



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 113 年第 2 次研商議事會議

113 年 5 月 21 日（星期二）
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

113 年第 2 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘，由主席視時機裁示)

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、牙醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、112 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案	報 3-1

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」	討 1-1
二、高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)之預算支應方式	討 2-1
三、有關 113 年度牙醫門診總額協定預算扣減方式	討 3-1
四、修訂支付標準「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」	討 4-1
五、修訂「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之支付項目及預期效益之評估指標	討 5-1
六、評估特殊服務計畫專款項目，於一般服務費用重複或替代情形	討 6-1
七、修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」之「執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率」專業醫療服務品質指標案	討 7-1
八、有關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)「(92094C)週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」備註 6.不得同時合併申報除外項目	討 8-1
九、藥品處方箋改採學名申報，以牙醫先行試辦	討 9-1

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

113 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 2 月 27 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：莊玉芬

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
成代表庭甄	成庭甄	陳代表淑華	陳淑華
江代表錫仁	江錫仁	陳代表義聰	(請假)
何代表世章	何世章	黃代表立賢	黃立賢
余代表政明	余政明	黃代表茂栓	黃茂栓
吳代表志浩	吳志浩	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表享穆	吳享穆	楊代表文甫	楊文甫
吳代表廸	吳廸	楊代表玉琦	楊玉琦
吳代表明彥	林佩荻(代)	葉代表育敏	葉育敏
李代表口榮	李口榮	董代表正宗	(請假)
林代表順華	楊家華(代)	詹代表明興	詹明興
林代表鎰麟	林鎰麟	劉代表林義	劉林義
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表欣原	蔡欣原
洪代表怡育	洪怡育	蔡代表建宗	蔡建宗
范代表景章	范景章	蔡代表爾輝	蔡爾輝
徐代表邦賢	徐邦賢	蔡代表蕙如	蔡蕙如
翁代表德育	翁德育	簡代表志成	簡志成
張代表育超	張文炳(代)	羅代表界山	黃國光(代)
連代表新傑	連新傑	蘇代表主榮	孟令妤(代)

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司

蘇芸蒂

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、張嘉云、張靈

(以下稱健保會)

衛生福利部疾病管制署

(請假)

(以下稱疾管署)

社團法人中華民國牙醫師公會全國

曾士哲、廖秋英、邵格蘊

聯合會(以下稱牙全會)

中華民國藥師公會全國聯合會

黃羽婕、鄭宇焱、陳暘

台灣醫院協會

許雅淇、顏正婷、吳昱嫻

周貝珊、董家琪

本署臺北業務組

邱玲玉*、徐慕容*

本署北區業務組

謝明珠*、黃毓棠*、林孟萱*

本署中區業務組

陳淑英*、簡育琳*

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*、鄭婷婷*

本署企劃組

蔡宜臻

本署醫審及藥材組

高幸蓓、陳亞其

本署醫務管理組

林右鈞、洪于淇、朱文珩

阮柏叡、李佩芳、李羿萱

主席致詞(略)

壹、確認本會前次會議紀錄

決定：

甲、同意討論事項第七案決議第七點巡迴計畫(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」修正為「『巡迴點』得提供支付標準「牙周病統合治療方案」服務」。

乙、餘洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：下列 4 項繼續列管，其餘解除列管。

一、序號 2「修訂『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』案」：「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」三項計畫刻正陳報衛生福利部(下稱衛福部)，俟衛福部核定後辦理計畫公告事宜。

二、序號 6「修訂『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』案」。

三、序號 7「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)請牙全會研擬預期之評估指標「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」之操作型定義及追蹤方式。

(二)本署已建置醫事人員代碼「DU-具執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫資格」，請牙全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備查。

四、序號 8「修訂『113 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫』案」：俟衛福部核定後辦理計畫公告事宜。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

決定：

一、洽悉。

二、下列事項請牙全會於下次會議前提出規劃，以利討論：

(一)「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」：其與一般服務費用重複部分之預算扣減方式。

(二)「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：研議預期效益指標「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。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

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 季執行案。

決定：洽悉。

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。

決定：

一、112 年第 3 季各分區一般點值確認如下：

	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
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

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

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

說明：新增 4-1 點如下：

(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：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

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。

決議：本案修訂通過如附件1，修訂重點如下：

- 一、方案第四點感染管制SOP審查標準(四)訪查抽樣比例，考量抽樣比例逐年提升，基於時間、人力及審查費等因素，抽訪比例含新申請特約之醫事機構訪查家數。

二、有關「感染管控實地訪查不合格，院所一個月後申請複查」一節，修訂由本署各分區業務組主動通知限期改善，並於期滿後通知院所辦理複查作業。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。

三、針對111年提供醫療服務之外展點，於112年採全面書面評核，113年6月30日前為上傳資料截止點，113年下半年係就未上傳書評及書評不合格者進行實地訪查，爰刪除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第五點「本項訪查抽樣比例為4%，未訪查過之外展點優先辦理訪查」。

四、有關114年外展點抽訪方式，請牙全會攜回研議。

肆、臨時動議

第一案

案由：獨立作業區 rawdata 格式以往為 BIG5 編碼、現在為 UTF8 編碼，造成轉檔問題。

決議：請本署資訊組協助處理。

附帶事項：本署資訊組將自113年4月起提供BIG5編碼檔案。

第二案

案由：保險公司業務員就自費項目，請客戶提供以健保身分之就診紀錄，建議金融監督管理委員會(下稱金管會)介入管理。

決議：請牙全會及本署行文金管會。

附帶事項：經查本署已於113年1月15日函請金管會加強監督(附件2)。

第三案

案由：中央智慧系統(CIS)篩檢指標，為免檢核邏輯不合理，建議邀請牙全會或醫院代表共同研議。

決議：請中華民國醫院牙科協會來函提供有疑義或不合理之CIS指標，由本署醫審及藥材組納入修訂參考。

第四案

案由：牙醫是否得比照西醫，同一天就診不同科別之牙醫師？

決議：請本署醫務管理組確認後提供相關規定。

附帶事項：依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部西醫通則之規定，除預防保健服務併行其他一般診療項目及同醫師、同日兩次以上於門診診療相同病情案件，不得額外申報診察費外；其餘狀況則依個案由臨床醫療專業判定。牙醫通則並未規範。

第五案

案由：為利「113年特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之執行，建議於健保醫療資訊雲端查詢系統增列「保險對象為透析病人」之提示或「透析紀錄」之頁籤。

決議：請本署醫審及藥材組納入研議參考。

附帶事項：目前透析病人若領有重大傷病第4類慢性腎衰竭(尿毒症)，必須接受定期透析治療者，醫師可查詢健保卡上重大傷病註記之「重大傷病代碼、有效期限起始日及有效期限終止日」。

伍、散會：11時00分

附件 1 牙醫院所感染管制 SOP 作業細則

● 每日開診前

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

● 診療開始前

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

● 診療中

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

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

註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義如下。

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

● 診療結束病人離開後

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

● 門診結束後

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

● 尖銳物扎傷處理流程

- 1.牙醫院所製訂「尖銳物扎傷處理流程」，平時應全體員工宣導及演練。

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

● 牙科醫療廢棄物處理

步驟一：執行前需先考慮下列各項

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

依據上述各項再決定最適合診間之廢棄物作業流程計畫。

步驟二：垃圾分類

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

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

步驟三：不同之貯存容器與規定

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

特定容器內，必要時可以銀回收機回收，或交由合格清運公司處理。

5.廢棄針頭、刀片等利器需裝入防穿刺特定容器或鐵罐中。

6.可回收之垃圾則依規定作好分類貯存之。

7.一般垃圾則貯存在有蓋之垃圾桶內。

步驟四：垃圾之清除

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

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

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

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

● 牙科器械消毒及滅菌

一、牙科器械消毒及滅菌原則：

1. 醫療物品依器械/用物與人體組織接觸之感染風險，可分成三大類：

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

註：臨床使用消毒劑分類如下：

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

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

二、蒸氣滅菌：

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

vii. 操作者簽名。

(2) 紀錄保存可以書面或電子格式保存。

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

4. 滅菌後器械之處置

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

(2) 貯存：

i. 將滅菌後之器械放置於封閉的空間內，例如有罩或有門之櫃內，不可放置於水槽下等容易潮濕或污染的地方。

ii. 取用時可採取「先放先取」之原則；使用滅菌物品前，應檢視包裝的完整，確認包裝沒有破損或潮濕。

iii. 滅菌物品的存放期限依包裝材質不同或貯存環境條件而異，建議機構參考相關文獻、指引或實證經驗，訂定機構內的管理原則，確實遵守。

三、牙科手機之滅菌流程

1. 使用過之手機，先去除外表污穢物，再運轉 20-30 秒，讓水徹底清除手機內管路。

2. 拆下手機，依照廠商指示步驟及指定之清潔劑與清水刷洗外表殘屑(勿浸泡手機，除非廠商建議)，並乾燥之。

3. 使用廠商指定之潤滑劑，並依其指示步驟潤滑手機，可將手機裝回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨。

4. 包裝完成後，依廠商指示放入高溫高壓蒸氣滅菌鍋或低溫滅菌鍋內滅菌。

5. 從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用。

● 教育及宣導

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

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

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

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

前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。

4. 醫療機構應訂有因應大流行或疑似大流行之虞感染事件之應變計畫，其內容應包含適當規劃病人就診動線，研擬醫護人員個人防護裝備（PPE）及

其穿脫程序、不明原因發燒病人處理、傳染病個案隔離與接觸追蹤及廢棄物處理動線等標準作業程序。

附件 2 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

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

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

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

A. 硬體設備方面

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

B. 軟體方面

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

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

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

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽章：

保險人所轄分區業務組陪同人員：

(不參與感染管制 SOP 考評)

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

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

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

一、診療前

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

二、診療中

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

三、垃圾分類

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

四、尖銳物扎傷處理流程：制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。

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

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

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

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

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

A.硬體設備方面

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

B.軟體方面

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

註

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

※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 26 條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。

※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 29 條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽章：

保險人所轄分區業務組陪同人員：

(不參與感染管制 SOP 考評)

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

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：宋怡慧
聯絡電話：02-27065866 分機：2610
傳真：02-27069043
電子郵件：A111111@nhi.gov.tw

受文者：本署臺北業務組

發文日期：中華民國113年1月15日
發文字號：健保醫字第1130660114號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關本保險特約醫療院所反映「有保險公司要投保客戶針對自費就醫項目，向診所要求刷健保卡申報健保就診紀錄或開立不符事實的診斷證明」，致有造成健保醫療費用支出之不實增加、損及公眾利益，並致醫療院所犯有偽造文書及違反醫療法之疑慮，建請貴會加強監督，請查照。

說明：

- 一、查衛生福利部全民健康保險會(原行政院衛生署全民健康保險會)於102年5月6日以衛署健保字第1022660132號函請貴會就商業保險從業公司或人員不當作業，造成健保費用增加，加強監督管理；貴會並於同年7月8日以金管保壽字第10200911142號函產物保險、人壽保險、保險經紀人、保險代理人商業同業公會，重申保險從業人員應尊重醫療專業，勿就醫療院所開立診斷證明資料內容提出不當要求在案。
- 二、為保障公眾利益及落實健保資源妥適使用，建請貴會賡續加



強積極監督管理。

正本：金融監督管理委員會

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部口腔健康司、本署企劃組

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 10 項，擬解除列管 10 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(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」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者之患者，擴大為障別及障礙等級不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之患者。 二、另查牙全會所提 113 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表，亦於專款項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」修正協定適用對象，故本項屬 113 年修訂建議，將俟健保會協定 113 年牙醫總額預算後，再依程序提至共同擬訂會議討論。	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、前揭方案業於 113 年 3 月 12 日以健保醫字第 1130104547 號公告在案，並已配合修正高風險患者定義。	■ 解除列管	□ 繼續列管
2	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：	一、有關支付標準修訂一節，衛生福利部業於 113 年 2 月 27 日公告，並自 113 年 3 月 1 日起生效。 二、「高齡患者根管治療難症處理由原先 70 歲以上放寬至 65 歲(含)以上」一節，衛生福利部業於 113 年 3 月 21 日公告，並自 113 年 4 月 1 日起生效。 三、另「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」，業經健保會第 6 屆 113 年第 1 次委員會討論通過，本署業於 113 年 3 月 12 日以健保醫字第 1130104547	■ 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	
		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、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。	號公告，並自 113 年 3 月 1 日起生效。		
3	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)」，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。	一、本署業於 113 年 3 月 22 日以健保醫字第 1130105207 號公告在案，並自 113 年 4 月 1 日起生效。 二、預期效益之評估指標之操作型定義已列入本次會議討論事項第五案，建議報告後解除列管。	■ 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	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。	本署業以 113 年 3 月 22 日健保醫字第 1130105019 號公告在案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
5	113_1_討(1)：修訂「113 年牙醫門診加強感染管制實施方案」。	本案修訂通過如附件1，修訂重點如下： 五、方案第四點感染管制SOP審查標準(四)訪查抽樣比例，考量抽樣比例逐年提升，基於時間、人力及審查費等因素，抽訪比例含新申請特約之醫事機構訪查家數。 六、有關「感染管控實地訪查不合格，院所一個月後申請複查」一節，修訂由本署各分區業務組主動通知限期改善，並於期滿後通知院所辦理複查作業。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。 七、針對111年提供醫療服務之外展點，於112年採全面書面評核，113年6月30日前為上傳資料截止點，113年下半年係就未上傳書評及書評不合格者進行實地訪查，爰刪除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第五點「本項訪查抽樣比例為4%，未訪查過之外展點優先辦理訪查」。 八、有關114年外展點抽訪方式，請牙全會攜回研議。	本署業於 113 年 4 月 26 日以健保醫字第 1130661752 號公告在案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
6	113_1_臨時(1)：獨立作業區 rawdata 格式以往為 BIG5 編碼、現在為 UTF8 編碼，造成轉檔問題。	請本署資訊組協助處理。	獨立作業區 rawdata 格式於 113 年 3 月起已提供 BIG5 編碼。	☒ 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	
7	113_1_臨時(2)：保險公司業務員就自費項目，請客戶提供以健保身分之就診紀錄，建議金融監督管理委員會介入管理。	請牙全會及本署行文金管會。	經查本署業於 113 年 1 月 15 日以健保醫字第 1130660114 號函(頁次 22)請金管會加強監督。	■ 解除列管	□ 繼續列管
8	113_1_臨時(3)：中央智慧系統(CIS)篩檢指標，為免檢核邏輯不合理，建議邀請牙全會或醫院代表共同研議。	請中華民國醫院牙科協會來函提供有疑義或不合理之CIS指標，由本署醫審及藥材組納入修訂參考。	中華民國醫院牙科協會及社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會業於 113 年 3 月 5 日、19 日函請本署提供 CIS 指標項目內容，本署已於同年 4 月 19 日函復現行牙醫門診總額 9 支 CIS 指標供參。	■ 解除列管	□ 繼續列管
9	113_1_臨時(4)：牙醫是否得比照西醫，同一天就診不同科別之牙醫師？	請本署醫務管理組確認後提供相關規定。	依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部西醫通則之規定，除預防保健服務併行其他一般診療項目及同醫師、同日兩次以上於門診診療相同病情案件，不得額外申報診察費外；其餘狀況則依個案由臨床醫療專業判定。牙醫通則並未規範。	■ 解除列管	□ 繼續列管
10	113_1_臨時(5)：為利「113 年特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之執行，建議於健保醫療資訊雲端查詢系統增列「保險對象為透析病人」之提示或「透析紀錄」之頁籤。	請本署醫審及藥材組納入研議參考。	有關所提建議，研擬納入後續健保醫療資訊雲端查詢系統增修參考。	■ 解除列管	□ 繼續列管

