,215	-	3,841	0.86%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,903	12,445	11,738	-	34,087	7.60%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,599	10,763	9,560	-	29,923	6.68%
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	13,932	-	43,205	9.64%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	550	694	392	-	1,636	0.36%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	25	20	28	-	73	0.02%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	632	628	719	-	1,978	0.44%
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	13,073	-	39,466	8.80%
14 醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務	391	463	532	-	1,387	0.31%
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	3	8	9	-	21	0.00%
16 醫療團特定需求者(論次)	271	300	358	-	929	0.21%

34

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



112年第3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	8	-	23	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	21	-	66	0.01%
19 醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	44	70	47	-	160	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	24	-	43	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	0.00%
22 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,399	1,531	1,651	-	4,580	1.02%
23 居家身心障礙者牙醫醫療服務	1,589	1,590	1,807	-	4,985	1.11%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	301	292	336	-	929	0.21%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	714	923	931	-	2,568	0.57%
26 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	-	0	0.00%
27 居家居整病人牙醫醫療服務	97	166	200	-	463	0.10%
28 居家出院準備牙醫醫療服務	0	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	0.00%
暫結金額	137,496	154,938	155,795	-	448,229	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	180,525	223,554	249,141	273,871		
本季末支用金額=本季預算數-總計×點值(千元)	43,029	68,616	93,346	273,871		
執行占總預算比率	19.0%	21.5%	21.6%	0.0%	62.1%	

35

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫預算執行情形



112年第3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	1,256	-	4,075	10,000
執行率	13.8%	14.4%	12.6%	-	40.8%	-

備註：

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

36

0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 預算執行情形



112年第3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	96	-	249	60,000
執行率	0.15%	0.10%	0.16%	-	0.42%	-

註：

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

37

12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 預算執行情形



112年第3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	15,825	-	30,504	271,500
執行率	2.1%	3.3%	5.8%	-	11.2%	-

註：

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

38

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫預算執行情形



112年第3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	22,582	-	58,163	184,000
執行率	8.8%	10.5%	12.3%	-	31.6%	-

註：

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

39

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



112年第3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	18,117	-	37,368	144,800
執行率	2.6%	10.7%	12.5%	-	25.8%	-

註：

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

40

齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 預算執行情形



112年第3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	92,680	-	168,589	1,010,000
執行率	1.4%	6.2%	9.2%	-	16.7%	-

註：

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

41

網路頻寬補助費用預算執行情形



112年第3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	35,307	-	105,548	168,000
執行率	20.8%	21.0%	21.0%	-	62.8%	-

註：

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

42

其他參考資料

- 01 112年牙醫總額醫療供給及利用概況
- 02 112年第4季牙醫總額醫療供給及利用概況

43

112年牙醫總額醫療供給及利用概況

44

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 112年

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	1,159	9.4%	3.3%	1,839,407	8.9%	3.7%	1,587	-0.4%
2區域醫院	1,127	5.4%	3.2%	1,843,317	5.6%	3.7%	1,636	0.2%
3地區醫院	476	9.3%	1.4%	753,678	8.9%	1.5%	1,582	-0.4%
4基層診所	32,275	5.7%	92.1%	44,657,517	6.1%	89.7%	1,384	0.4%
5交付機構	-	-	-	675,398	3.5%	1.4%	-	-
合計	35,038	5.8%		49,769,318	6.2%		1,420	0.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

45

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 112年

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	12,301	7.4%	4,197	6.5%	2.93	0.9%	17,523,765	7.7%	1,425	0.3%
北區	5,473	7.3%	1,978	7.1%	2.77	0.3%	7,978,732	7.2%	1,458	-0.2%
中區	6,816	4.6%	2,376	4.8%	2.87	-0.1%	9,864,035	5.5%	1,447	0.8%
南區	4,492	3.4%	1,505	3.7%	2.98	-0.2%	6,252,463	4.8%	1,392	1.3%
高屏	5,397	4.5%	1,754	4.4%	3.08	0.1%	7,311,025	3.6%	1,355	-0.9%
東區	559	3.2%	200	2.3%	2.98	0.9%	839,297	4.4%	1,501	1.2%
合計	35,038	5.8%	11,758	5.5%	2.98	0.4%	49,769,318	6.2%	1,420	0.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

46

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 112年

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)	105	14.1%	20,493	19.0%	195	4.3%
2.牙醫急診	17	20.0%	37,723	46.8%	2,284	22.3%
3.牙醫門診手術	57	3.5%	180,385	3.4%	3,142	-0.1%
4.無牙醫鄉服務	169	9.3%	261,253	25.4%	1,547	14.8%
5.牙醫特殊醫療	185	16.3%	561,002	22.3%	3,027	5.2%
6.牙醫急診醫療不足區	0.7	1.4%	872	30.9%	1,305	29.1%
7.其他專案	34,504	5.7%	48,032,191	5.9%	1,392	0.2%
8.交付機構	-	-	675,398	3.5%	-	0.0%
合 計	35,038	5.8%	49,769,318	6.2%	1,420	0.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

47

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 112年

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)	1	22.5%	69	-39.7%	99	54.9%	20,324	19.3%	-	-	20,493	19.0%
2.牙醫急診	27,922	46.4%	9,515	51.7%	276	-18.6%	9	-36.1%	-	-	37,723	46.8%
3.牙醫門診手術	105,159	6.6%	62,736	-1.3%	11,049	4.8%	1,441	-13.2%	-	-	180,385	3.4%
4.無牙醫鄉服務	847	392.8%	2,369	34.0%	1,484	33.4%	256,553	25.0%	-	-	261,253	25.4%
5.牙醫特殊醫療	108,822	20.4%	99,282	23.2%	39,477	13.2%	313,422	24.0%	-	-	561,002	22.3%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	872	30.9%	-	-	-	-	872	30.9%
7.其他專案	1,596,655	7.9%	1,669,346	4.8%	700,421	8.6%	44,065,769	5.9%	-	-	48,032,191	5.9%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	675,398	3.5%	675,398	3.5%
合 計	1,839,407	8.9%	1,843,317	5.6%	753,678	8.9%	44,657,517	6.1%	675,398	3.5%	49,769,318	6.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

48

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 112年 (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	6,995	26.2%	16,007	58.2%	37,305	12.9%	24,180	38.5%	171,520	28.1%
北區	3,453	31.4%	1,369	35.0%	17,272	7.7%	17,759	21.8%	97,730	22.7%
中區	2,459	6.4%	6,350	18.8%	46,445	1.1%	64,906	23.7%	120,417	15.9%
南區	4,535	1.3%	6,312	72.9%	26,944	-3.3%	48,038	30.0%	58,053	21.8%
高屏	2,878	37.5%	6,684	40.3%	43,369	1.3%	71,721	14.8%	90,862	21.5%
東區	172	3.7%	1,001	25.0%	9,049	4.1%	34,650	42.3%	22,421	19.7%
合計	20,493	19.0%	37,723	46.8%	180,385	3.4%	261,253	25.4%	561,002	22.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

49

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 112年 (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	-	-	17,038,332	7.5%	229,426	4.9%	17,523,765	7.7%
北區	-	-	7,728,833	7.0%	112,316	4.9%	7,978,732	7.2%
中區	-	-	9,486,560	5.3%	136,897	2.2%	9,864,035	5.5%
南區	872	30.9%	6,022,076	4.6%	85,635	1.8%	6,252,463	4.8%
高屏	-	-	6,998,252	3.3%	97,258	2.9%	7,311,025	3.6%
東區	-	-	758,138	2.9%	13,866	-2.2%	839,297	4.4%
合計	872	30.9%	48,032,191	5.9%	675,398	3.5%	49,769,318	6.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

50

申報醫療費用點數【費用分類 + 分區別】



◆ 112年

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	152,496	4.9%	115,381	4.6%	4,627,188	9.0%	12,627,722	7.3%	978	10.0%	17,523,765	7.7%
北區	67,585	5.9%	54,618	4.1%	2,075,067	8.9%	5,781,340	6.6%	122	7.6%	7,978,732	7.2%
中區	84,932	3.2%	69,779	1.6%	2,575,958	6.5%	7,132,708	5.2%	658	29.4%	9,864,035	5.5%
南區	57,008	3.0%	45,284	1.0%	1,651,097	5.1%	4,498,436	4.8%	638	19.5%	6,252,463	4.8%
高屏	58,274	3.1%	49,677	2.5%	1,957,257	6.0%	5,245,581	2.7%	237	-0.6%	7,311,025	3.6%
東區	9,860	1.2%	7,278	-2.1%	212,965	5.7%	609,075	4.1%	118	-22.6%	839,297	4.4%
總計	430,155	4.1%	342,018	3.0%	13,099,532	7.5%	35,894,862	5.7%	2,751	13.0%	49,769,318	6.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

51

申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】



◆ 112年

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	30,011	3.4%	13,128	6.5%	441,952	12.1%	1,352,690	8.1%	1,626	8.8%	1,839,407	8.9%
區域醫院	25,649	5.8%	14,217	3.6%	441,090	8.1%	1,361,400	4.8%	960	26.2%	1,843,317	5.6%
地區醫院	6,036	0.5%	5,129	4.9%	177,283	9.5%	565,085	8.8%	146	17.8%	753,678	8.9%
基層診所	1,490	-2.0%	1,162	-2.5%	12,039,207	7.3%	32,615,659	5.6%	-	-	44,657,517	6.1%
交付機構	366,969	4.1%	308,381	2.8%	-	-	-	-	18.6	90.7%	675,398	3.5%
總計	430,155	4.1%	342,018	3.0%	13,099,532	7.5%	35,894,862	5.7%	2,751	13.0%	49,769,318	6.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

