



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 114 年第 1 次研商議事會議

114 年 2 月 25 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」

114 年第 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘，適當時機由主席裁示)

一、牙醫門診總額研商議事會議開會規則。	報 1-1
二、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 2-1
三、牙醫門診總額執行概況報告。	報 3-1
四、113 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 4-1

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。	討 1-1
二、修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」案。	討 2-1
三、有關全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫於一般服務扣減重複部分之費用扣減方式案。	討 3-1
四、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫第五章牙周病統合治療方案」通則案	討 4-1
五、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「12 歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」專業醫療服務品質指標案，提請討論。	討 5-1
六、有關屏東縣車城鄉及萬巒鄉新增為「114 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」施行地區，請討論案。	討 6-1
七、有關「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」專款預算不足，請討論案。	討 7-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

113 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 11 月 19 日 14 時整

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：陳副署長亮好

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	(請假)	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	(請假)	黃代表立賢	沈紋瑩(代)
余代表政明	余政明	黃代表茂栓	楊湘(代)
吳代表志浩	吳志浩	黃代表智嘉	(請假)
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	吳明彥	葉代表育敏	葉育敏
李代表口榮	李口榮	董代表正宗	(請假)
周代表彥儒	周彥儒	黃代表俊仁	黃俊仁
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	徐慧伊(代)
范代表景章	蕭彰銘(代)	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	羅界山
連代表新傑	連新傑	蘇代表主榮	(請假)

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會 (以下稱健保會)	陳燕鈴、張嘉云
社團法人中華民國牙醫師公會全國 聯合會(以下稱牙全會)	劉振聲、曾士哲、廖秋英 許家禎、邵格蘊、潘佩筠 李莉君、施奕含
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘、林盛棠
台灣醫院協會	賴彥伶、申哲、楊智涵
本署臺北業務組	邱玲玉*、徐慕容*
本署北區業務組	楊淑娟*、謝明珠*、黃毓棠* 林耿揚*
本署中區業務組	楊惠真*、王奕晴*、戴秀容* 陳淑英*、柯依鳳*、廖瑞璿* 簡育琳*
本署南區業務組	何尹琳*、賴文琳*、林聖哲* 盧靜宜*、秦莉英*、高宜聲* 黃柏儒、李昕璇、李岳勳
本署高屏業務組	謝明雪*、李金秀*、黃皓綱* 吳孜威
本署東區業務組	黃兆杰*、羅亦珍*、王素惠*、 劉翠麗*、陳珮毓*
本署醫審及藥材組	賴秋伶、陳亞其、胡錦紅 杜昱萱、蔡宜軒
本署醫務管理組	林右鈞、賴彥壯、洪于淇、 朱文玥、阮柏叡、許洋騰、 連又旻、李柏諺、張容慈

主席致詞(略)

壹、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：序號 1-9 解除列管，序號 10(CIS 指標「申報手術拔除深部阻生齒之案件」被抽審，建議指標定義排除申報件數少之院所)繼續列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年第 2 季牙醫門診總額點值結算報告案。

決定：

一、113 年第 2 季各分區一般服務點值確認如下：

結算年 季別	點值類別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
113Q2	浮動點值	0.91072343	0.99531051	0.98963165	1.03431948	0.99676837	1.15185634	0.96742205
	平均點值	0.91119766	0.99444011	0.98848350	1.03211789	0.99553789	1.15000000	0.96769490

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目。

決定：

一、洽悉。

二、採 107-108、112 年之各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率，各季預算占率如下：第 1 季 23.946284%、第 2 季 24.753232%、第 3 季 25.542684%、第 4 季 25.757799%。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。

決定：

一、洽悉。

二、114 年會議時間如下，請各代表預留時間：

次數	1	2	3	4	5
會議名稱	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
會議日期	2 月 25 日 星期二 (下午)	5 月 27 日 星期二 (下午)	8 月 26 日 星期二 (下午)	11 月 25 日 星期二 (下午)	12 月 9 日 星期二 (下午)

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：114 年度牙醫門診總額地區預算分配，提請討論。

決議：通過114年度牙醫門診總額地區預算分配(附件1)，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥2.2億元，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥0.5億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥0.8億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥0.3億元(中區0.2億元、高屏區0.1億元)，共3.8億元。

第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，提請討論。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

一、修正診療項目說明及規定事項：

(一) 第二部西醫第二章第十節：

修訂96017C-96019C「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法」、(96020C、96029C-96030C、96021C-96022C)半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法等8項，適用對象新增發展遲緩兒。