決 定

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

113/05/21



1

大綱

- 01 113年第1季點值預估
- 02 113年第1季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 113年牙醫總額新增診療項目申報情形
- 04 112年牙醫總額各專款執行情形

2

113年第1季點值預估

01 點值預估假設

02 113年第1季點值預估

3

點值預估假設



1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子採前1年同期結算報表值。
3. 跨區就醫調整後總額係將各分區總額預算以112年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率(99.513103%)校正得之(該占率以最近1季結算金額計算之)。
4. 預算攤月以112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113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112上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

4

113年第1季點值預估



113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1季	臺北	3,830	0	37	4,167	0.9102	0.9110
	北區	1,860	0	17	1,900	0.9703	0.9705
	中區	2,284	0	21	2,363	0.9578	0.9582
	南區	1,508	0	14	1,510	0.9898	0.9899
	高屏	1,726	0	14	1,772	0.9660	0.9663
	東區	217	0	2	197	1.0877	1.0866
	合計	11,426	0	105	11,909	0.9506	0.9510

註：112Q1結算全國浮動點值0.9801、平均點值為0.9802

5

113年第1季牙醫總額醫療供給及利用概況

6

牙醫診所數【分區別】



◆ 109年3月-113年3月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109年3月	2,620	865	1,325	811	1,009	116	6,746	0.10%
110年3月	2,630	887	1,314	815	1,006	113	6,765	0.28%
111年3月	2,634	904	1,320	814	1,009	111	6,792	0.40%
112年3月	2,662	932	1,328	815	1,004	111	6,852	0.88%
113年3月	2,682	945	1,342	819	1,007	110	6,905	0.77%
增減家數	20	13	14	4	3	-1	53	
成長率	0.8%	1.4%	1.1%	0.5%	0.3%	-0.9%	0.8%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

7

牙醫師執業數【分區別】



◆ 109年3月-113年3月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109年3月	6,329	2,078	2,715	1,651	2,105	214	15,092	2.9%
110年3月	6,476	2,167	2,768	1,662	2,144	213	15,430	2.2%
111年3月	6,553	2,257	2,823	1,685	2,223	216	15,757	2.1%
112年3月	6,659	2,330	2,878	1,711	2,249	220	16,047	1.8%
113年3月	6,771	2,383	2,938	1,756	2,258	221	16,327	1.7%
增減人數	112	53	60	45	9	1	280	
成長率	1.7%	2.3%	2.1%	2.6%	0.4%	0.5%	1.7%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

8

牙醫師執業數【層級別】



◆ 109年3月-113年3月

年月	牙醫師數					成長率			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫
109年3月	1,210	780	240	12,862	15,092	1.0%	4.3%	7.6%	2.9%
110年3月	1,229	795	257	13,149	15,430	1.6%	1.9%	7.1%	2.2%
111年3月	1,201	797	279	13,480	15,757	-2.3%	0.3%	8.6%	2.5%
112年3月	1,204	797	261	13,785	16,047	0.2%	0.0%	-6.5%	2.3%
113年3月	1,296	671	252	14,108	16,327	7.6%	-15.8%	-3.4%	2.3%
增減人數	92	-126	-9	323	280				

註：

1.增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

2.113年醫院評鑑異動情形：

(1)醫學中心：新增3家(台北慈濟、雙和醫院及臺大新竹)

(2)區域醫院：新增5家(台大癌醫、土城醫院、亞大醫院、義大癌治療、新竹馬偕兒童)、減少4家(台北慈濟、雙和醫院、臺大新竹、新樓麻豆)

(3)地區醫院：新增1家(新樓麻豆)、減少4家(台大癌醫、土城醫院、亞大醫院及義大癌治療等4家升格)

9

就診牙醫人數【分區別】



◆ 113年第1季

單位：千人

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111Q1	1,715	752	994	637	751	82	4,893	-0.1%
112Q1	1,797	802	1,025	656	788	83	5,110	4.4%
113Q1	1,876	840	1,066	677	815	84	5,319	4.1%
增減人數	79	38	41	22	27	1	209	
成長率	4.4%	4.7%	4.0%	3.3%	3.4%	1.7%	4.1%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

10

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 113年第1季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	292	3.5%	3.4%	470,397	7.2%	3.8%	1,614	3.5%
2區域醫院	260	-6.5%	3.0%	426,130	-5.0%	3.4%	1,637	1.6%
3地區醫院	117	3.6%	1.4%	186,863	5.9%	1.5%	1,591	2.2%
4基層診所	8,000	2.6%	92.3%	11,159,672	5.2%	90.0%	1,395	2.5%
5交付機構	-	-	-	162,933	-1.8%	1.3%	-	-
合計	8,670	2.4%		12,405,994	4.8%		1,431	2.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

11

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 113年第1季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	3,032	2.8%	1,876	4.4%	1.62	-1.5%	4,349,439	5.4%	1,435	2.5%
北區	1,346	3.0%	840	4.7%	1.60	-1.7%	1,975,133	4.8%	1,468	1.8%
中區	1,696	2.4%	1,066	4.0%	1.59	-1.6%	2,461,551	4.6%	1,452	2.1%
南區	1,114	1.3%	677	3.3%	1.64	-2.0%	1,570,538	4.9%	1,410	3.5%
高屏	1,345	1.7%	815	3.4%	1.65	-1.6%	1,837,604	3.8%	1,366	2.0%
東區	138	0.2%	84	1.7%	1.63	-1.5%	211,729	4.6%	1,540	4.4%
合計	8,670	2.4%	5,319	4.1%	1.63	-1.7%	12,405,994	4.8%	1,431	2.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

12

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 113年第1季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	27	0.3%	5,364	3.3%	197	2.9%
2.牙醫急診	4	-4.7%	10,302	12.6%	2,340	18.1%
3.牙醫門診手術	13	-3.0%	44,249	4.8%	3,298	8.1%
4.無牙醫鄉服務	37	-3.5%	56,635	0.8%	1,534	4.5%
5.牙醫特殊醫療	46	5.3%	142,520	8.5%	3,076	3.1%
6.其他專案	8,541	2.4%	11,983,991	4.9%	1,403	2.4%
7.交付機構	-	-	162,933	-1.8%	-	0.0%
合計	8,670	2.4%	12,405,994	4.8%	1,431	2.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

13

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 113年第1季

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	0	-50.0%	21	1.7%	26	90.7%	5,317	3.0%	-	-	5,364	3.3%
2.牙醫急診	7,574	12.5%	2,639	12.6%	88	24.1%	2	-36.4%	-	-	10,302	12.6%
3.牙醫門診手術	26,738	9.4%	14,860	0.9%	2,234	-15.3%	417	1.8%	-	-	44,249	4.8%
4.無牙醫鄉服務	317	48.6%	665	34.8%	383	18.6%	55,271	0.2%	-	-	56,635	0.8%
5.牙醫特殊醫療	30,831	10.5%	19,943	-16.0%	10,692	18.9%	81,054	14.6%	-	-	142,520	8.5%
6.牙醫急診醫療不足區	-	-	-	-	3	-98.4%	-	-	-	-	3	-98.4%
7.其他專案	404,937	6.6%	388,002	-4.8%	173,437	5.6%	11,017,612	5.2%	-	-	11,983,988	4.9%
8.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	162,933	-1.8%	162,933	-1.8%
合計	470,397	7.2%	426,130	-5.0%	186,863	5.9%	11,159,672	5.2%	162,933	-1.8%	12,405,994	4.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

14

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 113年第1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	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	1,988	22.8%	4,608	22.4%	10,860	30.5%	3,941	-14.2%
北區	910	24.8%	274	-22.2%	4,086	4.9%	3,708	-10.2%
中區	686	1.7%	1,589	-11.4%	10,865	0.1%	16,330	13.7%
南區	881	-35.5%	1,707	35.7%	5,955	-4.6%	7,879	-8.6%
高屏	847	11.7%	1,825	6.4%	10,313	-5.2%	16,932	-1.9%
東區	52	7.3%	299	10.8%	2,170	7.9%	7,845	9.1%
合計	5,364	3.3%	10,302	12.6%	44,249	4.8%	56,635	0.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

15

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 113年第1季(表_2/2)

案件分類	5.牙醫特殊醫療		6.其他專案		7.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	44,260	12.6%	4,228,896	5.4%	54,886	-2.1%	4,349,439	5.4%
北區	25,230	9.8%	1,914,039	4.9%	26,887	-1.3%	1,975,133	4.8%
中區	29,399	0.0%	2,369,439	4.7%	33,243	-1.3%	2,461,551	4.6%
南區	14,489	7.9%	1,518,750	5.1%	20,877	-1.8%	1,570,538	4.9%
高屏	23,386	12.2%	1,760,536	3.9%	23,765	-1.5%	1,837,604	3.8%
東區	5,756	5.5%	192,332	4.6%	3,274	-7.1%	211,729	4.6%
合計	142,520	8.5%	11,983,991	4.9%	162,933	-1.8%	12,405,994	4.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

16

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 113年第1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	36,910	-1.7%	27,429	-2.7%	1,137,835	3.2%	3,147,033	6.3%	232	-10.3%	4,349,439	5.4%
北區	16,399	0.0%	12,980	-1.8%	509,479	3.6%	1,436,253	5.4%	23	-22.0%	1,975,133	4.8%
中區	20,699	-0.8%	16,786	-2.2%	641,952	3.7%	1,781,896	5.0%	218	37.2%	2,461,551	4.6%
南區	14,189	0.0%	10,862	-3.9%	410,210	2.6%	1,135,127	5.8%	150	-3.5%	1,570,538	4.9%
高屏	14,255	-1.8%	12,000	-2.8%	487,452	2.6%	1,323,840	4.3%	57	21.1%	1,837,604	3.8%
東區	2,356	-5.1%	1,716	-6.7%	52,348	1.1%	155,295	6.2%	14	-42.6%	211,729	4.6%
總計	104,808	-1.1%	81,772	-2.7%	3,239,276	3.2%	8,979,444	5.6%	694	3.0%	12,405,994	4.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

17

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】



◆ 113年第1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	7,581	0.4%	3,233	0.3%	111,449	4.5%	347,760	8.3%	373	-5.8%	470,397	7.2%
區域醫院	6,151	-4.2%	3,197	-9.8%	101,638	-5.7%	314,851	-4.8%	292	22.6%	426,130	-5.0%
地區醫院	1,570	3.5%	1,256	0.3%	43,485	3.3%	140,523	6.8%	28	-22.7%	186,863	5.9%
基層診所	375	2.8%	286	-3.4%	2,982,703	3.4%	8,176,308	5.9%	-	-	11,159,672	5.2%
交付機構	89,130	-1.1%	73,801	-2.6%	-	-	-	-	0.1	-96.0%	162,933	-1.8%
總計	104,808	-1.1%	81,772	-2.7%	3,239,276	3.2%	8,979,444	5.6%	694	3.0%	12,405,994	4.8%

註：成長率係與前一年同期比較。

18

113年第1季醫療服務供給 & 利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (113年3月)	2,682	945	1,342	819	1,007	110	6,905
成長率	0.8%	1.4%	1.1%	0.5%	0.3%	-0.9%	0.8%
醫師數 (113年3月)	6,771	2,383	2,938	1,756	2,258	221	16,327
成長率	1.7%	2.3%	2.1%	2.6%	0.4%	0.5%	1.7%
人口數 (千)	7,522	3,903	4,561	3,266	3,638	528	23,416
人口數 (成長率)	0.60%	0.94%	0.24%	-0.13%	-0.05%	-0.59%	0.36%
每位醫師照護人口數	1,111	1,638	1,552	1,860	1,611	2,389	1,434
每萬人口醫師數	9.00	6.11	6.44	5.38	6.21	4.19	6.97
申報件數 (千)	3,032	1,346	1,696	1,114	1,345	138	8,670
成長率	2.8%	3.0%	2.4%	1.3%	1.7%	0.2%	2.4%
申報醫療費用 (百萬)	4,349	1,975	2,462	1,571	1,838	212	12,406
成長率	5.4%	4.8%	4.6%	4.9%	3.8%	4.6%	4.8%
平均每件申報醫療費用點數	1,435	1,468	1,452	1,410	1,366	1,540	1,431
成長率	2.5%	1.8%	2.1%	3.5%	2.0%	4.4%	2.4%

註1：人口數來源為113年3月戶政統計，成長率為較112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113年1-3月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較

19

113年第1季費用成長因素



- ❖ 整體醫療點數正成長(4.8%)。
- ❖ 就醫件數：全區正成長(2.4%)，北區正成長(3.0%)最高。
- ❖ 就醫人數：全區正成長(4.1%)，北區正成長(4.7%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-1.7%)，南區負成長(-2.0%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區正成長(2.4%)，東區正成長(4.4%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區正成長(0.7%)，東區正成長(2.9%)最高。

分區別	醫療點數	就醫件數	就醫人數	每人 就醫件數	每件 就醫點數	每人 就醫點數
臺北	5.4%	2.8%	4.4%	-1.5%	2.5%	1.0%
北區	4.8%	3.0%	4.7%	-1.7%	1.8%	0.0%
中區	4.6%	2.4%	4.0%	-1.6%	2.1%	0.5%
南區	4.9%	1.3%	3.3%	-2.0%	3.5%	1.5%
高屏	3.8%	1.7%	3.4%	-1.6%	2.0%	0.4%
東區	4.6%	0.2%	1.7%	-1.5%	4.4%	2.9%
全區	4.8%	2.4%	4.1%	-1.7%	2.4%	0.7%

註

1：資料來源：本署多模型健保資料平台：門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算(113.5.9擷取)