52

112年醫療服務供給 & 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12月)	2,677	941	1,339	818	1,007	111	6,893
成長率	0.5%	1.6%	1.4%	0.4%	0.3%	0.0%	0.8%
醫師數 (112年12月)	6,751	2,378	2,930	1,753	2,268	223	16,303
成長率	1.6%	2.3%	2.3%	2.6%	1.0%	-0.4%	1.8%
人口數 (千)	7,523	3,898	4,562	3,268	3,641	529	23,420
人口數 (成長率)	1.09%	1.25%	0.50%	-0.02%	0.18%	-0.45%	0.67%
每位醫師照護人口數	1,114	1,639	1,557	1,864	1,605	2,372	1,437
每萬人口醫師數	8.97	6.10	6.42	5.36	6.23	4.22	6.96
申報件數 (千)	12,301	5,473	6,816	4,492	5,397	559	35,038
成長率	7.4%	7.3%	4.6%	3.4%	4.5%	3.2%	5.8%
申報醫療費用 (百萬)	17,524	7,979	9,864	6,252	7,311	839	49,769
成長率	7.7%	7.2%	5.5%	4.8%	3.6%	4.4%	6.2%
平均每件申報醫療費用點數	1,425	1,458	1,447	1,392	1,355	1,501	1,420
成長率	0.3%	-0.2%	0.8%	1.3%	-0.9%	1.2%	0.3%

註1：人口數來源為112年12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1-12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

112年第4季牙醫總額醫療供給及利用概況

就診牙醫人數【分區別】



◆ 112年第4季

單位：千人

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110Q4	1,781	799	1,011	659	785	87	5,084	1.6%
111Q4	1,791	806	1,016	660	787	85	5,108	0.5%
112Q4	1,901	857	1,064	684	823	87	5,377	5.3%
增減人數	109	52	48	24	36	2	270	
成長率	6.1%	6.4%	4.7%	3.6%	4.6%	2.0%	5.3%	

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。

55

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 112年第4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	293	3.5%	3.3%	467,029	4.7%	3.6%	1,592	1.2%
2區域醫院	283	0.2%	3.2%	464,234	1.1%	3.6%	1,642	0.8%
3地區醫院	122	3.3%	1.4%	194,909	3.3%	1.5%	1,592	0.0%
4基層診所	8,269	3.0%	92.2%	11,536,029	4.4%	89.9%	1,395	1.4%
5交付機構	-	-	-	167,420	0.1%	1.3%	-	-
合計	8,968	2.9%		12,829,621	4.2%		1,431	1.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

56

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 112年第4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	3,150	3.8%	1,901	6.1%	1.66	-2.2%	4,515,289	4.8%	1,434	1.0%
北區	1,403	3.7%	857	6.4%	1.64	-2.5%	2,052,888	4.2%	1,463	0.5%
中區	1,739	2.5%	1,064	4.7%	1.63	-2.1%	2,545,928	4.6%	1,464	2.0%
南區	1,146	1.1%	684	3.6%	1.68	-2.4%	1,611,710	3.8%	1,407	2.6%
高屏	1,386	2.6%	823	4.6%	1.68	-2.0%	1,884,469	3.0%	1,360	0.4%
東區	144	-0.5%	87	2.0%	1.67	-2.4%	219,337	2.6%	1,519	3.0%
合計	8,968	2.9%	5,377	5.3%	1.67	-2.3%	12,829,621	4.2%	1,431	1.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

57

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 112年第4季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	25	0.6%	4,864	6.4%	197	5.8%
2.牙醫急診	4	14.6%	9,368	38.8%	2,341	21.1%
3.牙醫門診手術	14	0.0%	45,486	-0.7%	3,172	-0.6%
4.無牙醫鄉服務	51	4.4%	82,468	20.8%	1,602	15.7%
5.牙醫特殊醫療	50	8.2%	150,064	12.9%	3,025	4.3%
6.牙醫急診醫療不足區	0.1	-14.4%	227	26.9%	1,523	48.2%
7.其他專案	8,824	2.9%	12,369,724	4.1%	1,402	1.2%
8.交付機構	-	-	167,420	0.1%	-	0.0%
合計	8,968	2.9%	12,829,621	4.2%	1,431	1.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

58

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 112年第4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)	1 376	2%	21	-42.9%	29 468	7%	4,813	6.3%	-	-	4,864	6.4%
2.牙醫急診	6,917	36.9%	2,388	47.0%	59	-15.8%	3	-	-	-	9,368	38.8%
3.牙醫門診手術	26,547	1.4%	16,235	1.7%	2,433	-25.9%	271	-25.9%	-	-	45,486	-0.7%
4.無牙醫鄉服務	259	116.9%	837	33.0%	532	-20.8%	80,839	20.9%	-	-	82,468	20.8%
5.牙醫特殊醫療	27,390	12.2%	26,693	16.9%	10,477	11.3%	85,505	12.1%	-	-	150,064	12.9%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	227	26.9%	-	-	-	-	227	26.9%
7.其他專案	405,915	4.0%	418,061	0.0%	181,151	3.5%	11,364,598	4.2%	-	-	12,369,724	4.1%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	167,420	0.1%	167,420	0.1%
合計	467,029	4.7%	464,234	1.1%	194,909	3.3%	11,536,029	4.4%	167,420	0.1%	12,829,621	4.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

59

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 112年第4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	1,761	14.2%	4,035	46.4%	9,980	7.8%	9,360	39.2%	46,200	17.7%
北區	939	31.4%	328	16.5%	4,243	0.5%	5,509	6.4%	25,917	10.7%
中區	551	-2.1%	1,530	1.7%	11,338	0.4%	18,954	19.0%	32,110	6.1%
南區	832	-26.3%	1,624	91.6%	7,116	-1.9%	16,665	32.8%	16,038	16.8%
高屏	742	26.9%	1,550	29.6%	10,236	-9.0%	20,483	9.0%	23,786	12.4%
東區	39	6.1%	301	86.1%	2,574	2.5%	11,496	26.2%	6,013	17.0%
合計	4,864	6.4%	9,368	38.8%	45,486	-0.7%	82,468	20.8%	150,064	12.9%

註：成長率係與前一年同期比較。

60

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 112年第4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	-	-	4,387,501	4.6%	56,452	0.3%	4,515,289	4.8%
北區	-	-	1,987,955	4.2%	27,998	1.7%	2,052,888	4.2%
中區	-	-	2,447,255	4.6%	34,190	-0.4%	2,545,928	4.6%
南區	227	26.9%	1,548,005	3.5%	21,201	-1.5%	1,611,710	3.8%
高屏	-	-	1,803,473	2.9%	24,199	0.5%	1,884,469	3.0%
東區	-	-	195,535	1.2%	3,379	-6.8%	219,337	2.6%
合計	227	26.9%	12,369,724	4.1%	167,420	0.1%	12,829,621	4.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

61

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 112年第4季

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	37,564	0.1%	28,397	-0.1%	1,185,648	5.2%	3,263,421	4.7%	258	12.6%	4,515,289	4.8%
北區	16,890	2.1%	13,622	1.1%	532,536	5.3%	1,489,810	3.9%	31	30.6%	2,052,888	4.2%
中區	21,247	0.2%	17,369	-1.2%	659,157	4.5%	1,847,973	4.7%	183	29.7%	2,545,928	4.6%
南區	14,265	-0.9%	11,151	-2.8%	423,269	3.2%	1,162,864	4.1%	162	24.6%	1,611,710	3.8%
高屏	14,453	0.6%	12,308	-0.3%	503,861	4.3%	1,353,786	2.5%	61	-3.0%	1,884,469	3.0%
東區	2,431	-3.3%	1,788	-5.3%	55,278	2.1%	159,821	2.9%	19	-68.1%	219,337	2.6%
總計	106,848	0.3%	84,636	-0.6%	3,359,750	4.6%	9,277,674	4.2%	713	10.5%	12,829,621	4.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

62

申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】



◆ 112年第4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	7,365	-0.1%	3,266	0.4%	111,946	6.0%	344,049	4.5%	404	-3.5%	467,029	4.7%
區域醫院	6,521	-0.9%	3,521	-1.6%	111,024	2.9%	342,911	0.5%	257	39.2%	464,234	1.1%
地區醫院	1,486	-8.6%	1,280	-3.3%	45,224	2.1%	146,882	3.9%	38	-10.1%	194,909	3.3%
基層診所	363	-7.3%	279	-7.6%	3,091,556	4.7%	8,443,831	4.3%	-	-	11,536,029	4.4%
交付機構	91,113	0.6%	76,291	-0.6%	-	-	-	-	14.5	99.4%	167,420	0.1%
總計	106,848	0.3%	84,636	-0.6%	3,359,750	4.6%	9,277,674	4.2%	713	10.5%	12,829,621	4.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

63

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

64

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關牙醫門診醫療給付費用總額協定事項扣減規劃分攤於112年第3、4季執行。

說明：

一、有關111、112年全民健康保險度牙醫門診醫療給付費用總額協定事項需扣減費用之項目如下：

(一)高風險疾病口腔照護(預算405百萬元)：依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

(二)12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(預算271.5百萬元)：依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