(二) 第三部牙醫：

1、第三章第一節：修訂89001C「銀粉充填—單面」等12項，新增不得再申報「113年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護」新增支付標準項目(89204C-89205C、89208C-89210C、89212C、89214C-89215C)。

2、第三章第二節：修訂90021C「特殊狀況—保護性肢體制約」，自閉症及失智症病人執行比照極重度病人申報。

3、第三章第三節：

(1) 修訂91103C「特殊狀況牙結石清除—局部」等3項，自閉症及失智症病人執行比照極重度病人申報。

(2) 修訂91015C「特定牙周保存治療—全口總齒數9至15顆」等3項，新增申報91022C半年內不得申報本項目，另新增申報本項九十天內不得再申報91018C。

(3) 修訂91018C「牙周病支持性治療」，申報此項九十天內不得再申報91091C。

4、第三章第四節：

(1) 修訂92054B「軟性咬合器治療」新增申報頻率半年內不得重複申報本項。

(2) 修訂92063C「手術拔除深部阻生齒」新增未滿17歲病人執行前須事前審查，及排除免事前審查狀況。

(3) 修訂92089B「氟托(單顎)」，修訂申報頻率，半年內不得重複申報本項。

(4) 修訂92094C「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」新增院所需於前一個月完成當月門診時間及外展點時間登錄，且

排除當天僅執行院所外醫療服務之天數。

(5) 修訂92130B「顎顏面外傷術後照護費」術後定義為出院或急診。

二、新增支付標準92131B「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800點)」及92132B「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000點)」，另本案之適應症請牙全會依程序修訂於牙醫醫療費用審查注意事項。

三、於醫療服務成本指數改變率預算額度(9.99億元)下調升牙醫支付標準，調整項目如下(同附件2)：

(一)「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」之處置費加成百分之三十，年齡擴增為「五歲以下」。

(二)請牙全會於3億點預算額度下調升90003C「恆牙根管治療(三根)」等3項支付點數。

(三)調升96001C「牙科局部麻醉」30點，內含「麻醉」之59項診療項目(90001C、90002C、90003C、90019C、90020C、90005C、90015C、90016C、90018C、91009B、91010B、91011C、91012C、91013C、92003C、92004C、92007B、92008B、92010B、92012C、92013C、92014C、92017C、92018B、92019B、92021B、92022B、92023B、92025B、92026B、92027C、92028C、92029C、92030C、92031C、92032C、92033C、92037B、92041C、92042C、92043C、92044B、92045B、92050C、92055C、92067B、92068B、92071C、92092C、92015C、92016C、92020B、92034B、92056C、92057C、92058C、92059C、92063C、92064C)同步調升30點。

(四)調升(92054B)軟性咬合器治療700點。

四、有關「非齒源性口腔疼痛處置」項目預期效益之評估指標「病歷記載之疼痛分數下降超過3成」一節，因本署無疼痛分數相關數據，本指標由牙全會自行評估報健保會。

五、本案依程序提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)報告。

六、同意牙全會意見，支付標準中之相關規定，未特別說明者皆為規範同院所，不須逐一敘明。

附帶事項：

- 一、依據牙全會113年11月27日牙全仁字第01991號函，調整根管治療【三根(90003C)、四根(90019C)、五根(90020C)】支付點數。
- 二、有關診療項目「非齒源性口腔疼痛處置」新增於支付標準第三部牙醫第三章牙科處置及手術第四節口腔額面外科第一項處置。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「114 年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」，提請討論。

決議：

一、本案修訂通過，修訂重點如下：

- (一)適用對象新增帕金森氏症病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。
- (二)新增「病人每次就診當天只可申報一次 P3601C」之規定。
- (三)新增評估指標「服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率」。

二、本案依程序提案至共擬會議報告。

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「114 年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」，提請討論。

決議：

一、本案修訂通過。

二、請牙全會依據 114 年總額協定結果，研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。

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「114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，提請討論。

決議：

一、本案修訂通過，修訂重點如下：

- (一)醫療團服務一般護理之家增為 6 家，並新增長照機構 3 家，請牙全會協助組成醫療團提供服務。
- (二)自閉症、失智症病人執行氟化物防齲處理(P30002)修訂申報頻率，由每九十天放寬為每六十天得申報一次。
- (三)醫療團牙醫醫療服務申報上限，每位牙醫師每月平均每診次申報點數由 3 萬點修訂為 4 萬點。