2：件數：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。

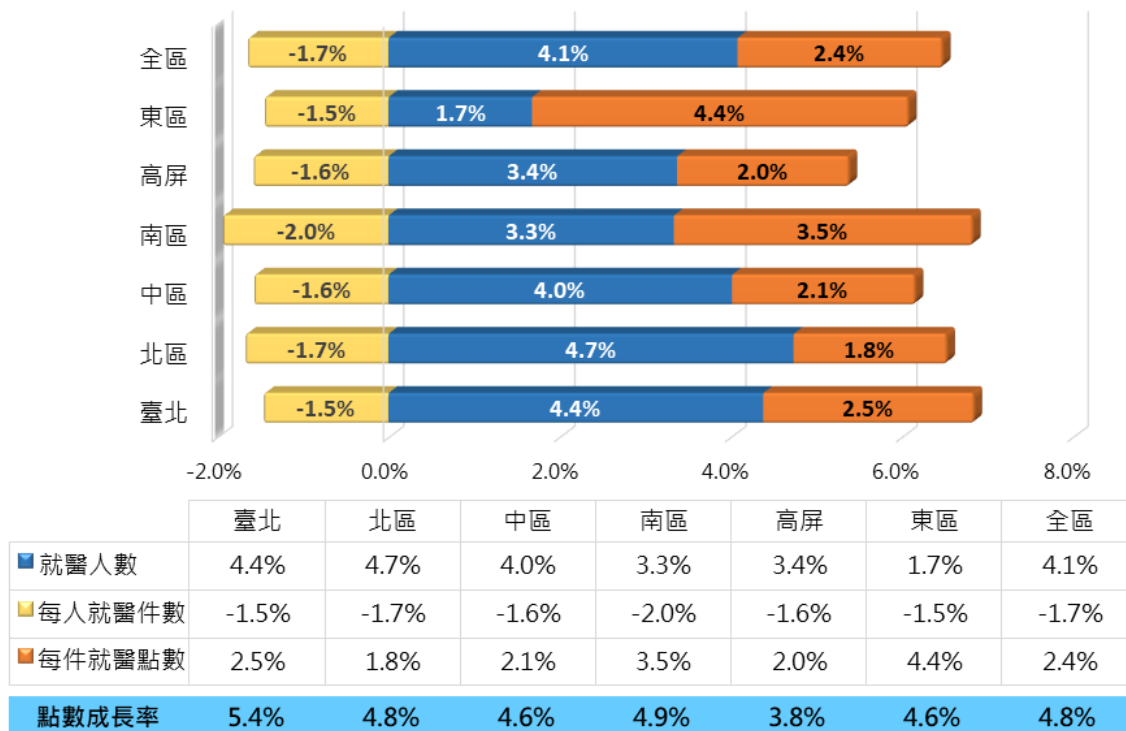
3：人數：依身分證號與生日歸戶計數。

4：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。

5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

20

113年Q1整體費用分析解構圖



21

113年牙周病統合照護執行情形

22

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 113Q1

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	68,475	1.06%	664.7	2.02%

- 預算執行率(註1)：21.19%
- 預算執行率(註2)：23.32%
- 服務人次執行率：22.83%
【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
醫療點數 (百萬點)	26.7	0.84%	23.6	-15.39%	14.7	-6.63%	599.7	3.14%	664.7	2.02%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
醫療點數 (百萬點)	257.3	108.9	117.2	71.2	99.9	10.3	664.7
成長率	3.97%	5.63%	-8.60%	8.77%	2.71%	1.62%	2.02%

備註：

1.一般計算方式：全年預算=108年預算×歷年一般服務成長率=3136.6億點

2.牙全會建議計算方式：全年預算=108年預算×歷年人口因素成長率=2850.0億點

23

113年新增專款申報情形

24

113年專款新增項目(1/3)



◆ 統計至113年第1季(高風險疾病口腔照護)

實施日期	醫令代碼	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
113/3/1	89204C	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填-單面	900	2,238	3,554	3.21	113年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目支應，全年經費為1,599百萬元。
113/3/1	89205C	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填-雙面	1,050	1,920	2,513	2.64	
113/3/1	89208C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填-單面	1,000	3,588	5,922	5.93	
113/3/1	89209C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填-雙面	1,200	3,407	4,269	5.13	
113/3/1	89210C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填-三面	1,400	1,940	2,211	3.10	
113/3/1	89212C	高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填	1,450	1,280	1,584	2.30	
113/3/1	89214C	高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填	1,600	529	712	1.14	
113/3/1	89215C	高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填	1,850	446	509	0.94	

資料來源:本署四代倉儲門診檔(113/5/13擷取)
統計區間: 11303-11303

25

113年專款新增項目(2/3)



◆ 統計至113年第1季(牙特計畫)

實施日期	醫令代碼	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
113/4/1	89304C	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填-單面	900	-	-	-	113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，全年經費為7,817百萬元。
113/4/1	89305C	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填-雙面	1,050	-	-	-	
113/4/1	89308C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填-單面	1,000	-	-	-	
113/4/1	89309C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填-雙面	1,200	-	-	-	
113/4/1	89310C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填-三面	1,400	-	-	-	
113/4/1	89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填	1,450	-	-	-	
113/4/1	89314C	特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填	1,600	-	-	-	
113/4/1	89315C	特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填	1,850	-	-	-	

資料來源:本署四代倉儲門診檔(113/5/13擷取)
統計區間: 11303-11303

26

113年專款新增項目(3/3)



◆ 統計至113年第1季(特定病人牙科就醫安全)

實施日期	醫令代碼	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
113/4/1	P3601C	特定病人牙科就醫安全	100	-	-	-	113年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定病人牙科就醫安全計畫」專款項目下支應，全年經費為307.1百萬元。

資料來源:本署四代倉儲門診檔(113/5/13擷取)
統計區間: 11303-11303

※有關「高風險疾病口腔照護」、「牙醫特殊醫療服務計畫」專款新增項目，請牙全會依總額協定事項暨113年第1次健保會決議/決定事項，於5/30前提出與一般服務費用重複或替代情形，以利114年度總額協商。

27

112年牙醫總額各專款執行情形

28

一般服務移撥專用相關預算執行情形



112年第4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	62,375	187,165	200,000	12,835
執行率	20.2%	26.7%	15.5%	31.2%	93.6%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	2,325	3,798	4,159	3,671	13,953	80,000	66,047
執行率	2.9%	4.7%	5.2%	4.6%	17.4%	-	-
移撥支應牙醫特殊服務計畫專款	0	0	0	0	0	50,000	50,000
執行率	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-
移撥支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」	144	291	350	445	1,231	15,000	13,769
執行率	1.0%	1.9%	2.3%	3.0%	8.9%	-	-
合計	42,815	57,577	35,467	66,491	202,349	295,000	92,651

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。

29

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



112年第4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)	18,509	19,239	18,231	18,244	74,222	27%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,977	4,354	3,130	4,393	15,855	6%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	4,674	4,674	2%
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	0.4	1.2	0%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	4,654	7,390	2,949	8,853	23,846	9%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	8,214	8,214	3%
7.巡迴服務_論次給付(論次)	29,382	36,104	27,821	38,670	131,977	49%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	1	2	2	2	7.4	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	2,927	3,065	3,115	3,180	12,286	5%
暫結金額	59,450	70,154	55,249	86,229	271,083	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	70,000	80,550	80,396	95,147		
本季未支用金額	10,550	10,396	25,147	8,917		
各季執行占總預算比率(%)	21.2%	25%	20%	31%	96.8%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

30

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)



112年第4季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算						722,100
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	3,889	3,866	4,589	3,535	15,880	2.59%
2 極重度身心障礙者牙醫醫療服務	19,805	32,997	34,632	34,149	121,583	19.82%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	25,318	24,076	25,116	25,433	99,943	16.30%
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	26,227	99,501	16.22%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,666	9,711	9,927	10,226	40,530	6.61%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,256	1,370	1,215	1,730	5,571	0.91%
7 醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,903	12,445	11,738	13,893	47,980	7.82%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,599	10,763	9,560	11,618	41,541	6.77%
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	15,697	58,902	9.60%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	550	694	392	754	2,390	0.39%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	25	20	28	33	106	0.02%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	632	628	719	576	2,554	0.42%
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	15,276	54,742	8.93%
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	547	1,934	0.32%
15 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	3	8	9	24	46	0.01%
16 醫療團特定需求者(論次)	271	300	358	348	1,277	0.21%

31

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



112年第4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	7	31	0.00%
18 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	18	26	21	39	105	0.02%
19 醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	44	70	47	66	227	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	5	47	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	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	1,525	6,105	1.00%
23 居家身心障礙者牙醫醫療服務	1,589	1,590	1,807	1,891	6,876	1.12%
24 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	301	292	336	368	1,297	0.21%
25 居家失能老人牙醫醫療服務	714	923	931	815	3,383	0.55%
26 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
27 居家居整病人牙醫醫療服務	97	166	200	278	741	0.12%
28 居家出院準備牙醫醫療服務	0	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	0.00%
暫結金額	137,496	154,938	155,795	165,061	613,291	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	180,525	223,554	249,141	273,871		
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	43,029	68,616	93,346	108,809		
執行占總預算比率	19.0%	21.5%	21.6%	22.9%	84.9%	

32

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫預算執行情形



112年第4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	1,324	5,399	10,000
執行率	13.8%	14.4%	12.6%	13.24%	53.99%	-

備註：

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

2.一般服務各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若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。

33

0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫預算執行情形



112年第4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	71	320	60,000
執行率	0.15%	0.10%	0.16%	0.12%	0.53%	-

註：

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

34

12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 預算執行情形



112年第4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	16,366	46,870	271,500
執行率	2.1%	3.3%	5.8%	6.0%	17.3%	-

註：

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

35

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫預算執行情形



112年第4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	27,428	85,590	184,000
執行率	8.8%	10.5%	12.3%	14.9%	46.5%	-

註：

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

36

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



112年第4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	20,942	58,310	144,800
執行率	2.6%	10.7%	12.5%	14.5%	40.3%	-

註：

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

37

齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 預算執行情形



112年第4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	128,621	297,210	1,010,000
執行率	1.4%	6.2%	9.2%	12.7%	29.4%	-

註：

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

38

網路頻寬補助費用預算執行情形



112年第4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	35,490	141,038	168,000
執行率	20.8%	21.0%	21.0%	21.1%	84.0%	-

註：

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

39

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

40

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、112年第4季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、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，共扣減 188,336,780 元，各項目扣減方式如下表：

項目	協定文字	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。	依 112 年 1 月至 12 月申報資料，經統計需扣減未執行額度為 378,256,570 點，其中 190 百萬元分攤於 112 年第 3 季扣減，其餘 188,256,570 元於 112 年第 4 季結算時扣減費用。
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 12 月申報資料，經統計與一般服務重複之額度約 80,210 元，於 112 年第 4 季結算時扣減費用。

- 三、112年第4季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算說明表詳附件，頁次報3-3)：

分區		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
年季								
112Q4	浮動點值	0.93193009	1.01624485	1.00494756	1.04684306	1.01944671	1.15171874	0.98583323
	平均點值	0.92982861	1.01173927	1.00436196	1.04792149	1.02136610	1.15000000	0.98595792

四、檢附111年第4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
111Q4	浮動點值	0.96763586	1.04262682	1.02636572	1.08187991	1.05133934	1.23634208	1.01216202
	平均點值	0.95918057	1.02760765	1.02436757	1.07710853	1.04759999	1.22819007	1.01205864

五、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決 定：

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：113/05/15

112年第4季

結算主要費用年月起迄：112/10—112/12

核付截止日期：113/03/31

頁次：1

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)112年第4季調整後牙醫一般服務醫療給付費用

＝[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(加總D2)－扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(加總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(加總B6)]－112年第1～3季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額合計
 ＝ 46,163,518,090－11,109,497,939－11,349,113,559－11,877,613,683
 ＝ 11,827,292,909

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12,067,613,683元＝112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×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－ 12,067,613,683

＝ 12,015,629,689元。

5.計算過程詳本表頁次27：「三、一般服務費用總額」(112年第3季及第4季有扣減項目)。

(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 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)	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年末導入預算扣減」部分(未有需扣除110年末導入金額)。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」。

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

程式代號：RGBI3208R01 112年第 4季 結算主要費用年月起迄:112/10—112/12 核付截止日期:113/03/31 列印日期：113/05/15 頁次：3

- (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

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	1,979(M6)	暫結金額 1,979(M26)(傳票日期：113/04/30)
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	44,081,266(M7)	暫結金額 45,968,155(M27)(傳票日期：113/04/30)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	10,098(M11)	暫結金額 10,098(M21)(傳票日期：113/04/30)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	15,857,527(M12)	暫結金額 16,394,857(M22)(傳票日期：113/04/30)
(3)小計	加成前點數	59,950,870(M19)	暫結金額 62,375,089(M29)

暫結金額 = 62,375,089

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 12,834,896

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	6,339(N6)	暫結金額 6,339(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	119,012,674(N7)	暫結金額123,815,410(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	37,042(N11)	暫結金額 37,042(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	61,432,639(N12)	暫結金額 63,306,313(N22)
(3)小計	加成前點數	180,488,694(N19)	暫結金額187,165,104(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 + 62,375,089

= 187,165,104

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 187,165,104

= 12,834,896 (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：3,670,753

暫結金額：1元/點×已支用點數＝3,670,753

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝69,717,433－3,670,753＝66,046,680

全年合計：預算＝80,000,000

全年已支用點數：13,953,320

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝13,953,320

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝80,000,000－13,953,320

＝66,046,680 (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。

- 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: 144,208
暫結金額= 144,208 (BJ_q1)
未支用金額: 第1季預算—第1季暫結金額= 3,750,000— 144,208= 3,605,792

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 3,605,792= 7,355,792
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= 7,355,792— 291,211= 7,064,581

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 7,064,581= 10,814,581
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= 10,814,581— 350,417= 10,464,164

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 10,464,164= 14,214,164
點值補助差值: 444,698
暫結金額= 444,698 (BJ_q4)
未支用金額: 第4季預算—第4季暫結金額= 14,214,164— 444,698= 13,769,466

全年合計:預算= 15,000,000元
全年點值補助差值: 1,230,534
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)
= 144,208+ 291,211+ 350,417+ 444,698= 1,230,534
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— 1,230,534— 0
= 13,769,466 (E7)(若第4季有結餘款則回歸一般服務費用總額)

7.移撥全年7項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：

7.1 各項移撥款結餘款

	預算	已暫結金額	結餘款
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	200,000,000	187,165,104	12,834,896(E4)
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	80,000,000	13,953,320	66,046,680(E5)
移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」專款	50,000,000	0	50,000,000(E6)
移撥支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」	15,000,000	1,230,534	13,769,466(E7)
合計			142,651,042(E8)

結餘款支用金額

0(E9)