二、上述項目扣減費用計算方式業經本會議112年第3、4次會議暨健保會第6屆113年第1次委員會議決定通過，依112年1至11月申報資料初步統計扣減額度(如附件、報3-2頁)，高風險疾病口腔照護需扣減未執行額度約378.3百萬點、12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫約扣減0.08百萬。

三、綜上，為避免造成點值衝擊，建議將高風險疾病口腔照護分攤於112年第3季扣減190百萬元、第4季考量院所仍會申報、補報費用，依實際執行結果校正扣減費用；另12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫因扣減金額不多且考量院所後續仍會申報、補報費用，於112年第4季依實際執行結果扣減。

決定：

112 年牙醫總額項目扣減規劃

項目	協定文字	112 年扣減方式	說明
高風險疾病口腔照護	依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。	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. 扣減未執行額度之費用=預算 405 百萬元-實際增加費用(A)。	依 112 年 1 月至 11 月申報資料，經統計需扣減未執行額度約 378.3 百萬點 ^{註 1} ，規劃分攤於 112 年第 3 季扣減 190 百萬元、第 4 季考量院所仍會申報及補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。	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。	依 112 年 1 月至 11 月申報資料，經統計與一般服務重複之額度約 0.08 百萬 ^{註 2} ，考量扣減金額不多，且第 4 季院所仍會申報及補報費用，研擬於 112 年第 4 季結算時依實際執行結果校正扣減費用。

註 1、高風險疾病口腔照護扣減計算：

- 112 年 1-11 月申報 91090C 之費用(38,036,110 點)+112 年 1-11 月申報 91090C 者於同年執行 91004C、91014C 的費用(9,486,420 點)，兩者加總為 47,522,530 點。
- 112 年申報 91090C 者曾於 111 年一般服務執行 91004C、91014C 基期費用(20,780,400 點)。
- 實際增加費用(A) = 47,522,530 - 20,780,400 = 26,742,130 點(約 26.7 百萬)。
- 扣減未執行額度之費用=預算 405 百萬-26.7 百萬 = 378.3 百萬

註 2、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫扣減計算：

- 112 年 1-11 月執行 P7101C 者(排除案件分類 14)經歸戶總計 53,758 人，申報 P7101C 醫療費用約 20.6 百萬，其中同年度未有申報 91014C、91004C 者經歸戶為總計 2,982 人。
- 前述 2,982 人中，於 111 年度有申報 91004C+91014C 者為 989 人，申報 91004C+91014C 醫療費用約 0.78 百萬，其中 91014C 醫療費用為 80,210 點(約 0.08 百萬)。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年第3季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、112年第3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、依111、112年度總額協定事項，「高風險疾病口腔照護」及「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，須依當年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度及重複部分費用，本季預算依前開協定事項進行扣減，各項目扣減方式如下表：

項目	協定文字	說明(詳報告事項第三案)
高風險疾病口腔照護	依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。	依112年1月至11月申報資料，經統計需扣減未執行額度約378.3百萬點，規劃分攤於112年第3季扣減190百萬元、第4季考量院所仍會申報及補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。
12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。	依112年1月至11月申報資料，經統計與一般服務重複之額度約0.08百萬，考量扣減金額不多，且第4季院所仍會申報及補報費用，研擬於112年第4季結算時依實際執行結果校正扣減費用。

- 三、112年第3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4-3)：

分區		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
年季								
112Q3	浮動點值	0.91820071	0.99769888	0.99923680	1.05641665	1.03975851	1.15107524	0.97886682
	平均點值	0.91702094	0.99591629	0.99797619	1.05069103	1.03530848	1.15000000	0.97904477

四、檢附111年第3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
111Q3	浮動點值	0.92241459	0.98003785	1.00671644	1.05586933	1.01872670	1.20486415	1.00240328
	平均點值	0.95274782	1.02149076	1.01318371	1.06685940	1.02522458	1.22820666	1.00238382

五、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3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	4,483,110,198	3,905,058,152	4,848,352,392	857,059,149	40,217,275	206,590	0.91820071	0.91702094
北區分區	1,977,585,471	1,510,043,765	1,971,499,010	456,821,039	14,125,177	70,280	0.99769888	0.99591629
中區分區	2,202,095,756	1,990,359,720	2,186,841,904	193,535,567	19,641,695	77,822	0.99923680	0.99797619
南區分區	1,524,140,160	1,207,430,723	1,436,829,877	234,812,735	13,671,976	105,526	1.05641665	1.05069103
高屏分區	1,680,721,756	1,443,349,685	1,609,880,522	166,465,269	13,478,509	42,864	1.03975851	1.03530848
東區分區	219,811,256	155,780,085	188,814,067	38,170,502	2,314,925	11,231	1.15107524	1.15000000
全 區	12,087,464,597		12,242,217,772		103,449,557	514,313	0.97886682	0.97904477

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：113年2月5日

=====

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)112年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

= [112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) × 110年各季預算占率(Ra) - 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5) - 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)] × 該區110年各季人口風險因子(R_110)
= 11,877,613,683

註：依據111年11月22日「牙醫門診總額研商議事會議」111年度第4次會議決定，一般服務預算比照111年之分配方式，以107-109年各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率：第1季23.869908%、第2季24.384747%、第3季25.928519%、第4季25.816826%。112年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區110年度各季R值相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。

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

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

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

3. 112年第3季調整後預算11,877,613,683元 = [112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) × Ra × (R_110)]。

4. 112年第4季調整後預算 = 112年全年預算數 - 112年第1季調整後預算 - 112年第2季調整後預算 - 112年第3季調整後預算
= 46,541,854,870 - 11,109,497,939 - 11,349,113,559 - 11,877,613,683
= 12,205,629,689元。

5. 計算過程詳本表頁次27：「三、一般服務費用總額」。

(二)112年調整前各季牙醫一般服務醫療給付費用分配至各分區預算

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

註：

1. 111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

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

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

2. 112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

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

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

※112年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 10,599,682元，按季均分。

3. 106年編列之品質保證保留款預算(C1) = (105年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.3%)。

※依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後111年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110年未導入預算扣減」部分(未有需扣除110年未導入金額)。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與112年度品質保證保留款(93.9百萬元)合併運用(計210.3百萬元)。

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

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

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

(3)移撥2億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

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

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

(5)移撥0.5億元支應「牙醫特殊醫療服務計畫」。

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

5. 為避免調整後各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計與調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計產生數元誤差，故調整後第4季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算＝調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計－調整後第1季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算－調整後第2季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算－調整後第3季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算。

(三)112年7項一般服務移撥專用費用

全年預算＝1,247,400,000元

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

2. 移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算＝200,000,000元

第1季：

第1季預算＝200,000,000/4＝50,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	916(J6)	暫結金額	916(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	23,248,484(J7)	暫結金額	24,889,271(J27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	6,975(J11)	暫結金額	6,975(J21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	14,637,774(J12)	暫結金額	15,447,801(J22)
(3)小計	加成前點數	37,894,149(J19)	暫結金額	40,344,963(J29)

暫結金額＝40,344,963

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝9,655,037

第2季：

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

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	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	37,886,834(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	15,591,028(K22)
(3)小計	加成前點數	52,293,432(K19)	暫結金額	53,488,215(K29)

暫結金額＝53,488,215

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝6,166,822

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：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

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 +	6,166,822＝	56,166,822		
(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	1,937(L6)	暫結金額	1,937(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	14,741,856(L7)	暫結金額	15,071,150(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	11,123(L11)	暫結金額	11,123(L21)	
社區醫療站之「核實申報加成給付」—非藥費(論量)：	加成前點數	15,595,327(L12)	暫結金額	15,872,627(L22)	
(3)小計	加成前點數	30,350,243(L19)	暫結金額	30,956,837(L29)	

暫結金額 = 30,956,837

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 25,209,985

第4季：

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝	200,000,000/4 +	25,209,985＝	75,209,985		
(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 = 75,209,985

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	4,360(N6)	暫結金額	4,360(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	74,931,408(N7)	暫結金額	77,847,255(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	26,944(N11)	暫結金額	26,944(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	45,575,112(N12)	暫結金額	46,911,456(N22)	
(3)小計	加成前點數	120,537,824(N19)	暫結金額	124,790,015(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 + 53,488,215 + 30,956,837 + 0

= 124,790,015

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 124,790,015

= 75,209,985 (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： 4,159,305

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 4,159,305

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 53,876,738－ 4,159,305= 49,717,433

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+49,717,433= 69,717,433

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= 69,717,433－ 0= 69,717,433

全年合計:預算=80,000,000

全年已支用點數： 10,282,567

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數= 10,282,567

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 80,000,000－ 10,282,567

= 69,717,433 (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：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

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： 291,211

暫結金額 = 291,211 (BJ_q2)

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額 = 7,368,633－291,211 = 7,077,422

第3季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 7,077,422 = 10,827,422

點值補助差值： 350,417

暫結金額 = 350,417 (BJ_q3)

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額 = 10,827,422－350,417 = 10,477,005

第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 10,477,005 = 14,227,005

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 = 14,227,005－0 = 14,227,005

全年合計: 預算 = 15,000,000元

全年點值補助差值： 772,995

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 + 291,211 + 350,417 + 0 = 772,995