7.2 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

7.9 合計結餘款 = 各項移撥款結餘款合計(E8) - 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(E9)

= 142,651,042(E10)

8.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) + 144,208(BJ_q1) = 268,414,665

未支用金額: 第1季預算-第1季已暫結金額= 311,850,000- 268,414,665 = 43,435,335

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 1,247,400,000/ 4+ 43,435,335 = 355,285,335

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= 355,285,335- 283,177,194 = 72,108,141

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 1,247,400,000/ 4+ 72,108,141 = 383,958,141

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= 383,958,141- 261,066,559 = 122,891,582

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 1,247,400,000/ 4+ 122,891,582 = 434,741,582

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 62,375,089(M29)+ 3,670,753+ 218,100,000(H)+ 0(R) + 444,698(BJ_q4) = 292,090,540

未支用金額: 第4季預算-第4季已暫結金額= 434,741,582- 292,090,540 = 142,651,042

全年合計:預算= 1,247,400,000

全年已暫結金額: 1,104,748,958

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 - 1,104,748,958 - 0

= 142,651,042 (E10)

9.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。

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
列印日期：113/05/15
程式代號：RGBI3208R01
112年第 4季
結算主要費用年月起迄:112/10—112/12
核付截止日期:113/03/31
頁 次： 8

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	18,508,684(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)

= 59,450,283

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 10,549,717

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

=====

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 280,000,000/4 ＋ 10,549,717＝ 80,549,717

(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

＝ 10,395,609

※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 ＋ 10,395,609＝ 80,395,609

(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

＝ 25,146,735

※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 ＋ 25,146,735＝ 95,146,735

(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1：點數 12,000,780(M0)

收入 18,244,048(M1)

執業服務之「論次給付」(論次)M2：已支用點數 4,393,200(M2)

執業計畫診所之品質獎勵費用M13：已支用點數 4,674,000(M13)(傳票日期：

113/05/09)

(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 1,979(M6) 加成已支用點數 393(M3) (傳票日期：113/04/30)

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 44,081,266(M7) 加成已支用點數 8,852,682(M4) (傳票日期：113/04/30)

巡迴計畫之品質獎勵費用M14：已支用點數 8,213,843(M14)(傳票日期：

113/05/09)

(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5：已支用點數 38,669,550(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 10,098(M11) 加成已支用點數 2,010(M8) (傳票日期：113/04/30)

社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量): 加成前點數 15,857,527(M12) 加成已支用點數 3,179,750(M9) (傳票日期：113/04/30)

(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14): 79,986,208(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)

＝ 86,229,476

未支用金額

＝ 第4季預算 － 暫結金額

＝ 8,917,259

※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	48,319,216(N0)	收入	74,222,448(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	15,854,590(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	4,674,000(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	6,339(N6)	加成已支用點數	1,247(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	119,012,674(N7)	加成已支用點數	23,846,041(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	8,213,843(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	131,976,950(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	37,042(N11)	加成已支用點數	7,358(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	61,432,639(N12)	加成已支用點數	12,286,264(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				245,179,509(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)

＝59,450,283＋70,154,108＋55,248,874＋86,229,476＝271,082,741

全年未支用金額＝全年預算－全年已暫結金額＝8,917,259

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

註：

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

(二)牙醫特殊醫療服務全年預算 = 722,100,000

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

第1季：預算 = 722,100,000/4 = 180,525,000

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

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

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,866,327(W01)	3,853,188(WF01)	13,139(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	32,997,250(W02)	31,506,285(WF02)	1,490,965(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,076,376(W03)	23,184,588(WF03)	891,788(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	23,391,594(W04)	22,800,588(WF04)	591,006(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,711,183(W05)	9,301,226(WF05)	409,957(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,370,183(W06)	1,178,285(WF06)	191,898(WN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,445,483(W07)	12,445,084(WF07)	399(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,763,492(W08)	10,762,707(WF08)	785(WN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	15,465,985(W09)	15,464,072(WF09)	1,913(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	694,170(W10)	694,170(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	19,738(W11)	19,738(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	628,369(W12)	628,369(WF12)	0(WN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	14,121,600(W13)	14,121,600(WF13)	0(WN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	463,364(W14)	463,322(WF14)	42(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,447(W15)	8,447(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	300,000(W16)	300,000(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,605(W17)	11,605(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	26,311(W18)	26,311(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	69,756(W19)	69,756(WF19)	0(WN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,831(W20)	5,831(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,530,668(W22)	1,530,668(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,589,757(W23)	1,589,757(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	292,173(W24)	292,173(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	922,761(W25)	922,761(WF25)	0(WN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W26)	0(WF26)	0(WN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	165,723(W27)	165,723(WF27)	0(WN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W28)	0(WF28)	0(WN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(99)合計	154,938,146(W99)	151,346,254(WF99)	3,591,892(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 154,938,146	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 68,615,505		

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：	3,534,854(Y01)	3,524,368(YF01)	10,486(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,149,113(Y02)	32,774,715(YF02)	1,374,398(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,433,034(Y03)	24,661,273(YF03)	771,761(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：	26,227,466(Y04)	25,640,874(YF04)	586,592(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,225,627(Y05)	9,923,037(YF05)	302,590(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,730,233(Y06)	1,499,241(YF06)	230,992(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：	13,893,433(Y07)	13,893,184(YF07)	249(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,618,302(Y08)	11,617,818(YF08)	484(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	15,696,907(Y09)	15,694,399(YF09)	2,508(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	753,985(Y10)	753,943(YF10)	42(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	32,910(Y11)	32,910(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	575,791(Y12)	575,791(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)：	15,276,000(Y13)	15,276,000(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：	547,003(Y14)	547,003(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	24,479(Y15)	24,479(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	348,000(Y16)	348,000(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：	7,433(Y17)	7,433(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：	38,535(Y18)	38,535(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：	66,039(Y19)	66,039(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：	4,646(Y20)	4,646(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：	1,524,653(Y22)	1,524,653(YF22)	0(YN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,891,136(Y23)	1,891,136(YF23)	0(YN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	368,447(Y24)	368,447(YF24)	0(YN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	814,958(Y25)	814,958(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：	278,309(Y27)	278,309(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	165,061,293(Y99)	161,781,191(YF99)	3,280,102(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 165,061,293	＝ 第4季預算－暫結金額＝ 108,809,492		

=====

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：	15,879,893(Z01)	15,824,027(ZF01)	55,866(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	121,583,270(Z02)	116,226,563(ZF02)	5,356,707(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	99,943,169(Z03)	96,708,563(ZF03)	3,234,606(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：	99,500,543(Z04)	97,012,952(ZF04)	2,487,591(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	40,530,179(Z05)	39,049,370(ZF05)	1,480,809(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	5,571,097(Z06)	4,836,499(ZF06)	734,598(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：	47,980,315(Z07)	47,979,190(ZF07)	1,125(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	41,541,083(Z08)	41,533,038(ZF08)	8,045(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：	58,901,883(Z09)	58,894,316(ZF09)	7,567(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,389,705(Z10)	2,389,621(ZF10)	84(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	105,617(Z11)	105,617(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	2,554,260(Z12)	2,554,260(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)：	54,741,600(Z13)	54,741,600(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：	1,933,544(Z14)	1,933,417(ZF14)	127(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	45,511(Z15)	45,511(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	1,276,800(Z16)	1,276,800(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：	30,660(Z17)	30,660(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：	104,697(Z18)	104,697(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：	226,531(Z19)	226,531(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：	47,458(Z20)	47,428(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：	6,105,016(Z22)	6,105,016(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	6,876,093(Z23)	6,876,093(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	1,297,217(Z24)	1,297,217(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	3,383,372(Z25)	3,383,372(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：	740,995(Z27)	740,995(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	613,290,508(Z99)	599,923,353(ZF99)	13,367,155(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 + 165,061,293 ＝ 613,290,508

全年已結算金額＝ 137,496,349 + 154,938,146 + 155,794,720 + 165,061,293 ＝ 613,290,508

=====

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 － (613,290,508 － 0)

＝ 722,100,000 － 613,290,508

＝ 108,809,492 (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1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1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1季未支用金額＝10,000,000/4＋3,425,000＝5,925,000

已支用點數:1,324,000

暫結金額：1元/點×已支用點數＝1,324,000

未支用金額:第4季預算－第4季暫結金額＝5,925,000－1,324,000＝4,601,000

全年合計:預算＝10,000,000

全年已支用點數:5,399,000

全年已結算金額:1元/點×全年已支用點數＝5,399,000

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－(5,399,000－0)

＝4,601,000

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： 54,015

(2)品質獎勵費已支用點數： 16,500

(9)合計已支用點數： 70,515

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 70,515

未支用金額: 第4季預算－第4季暫結金額＝ 59,750,520－ 70,515＝ 59,680,005

程式代號：RGBI3208R01

112年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

列印日期：113/05/15

頁 次： 21

=====

全年合計:預算= 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數： 235,995

(2)品質獎勵費已支用點數： 84,000

(9)合計已支用點數： 319,995

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 319,995

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已結算金額

= 60,000,000 — 319,995

= 59,680,005

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

(五)12-18歲青少年口腔提升試辦計畫

全年預算＝ 271,500,000元

第1季:預算＝271,500,000/4＝ 67,875,000

已支用點數： 5,814,665

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 5,814,665

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

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

已支用點數： 8,864,506

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 8,864,506

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

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

已支用點數： 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： 16,365,668

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 16,365,668

未支用金額： 第4季預算－第4季暫結金額＝ 240,995,836－ 16,365,668＝ 224,630,168

全年合計:預算＝271,500,000

已支用點數： 46,869,832

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數＝ 46,869,832

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 271,500,000－ 46,869,832

＝ 224,630,168

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

(六)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

全年預算＝184,000,000元

第1季:預算＝184,000,000/4＝46,000,000

已支用點數：16,181,755

暫結金額：1元/點×已支用點數＝16,181,755

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

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

已支用點數：19,398,700

暫結金額：1元/點×已支用點數＝19,398,700

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

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

已支用點數：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：27,427,538

暫結金額：1元/點×已支用點數＝27,427,538

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝125,837,143－27,427,538＝98,409,605

全年合計:預算＝184,000,000

已支用點數：85,590,395

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝85,590,395

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝184,000,000－85,590,395

＝98,409,605

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： 20,941,856

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 20,941,856

未支用金額: 第4季預算—第4季暫結金額= 107,432,105— 20,941,856= 86,490,249

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數： 58,309,751

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 58,309,751

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已結算金額

= 144,800,000 — 58,309,751

= 86,490,249

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： 128,621,277

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 128,621,277

未支用金額: 第4季預算—第4季暫結金額= 841,411,434— 128,621,277= 712,790,157

全年合計:預算= 1,010,000,000元

已支用點數： 297,209,843

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 297,209,843

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已結算金額

= 1,010,000,000 — 297,209,843

= 712,790,157

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。

=====

(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： 35,489,902(傳票日期：113/04/01)

全 年已支用點數： 141,037,552

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝141,037,552

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 168,000,000－141,037,552＝ 26,962,448

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

(十)品質保證保留款(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋112年編列之品質保證保留款預算

＝(105年1-4季牙醫一般服務醫療給付費用總額＋各季校正投保人口預估成長率差值)×106年品質保證保留款成長率(0.30%)＋93,900,000

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

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

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

＝210,282,605

三、一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額:

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=[(D2)－(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)(註3)		0	0	190,000,000	188,256,570	378,256,570
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	80,210	80,210
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	(BD_q1) 3,986,988,032	(BD_q2) 4,263,239,238	(BD_q3) 4,502,914,072	(BD_q4) 4,366,590,992	(加總BD) 17,119,732,334
	北區分區	1,740,112,427	1,869,648,256	1,990,507,473	1,934,841,571	7,535,109,727
	中區分區	1,941,464,611	2,080,259,444	2,204,978,243	2,136,338,470	8,363,040,768
	南區分區	1,365,865,833	1,457,617,857	1,535,926,650	1,486,599,346	5,846,009,686
	高屏分區	1,493,872,128	1,594,693,224	1,679,312,207	1,628,472,016	6,396,349,575
	東區分區	210,480,150	224,514,055	237,679,788	230,602,007	903,276,000
	小計	10,738,783,181	11,489,972,074	12,151,318,433	11,783,444,402	46,163,518,090

(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)+移撥全年7項一般服務移撥專用費用各分區結餘款(BE10)

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	188,256,570	378,256,570
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	80,210	80,210
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) 4,382,839,933	(註2)(加總BD1) 17,119,925,630
	北區分區	1,800,183,046	1,846,727,758	1,945,671,897	1,942,041,496	7,534,624,197
	中區分區	2,008,486,132	2,054,757,010	2,155,311,779	2,144,288,204	8,362,843,125
	南區分區	1,413,017,043	1,439,748,546	1,501,330,370	1,492,131,273	5,846,227,232
	高屏分區	1,545,442,258	1,575,143,471	1,641,486,211	1,634,531,880	6,396,603,820
	東區分區	217,746,160	221,761,679	232,326,124	231,460,123	903,294,086
	小計	11,109,497,939	11,349,113,559	11,877,613,683	11,827,292,909	46,163,518,090
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

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= H×Ha_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= I×R_110	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0

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.尚未移撥全年7項一般服務移撥專用 費用結餘款前之各分區一般服務預算 總額(BD2)=(BD1)+(BH)-(BI) +(Z)	臺北分區	4,206,246,196	4,292,597,991	4,483,110,198	4,464,462,827	17,446,417,212
	北區分區	1,832,096,620	1,878,641,332	1,977,585,471	1,973,955,070	7,662,278,493
	中區分區	2,055,270,109	2,101,540,987	2,202,095,756	2,191,072,183	8,549,979,035
	南區分區	1,435,826,833	1,462,558,336	1,524,140,160	1,514,941,063	5,937,466,392
	高屏分區	1,584,677,803	1,614,379,016	1,680,721,756	1,673,767,424	6,553,545,999
	東區分區	220,980,378	224,995,897	235,560,342	234,694,342	916,230,959
	小計	11,335,097,939	11,574,713,559	12,103,213,683	12,052,892,909	47,065,918,090
13.移撥全年7項一般服務移撥專用費用 結餘款E10(註11)					142,651,042	142,651,042
14.移撥全年7項一般服務移撥專用費用 各分區結餘款BE10= E10×R_110	臺北分區				52,862,197	52,862,197
	北區分區				23,423,301	23,423,301
	中區分區				25,862,634	25,862,634
	南區分區				17,996,855	17,996,855
	高屏分區				19,714,374	19,714,374
	東區分區				2,791,681	2,791,681
	小計				142,651,042	142,651,042
15.調整後各季分區一般服務預算總額 (BD3)=(BD2)+(BE10)	臺北分區	4,206,246,196	4,292,597,991	4,483,110,198	4,517,325,024	17,499,279,409
	北區分區	1,832,096,620	1,878,641,332	1,977,585,471	1,997,378,371	7,685,701,794
	中區分區	2,055,270,109	2,101,540,987	2,202,095,756	2,216,934,817	8,575,841,669
	南區分區	1,435,826,833	1,462,558,336	1,524,140,160	1,532,937,918	5,955,463,247
	高屏分區	1,584,677,803	1,614,379,016	1,680,721,756	1,693,481,798	6,573,260,373
	東區分區	220,980,378	224,995,897	235,560,342	237,486,023	919,022,640
	小計	11,335,097,939	11,574,713,559	12,103,213,683	12,195,543,951	47,208,569,132

=====

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季扣減188,256,570元。
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，於112年第4季扣減80,210元。
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3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/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。

四、一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

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(註)	投保 分區前季點值	核定浮動點數(註) ×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	3,859,972,300(BF)	0.91820071	-----	34,675,548	179,784
	2-北區分區	385,135,270	0.91820071	353,631,478	3,205,333	
	3-中區分區	230,680,827	0.91820071	211,811,299	1,920,248	
	4-南區分區	133,934,945	0.91820071	122,979,162	1,144,242	
	5-高屏分區	177,415,570	0.91820071	162,903,102	1,334,154	
	6-東區分區	23,198,294	0.91820071	21,300,690	277,893	
	7-合計	4,810,337,206(GF)		872,625,731(AF)	42,557,418(BG)	179,784(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	254,982,681	0.99769888	254,395,935	2,488,446	
	2-北區分區	1,492,316,087(BF)	0.99769888	-----	12,794,634	86,693
	3-中區分區	99,659,942	0.99769888	99,430,613	842,435	
	4-南區分區	66,131,789	0.99769888	65,979,612	530,716	
	5-高屏分區	38,354,727	0.99769888	38,266,468	294,494	
	6-東區分區	4,240,475	0.99769888	4,230,717	61,548	
	7-合計	1,955,685,701(GF)		462,303,345(AF)	17,012,273(BG)	86,693(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	78,489,188	0.99923680	78,429,285	748,426	
	2-北區分區	45,090,184	0.99923680	45,055,771	396,567	
	3-中區分區	1,981,860,398(BF)	0.99923680	-----	16,963,326	92,615
	4-南區分區	45,316,528	0.99923680	45,281,942	456,205	
	5-高屏分區	31,743,022	0.99923680	31,718,796	263,687	
	6-東區分區	2,994,218	0.99923680	2,991,933	36,784	
	7-合計	2,185,493,538(GF)		203,477,727(AF)	18,864,995(BG)	92,615(BJ)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數(註)	投保 分區前季點值	核定浮動點數(註) ×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	64,566,649	1.05641665	68,209,283	654,740	
	2-北區分區	29,316,013	1.05641665	30,969,924	265,170	
	3-中區分區	70,440,980	1.05641665	74,415,024	640,339	
	4-南區分區	1,211,815,799(BF)	1.05641665	-----	11,816,383	79,546
	5-高屏分區	68,385,596	1.05641665	72,243,682	544,891	
	6-東區分區	2,638,888	1.05641665	2,787,765	31,831	
	7-合計	1,447,163,925(GF)		248,625,678(AF)	13,953,354(BG)	79,546(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	46,028,290	1.03975851	47,858,306	416,271	
	2-北區分區	19,188,247	1.03975851	19,951,143	179,591	
	3-中區分區	33,049,437	1.03975851	34,363,433	309,528	
	4-南區分區	68,657,684	1.03975851	71,387,411	586,682	
	5-高屏分區	1,472,012,657(BF)	1.03975851	-----	12,051,376	32,124
	6-東區分區	3,693,339	1.03975851	3,840,181	46,186	
	7-合計	1,642,629,654(GF)		177,400,474(AF)	13,589,634(BG)	32,124(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,716,820	1.15107524	16,940,167	151,667	
	2-北區分區	5,151,784	1.15107524	5,930,091	54,500	
	3-中區分區	5,012,242	1.15107524	5,769,468	51,453	
	4-南區分區	2,864,606	1.15107524	3,297,377	46,276	
	5-高屏分區	6,841,846	1.15107524	7,875,480	57,041	
	6-東區分區	156,547,770(BF)	1.15107524	-----	1,917,836	13,970
	7-合計	191,135,068(GF)		39,812,583(AF)	2,278,773(BG)	13,970(BJ)

註：本表浮動點數不含高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)核定浮動點數。

2.高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)一般服務各跨區就醫核定浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值 或估算點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值 或估算點值
1-臺北分區	1-臺北分區	4,340,314(BF1)	0.91823513	3,985,429
	2-北區分區	186,650	0.91820071	171,382
	3-中區分區	258,693	0.91820071	237,532
	4-南區分區	125,866	0.91820071	115,570
	5-高屏分區	178,182	0.91820071	163,607
	6-東區分區	69,943	0.91820071	64,222
	7-合計	5,159,648(GF1)		4,737,742(AF1)
2-北區分區	1-臺北分區	250,442	0.99769888	249,866
	2-北區分區	972,486(BF1)	1.00054892	973,020
	3-中區分區	92,327	0.99769888	92,115
	4-南區分區	43,318	0.99769888	43,218
	5-高屏分區	39,170	0.99769888	39,080
	6-東區分區	20,263	0.99769888	20,216
	7-合計	1,418,006(GF1)		1,417,515(AF1)
3-中區分區	1-臺北分區	69,143	0.99923680	69,090
	2-北區分區	36,332	0.99923680	36,304
	3-中區分區	2,668,968(BF1)	0.99189788	2,647,344
	4-南區分區	44,039	0.99923680	44,005
	5-高屏分區	24,416	0.99923680	24,397
	6-東區分區	12,581	0.99923680	12,571
	7-合計	2,855,479(GF1)		2,833,711(AF1)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值 或估算點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值 或估算點值
4-南區分區	1-臺北分區	74,645	1.05641665	78,856
	2-北區分區	17,471	1.05641665	18,457
	3-中區分區	80,346	1.05641665	84,879
	4-南區分區	1,388,261(BF1)	1.03199191	1,432,674
	5-高屏分區	68,563	1.05641665	72,431
	6-東區分區	10,495	1.05641665	11,087
	7-合計	1,639,781(GF1)		1,698,384(AF1)
5-高屏分區	1-臺北分區	51,003	1.03975851	53,031
	2-北區分區	11,196	1.03975851	11,641
	3-中區分區	31,436	1.03975851	32,686
	4-南區分區	74,799	1.03975851	77,773
	5-高屏分區	1,626,668(BF1)	1.00605391	1,636,516
	6-東區分區	9,099	1.03975851	9,461
	7-合計	1,804,201(GF1)		1,821,108(AF1)
6-東區分區	1-臺北分區	17,485	1.15107524	20,127
	2-北區分區	2,100	1.15107524	2,417
	3-中區分區	5,597	1.15107524	6,443
	4-南區分區	2,792	1.15107524	3,214
	5-高屏分區	6,300	1.15107524	7,252
	6-東區分區	494,317(BF1)	1.22610167	606,083
	7-合計	528,591(GF1)		645,536(AF1)

五、估算尚未移撥全年7項一般服務移撥專用費用結餘款前之預算總額浮動點值

1.估算一般服務浮動每點支付金額 = [估算尚未移撥全年7項一般服務移撥專用費用結餘款前之預算總額(BD2)

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數(含牙結石清除)×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) + 「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(BF1)]

臺北分區 = [4,464,462,827 — 873,378,045 — 42,557,418 — 179,784]／ [3,864,312,614] = 0.91823513

北區分區 = [1,973,955,070 — 462,747,840 — 17,012,273 — 86,693]／ [1,493,288,573] = 1.00054892

中區分區 = [2,191,072,183 — 203,664,095 — 18,864,995 — 92,615]／ [1,984,529,366] = 0.99189788

南區分區 = [1,514,941,063 — 248,891,388 — 13,953,354 — 79,546]／ [1,213,204,060] = 1.03199191

高屏分區 = [1,673,767,424 — 177,585,065 — 13,589,634 — 32,124]／ [1,473,639,325] = 1.00605391

東區分區 = [234,694,342 — 39,852,034 — 2,278,773 — 13,970]／ [157,042,087] = 1.22610167

2.估算一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[估算尚未移撥全年7項一般服務移撥專用費用結餘款前之預算總額(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) + 加總「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(GF1)]

= [12,052,892,909 — 108,256,447 — 484,732]／ [12,245,850,798] = 0.97536316

六、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1.一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD3)

— 「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數×該分區估算點值(AF1)

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數(不含牙結石清除)×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 = [4,517,325,024 — 4,737,742 — 872,625,731 — 42,557,418 — 179,784]／ [3,859,972,300] = 0.93193009

北區分區 = [1,997,378,371 — 1,417,515 — 462,303,345 — 17,012,273 — 86,693]／ [1,492,316,087] = 1.01624485

中區分區 = [2,216,934,817 — 2,833,711 — 203,477,727 — 18,864,995 — 92,615]／ [1,981,860,398] = 1.00494756

南區分區 = [1,532,937,918 — 1,698,384 — 248,625,678 — 13,953,354 — 79,546]／ [1,211,815,799] = 1.04684306

高屏分區 = [1,693,481,798 — 1,821,108 — 177,400,474 — 13,589,634 — 32,124]／ [1,472,012,657] = 1.01944671

東區分區 = [237,486,023 — 645,536 — 39,812,583 — 2,278,773 — 13,970]／ [156,547,770] = 1.24393443

2.一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(BD3)

— 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) + 加總「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(GF1)]

$$=[12,195,543,951 - 108,256,447 - 484,732] / 12,245,850,798 = 0.98701209$$

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：113/05/15
 112年第 4季 結算主要費用年月起迄：112/10－112/12 核付截止日期：113/03/31 頁 次： 37

3.一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD3)
 / [(一般服務核定浮動點數(GF) + 「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(GF1))
 + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [4,517,325,024] / [4,815,496,854 + 42,557,418 + 179,784] = 0.92982861
北區分區	= [1,997,378,371] / [1,957,103,707 + 17,012,273 + 86,693] = 1.01173927
中區分區	= [2,216,934,817] / [2,188,349,017 + 18,864,995 + 92,615] = 1.00436196
南區分區	= [1,532,937,918] / [1,448,803,706 + 13,953,354 + 79,546] = 1.04792149
高屏分區	= [1,693,481,798] / [1,644,433,855 + 13,589,634 + 32,124] = 1.02136610
東區分區	= [237,486,023] / [191,663,659 + 2,278,773 + 13,970] = 1.22442993

4.一般服務全區平均點值
 = [12,195,543,951] / [12,245,850,798 + 108,256,447 + 484,732] = 0.98712640

5.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(BD3)
 + 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) + 加總「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(GF1))
 + 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]

$$= [12,195,543,951 + 535,026,604 + 62,375,089 + 3,670,753 + 444,698] / [12,245,850,798 + 108,256,447 + 484,732 + 528,783,336 + 59,950,870] = 0.98869957$$

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
 = 165,061,293 + 86,229,476 + 35,489,902 + 1,324,000 + 70,515 + 16,365,668 + 27,427,538 + 20,941,856
 + 128,621,277 + 53,495,079
 = 535,026,604

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。

七、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 11,827,292,909(BD1)

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD3)=〔(D2合計)×Ra×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)+移撥全年7項一般服務移撥專用費用各分區結餘款(BE10)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,517,325,024
調整後北區分區一般服務預算總額	=	1,997,378,371
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,216,934,817
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,532,937,918
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,693,481,798
調整後東區分區一般服務預算總額	=	237,486,023

總計 12,195,543,951

(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(BD3)

－ [((一般服務核定浮動點數(GF) + 「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(GF1))
+ 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)= 237,486,023－[(191,663,659+ 2,278,773+ 13,970)×1.15]= 14,436,161

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	33,819,908(P)+當季保留款	14,436,161(T1)=	48,256,069

(三)修正後分區一般服務預算總額(BD4)=調整後分區一般服務預算總額(BD3)(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	=	4,517,325,024(BD3)-	0	=	4,517,325,024
修正後北區分區一般服務預算總額	=	1,997,378,371(BD3)-	0	=	1,997,378,371
修正後中區分區一般服務預算總額	=	2,216,934,817(BD3)-	0	=	2,216,934,817
修正後南區分區一般服務預算總額	=	1,532,937,918(BD3)-	0	=	1,532,937,918
修正後高屏分區一般服務預算總額	=	1,693,481,798(BD3)-	0	=	1,693,481,798
修正後東區分區一般服務預算總額	=	237,486,023(BD3)-14,436,161	=		223,049,862

總計

12,181,107,790

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。

報 3-42

$$\begin{aligned}
& 5. \text{修正後牙醫門診總額平均點值} = \text{加總}[\text{依調整後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)暫結金額}] \\
& \quad \div \text{加總}[(\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(GF1)}) \\
& \quad + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} \\
& \quad + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}] \\
& = [12,181,107,790 + 535,026,604 + 62,375,089 + 3,670,753 + 444,698] \\
& \div [12,245,850,798 + 108,256,447 + 484,732 + 528,783,336 + 59,950,870] = 0.98758424
\end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned}
& = 165,061,293 + 86,229,476 + 35,489,902 + 1,324,000 + 70,515 + 16,365,668 + 27,427,538 + 20,941,856 \\
& \quad + 128,621,277 + 53,495,079 \\
& = 535,026,604
\end{aligned}$$

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

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/09(含)以前：於113/01/01～113/03/31期間核付者。

費用年月112/10～112/12：於112/10/01～113/03/31期間核付者。

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

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「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」之保留款之運用，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-3 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、建議依方案第四項保留款之運用修改第 3 項為「鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診之醫療服務」，將週六納入；保留款運用之計算方式調整每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。
- 三、鼓勵該分區週日及國定假日看診之申報院所執行情形及花東院所 107 年-112 年週六申報情形，東區 109-112 年看診件數及醫療點數(資料來源：本署東區業務組)：

	109 年					110 年				
假日別	件數	醫療費用	院所數	醫師數	病人數	件數	醫療費用	院所數	醫師數	病人數
週六	34,847	48,352,945	106	166	25,005	31,982	43,650,068	100	159	23,508
週日	1,152	1,852,661	28	39	960	1,378	2,225,448	28	40	1,033
國定假日	10,186	14,960,214	119	192	9,429	7,311	10,824,958	104	180	6,889
合計	46,185	65,165,820	126	218	32,878	40,671	56,700,474	116	215	29,596