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

= 15,000,000－772,995－0

= 14,227,005 (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: $7,500,000(Z) + 53,488,215(K29) + 3,797,768 + 218,100,000(H) + 0(R) + 291,211(BJ_q2) = 283,177,194$ 未支用金額: 第2季預算－第2季已暫結金額 = $355,298,176 - 283,177,194 = 72,120,982$ 第3季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,247,400,000 / 4 + 72,120,982 = 383,970,982$ 已暫結金額: $7,500,000(Z) + 30,956,837(L29) + 4,159,305 + 218,100,000(H) + 0(R) + 350,417(BJ_q3) = 261,066,559$ 未支用金額: 第3季預算－第3季已暫結金額 = $383,970,982 - 261,066,559 = 122,904,423$ 第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,247,400,000 / 4 + 122,904,423 = 434,754,423$ 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 = $434,754,423 - 0 = 434,754,423$

全年合計: 預算 = 1,247,400,000

全年已暫結金額: 812,645,577

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

= $1,247,400,000 - 812,645,577 - 0$

= 434,754,423 (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。

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：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：9

=====

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	19,239,170(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)

= 70,154,108

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 10,320,091

※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 ＋ 10,320,091＝ 80,320,091

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1：	點數	11,932,237(L0)	收入	18,230,546(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2：			已支用點數	3,130,260(L2)
執業計畫診所之品質獎勵費用L13：			已支用點數	0(L13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	1,937(L6)	加成已支用點數	384(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	14,741,856(L7)	加成已支用點數	2,948,851(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	27,821,400(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	11,123(L11)	加成已支用點數	2,204(L8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	15,595,327(L12)	加成已支用點數	3,115,229(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14)：				48,950,565(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)

＝ 55,248,874

未支用金額

＝ 第3季預算 － 暫結金額

＝ 25,071,217

※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 + 25,071,217＝ 95,071,217

(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

＝ 95,071,217

※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	36,318,436(N0)	收入	56,053,918(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	11,461,390(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	4,360(N6)	加成已支用點數	854(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	74,931,408(N7)	加成已支用點數	14,993,359(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	93,307,400(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	26,944(N11)	加成已支用點數	5,348(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	45,575,112(N12)	加成已支用點數	9,106,514(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				165,193,301(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 + 70,154,108 + 55,248,874 + 0 = 184,928,783

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 95,071,217

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

註：

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：13

(二)牙醫特殊醫療服務全年預算 = 722,100,000

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

第1季：預算 = 722,100,000/4 = 180,525,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,889,373(V01)	3,857,731(VF01)	31,642(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,804,894(V02)	18,870,313(VF02)	934,581(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,317,892(V03)	24,498,381(VF03)	819,511(VN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	24,930,405(V04)	24,168,778(VF04)	761,627(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,666,471(V05)	10,255,687(VF05)	410,784(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,255,620(V06)	1,073,942(VF06)	181,678(VN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,903,369(V07)	9,902,987(VF07)	382(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,599,366(V08)	9,599,113(VF08)	253(VN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	13,807,325(V09)	13,806,072(VF09)	1,253(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	549,916(V10)	549,916(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	24,681(V11)	24,681(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	631,513(V12)	631,513(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	12,271,200(V13)	12,271,200(VF13)	0(VN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	390,726(V14)	390,641(VF14)	85(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	3,217(V15)	3,217(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	271,200(V16)	271,200(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,984(V17)	3,984(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	18,379(V18)	18,379(VF18)	0(VN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	43,684(V19)	43,684(VF19)	0(VN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,274(V20)	13,274(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V21)	0(VF21)	0(VN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,399,094(V22)	1,399,094(VF22)	0(VN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,588,536(V23)	1,588,536(VF23)	0(VN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	300,731(V24)	300,731(VF24)	0(VN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	714,452(V25)	714,452(VF25)	0(VN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V26)	0(VF26)	0(VN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	97,047(V27)	97,047(VF27)	0(VN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V28)	0(VF28)	0(VN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(99)合計	137,496,349(V99)	134,354,553(VF99)	3,141,796(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數 = 137,496,349	= 第1季預算 — 暫結金額 = 43,028,651		

=====

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

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	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		

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：	4,589,339(X01)	4,588,740(XF01)	599(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,632,013(X02)	33,075,250(XF02)	1,556,763(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,115,867(X03)	24,364,321(XF03)	751,546(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：	24,951,078(X04)	24,402,712(XF04)	548,366(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,926,898(X05)	9,569,420(XF05)	357,478(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,215,061(X06)	1,085,031(XF06)	130,030(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：	11,738,030(X07)	11,737,935(XF07)	95(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,559,923(X08)	9,553,400(XF08)	6,523(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：	13,931,666(X09)	13,929,773(XF09)	1,893(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	391,634(X10)	391,592(XF10)	42(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	28,288(X11)	28,288(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	718,587(X12)	718,587(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	13,072,800(X13)	13,072,800(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：	532,451(X14)	532,451(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	9,368(X15)	9,368(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	357,600(X16)	357,600(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：	7,638(X17)	7,638(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：	21,472(X18)	21,472(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：	47,052(X19)	47,052(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：	23,707(X20)	23,677(XF20)	30(XN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,650,601(X22)	1,650,601(XF22)	0(XN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,806,664(X23)	1,806,664(XF23)	0(XN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	335,866(X24)	335,866(XF24)	0(XN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	931,201(X25)	931,201(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：	199,916(X27)	199,916(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	155,794,720(X99)	152,441,355(XF99)	3,353,365(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 155,794,720	＝ 第3季預算－暫結金額＝ 93,345,785		

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 93,345,785＝ 273,870,785

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0	＝ 第4季預算 － 暫結金額＝ 273,870,785		

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：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

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：	12,345,039(Z01)	12,299,659(ZF01)	45,380(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	87,434,157(Z02)	83,451,848(ZF02)	3,982,309(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	74,510,135(Z03)	72,047,290(ZF03)	2,462,845(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：	73,273,077(Z04)	71,372,078(ZF04)	1,900,999(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	30,304,552(Z05)	29,126,333(ZF05)	1,178,219(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,840,864(Z06)	3,337,258(ZF06)	503,606(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：	34,086,882(Z07)	34,086,006(ZF07)	876(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	29,922,781(Z08)	29,915,220(ZF08)	7,561(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：	43,204,976(Z09)	43,199,917(ZF09)	5,059(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,635,720(Z10)	1,635,678(ZF10)	42(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	72,707(Z11)	72,707(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,978,469(Z12)	1,978,469(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)：	39,465,600(Z13)	39,465,600(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：	1,386,541(Z14)	1,386,414(ZF14)	127(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	21,032(Z15)	21,032(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	928,800(Z16)	928,800(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：	23,227(Z17)	23,227(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：	66,162(Z18)	66,162(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：	160,492(Z19)	160,492(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：	42,812(Z20)	42,782(ZF20)	30(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：	4,580,363(Z22)	4,580,363(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,984,957(Z23)	4,984,957(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	928,770(Z24)	928,770(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	2,568,414(Z25)	2,568,414(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：	462,686(Z27)	462,686(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	448,229,215(Z99)	438,142,162(ZF99)	10,087,053(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 + 155,794,720 + 0 = 448,229,215

全年已結算金額＝ 137,496,349 + 154,938,146 + 155,794,720 + 0 = 448,229,215

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：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：18

=====

全年由一般服務部門支應之預算＝ 0

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

＝ 722,100,000 －（ 448,229,215 － 0）

＝ 722,100,000 － 448,229,215

＝ 273,870,785 (E6)(若第4季一般服務移撥款有結餘，優先支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫全年不足款，再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限)

註：

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

(三)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

全年預算＝10,000,000元

第1季：預算＝10,000,000/4＝2,500,000

已支用點數：1,381,000

暫結金額：1元/點×已支用點數＝1,381,000

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

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

已支用點數：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：1,256,000

暫結金額：1元/點×已支用點數＝1,256,000

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝4,681,000－1,256,000＝3,425,000

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝10,000,000/4＋3,425,000＝5,925,000

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＝5,925,000－0＝5,925,000

全年合計：預算＝10,000,000

全年已支用點數：4,075,000

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝4,075,000

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－（4,075,000－0）

＝5,925,000

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： 52,845

(2)品質獎勵費已支用點數： 43,500

(9)合計已支用點數： 96,345

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 96,345

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 44,846,865－ 96,345＝ 44,750,520

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 44,750,520＝ 59,750,520

(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＝ 59,750,520－ 0＝ 59,750,520

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：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 21

全年合計:預算= 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數：	181,980
(2)品質獎勵費已支用點數：	67,500
(9)合計已支用點數：	249,480

全年已結算金額： 1元/點x全年已支用點數= 249,480

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已結算金額
 = 60,000,000 — 249,480
 = 59,750,520

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

程式代號：RGBI3208R01

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/05

頁次：22

(五)12-18歲青少年口腔提升試辦計畫

全年預算＝271,500,000元

第1季:預算＝271,500,000/4＝67,875,000

已支用點數：5,814,665

暫結金額：1元/點×已支用點數＝5,814,665

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

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

已支用點數：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：15,824,993

暫結金額：1元/點×已支用點數＝15,824,993

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝188,945,829－15,824,993＝173,120,836

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝271,500,000/4＋173,120,836＝240,995,836

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＝240,995,836－0＝240,995,836

全年合計:預算＝271,500,000

已支用點數：30,504,164

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝30,504,164

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝271,500,000－30,504,164

＝240,995,836

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，每點支付金額不低於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