	111 年					112 年				
假日別	件數	醫療費用	院所數	醫師數	病人數	件數	醫療費用	院所數	醫師數	病人數
週六	31,080	4,227,2972	103	168	22,800	31,403	43,094,187	104	168	23,109
週日	1,303	1,985,654	32	41	958	1,250	2,312,965	28	38	937
國定假日	3,007	4,619,370	74	110	2,880	9,746	14,356,191	112	176	9,036
合計	35,390	48,877,996	110	189	25,644	42,399	59,763,343	123	219	31,080

- 四、為鼓勵院所週六、週日及國定假日開診，建議修訂第四條保留款之運用及第五條保留款運用之計算方式中每件醫療點數加成比例，修訂對照表詳附件 (頁次討 1-3)。

本署意見：

- 一、 同意牙全會之建議。
- 二、 擬於決議後，依程序報部核定，並溯自 113 年 1 月 1 日生效。

決 議：

全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案 修訂對照表

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
本項未修訂	一、依據：全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 112 年度第 3 次紀錄。	一、依據：全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 112 年度第 3 次紀錄。	本項未修訂
本項未修訂	二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。	二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。	未修訂
本項未修訂	三、保留款機制： (一)依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。 (二)以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。	三、保留款機制： (一)依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。 (二)以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。	未修訂
四、保留款之運用： (一)該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。 (二)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。 (三)鼓勵該分區 <u>週六</u> 、週日及國定假日開診之醫療服務。 (四)鼓勵該分區醫療資源不足區	四、保留款之運用： (一)該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。 (二)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。 (三)鼓勵該分區 <u>週六</u> 、週日及國定假日開診之醫療服務。 (四)鼓勵該分區醫療資源不足區	四、保留款之運用： (一)該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。 (二)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。 (三)鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務。 (四)鼓勵該分區醫療資源不足區	同意牙全會建議，為鼓勵院所週六開診，修訂保留款之運用條

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。 (五)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。	之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。 (五)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。	之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。 (五)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。	文。
五、保留款運用之計算方式： (一)以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。如保留款不足時，則依該分區院所結算點數，按比例分配。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以 3 年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一	五、保留款運用之計算方式： (一)以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。如保留款不足時，則依該分區院所結算點數，按比例分配。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以 3 年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一	五、保留款運用之計算方式： (一)以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。如保留款不足時，則依該分區院所結算點數，按比例分配。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以 3 年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一	同意牙全會建議，新增及修訂週六開診之醫療服

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
年不超過±20%者),其核定點數(含部分負擔)以每點1.3元支付鼓勵。如保留款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 2.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區<u>週六、週日及國定假日開診</u>,每件醫療點數<u>週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%</u>。如保留款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 ※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含勞雇	年不超過±20%者),其核定點數(含部分負擔)以每點1.3元支付鼓勵。如保留款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 2.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區<u>週六、週日及國定假日開診</u>,每件醫療點數<u>週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%</u>。如保留款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 ※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含勞雇	年不超過±20%者),其核定點數(含部分負擔)以每點1.3元支付鼓勵。如保留款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 2.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週日及國定假日開診,每件醫療點數加計 20%。如保留款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 ※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含勞雇雙方排定之補假日)。 3.前項分配後之餘款則列入	務,每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
雙方排定之補假日)。 3.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.5 元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 (三)前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前	雙方排定之補假日)。 3.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.5 元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 (三)前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依	鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.5 元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 (三)前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第 1 季一	

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
(一)(二)項分配後之餘款比例， 回歸該分區次年第 1 季一般預算。	前(一)(二)項分配後之餘款比例， 回歸該分區次年第 1 季一般預算。	般預算。	
本項未修訂	六、本方案由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後， 報請主管機關核定後公告實施， 並副知健保會，修正時亦同，惟屬 執行面之修正，得由保險人逕行 公告	六、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後送全民健康保險會備查， 並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬 執行面之修正，得由保險人逕行 公告。	未修訂

討論事項第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)之預算支應方式，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-3 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、113 年第 1 次健保會議程中，「113 年高風險疾病口腔照護計畫」經費推估方式以相較現有樹脂充填項目(89004C-89015C)，每項目增加 400 點(差額)的方式進行推估。
- 三、承上，「113 年高風險疾病口腔照護計畫」預算支應方式，其中高風險疾病病人複雜性複合體充填項目的支應方式應修正為與 89004C-89015C 項目差額 400 點。
- 四、高風險口腔照護計畫相關試算內容如下：

編號	點數	112 年 65 歲 以上申報醫令數	推估 112 年 65 歲 以上申報點數	若以差額 400 點推估 65 歲以上申報點數
89004C	500	338,165	169,082,500	135,266,000
89005C	650	234,212	152,237,800	93,684,800
89008C	600	519,430	311,658,000	207,772,000
89009C	800	372,878	298,302,400	149,151,200
89010C	1,000	165,102	165,102,000	66,040,800
89012C	1,050	125,836	132,127,800	50,334,400
89014C	1,200	46,154	55,384,800	18,461,600
89015C	1,450	32,200	46,690,000	12,880,000
小計		1,833,977	1,330,585,300	733,590,800

編號	診療項目	112 年申報點數
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口	38,046,120
P7301C	高齲齒率病患氟化物治療	86,011,950
P7302C*	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療	300,378,850

- 五、修訂高風險口腔照護計畫，於「七、醫療費用申報、審查及點值結算」，新增第三項「高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)由本計畫經費給付 400 點，其餘點數由一般

服務預算支應。」，修訂對照表詳附件(頁次討 2-3)。

本署意見：

- 一、牙全會建議新增第七點第一項「高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)由本計畫經費給付 400 點，其餘點數由一般服務預算支應」，建議酌修文字為「高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)由本計畫經費給付 400 點，其餘點數由一般服務預算支應」。
- 二、本案依程序報健保會，同意後，報部核定。

決 議：

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修訂對照表

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	無修訂
二、目的： 針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康，爰整併全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)中「高風險疾病口腔照護」相關診療項目，與112年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」二專款項目之評估指標。	二、目的： 針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康，爰整併全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)中「高風險疾病口腔照護」相關診療項目，與112年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」二專款項目之評估指標。	二、目的： 針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康，爰整併全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)中「高風險疾病口腔照護」相關診療項目，與112年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」二專款項目之評估指標。	無修訂
三、實施期間： 113年1月1日起至113年12月	三、實施期間： 113年1月1日起至113年	三、實施期間： 113年1月1日起至113年	無修訂

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
31 日止。本計畫給付項目及支付標準，自 113 年 3 月 1 日起適用。	12 月 31 日止。本計畫給付項目及支付標準，自 113 年 3 月 1 日起適用。	12 月 31 日止。本計畫給付項目及支付標準，自 113 年 3 月 1 日起適用。	
四、預算來源： (一)113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 1,599 百萬元。 <u>(二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。</u>	四、預算來源： 113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 1,599 百萬元。	四、預算來源： 113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 1,599 百萬元。	原牙全會建議於「七醫療費用申報、審查及點值結算」新增之條文，因屬預算運用說明，故移列至第四點，並酌修文字。
五、執行目標： (一)113 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 80,000 人次。	五、執行目標： (一)113 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 80,000 人次。	五、執行目標： (一)113 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 80,000 人次。	無修訂

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
(二)113 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。	(二)113 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。	(二)113 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。	
六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。	六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。	六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。	無修訂
七、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二)本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，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	七、醫療費用申報、審查及點值結算： <u>(一)高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)由本計畫經費給付 400 點，其餘點數由一般服務預算支應。</u> (二)除另有規定外，依醫療服務支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費	七、醫療費用申報、審查及點值結算： (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。 (二)本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，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	建議新增條文移列至四、預算來源並酌修文字。

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
	用申報、審查及核付事宜。 (三)本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，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。		
八、預期效益之評估指標： (一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。	八、預期效益之評估指標： (一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。	八、預期效益之評估指標： (一)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (二)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 評估指標之定義： 1.年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。	無修訂。

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。 分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。 公式：分子/分母。 2.年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母*100%。	分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。 分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。 公式：分子/分母。 2.年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母*100%。	分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。 分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。 公式：分子/分母。 2.年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)—(前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險疾病病人的平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母*100%。	
九、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險	九、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險	九、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依全民健康保險保險人(以下稱保險	無修訂。

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	說明
人)公告實施日期辦理。	人)公告實施日期辦理。	人)公告實施日期辦理。	
十、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	十、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	十、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	無修訂。

討論事項第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關 113 年度牙醫門診總額協定預算扣減方式，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-3 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議暨 113 年牙醫總額協定事項暨 113 年第 1 次健保會決議/決定事項辦理辦理。
- 二、「12~18 青少年口腔提升照護試辦計畫」協定，依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部份之費用，確認 113 年之扣減方式，112 年扣減方式及結果如下：
 - (一) 112 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)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) 結果：112 年度本項與一般服務重複費用約 0.08 百萬元，將依時程規劃於 112 年第 4 季結算時依實際執行結果校正扣減費用。
- 三、113 年度牙醫門診總額協定預算扣減方式，15-3 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議：「12~18 青少年口腔提升照護試辦計畫」：若 112 年度就醫率提升，則不應進行扣款，反之扣減方式採用 112 年協定之扣減方式。

本署意見：

- 一、本案相關計畫之 113 年總額協定事項及健保會紀錄如下表：

方案	協定事項	健保會紀錄
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	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，請於 113 年 7 月提全民健康保險會報	依據 113 年 3 月 13 日健保會第 2 次委員會議決定，基於年度總額協定項目由衛生福利部核(決)定、公告後，已屬政策決定事項，本會無權更動，本案若總額部門

方案	協定事項	健保會紀錄
	告。	有不扣款之要求，應由該總額部門受託團體代表委員，依「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」所訂程序，提案至委員會討論，決議達共識部分，再向衛生福利部提出建議。
高風險疾病口腔照護計畫-複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)	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組額預算財源。	依據 113 年 1 月 24 日健保會第 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。
高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)	依 111 年牙醫總額公告 (1) 依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。 (2) 檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益，並納入總額預算財源。	

二、依健保會總額公告，12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫應予扣減，同意牙全會維持 112 年扣減方式。

三、有關複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)，如討論事項第2案決議通過，採400點納入結算，本案則同意不予扣減。

四、牙結石清除與一般部門重複部分，係依健保會113年1月24日決議，作為114年總額協商之參考，仍請牙全會提供扣減方式，查112年本項扣減方式如下，請參考。

項目	協定文字	112年扣減方式
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)。

決 議：

討論事項第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂支付標準「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-3 牙醫門診醫療服務審查執行會暨 15-6 牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議辦理。
- 二、為鼓勵新增項目執行率，將新增項目費用納入申報總醫療費用點數，不列入計算之項目，113 年新增項目如下所列：
 - (一) 特定疾病病人牙科就醫安全計畫：特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)。
 - (二) 高風險疾病口腔照護計畫：高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填-單面(89204C)、高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填-雙面(89205C)、高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填-單面(89208C)、高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填-雙面(89209C)、高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填-三面(89210C)、高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填(89212C)、高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填(89214C)、高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填(89215C)。
- 三、支付標準「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」修訂內容詳附件(頁次討 4-3)，不列入計算項目新增(22)特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、(23)高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C-89215C)差額為 400 點。

本署意見：

- 一、牙醫支付標準附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則，係為改善非都會區就醫可近性，確保牙醫醫療服務品質而訂定，對適用鄉鎮（多為都會區）每位醫師每月申報總醫療費用點數扣除特定排除項目費用點數，超過 55 萬點部分按級距予以折付。
- 二、查 113 年牙醫門診總額於協商因素成長率-特定疾病病人牙科就醫安全計畫編列 307.1 百萬元，用於新增 P3601C「特定疾

病病人牙科就醫安全」診療項目，於 113 年 4 月 1 日生效。

三、另查 113 年牙醫門診總額於協商因素成長率-高風險疾病口腔照護計畫編列 1,599 百萬元，用於 91090C「高風險疾病病人牙結石清除-全口」、P7302C「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」及 89204C-89215C「高風險疾病病人複雜性複合體充填」，於 113 年 3 月 1 日生效。

四、本次牙全會為鼓勵牙醫師提供特定疾病病人牙科就醫安全，將特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)、高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C-89215C)差額為 400 點納入附表 3.3.3 排除項目，本署予以尊重。

決 議：

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

修訂對照表

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	備註	本署意見
一、實施範圍定義： (一)醫療費用 1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。 2. 下列項目費用，不列入計算： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。 (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。 (4)案件分類為19－牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。 (5)案件分類為19－特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (6)案件分類為19－特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容	一、實施範圍定義： (一)醫療費用 3. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。 4. 下列項目費用，不列入計算： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。 (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。 (4)案件分類為19－牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。 (5)案件分類為19－特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (6)案件分類為19－特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容	一、實施範圍定義： (一)醫療費用 1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。 2. 下列項目費用，不列入計算： (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。 (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。 (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。 (4)案件分類為19－牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。 (5)案件分類為19－特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。 (6)案件分類為19－特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容	鼓勵牙醫師特 定疾病病人牙 科就醫安全及 高風險疾病病 人複雜性複合 體充填。	尊重牙全會， 另將高風險 疾病照護計 畫相關項目 列於同一項 下。

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	備註	本署意見
於矯正機關者醫療服務計畫。 (7)案件分類為A3－牙齒預防保健案件。 (8)案件分類為B6－職災代辦案件。 (9)案件分類為19－定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。 (10)案件分類為19－口腔黏膜難症特別處置(92073C)。 (11)案件分類為B7－行政協助門診戒菸部份。 (12)加成之點數。 (13)初診診察費差額。 (14)加強感染管制實施方案診察費差額。 (15)山地離島診察費差額。 (16)牙醫急診診察費差額。 (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。 (18)糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口	於矯正機關者醫療服務計畫。 (7)案件分類為A3－牙齒預防保健案件。 (8)案件分類為B6－職災代辦案件。 (9)案件分類為19－定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。 (10)案件分類為19－口腔黏膜難症特別處置(92073C)。 (11)案件分類為B7－行政協助門診戒菸部份。 (12)加成之點數。 (13)初診診察費差額。 (14)加強感染管制實施方案診察費差額。 (15)山地離島診察費差額。 (16)牙醫急診診察費差額。 (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。 (18)糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口	於矯正機關者醫療服務計畫。 (7)案件分類為A3－牙齒預防保健案件。 (8)案件分類為B6－職災代辦案件。 (9)案件分類為19－定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。 (10)案件分類為19－口腔黏膜難症特別處置(92073C)。 (11)案件分類為B7－行政協助門診戒菸部份。 (12)加成之點數。 (13)初診診察費差額。 (14)加強感染管制實施方案診察費差額。 (15)山地離島診察費差額。 (16)牙醫急診診察費差額。 (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。 (18)糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口		

本署修訂條文	牙全會建議修訂條文	原條文	備註	本署意見
(91090C)。 (19) 唾液腺摘取術(每部位)(92161B)、超音波根管沖洗(P7303C)。 (20) 青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。 (21) 齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。 <u>(22)(21) 特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)。</u> <u>(23)(22) 高風險疾病口腔照護計畫：</u> <u>A. 高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。</u> <u>B. 齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。</u> <u>C. 高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C-89215C)差額為400點。</u>	(91090C)。 (19) 唾液腺摘取術(每部位)(92161B)、超音波根管沖洗(P7303C)。 (20) 青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。 (21) 齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。 <u>(22) 特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)。</u> <u>(23) 高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C-89215C)差額為400點。</u>	(91090C)。 (19) 唾液腺摘取術(每部位)(92161B)、超音波根管沖洗(P7303C)。 (20) 青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。 (21) 齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。		

討論事項第五案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之支付項目及預期效益之評估指標，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-3 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、預期效益之評估指標(一)「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」操作型定義(附件 1，頁次討 5-3)。
- 三、建議修訂支付標準 P3601C 備註(四)為「病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之糖化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。」，修訂對照表詳附件 2(頁次討 5-4)。

本署意見：

- 一、依 113 年 1 月 24 日健保會 113 年第 1 次委員會決議事項，研議預期效益之評估指標「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」之操作型定義及追蹤方式。
- 二、為利計算，案內評估指標，請牙全會提供下列操作型定義(修訂對照表如附件 1)：
 - (一)抗凝血劑之醫令代碼或 ATC 碼。
 - (二)「有服用抗凝血劑病人」之定義，如牙醫拔牙日期≤開立抗凝血劑可使用最大日期(開立處方就醫日期+開立處方用藥日份)。
- 三、有關支付標準 P3601C 備註(四)，原為「病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血紅素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。」修訂為「病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之糖化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血

糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。」，請牙全會說明原因。

擬 辦：

- 一、前開評估指標如獲通過，將提健保會報告，據以實施。
- 二、有關修訂支付標準P3601C備註(四)，如獲通過，將依程序提「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。

決 議：

- 評估指標：降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。

- 操作型定義：

牙全會意見	本署建議修訂
1.分母：有服用抗凝血劑病人在院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。 分子：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位拔牙後特別處理(92012C)之案件數。 公式：分子/分母*100%。 2.分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。 分子：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位牙醫急症處置-每次門診限申報一次	本署建議修訂 一、建議公式酌修如下： <u>公式 1：服用抗凝血病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理比率</u> 分母 1：有服用抗凝血劑病人在院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。 分子 1：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位拔牙後特別處理(92012C)之案件數。 <u>公式 1：分子 1/分母 1*100%。</u> <u>公式 2：服用抗凝血病人經牙科處置，至院所牙醫急症處置比率</u> 分母 2：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。 分子 2：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位牙醫急症處置-每次門診限申報一次(92093B)之案件數。

(92093B)之案件數。 公式：分子/分母*100%。	公式 2：分子 2/分母 2*100%。 公式 3：(分子 1+分子 2)/分母*100%。 二、請牙全會提供下列操作型定義： (一) 抗凝血劑之醫令代碼或 ATC 碼。 (二) 「有服用抗凝血劑病人」之定義， 如牙醫拔牙日期≤開立抗凝血劑 可使用最大日期(開立處方就醫日 期+開立處方用藥日份)。
--	--

- [註]1.抗凝血劑為：(1)aspirin、(2)保栓通 Clopidogrel (Plavix)、(3)肝素 heparin、(4)wafarin、(5)鏈激酶 streptokinase、(6)recombinant tissue plasminogen activator (r-tPA)。
- 2.拔牙醫令：92013C(簡單性拔牙)、92014C(複雜性拔牙)、92015C(單純齒切除術)、92016C(複雜齒切除術)、92063C(手術拔除深部阻生齒)、92055C(乳牙拔除)、92092C(乳牙複雜性拔牙)
- 3.因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92012C(拔牙後特別處理)代替，但該醫令適應症包含乾性齒槽炎或縫合止血及局部麻醉。
- 4.因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92093B(牙醫急症處置-每次門診限申報一次)代替，但該醫令適應症包含(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者、(2)外傷導致之牙齒斷裂、(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血、(4)下顎關節脫臼、(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎、(6)口腔及顏面撕裂傷。

特定疾病病人牙科就醫安全診療項目修訂對照表

編號	修訂內容	原內容	備註
P3601C	特定疾病病人牙科就醫安全註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 血液透析及腹膜透析病人。 7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 9. 其他未明示之疾病病人。 (二)該院所該牙醫師當年度第一次申報本項時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表(如附件)。 (三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。 (四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之<u>空腹血糖(AC sugar)</u><u>糖化血紅素(HbA1c)</u>或最近一次<u>糖化血紅素(HbA1c)</u><u>空腹血糖(AC sugar)</u>、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。	特定疾病病人牙科就醫安全註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 血液透析及腹膜透析病人。 7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 9. 其他未明示之疾病病人。 (二)該院所該牙醫師當年度第一次申報本項時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表(如附件)。 (三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。 (四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血紅素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。	修訂文字

討論事項第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：評估特殊服務計畫專款項目，於一般服務費用重複或替代情形，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-3 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、依據健保會第 6 屆 113 年第 1 次委員會議決議，請健保署評估「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。
- 三、113 年計畫特定身心障礙者牙醫醫療服務適用對象新增「2.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。」，得加 2 成，其特定治療項目代號-其他具身心障礙證明者：LT。
- 四、特殊計畫專款項目於一般服務費用無重複或替代情形，說明如下：
 - (一)歷年特殊計畫專款項目之預算規劃是以就醫率推估總預算，而非涵蓋所有投保對象的推估預算，因此重複或替代情形比例很低。若就醫率提升，即無需扣減一般預算。
 - (二)持有身心障礙證明且住在機構者，因其原就醫率就偏低，113 年計畫修訂後提升就醫便利性，提高就醫率，不應再扣減一般預算。
 - (三)提高領有身心障礙證明者的醫療服務覆蓋率，為照顧弱勢的核心努力方向，扣減一般預算不利於醫療服務覆蓋率的提升。
 - (四)綜上述，特殊計畫專款項目於一般服務費用並無重複或替代情形。
 - (五)若健保署不同意本會意見，本會建議替代情形計算方式如下：113 年牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(LT)之案件中，於 112 年曾於牙特計畫醫療團就診者，其 113 年 LT 案件申報費用扣除加計之 2 成，為替代之費用。

本署意見：

- 一、依據 113 年 1 月 24 日健保會第 1 次委員會議決議事項略以，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。
- 二、有關牙全會所提扣減方式，查 113 年增列不符合障別之其他具身心障礙者(特定治療項目代號 LF)，其醫療費用 112 年應申報在一般服務部門，重複部分應非僅加計之 2 成，建議修正為「113 年牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號 LT)之案件中，112 年曾於一般牙醫院所就診者，其醫療費用應自一般服務中扣除」。

決 議：

討論事項第七案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之「執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率」專業醫療服務品質指標案，提請討論。

說明：

- 一、為持續檢討品保方案之專業醫療服務品質指標，本署前函詢社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)就「全民健康保險各總額部門111年度執行成果評核紀錄」之評核委員建議提供專業意見及徵詢品保方案增修意見(附件1，頁次討7-2)。
- 二、牙全會提供品保方案專業醫療服務品質指標之「執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率」修正建議，說明如下(附件2，頁次討7-7)：
 - (一) 建議將原參考值「前5年統計加權平均值 $\times(1-20\%)$ 」調整為「以最近3年全國平均值 $\times(1-10\%)$ 」。
 - (二) 指標計算公式之分子定義原為「申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費經訪查合格的院所數。」，僅計算初評合格之院所數，惟感管訪查項目達16項(硬體4項、軟體12項)，其中有多項屬行政作業，改善即可，故建議分子定義調整為「申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費經訪查合格(初評+複審)的院所數。」，更能真實反映本項結果。
- 三、擬具本案修訂「附表 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)」(附件3，頁次討7-10)。

擬辦：

擬依本次會議決議，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。

決議：

抄本

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：陳亞其
聯絡電話：02-27065866 分機：3022
傳真：02-27069043
電子郵件：A111369@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年12月22日
發文字號：健保審字第1120673315號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二

主旨：為持續檢討「全民健康保險牙醫總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，請於113年3月15日前提供專業意見，請查照惠復。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會112年8月15日衛部健字第1123360116號書函(諒達)檢送之「全民健康保險各總額部門111年度執行成果評核紀錄」辦理。
- 二、上開評核紀錄中「對專業審查及相關管理措施之建議」、「專業醫療服務品質指標」及「專業醫療服務品質之確保與提升」部分，評核委員針對旨揭品質指標提出建議(如附件)，敬請提供專業意見；另如有指標增修建議，或新增其他有關醫療品質或符合民眾就醫需求指標，亦請提供操作型定義，本署彙整後，提交牙醫門診總額研商議事會議討論。
- 三、旨揭品質確保方案置於本署全球資訊網「健保服務/健保醫

療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付
規定/全民健保總額支付制度」。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
副本：

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見^註評估回應表

指標項目	評核委員意見	社團法人中華民國牙醫師公會 全國聯合會專業意見/建議	備註
執行符合牙醫 門診加強感染 管制實施方案 之牙科門診診 察費院所訪查 合格率	1.請檢討各部門總額之專業醫療服務品質指標之參考值是否太寬鬆？ 例如： 正向指標目標值訂為近三年全國平均值*(1-10%)、負向指標目標值訂為近三年全國平均值(1+10%) 2.建議依指標監測值之表現，定期修訂指標參考值，以避免指標鈍化。	☐ 以最近 3 年全國平均值x(1-10%)作為參考值 ☐ 維持現行(前 5 年統計加權平均值x(1-20%)作為參考值) 說明(請說明理由)_____ _____ ☐ 其他調整方式 說明(並請說明理由)_____ _____	指標參考值調整試算如附表，111 年調整後參考值為 85.51%(以最近 3 年全國平均值x(1-10%)計算)，調整後各分區監測值仍符合參考值範圍。
	建議加強異常值管理，各項指標監測值，除平均值外，建議健保署一併呈現標準差、最小值、最大值，俾針對異常值加強管理。	請就指標評估適合加強管理者，並提供專業意見。 ☐ 評估適合加強管理指標有_____(指標名)，除平均值外擬一併呈現 ☐ 標準差、 ☐ 最小值、 ☐ 最大值(如有多項指標請逐項列明擬一併呈現之統計值)。 ☐ 維持現行(呈現平均值) 說明(請說明理由)_____ _____ ☐ 其他調整方式 說明(並請說明理由)_____ _____	

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見^註 評估回應表

指標項目	評核委員意見	社團法人中華民國牙醫師公會 全國聯合會專業意見/建議	備註
牙體復形同牙位再補率-1 年以內	專業醫療服務品質指標監測結果多落在監測範圍(參考值)內，惟部分指標監測值與參考值差距過大，如：「牙體復形同牙位再補率-1 年以內」，近 5 年監測值皆小於 0.01%，然參考值訂為小於 2.5%，似已失去監測意義，建議修改指標或修訂參考值。	請就「牙體復形同牙位再補率-1 年以內」指標之參考值及指標項目修訂提供專業意見。 若維持現行(參考值 2.5%)，請說明理由_____	本指標參考值為 2.5%，近 5 年(107-111 年)監測值皆為 0.01%。
牙體復形同牙位再補率-2 年以內		請就「牙體復形同牙位再補率-2 年以內」指標之參考值及指標項目修訂提供專業意見。 若維持現行(參考值 4.6%)，請說明理由_____	本指標參考值為 4.6%，近 5 年(107-111 年)監測值介於 0.26-0.28%。
			如有其他實務觀察符合民眾需求指標新增或現行指標增修(請提供其操作型定義)、刪除之建議，併請提供。

註：

1. 全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄/附件二/對健保署及其他預算之建議/評核建議/一、對健保署之重點建議/(四)對專業審查及相關管理措施之建議
2. 全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄/附件五/對牙醫門診總額之建議/評核重點建議/七、專業醫療服務品質指標
3. 全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄/附件五/對牙醫門診總額之建議/評核建議/二、一般服務項目執行績效/(三)專業醫療服務品質之確保與提升/1.專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施

附表 111年_牙醫門診總額醫療品質資訊參考值試算

指標名稱(編號)	111年														指標 屬性		
	臺 北	北 區	中 區	南 區	高 屏	東 區	全 署	監測結果									
								參考值		臺 北	北 區	中 區	南 區	高 屏		東 區	全 署
執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門 診診察費院所訪查合格率	96.82%	97.14%	91.14%	100.00%	95.83%	100.00%	96.19%	現行參考值 說明一	≥75.43%	○	○	○	○	○	○	○	正向
執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門 診診察費院所訪查合格率	96.82%	97.14%	91.14%	100.00%	95.83%	100.00%	96.19%	試算調整參 考值 說明二	≥85.51%	○	○	○	○	○	○	○	正向

【說明】

- 一、現行參考值係以前5年統計加權平均值x(1-20%)計算。
二、試算調整參考值以最近3年全國平均值x(1-10%)計算。

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路420號10樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：許家禎(02)25000133 轉 266

電子郵件信箱：xenia0429@cda.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 113 年 2 月 26 日

發文字號：牙全仁字第 00921 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳如說明段

主旨：有關「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，復如說明段，敬請查照。

說明：

一、復貴署 112 年 12 月 22 日健保審字第 1120673315 號函暨依據本會第 15 屆第 2 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

二、檢附「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標修訂意見（詳如附件）。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會
校對章(265)

理事長 江錫仁

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

總收文 113 年 2 月 29 日收到
健保審字

中央健康保險署
署 1130052088

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見^註評估回應表

指標項目	評核委員意見	本會修訂意見/建議			
執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率	1.請檢討各部門總額之專業醫療服務品質指標之參考值是否太寬鬆？ 例如：正向指標目標值訂為近三年全國平均值×(1-10%)、負向指標目標值訂為近三年全國平均值(1+10%) 2.建議依指標監測值之表現，定期修訂指標參考值，以避免指標鈍化。	項目	修訂後	原內容	理由
		參考值	前 5 年統計加權平均值×(1-20%) <u>以最近3年全國平均值×(1-10%)</u>	前5年統計加權平均值×(1-20%)	依指標監測值之表現，修訂指標參考值。
		計算公式及說明	分子定義：申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費經訪查合格(<u>初評+複審</u>)的院所數。	分子定義：申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費經訪查合格的院所數。	本項指標項目計算分子為「訪查合格院所數」，僅計算初評合格之院所數，惟感管訪查項目達16項(硬體4項、軟體12項)，其中有多項屬行政作業，改善即可，故如以初評+複查合格院所數，更能真實反映本項結果。
	建議加強異常值管理，各項指標監測值，除平均值外，建議健保署一併呈現標準差、最小值、最大值，俾針對異常值加強管理。	建議： 附表牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標，3.專業醫療服務品質項下之指標項目建議新增呈現標準差、最小值、最大值及百分位。 理由： 加強異常值管理以利輔導管控。			
牙體復形同牙位再補率-1年以內	專業醫療服務品質指標監測結果多落在監測範圍(參考值)內，惟部分指標監測值與參考值差距過大，如：	建議： 維持現行(參考值2.5%) 理由： 根據文獻與基本學理，目前設定的參考值為合理數。 因支付標準規定及同儕制約自行管控避免重複申報，因此才會使監測值遠低於參考值，故不建議降低參考值，提供相關文獻如下：			