程式代號：RGBI3208R01

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/05

頁 次： 23

(六)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

全年預算＝184,000,000元

第1季:預算＝184,000,000/4＝ 46,000,000

已支用點數： 16,181,755

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 16,181,755

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

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

已支用點數： 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： 22,582,402

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 22,582,402

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 102,419,545－ 22,582,402＝ 79,837,143

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝184,000,000/4＋ 79,837,143＝ 125,837,143

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＝ 125,837,143－ 0＝ 125,837,143

全年合計:預算＝184,000,000

已支用點數： 58,162,857

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝ 58,162,857

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝ 184,000,000－ 58,162,857

＝ 125,837,143

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: 18,117,101

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 18,117,101

未支用金額: 第3季預算—第3季暫結金額= 89,349,206— 18,117,101= 71,232,105

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 71,232,105= 107,432,105

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= 107,432,105— 0= 107,432,105

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數: 37,367,895

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 37,367,895

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已結算金額

= 144,800,000 — 37,367,895

= 107,432,105

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：92,680,011

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 92,680,011

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額 = 681,591,445－92,680,011 = 588,911,434

第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,010,000,000/4 + 588,911,434 = 841,411,434

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 = 841,411,434－0 = 841,411,434

全年合計: 預算 = 1,010,000,000元

已支用點數：168,588,566

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數 = 168,588,566

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 1,010,000,000－168,588,566

= 841,411,434

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

程式代號：RGBI3208R01

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/05

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：35,307,206

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：105,547,650

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝105,547,650

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝168,000,000－105,547,650＝62,452,350

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

程式代號：RGBI3208R01

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/05

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)－(B5)－(B6)] ×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. 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5)		0	0	190,000,000	0	190,000,000
3. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)		0	0	0	0	0
4. 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)
5. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=[(D2)－(B5)－(B6)] ×100%×(R_110)(註1、2)	臺北分區	3,986,988,032	4,263,239,238	4,502,914,072	4,436,382,953	17,189,524,295
	北區分區	1,740,112,427	1,869,648,256	1,990,507,473	1,965,766,470	7,566,034,626
	中區分區	1,941,464,611	2,080,259,444	2,204,978,243	2,170,483,928	8,397,186,226
	南區分區	1,365,865,833	1,457,617,857	1,535,926,650	1,510,359,914	5,869,770,254
	高屏分區	1,493,872,128	1,594,693,224	1,679,312,207	1,654,500,159	6,422,377,718
	東區分區	210,480,150	224,514,055	237,679,788	234,287,758	906,961,751
	小計	10,738,783,181	11,489,972,074	12,151,318,433	11,971,781,182	46,351,854,870

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=[(D2合計)×Ra-(B5)-(B6)]×R_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)

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. 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5)(註3)		0	0	190,000,000	0	190,000,000
3. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護 試辦計畫重複之預算(B6)(註4)		0	0	0	0	0
4. 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	
5. 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 -(B5)-(B6)] ×(R_110)	臺北分區	(BD1_q1) 4,124,623,300	(BD1_q2) 4,210,975,095	(BD1_q3) 4,401,487,302	(BD1_q4) 4,522,846,898	(註2)(加總BD1) 17,259,932,595
	北區分區	1,800,183,046	1,846,727,758	1,945,671,897	2,004,575,825	7,597,158,526
	中區分區	2,008,486,132	2,054,757,010	2,155,311,779	2,213,108,705	8,431,663,626
	南區分區	1,413,017,043	1,439,748,546	1,501,330,370	1,539,690,295	5,893,786,254
	高屏分區	1,545,442,258	1,575,143,471	1,641,486,211	1,686,563,778	6,448,635,718
	東區分區	217,746,160	221,761,679	232,326,124	238,844,188	910,678,151
	小計	11,109,497,939	11,349,113,559	11,877,613,683	12,205,629,689	46,541,854,870
6. 移撥牙周病統合治療方案 (H)(註5)		218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000	872,400,000

程式代號：RGBI3208R01

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/05

頁次：29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
7. 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5)	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%	
8. 各分區牙周病統合治療方案 移撥款 BH= HxHa_110 (註5)	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
9. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I) (註6)		0	0	0	0	0
10. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI= IxR_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

程式代號：RGBI3208R01

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/05

頁次：30

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
11. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註7)	中區分區	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000
	高屏分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	小計	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000
12. 移撥醫療資源不足核實申報費用結 餘款(E4)(註8)					0	0
13. 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
14. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫結餘款(E5)(註9)					0	0
15. 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

程式代號：RGBI3208R01

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/05

頁次：31

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
16. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結餘款E6(註6)					0	0
17. 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
18. 移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)結餘款E7(註10)					0	0
19. 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
20. 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	4,483,110,198	4,604,469,792	17,586,424,177
	北區分區	1,832,096,620	1,878,641,332	1,977,585,471	2,036,489,399	7,724,812,822
	中區分區	2,055,270,109	2,101,540,987	2,202,095,756	2,259,892,684	8,618,799,536
	南區分區	1,435,826,833	1,462,558,336	1,524,140,160	1,562,500,085	5,985,025,414
	高屏分區	1,584,677,803	1,614,379,016	1,680,721,756	1,725,799,322	6,605,577,897
	東區分區	220,980,378	224,995,897	235,560,342	242,078,407	923,615,024
	小計	11,335,097,939	11,574,713,559	12,103,213,683	12,431,229,689	47,444,254,870

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. 扣減高風險疾病口腔照護未執行之預算(B5)：依據111年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項暨112年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第4次會議決定辦理，高風險疾病口腔照護，依112年度實際增加費用，扣減未執行額度，爰於112年第3季扣減190,000,000元，112年第4季將依實際執行結果校正扣減費用。
4. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)：依據112年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，將於112年第4季將依實際執行數扣減重複之預算。
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三季移撥款。
6. 「112年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，說明如下：
 - (1)本計畫全年經費為7.221億元，其中6.721億元由112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
 - (2)依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決議略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.474億元，按季均分，其中移撥0.50億元支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
10. 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)。
11. 依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決定略以，各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

程式代號：RGBI3208R01

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/05

頁次：33

四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	3,905,058,152(BF)	0.90858092	-----	32,352,430	206,590
	2-北區分區	390,189,424	0.90858092	354,518,666	3,239,572	
	3-中區分區	227,212,287	0.90858092	206,440,749	1,904,208	
	4-南區分區	131,370,097	0.90858092	119,360,364	1,132,248	
	5-高屏分區	172,493,967	0.90858092	156,724,727	1,311,874	
	6-東區分區	22,028,465	0.90858092	20,014,643	276,943	
	7-合計	4,848,352,392(GF)		857,059,149(AF)	40,217,275(BG)	206,590(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	257,382,301	0.98995741	254,797,516	2,414,748	
	2-北區分區	1,510,043,765(BF)	0.98995741	-----	10,057,158	70,280
	3-中區分區	98,967,704	0.98995741	97,973,812	794,975	
	4-南區分區	64,373,008	0.98995741	63,726,536	519,611	
	5-高屏分區	36,424,135	0.98995741	36,058,342	277,598	
	6-東區分區	4,308,097	0.98995741	4,264,833	61,087	
	7-合計	1,971,499,010(GF)		456,821,039(AF)	14,125,177(BG)	70,280(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	76,337,516	0.98500313	75,192,692	755,281	
	2-北區分區	44,033,010	0.98500313	43,372,653	398,455	
	3-中區分區	1,990,359,720(BF)	0.98500313	-----	17,779,843	77,822
	4-南區分區	43,630,855	0.98500313	42,976,529	426,183	
	5-高屏分區	29,619,799	0.98500313	29,175,595	243,493	
	6-東區分區	2,861,004	0.98500313	2,818,098	38,440	
	7-合計	2,186,841,904(GF)		193,535,567(AF)	19,641,695(BG)	77,822(BJ)

程式代號：RGBI3208R01

112年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/05

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	64,113,039	1.02359896	65,626,040	691,859	
	2-北區分區	29,136,958	1.02359896	29,824,560	262,559	
	3-中區分區	67,373,603	1.02359896	68,963,550	608,649	
	4-南區分區	1,207,430,723(BF)	1.02359896	-----	11,535,255	105,526
	5-高屏分區	66,481,840	1.02359896	68,050,742	544,624	
	6-東區分區	2,293,714	1.02359896	2,347,843	29,030	
	7-合計	1,436,829,877(GF)		234,812,735(AF)	13,671,976(BG)	105,526(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	45,492,572	0.99960627	45,474,660	416,868	
	2-北區分區	18,814,499	0.99960627	18,807,091	173,258	
	3-中區分區	31,346,086	0.99960627	31,333,744	287,046	
	4-南區分區	67,410,025	0.99960627	67,383,484	561,743	
	5-高屏分區	1,443,349,685(BF)	0.99960627	-----	11,994,231	42,864
	6-東區分區	3,467,655	0.99960627	3,466,290	45,363	
	7-合計	1,609,880,522(GF)		166,465,269(AF)	13,478,509(BG)	42,864(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,195,452	1.15549197	16,402,731	150,525	
	2-北區分區	4,674,772	1.15549197	5,401,662	53,761	
	3-中區分區	4,435,271	1.15549197	5,124,920	43,202	
	4-南區分區	2,992,925	1.15549197	3,458,301	39,984	
	5-高屏分區	6,735,562	1.15549197	7,782,888	83,676	
	6-東區分區	155,780,085(BF)	1.15549197	-----	1,943,777	11,231
	7-合計	188,814,067(GF)		38,170,502(AF)	2,314,925(BG)	11,231(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 = [4,483,110,198 — 857,059,149 — 40,217,275 — 206,590] / 3,905,058,152 = 0.91820071

北區分區 = [1,977,585,471 — 456,821,039 — 14,125,177 — 70,280] / 1,510,043,765 = 0.99769888

中區分區 = [2,202,095,756 — 193,535,567 — 19,641,695 — 77,822] / 1,990,359,720 = 0.99923680

南區分區 = [1,524,140,160 — 234,812,735 — 13,671,976 — 105,526] / 1,207,430,723 = 1.05641665

高屏分區 = [1,680,721,756 — 166,465,269 — 13,478,509 — 42,864] / 1,443,349,685 = 1.03975851

東區分區 = [235,560,342 — 38,170,502 — 2,314,925 — 11,231] / 155,780,085 = 1.25217343

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)

= [12,103,213,683 — 103,449,557 — 514,313] / 12,242,217,772 = 0.98015327

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 = [4,483,110,198] / [4,848,352,392 + 40,217,275 + 206,590] = 0.91702094

北區分區 = [1,977,585,471] / [1,971,499,010 + 14,125,177 + 70,280] = 0.99591629

中區分區 = [2,202,095,756] / [2,186,841,904 + 19,641,695 + 77,822] = 0.99797619

南區分區 = [1,524,140,160] / [1,436,829,877 + 13,671,976 + 105,526] = 1.05069103

高屏分區 = [1,680,721,756] / [1,609,880,522 + 13,478,509 + 42,864] = 1.03530848

東區分區 = [235,560,342] / [188,814,067 + 2,314,925 + 11,231] = 1.23239545

5. 一般服務全區平均點值

= [12,103,213,683] / [12,242,217,772 + 103,449,557 + 514,313] = 0.98032040

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：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：36

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

＋專款專用暫結金額

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

＋移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)暫結金額]

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

＋專款專用已支用點數(含品質保證保留款)＋移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

＝[12, 103, 213, 683＋451, 214, 754＋ 30, 956, 837＋ 4, 159, 305＋ 350, 417]

／[12, 242, 217, 772＋103, 449, 557＋ 514, 313＋444, 916, 445＋ 30, 350, 243]＝ 0.98194016

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

＝ 155, 794, 720＋ 55, 248, 874＋ 35, 307, 206＋ 1, 256, 000＋ 96, 345＋ 15, 824, 993＋ 22, 582, 402＋ 18, 117, 101

＋ 92, 680, 011＋ 54, 307, 102

＝ 451, 214, 754

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 11,877,613,683(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	=	4,483,110,198
調整後北區分區一般服務預算總額	=	1,977,585,471
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,202,095,756
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,524,140,160
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,680,721,756
調整後東區分區一般服務預算總額	=	235,560,342

總計		12,103,213,683
----	--	----------------

(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)= 235,560,342-[(188,814,067+ 2,314,925+ 11,231)×1.15]= 15,749,086

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：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

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	18,070,822(P) + 當季保留款	15,749,086(T1) =	33,819,908

(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 =	4,483,110,198(BD2) -	0 =	4,483,110,198
修正後北區分區一般服務預算總額 =	1,977,585,471(BD2) -	0 =	1,977,585,471
修正後中區分區一般服務預算總額 =	2,202,095,756(BD2) -	0 =	2,202,095,756
修正後南區分區一般服務預算總額 =	1,524,140,160(BD2) -	0 =	1,524,140,160
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	1,680,721,756(BD2) -	0 =	1,680,721,756
修正後東區分區一般服務預算總額 =	235,560,342(BD2) - 15,749,086	=	219,811,256

總計

12,087,464,597

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＝[4,483,110,198－857,059,149－40,217,275－206,590]／3,905,058,152＝0.91820071

北區分區＝[1,977,585,471－456,821,039－14,125,177－70,280]／1,510,043,765＝0.99769888

中區分區＝[2,202,095,756－193,535,567－19,641,695－77,822]／1,990,359,720＝0.99923680

南區分區＝[1,524,140,160－234,812,735－13,671,976－105,526]／1,207,430,723＝1.05641665

高屏分區＝[1,680,721,756－166,465,269－13,478,509－42,864]／1,443,349,685＝1.03975851

東區分區＝[219,811,256－38,170,502－2,314,925－11,231]／155,780,085＝1.15107524

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)

＝[12,087,464,597－103,449,557－514,313]／12,242,217,772＝0.97886682

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＝[4,483,110,198]／[4,848,352,392＋40,217,275＋206,590]＝0.91702094

北區分區＝[1,977,585,471]／[1,971,499,010＋14,125,177＋70,280]＝0.99591629

中區分區＝[2,202,095,756]／[2,186,841,904＋19,641,695＋77,822]＝0.99797619

南區分區＝[1,524,140,160]／[1,436,829,877＋13,671,976＋105,526]＝1.05069103

高屏分區＝[1,680,721,756]／[1,609,880,522＋13,478,509＋42,864]＝1.03530848

東區分區＝[219,811,256]／[188,814,067＋2,314,925＋11,231]＝1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

＝[12,087,464,597]／[12,242,217,772＋103,449,557＋514,313]＝0.97904477

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：113/02/05

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：40

$$\begin{aligned}
 & 5. \text{修正後牙醫門診總額平均點值} = \text{加總}[\text{依調整後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} \\
 & \quad + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額} \\
 & \quad + \text{移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)暫結金額}] \\
 & \quad \div \text{加總}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
 & \quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}] \\
 & = [12,087,464,597 + 451,214,754 + 30,956,837 + 4,159,305 + 350,417] \\
 & \div [12,242,217,772 + 103,449,557 + 514,313 + 444,916,445 + 30,350,243] = 0.98071182
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & \text{註：1. 專款專用暫結金額} = \text{牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)} + \text{醫療資源不足地區改善方案支付金額} \\
 & \quad + \text{網路頻寬補助費用暫結金額} + \text{牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額} + \text{0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫} \\
 & \quad + \text{12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫} + \text{高齲齒牙齒保存改善服務計畫} + \text{超音波根管沖洗計畫} + \text{齲齒經驗之高風險患者口腔} \\
 & \quad \text{健康照護試辦計畫} + \text{品質保證保留款預算} \\
 & = 155,794,720 + 55,248,874 + 35,307,206 + 1,256,000 + 96,345 + 15,824,993 + 22,582,402 + 18,117,101 \\
 & \quad + 92,680,011 + 54,307,102 \\
 & = 451,214,754
 \end{aligned}$$

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

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/06(含)以前:於112/10/01~112/12/31期間核付者。

費用年月112/07~112/09:於112/07/01~112/12/31期間核付者。

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

報告事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

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」
(下稱研商議事作業要點)報告案。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點、112年11月14日至同年12月7日各總額研商議事會議決議(附件1)辦理。
- 二、考量會議代表或代表代理人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，不宜擔任會議代表或代表代理人，爰已於上開會議提案研商議事作業要點中新增4-1點，規範代表之資格。
- 三、上開新增條文經各總額研商議事會議討論，門診透析、西醫基層、牙醫門診總額研商議事會議照案通過，中醫及醫院總額研商議事會議代表對於負責人連帶責任不得擔任代表一節有疑義，爰研擬刪除該條條文，僅就會議代表個人違反行為部分予以規範，另於管理原則不變之情形下，酌修文字如下(修正文字對照表如附件2)：
 - (一)任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：
 1. 經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
 2. 經地方主管機關停業、廢止執業執照。
 3. 經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。
 - (二)前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 22 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良(李副署長丞華代理)

紀錄：張毓芬

出席代表(依姓氏筆劃排列)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	王照元	郭錫卿代表	郭錫卿
申斯靜代表	申斯靜	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	郭莉娜(代)
朱益宏代表	朱益宏	陳志強代表	陳志強
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	洪芳明(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	游進邦(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	李永川	陳振文代表	陳振文
李丞華代表	李丞華	陳節如代表	(請假)
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	林慶雄(代)
周思源代表	周思源	童瑞龍代表	童瑞龍
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	周慶明	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令妤代表	孟令妤	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	王敏容(代)	劉林義代表	劉林義
林恩豪代表	林恩豪	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋鐳(代)	謝文輝代表	謝文輝
施壽全代表	施壽全	謝景祥代表	謝景祥
洪世欣代表	余文彬(代)	羅永達代表	羅永達
張文瀚代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	張克士	蘇主榮代表	(請假)
張國寬代表	張國寬	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

區/項目	浮動點值	平均點值
高屏	0.93641235	0.96355066
東區	0.90927323	0.94960717
全區	0.90711477	0.94987241

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、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

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(草案)」(下稱研商議事作業要點)案。

決議：本次會議討論研商議事作業要點修訂，增修會議代表或代表代理人因其行為違反全民健康保險法、特約及管理辦法、醫事相關法規規定，受有停、終約、停業等處分之情形，不宜擔任會議代表或代表代理人案，地區醫院代表表示，「其所服務醫療(事)機構」違反相關法規，其負責人不得擔任代表或代理人之連帶責任仍有疑義，及建議本署相關會議亦比照辦理(如專家會議、共擬會議等)等意見，將參考研議，提下次會議報告。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113年醫院總額一般服務點值保障項目。