全民健康保險會
2022年11月11日

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見^註評估回應表

指標項目	評核委員意見	本會修訂意見/建議
	「牙體復形同牙位再補率-1 年以內」，近 5 年監測值皆小於 0.01%，然參考值訂為小於 2.5%，似已失去監測意義，建議修改指標或修訂參考值。	參考文獻： 1. N J M Opdam, F H van de Sande, E Bronkhorst, et al: Longevity of Posterior Composite Restorations: A Systematic Review and Meta-analysis. J Dent Res. 2014 Oct;93(10):943-9. doi: 10.1177/0022034514544217. Epub 2014 Jul 21. 2. Paullo A. Da Rosa Rodolphoa, Bruna Rodolfo, et al: Clinical Performance of Posterior Resin Composite Restorations after up to 33 Years. Dent Mater. 2022 Apr;38(4):680-688. doi: 10.1016/j.dental.2022.02.009. Epub 2022 Feb 25.
牙體復形同牙位再補率-2 年以內		建議：維持現行(參考值 4.6%) 理由：根據文獻與基本學理，目前設定的參考值為合理數。 因支付標準規定及同儕制約自行管控避免重複申報，因此才會使監測值遠低於參考值，故不建議降低參考值，提供相關文獻如下： 參考文獻： 1. N J M Opdam, F H van de Sande, E Bronkhorst, et al: Longevity of Posterior Composite Restorations: A Systematic Review and Meta-analysis. J Dent Res. 2014 Oct;93(10):943-9. doi: 10.1177/0022034514544217. Epub 2014 Jul 21. 2. Paullo A. Da Rosa Rodolphoa, Bruna Rodolfo, et al: Clinical Performance of Posterior Resin Composite Restorations after up to 33 Years. Dent Mater. 2022 Apr;38(4):680-688. doi: 10.1016/j.dental.2022.02.009. Epub 2022 Feb 25.



附表 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

修正如畫底線及刪除線

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1.點值					
每點支付金額改變率	每季	±10%	資料分析	保險人	【(每季分配總額/每季審核後之總點數) - 1】×100%
2.保險對象就醫調查					
保險對象就醫調查	每年	每年於評核會議報告前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為牙醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較就醫可近性、醫療服務品質滿意度及民眾自費狀況變化等。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
民眾諮詢及申訴檢舉案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	當年度諮詢及民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
牙體復形同牙位再補率-一年以內	每季 每年	<2.5%	資料分析	保險人	1. 定義：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填，乳牙及恆牙一或二年內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補。 2. 計算公式：【一（二）年內自家重覆填補顆數／一（二）年內填補顆數】
牙體復形同牙位再補率-二年以內	每季 每年	<4.6%	資料分析	保險人	
牙齒填補保存率-一年以內	每季 每年	以最近3年全國平均值×(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位

牙齒填補保存率- 二年以內	每季 每年	以最近3年 全國平均值 ×(1-10%)作 為參考值	資料分 析	保險人	資料全部排除)，追蹤1年或2年內是否重新填補比率。 2. 公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤1年或2年(365天或730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※排除「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。
---------------	----------	-------------------------------------	----------	-----	--

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					※費用年月介於 9001~9306 間，因無「前牙三面複合樹脂充填」醫令，故院所以 89004C 併 89005C 申報，因此同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報 89004C 及 89005C 則不算重補，不計入分子。 3. 指標計算：1－（分子 / 分母）

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率	每季 每年	以最近3年全國平均值×(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：當季 12 歲（含）以上就醫人數。 2. 公式說明： 分子：當季 12 歲（含）以上就醫人口中執行牙結石清除－全口醫令(91004C)之人數。 分母：當季 12 歲（含）以上就醫人數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率	每季 每年	以最近3年全國平均值×(1-10%)作為參考下限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：就醫人口中6歲以下兒童執行牙齒預防保健服務之人數。 2. 公式說明： 分子：執行兒童牙齒預防保健服務之人數。 分母：當季就醫人口中6歲以下兒童人數。 ※年齡之計算為就醫年月－出生年月≤72。 ※兒童牙齒預防保健服務為健保卡序號欄位為「IC81」、「IC87」。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
院所牙醫門診加強感染 管制 實施方案診察費申報率	每季 每年	以最近3年 全國平均值 ×(1-10%)作 為參考值	資料分 析	保險人	1. 分子定義：申報符合牙醫門診加強感染管 制實施 方案之牙科門診診察費的院所數 2. 分母定義：申報總院所數 3. 指標計算：分子 / 分母
執行符合牙醫門診加強 感染 管制實施方案之牙科門 診診 察費院所訪查合格率	每年 (每年最後一季)	<u>以最近3年</u> <u>全國平均值</u> <u>×(1-10%)作</u> <u>為參考值</u> <u>參考值：前</u> <u>5年統計加</u> <u>權平均值</u> <u>×(1-20%)</u>	資料分 析	受託單 位	1. 分子定義：申報符合牙醫門診加強感染管 制實施 方案之牙科門診診察費經訪查合格(<u>初評</u> <u>+複審</u>)的院所數 2. 分母定義：申報符合牙醫門診加強感染管 制實施 方案之牙科門診診察費被訪查的院所數 3. 指標計算：分子 / 分母 4. 自97年起由受託單位按年提供統計結果 予健保署彙整納入第4季品質報告中。

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					※恆牙牙位：11-19、21-29、31-39、41-49 3. 指標計算：1－（分子 / 分母）

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					※乳牙牙位：51-55、61-65、71-75、81-85 3.指標計算： $[1-(\text{分子}/\text{分母})]\times 100\%$ 。
恆牙根管治療六個月以內保存率	每季 每年	以最近3年全國平均值 $\times(1-10\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1.資料範圍：醫事機構往後追溯半年所有根管治療醫令。 2.公式說明： 分子：醫事機構就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 分母：同時期各醫事機構申報 RCF 之顆數。 3.指標計算： $[1-(\text{分子}/\text{分母})]\times 100\%$ 。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
醫療費用核減率	每季	暫不訂定	資料分析	保險人	1.資料範圍：全民健保門住診醫療費用統計檔。 2.公式說明：初核核減率＝(申請點數－核定點數) / 醫療費用點數 分子：(申請點數－核定點數)。 分母：醫療費用點數。 3.指標計算：(分子/分母)×100%。
牙周病統合治療方案後之追蹤治療率	每季 每年	以最近3年全國平均值×(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1.公式說明： 分子：當年(季)度 91023C 執行人數往後追蹤一年接受牙周病支持性治療 (91018C)之執行人數。 分母：牙周病統合治療第三階段支付 91023C 執行人數。 2.指標計算：(分子/分母)×100%。
三歲兒童早發性幼兒齲齒盛行率	依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	≤75%	資料分析	主管機關	早發性幼兒齲齒(Early childhood caries, ECC)定義：出現於71個月前兒童任何一面或以上的乳牙有齲齒(有或無窩洞)、缺失(因齲齒)或填補者。

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

指標項目		時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
數	平均自然齒數	依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	≥ 26 顆	資料分析	主管機關	自然齒定義：指仍有牙根存在的牙齒。
六十五歲以上人口平均自然齒數		依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)辦理調查時程	≥ 18 顆	資料分析	主管機關	自然齒定義：指仍有牙根存在的牙齒

討論事項第八案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關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)「(92094C)週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」備註 6.不得同時合併申報除外項目，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-6 牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議辦理。
- 二、依據本會 113 年 4 月 22 日牙全仁字第 01230 號函，詳附件 1。考量執行(92094C)與(P3601C)處置無相扞格且亦有需求，將依時程提報修訂支付標準註 6.於不得同時合併醫令中，新增 P3601C；於支付標準尚未修正公告前，請健保署同意(92094C)與(P3601C)得合併申報之行政邏輯。
- 三、次依健保署 113 年 5 月 7 日健保醫字第 1130053787 號函，詳附件 2。同意於支付表尚未修正公告前更新檢核邏輯，惟請本會儘速提案至研商議事會議。
- 四、修訂對照表，詳附件 3(頁次討 8-4)。

本署意見：

- 一、「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」係自 113 年 4 月 1 日生效，特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)係為降低牙科治療及用藥與特定疾病病人用藥產生藥物交互作用之風險，院所牙醫師針對此類病人擬訂對應治療計畫，以提升其就醫安全。
- 二、如經會議決議同意，依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

稿 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：潘佩筠(02)25000133 轉 265
電子郵件信箱：ppy@cda.org.tw

受文者：詳如正本

發文日期：中華民國 113 年 4 月 22 日

發文字號：牙全仁字第 01230 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「(92094C)週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」備註6.不得同時合併申報除外項目，詳如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據支付標準(92094C)週六、日及國定假日牙醫門診急症處置之註 6.(92094C)註 6...同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、90088C、91088C、92088C 除外)。
- 二、次依貴署 113 年 3 月 22 日健保醫字第 1130105207 號公告「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」(自 113 年 4 月 1 日起生效)，新增(P3601C)特定疾病病人牙科就醫安全。
- 三、承上，(P3601C)執行內容為對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。考量執行(92094C)與(P3601C)處置無相扞格且亦有需求，故本會將依時程提報修訂支付標準註 6.於不得同時合併醫令中，新增 P3601C；於支付標準尚未修正公告前，請貴署同意(92094C)與(P3601C)得合併申報之行政邏輯。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 江錫仁

牙醫全國聯合會
授印字(258)

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

第一頁 共一頁

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：莊玉芬

聯絡電話：02-27065866 分機：3607

傳真：02-27069043

電子郵件：A111392@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113年5月7日

發文字號：健保醫字第1130053787號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關建議修訂支付標準「(92094C)週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」診療項目備註之檢核邏輯案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴會113年4月22日牙全仁字第01230號函。
- 二、有關貴會建議於(92094C)註6「...不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、90088C、91088C、92088C除外)」，於除外項目新增「(P3601C)特定疾病病人牙科就醫安全」，考量「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」自113年4月1日生效，同意於支付標準尚未修正公告前更新檢核邏輯，惟請貴會儘速於全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議提案。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

一、文字修訂

(一)修訂第三部牙醫

編號	修訂內容	原內容	備註
第三章 牙科處置及手術			
92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 註： (1-5未修訂略) 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、90088C、91088C、92088C、 P3601C 除外)。	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 註： (1-5未修訂略) 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、90088C、91088C、92088C 除外)。	1.依據牙全仁字第01230 號。 2.「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」(自 113 年 4 月 1 日起生效)，新增(P3601C)特定疾病病人牙科就醫安全。 3.(P3601C)執行內容為對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。考量執行(92094C)與(P3601C)處置無相扞格且亦有需求，故建議新增。

討論事項第九案

提案單位：本署醫務管理組

案由：藥品處方箋改採學名申報，以牙醫先行試辦，提請討論。

說明：

六、為推動使用藥品學名上傳，讓院所釋出之處方箋以學名呈現，提供藥師調劑彈性選擇，適時以同成分藥調劑予民眾，提高民眾醫囑遵從性，並減少中斷服藥所帶來之健康風險，確保民眾用藥安全。

七、現行藥物替代規定：

(一) 依照全民健康保險醫療辦法第 26 條規定，處方之藥物未註明不可替代者，得以相同價格或低於原處方藥物價格之同成分、同劑型、同含量其他廠牌藥品或同功能類別其他廠牌特殊材料替代。

(二) IC 卡資料上傳格式(2.0)於備註說明欄位收載處方藥品是否可替代，如處方釋出不可替代填「N」、調劑端已替代填「Y」之訊息。

(三) 依衛生福利部公告「電子處方箋交換之欄位」提供處方箋顯示「健保代碼(選填)」、「藥品商品名稱(Brand Name)(選填)」及「學名(Generic Name)(必填)」之彈性，另亦有「不得以其他廠牌藥品替代之理由(選填)」欄位供醫師處方時填列。

八、規劃採分階段實施，說明如下：

(一) 第一階段：修訂「全民健康保險門診交付處方箋」(如附件)於備註欄位加註可否替代，如不可替代填 N；未填寫視為可替代。

(二) 第二階段：擬訂學名與商品名對照表，及調整申報格式後，採學名申報。

決 議

特約醫院診所 服務機構代號及名稱	
---------------------	--

一般處方箋		連續處方箋		檢驗(查)		物理治療	
-------	--	-------	--	-------	--	------	--

特定治療項目代號：1.		2.		3.		4.		—		案件分類：	
姓名：			身分證字號：			出生日期			年 月 日		
就醫科別：		就醫日期：		年 月 日		健保卡就醫序號：			給藥日份：		
傷病名稱及主要症候：						免部分負擔代碼及原因：					
國際疾病分類碼：1.		2.		3.							

藥品名稱及規格(劑型、劑量)、 醫事檢驗、醫事放射檢查名稱、 物理治療診療項目	用 量 及 用 法 (檢 驗、放射所、物理治療 所免填)	總 數 量	備 註 (不可替代請填 N； 未填寫視為均可替 代。)

修正處

診治醫師 代號：	處方醫院診所 核 章	特約藥局、特約醫事檢驗機構、特 約醫事放射機構、物理治療所核章 (服務機構代號、名稱、地址及電 話)	慢性病連續處方箋專用	
			本處方箋共可調劑 _____次	
簽 章：		調劑藥師(生)或物理治療師或 執行檢驗(查)醫事人員 代號： 簽章： 日期：		
聯絡電話：				
傳真：				

注意事項：(一) 本處方如有塗改，需由原處方醫師之蓋章確認，否則無效。

- (二) 若同時須開給病患一般(七日內)用藥及連續處方用藥時，須分開填寫在不同的處方箋。如須同時交付調劑及檢驗(查)處方或物理治療處方時，請分別開立。
- (三) 一般處方箋、檢驗(查)、物理治療處方箋自就醫日起三日內有效。
- (四) 本處方為一式兩份，一份交病患供調劑、檢驗(查)、物理治療用，另一份由處方特約醫事機構留存備查。

修正處

(五) 每筆藥品請於備註欄註記，不可替代者請加註 N，未填寫則視為均可替代。