決議：

一、通過113年一般服務保障項目(同112年)如下，惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 16 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)(*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
何代表紹彰	何紹彰	陳代表俊龍	陳俊龍
吳代表清源	吳清源	陳代表俞沛	請假
卓代表青峰	請假	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	林狄昇	陳代表憲法	陳冠仁(代)
林代表源泉	林源泉	傅代表世靜	傅世靜
花代表錦忠	張鈺民(代)	黃代表頌儼	黃頌儼
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表輝榮	黃輝榮
姜代表智文	姜智文	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	請假	劉代表林義	公出
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	涂瑜君(代)
張代表廷堅	陳建霖(代)	蔡代表淑貞	蔡淑貞
張代表清田	張清田	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	陳仲豪	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴
中華民國中醫師公會全國聯合會	李敬、王逸年、賴宛而
本署醫務管理組	林右鈞、黃珮珊、洪于淇

報告事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中醫112 年第1-2季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案。

決定：本案業提案至 112 年 11 月 15 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 10 次委員會議討論，將俟衛生福利部決定辦理後續事宜。

報告事項第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費不符申報適應症案件之改支邏輯案。

決定：本案同意修訂，並將補付院所改支之差額。

報告事項第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂 3 項中醫專款照護計畫(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫、全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、修訂「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫)案。

決定：本案修訂通過，配合執行年度(113 年)修改實施期程及違約情事之認定文字(附件)。

叁、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案。

決議：本案修訂通過，增修條文 4-1。

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：

(一)受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。

(二)所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。

(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。

(四) 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、有關代表建議負責人部分，應僅限不得擔任違約之總額別研商議事會議代表，請本署納入考量。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品質方案)」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等5項專業醫療服務品質指標案。

決議：本案修訂通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

一、修訂執行目標：本年度以至少90家照護機構，及以達成20,000服務人次，服務總天數3,500天為目標。

二、修訂申請資格：增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分及違約期間認定。

三、醫療服務提供方式：

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 21 日 9 時 30 分

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	(請假)	陳代表淑華	陳淑華
江代表錫仁	江錫仁	陳代表清家	陳清家
何代表世章	(請假)	陳代表義聰	(請假)
吳代表志浩	吳志浩	黃代表茂栓	黃茂栓
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	(請假)
周代表公亮	周公亮	劉代表林義	(請假)
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	邱昶達	蔡代表爾輝	蔡爾輝
洪代表純正	(請假)	蔡代表蕙如	蔡蕙如
范代表景章	范景章	簡代表志成	簡志成
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	翁德育	蘇代表主榮	蘇主榮
陳代表亮光	陳亮光		

第二案

提案單位：本署醫務管理組

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

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

一、增修條文 4-1 條：

(一) 總額研商議事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，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。

(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。

二、同意牙醫門診相關醫療服務提供者代表由 15 名增加為 18 名。

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：本案修訂通過，修訂重點如下：

- 一、依 113 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(3.427%)，調整下列服務項目支付點數，並視情況於次年度檢討調整之合理性：

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 3 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 12 月 7 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第一會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：陳怡蓓

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	塗勝雄	徐超群	徐超群*
王宏育	王宏育*	張孟源	張孟源*
古有馨	古有馨*	連哲震	請假
朱光興	朱光興*	陳志明	陳志明
朱益宏	林佩菽	陳相國	陳相國*
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康*
江俊逸	江俊逸*	劉林義	劉林義
何活發	何活發*	黃振國	黃振國
吳國治	陳志宏	黃啟嘉	黃啟嘉*
吳順國	吳順國*	楊宜青	請假
李丞華	主席	楊芸蘋	楊芸蘋
李承光	李承光	趙善楷	趙善楷*
李紹誠	李紹誠*	劉守仁	劉守仁*
李龍騰	李龍騰*	劉碧珠	請假
周朝雄	請假	蔡有成	蔡有成*
周慶明	周慶明*	蔡昌學	蔡昌學*
林名男	林名男*	鄭俊堂	請假
林旺枝	林旺枝*	盧榮福	盧榮福*
林恆立	林恆立	賴俊良	賴俊良*
林誓揚	林誓揚*	藍毅生	藍毅生*
林憶君	溫致群	顏鴻順	顏鴻順
洪一敬	洪一敬	林煥洲	林煥洲*
洪德仁	洪德仁*	蘇東茂	蘇美惠*

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程案

決議：

- 一、基於配合每季結算作業時程及業務執行概況統計之完整性，仍維持於 2 月、5 月、8 月、11 月召開會議為原則，必要時得召開臨時會。
- 二、為增進議事效率，建議提案如涉其他團體，可先取得共識後再提會討論，必要時本署亦可加開臨時會，以縮短提案至實施之時程。
- 三、113 年西醫基層總額研商議事會議時間如下，請各代表預留時間：

會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 1 次 臨時會	第 2 次 臨時會
日期	3 月 7 日 (星期四)	5 月 23 日 (星期四)	8 月 22 日 (星期四)	11 月 28 日 (星期四)	12 月 12 日 (星期四)	12 月 18 日 (星期三)
時間	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時

第二案

提案單位：本署醫務管理組

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(草案)」(下稱研商議事作業要點)案

決議：本案修訂通過，增修條文 4-1 條重點如下：

- 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：
 - (一) 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
 - (二) 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
 - (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。

(四) 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，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。

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。

第三案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決議：本案通過如附件 1，「(三)111 年西醫基層總額六區查處非總額舉發追扣金額依六分區減列金額之 50%」，由 112 年度之 30%，113 年度修訂為 50%，餘同 112 年分配方式。

第四案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義案。

決議：本案通過，同意比照 112 年保障項目(每點 1 元支付)如下：

一、論病例計酬案件。

二、血品費。

三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項＝280 點×季申報總住院日數。

註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第五案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關113年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 112 年第 3 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 14 日上午 9 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：李副署長丞華

紀錄：張祐禎

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
田士金	田士金	陳鴻文	陳鴻文
白其怡	白其怡	施孟甫	施孟甫
吳麥斯	許永和(代)	劉林義	請假
宋俊明	請假	黃尚志	請假
李丞華	李丞華	楊五常	楊五常
林元灝	請假	楊孟儒	楊孟儒
邱琦皓	邱琦皓	朱文洋	朱文洋
洪冠予	請假	廖秋鐳	廖秋鐳
張孟源	張孟源	蔡宗昌	蔡宗昌
郭咏臻	郭咏臻	謝輝龍	請假
陳文琴	陳文琴	顏大翔	許逸生(代)
陳盈凱	請假	羅永達	羅永達

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	梁淑政		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	林偉翔	
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕		
台灣醫院協會	許雅淇	黃麗如	何宛青
	顏正婷		
台灣腎臟醫學會	林慧美	朱家好	
社團法人台灣基層透析協會	曾庭俞		
社團法人中華民國藥師公會全國聯合會	常宏傳		

手術，並開始腹膜透析者。」修訂為「…完成腹膜透析導管植入手術者。」

第五案

提案單位：本署醫務管理組

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(草案)」(下稱研商議事作業要點)案，提請討論。

決議：本案通過，增修會議代表或代表代理人不宜擔任之條文 4-1 重點如下，並擬自 113 年 1 月 1 日生效：

- (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。

伍、散會：上午 11 時 29 分。

前次會議條文	修正後條文	說明
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： (一)受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。 (二)所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。 (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。 (四)受前三款處分之執行。 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。 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。 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。 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。	四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任： (一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。 (二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。 (三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。 前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。	1. 刪除負責人連帶處分條文。 2. 酌修文字。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「113 年牙醫門診加強感染管制實施方案」，提請討論。
說明：

- 一、依據 15-2 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、查貴署 112 年 8 月 17 日健保醫字第 1120663420 號函，同意本會所請，將 112 年感染管制 SOP 實地訪查抽樣比率納入新特約訪查家數(附件 1)，有關感染管制 SOP 實地訪查院所名單產製原則，考量新特約院所屬未訪查過之院所，另為配合貴署政策，前揭方案訪查抽樣比例亦逐年提升，基於時間、人力及審查費等因素，**建議抽訪比率之分子納入新特約診所訪查家數**，以利執行。
- 三、貴署 112 年 8 月 21 日健保醫字第 1120663152A 號函，請本會評估感控不合格後主動複查可行性，考量若特約院所遲不申請複查，可能產生無法複查疑義，與一般限期改善後逕予複查做法不同，**建議感染管控實地訪查不合格後，保險人得主動複查**。
- 四、方案實施方式(一)宣導教育方面，由全聯會製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊」，並核發予地方各牙醫院所執行。查本會 105 年係依據與衛生福利部簽訂「牙科院所感染管制措施」計畫，編制「牙科院所感染管制措施指引作業手冊」，採圖文方式具體化標準操作步驟及方法，作為教育訓練教材及院所作業參考，並辦理牙醫院所感染管制講師培訓及牙醫院所教育訓練課程。依現行實務並未每年再版製作「手冊」，**建議酌修方案文字**。
- 五、有關貴署 112 年 7 月 19 日健保醫字第 1120662980A 號函，請本會就執業計畫外展點感染管制，研議監控方式一節(詳附件 2)。查執業計畫外展點感染管制書面評核作業採共同上傳之規劃，由本會推派一位醫師上傳外展點資料，代表執業計畫院所之評核結果；為落實外展點牙醫感染管制，請本會提出監控方式，**建議執業計畫之外展點併同列入外展點 4%抽查**；且考量設立外展點之地點(例如：離島)有些屬於不易到達之處，實訪需耗費大量人力、時間及費用，故**建議以書審為**

主，必要時再辦理實地訪查。

六、修訂對照表詳如附件 3。

本署意見：

- 一、有關貴會建議「感染管控實地訪查不合格後，保險人得主動複查」一節，本署尊重，惟為利實地訪查不合格院所之後續追蹤及複查，建議調整方案內容如下：
 - (一)刪除「不合格院所需發文後一個月後申請複查」之程序，改為由本署各分區業務組主動通知限期改善，並於期滿後逕予辦理複查作業。
 - (二)複查不合格之院所，依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」辦理，持續至院所完成改善。
- 二、考量目前牙醫外展點書面評核上傳期限為 113 年 6 月 30 日，建議 113 年 7 月 1 日至 113 年 12 月 31 日之辦理外展點實地訪查作業，以未於期限上傳書評者、書評不合格者為對象。
- 三、有關貴會建議牙醫外展點抽訪以「書審為主，必要時實訪」一節，為監控牙醫師持續落實感染管制規範，確保病人就醫安全，本署建議維持 114 年起，抽審一定比例之外展點辦理實地訪查。
- 四、112 年度貴會曾以牙醫不足方案之執業計畫外展點，因服務醫師年齡、院所設備等因素，建議放寬書評上傳規定；因 113 年不進行外展點實地訪查抽訪，仍請貴會研議監控方式。
- 五、其餘事項尊重牙全會規劃。

決 議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 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@nh.gov.tw

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年8月17日

發文字號：健保醫字第1120663420號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關貴會建議「112年牙醫門診加強感染管制實施方案」
之實地訪查抽樣比率納入新特約訪查家數案，本署同意所
請，請查照。

說明：

- 一、復貴會112年7月26日牙全彥字第01583號函。
- 二、同意貴會建議，將「112年牙醫門診加強感染管制實施方
案」之實地訪查抽樣比率納入新特約訪查家數，至於113年
方案是否維持此抽樣原則，請貴會評估適切性。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：本署各分區業務組



衛生福利部中央健康保險署 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：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年7月19日

發文字號：健保醫字第1120662980A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：為確保「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」執業計畫外展點感染管制品質，請貴會研議監控方式，請查照。

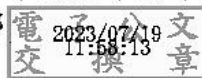
說明：

一、依衛生福利部112年6月27日衛部保字第1121260196號函辦理。

二、查「112年牙醫門診加強感染管制實施方案」書面評核作業中採共同上傳之規劃，由貴會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫院所之評核結果；為落實外展點牙醫感染管制，仍請貴會提出監控方式。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部



113 年牙醫門診加強感染管制實施方案對照表

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
112 113 年牙醫門診加強感染管制實施方案	112 113 年牙醫門診加強感染管制實施方案	112 年牙醫門診加強感染管制實施方案	修改年度
本項未修訂	本項未修訂	一、目的： 本實施方案之目的，在於規範特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。	
二、本方案實施方式： (一)宣導教育方面： 1. 由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會）開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。 2. 由牙醫全聯會製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊資訊」，並核發刊登牙全會網站予各牙醫院所執行查詢。	二、本方案實施方式： (一)宣導教育方面： 1. 由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會）開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。 2. 由牙醫全聯會製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊資訊」，並核發刊登本會網站予各牙醫院所執行查詢。	二、本方案實施方式： (一)宣導教育方面： 1. 由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會）開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。 2. 由牙醫全聯會製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊」，並核發予各牙醫院所執行。	牙全會依實務宣導方式酌修文字，本署尊重。
本項未修訂	本項未修訂	(二)牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引，訂定「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，並於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。 (三)特約院所依本方案「牙醫院所感染	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
		管制 SOP 作業細則」(附件 1) 執行，並依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」(附件 2) 自行評分，自評合格者(無項目得 D)，應將考評表函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)所轄分區業務組備查，並於次月開始申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(以下稱感染管制門診診察費)。	
本項未修訂	本項未修訂	三、監控方式 (一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。 (二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。	
(三)經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格(任一項目為 D)之特約院所，處理原則如下： - 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 - 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費	(三)經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格(任一項目為 D)之特約院所，處理原則如下： - 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 - 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費	(三)經本方案第三項第二款依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格(任一項目為 D)之特約院所，處理原則如下： - 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6、10 項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 - 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，未申請複查者得<u>並由保險人分區業務組主動通知複查通知限期改善，期滿後逕予辦理複查作業，複查仍不合格者，依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」辦理，持續至院所完成改善。</u> 4. <u>複查</u>通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費（如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用）。	之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，未申請複查者得<u>由保險人分區業務組主動通知複查</u>，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費（如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用）。	之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費（如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用）。	牙全會意見： 依健保署建議，考量特約院所遲不申請複查，可能產生無法複查疑義，本會建議感染管控實地訪查不合格後，保險人得主動複查。 本署意見： 調整實地訪查不合格之後續作業流程，複查不合格者則依特管辦法規定辦理。
本項未修訂	本項未修訂	四、感染管制 SOP 審查標準 (一)依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。 (二)每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
		識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。 (三)請依考評表內之評分標準進行查核。	
(四)訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則(內含年度新申請特約之醫事機構訪查家數)，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後，於全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應完成審查時程內進行實地訪查。 4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。	(四)訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則(內含年度新申請特約之醫事機構訪查家數)，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後，於全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應完成審查時程內進行實地訪查。 4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。	(四)訪查抽樣比例： 1.由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2.未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3.新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後，於全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應完成審查時程內進行實地訪查。 4.變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。	牙全會考量新特約院所亦屬未訪查過之院所，且基於時間、人力及審查費等因素，建議抽訪比率之分子納入新特約診所訪查家數，本署尊重。
五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分；訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全	本項未修訂	五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分；訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全	本署意見： 訪查不合格且複查未改善者，已另有規定處理原則，爰本段不再重複贅述。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
民健康保險相關法規辦理。		民健康保險相關法規辦理。	
本項未修訂	本項未修訂	六、有關特約院所執行巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制： (一)依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件 3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)執行。 (二)特約院所依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)自行評分，自評合格者(無項目得 X)，應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查，並於次月開始申報感染管制門診診察費。	
本項未修訂	本項未修訂	(三)院所經 110 年書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格者，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。惟 111 年特約院所已執行巡迴醫療、特殊醫療之牙醫服務地點(下稱外展點)，其感染管制書面評核作業，如下： 1. 自評合格者須於 113 年 6 月 30(含)前，於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書面評核資料)，由保險人所轄分區業務組	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
		進行評核，上傳方式如下： (1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳： A.以每人每點為單位上傳。 B.共同上傳： a.醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。 b.執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。 (2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。 (3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。 2.如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3.外展點未於 113 年 6 月 30 日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定)，採實地訪查。 4.109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。	
本項未修訂	本項未修訂	(四) 外展點未於 113 年 6 月 30 日(含)前	

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
		提送外展點感染管制書面評核資料者，自次月 1 日起不得申報感染管制門診診察費，直至實地訪查通過後，於次月起(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)，方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至 113 年 6 月 30 日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，不在此限；並於排除上述不可抗力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。	
(五) 本項訪查抽樣比例為 4%，未訪查過之外展點優先辦理訪查。另感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於 113 年 12 月 31 日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入 114 年度外展實地訪查優先名單。	(五) 本項訪查抽樣比例為 4%(<u>包含牙醫巡迴醫療、特殊醫療之外展點及執業計畫之外展點，矯正機關除外</u>)，未訪查過之外展點優先辦理訪查(<u>外展點以書審為主，必要時得以實訪</u>)。另感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於 113 年 12 月 31 日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入 114 年度外展實地訪查優先名單。	(五) 本項訪查抽樣比例為 4%，未訪查過之外展點優先辦理訪查。另感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於 113 年 12 月 31 日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入 114 年度外展實地訪查優先名單。	牙全會意見： 考量設立外展點之地點(例如：離島)有些屬於不易到達之處，實訪需耗費大量人力、時間及費用，故建議以書審為主，必要時實訪。 本署意見： 考量 113 外展點實地訪查，以未上傳書評、書評不合格者為對象，刪除抽樣比例等文字。建議 114 年起

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
			每年度抽審一定比例之外展點辦理實地訪查，並以未訪查過之外展點為優先訪查對象。
(六)實地訪查為不合格(任一項目為X)之特約院所，處理原則如下： 1.屬「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2.其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理)。 3.實地訪查不合格者，自發文日一個月後申請複查由保險人分區業務組<u>通知限期改善，期滿後逕予辦理複查作業，複查仍不合格者，依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」辦理，持續至外展點完成改善。</u> 4.<u>複查</u>通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費(如2月5日通過，則自3月起再申報該項費	本項未修訂	(六)實地訪查為不合格(任一項目為X)之特約院所，處理原則如下： 1.屬「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2.其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理)。 3.實地訪查不合格者，自發文日一個月後申請複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起始得再申報感染管制門診診察費。(如2月5日通過，則自3月起再申報該項費用)。訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。	本署意見： 配合調整實地訪查不合格之後續作業流程，複查不合格者則依特管辦法規定辦理。

修訂後條文(健保署版本)	修訂後條文(牙全版本)	原條文	說明
用)。訪查不合格且拒不改善或不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。			
本項未修訂	本項未修訂	七、本方案由保險人公告，併副知全民健康保險會，修訂時亦同。	