二、於一般服務扣減與本項重複部分之費用預算扣減方式規劃，請牙全會研議提下次討論。

三、本案依程序提案至共擬會議報告。

第六案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，提請討論。

決議：

一、本案修訂通過，修訂重點如下：

- (一)新增收案條件「齒質先天性發育異常(K00.4)」。
- (二)規範 X 光片費用限申報項目 34001C(根尖周 X 光攝影)及 34002C(咬翼式 X 光攝影)。
- (三)青少年齲齒氟化物治療(P7102C)規範相同處置內容，90 天內不得重複申報。
- (四)評估指標「提升全國 12 歲至 18 歲青少年牙醫就醫率>40%」修訂為「提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 51%」，並增訂「執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩」指標。

二、本案依程序提案至共擬會議報告。

第七案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

- 一、調升執業計畫一級至三級地區每月保障額度，由 22 萬、24 萬、30 萬點調升至 30 萬、33 萬、41 萬點。另調升執業計畫之巡迴及巡迴醫療服務量管控上限，每位醫師每月平均每診次申請點數上限由 2.5 萬點及 3 萬點，分別調升至 2.8 萬點及 3.3 萬點。
- 二、同意新增二個巡迴一級地區及部分地區升級。另牙全會建議調升巡迴一級地區平日論次每小時支付點數，考量 114 年預算推估不足以支應增加之費用，暫不修訂，擬於方案 114 年執行期間視預算額度，評估調升點數之可行性。
- 三、其他牙全會與本署對方案之修訂建議(如新增巡迴地區申請升級標準、巡迴地點、報備作業電子化及配合其他牙醫支付標準及計畫酌修文字)，均同意調整。

第八案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂 114 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，提請討論。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

- 一、修訂醫院層級核發條件需執行「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」達牙醫就醫人次 1%以上；基層院所需「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」至少 1 件。
- 二、「口腔癌篩檢、戒菸治療服務」指標由「加計獎勵指標」修訂至「政策獎勵指標」。
- 三、增訂口腔癌篩檢申報就醫科別須為「40(牙科)、GA(口腔顎面外科)」。

肆、散會：17 時 30 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案 由：牙醫門診總額研商議事會議開會規則(詳附件)

決定：



牙醫門診總額研商議事會議 開會規則

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

1



代表組成

依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」計37名，任期二年(114-115年)。

- 保險付費者代表2名。
- 牙醫門診總額保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：(28名)
 - 牙醫門診相關醫療服務提供者代表18名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
 - 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表1名。
 - 台灣醫院協會代表4名。
 - 中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。
 - 中華牙醫學會代表1名。
 - 中華民國醫院牙科協會代表3名。
- 專家學者3名。
- 政府機關代表：(4名)
 - 主管機關代表1名。
 - 保險人代表2名。
 - 主管機關所屬牙醫管理政策單位(口腔健康司)代表1名

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

2



利益揭露與迴避

- 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事，代表若有利益衝突務必迴避。
- 如有違反且情節重大者，經本會議決議後，本署得予更換；其缺額本署得依本要點辦理改推派事宜。
- 任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：
 - (一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
 - (二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。
 - (三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。



出席與發言

- 出席代表過半數，始得開會。
- 會議代表不克出席，由順位代理人依序代理，非代理人不得代表出席與發言。
- 代表發言應先舉手，經主席按舉手先後安排發言順序；發言者先說明『姓名』、如代理人應補充『代理代表』之姓名。
- 發言時間以3分鐘為原則，經主席同意得延長之；如主席認定與議題無關之發言，得裁定終止。
- 會議以3小時為原則，必要時得延長或縮短。
- 會議採全程錄音。



會議公開事項

- 本會議之一般提案，請於開會14日前以書面或電子郵件提送本署。
- 本會議之會議紀錄、錄音檔，於本署全球資訊網公布。



年度研商議事會議預定報告/ 討論議題期程

會議名稱	報告議題	討論議題
第1次會議	1. 前一年第3季點值確認。 2. 當年協定事項及內容。	1. 當年協定金額支付標準修訂未盡項目。 2. 其他。
第2次會議	前一年第4季點值確認。	其他。
第3次會議	1. 當年第1季點值確認。 2. 品保款核發報告。	1. 品質保證保留款及其他現行計畫修訂內容(不涉預算變更)第1次提會討論。 2. 其他。
第4次會議及臨時會	1. 當年度第2季點值確認。 2. 次年地區預算分配(含分區分配與四季分配)。 3. 次年研商議事會議時間。	1. 已執行計畫內容確認。 2. 次年新增預算之計畫草案增訂。 3. 次年協定金額之支付標準項目修訂。 4. 其他。



114年全民健康保險醫療給付費用 牙醫門診總額研商議事會議時程

- 會議時間如下，請代表預留時間：

會議名稱	第2次 會議	第3次 會議	第4次 會議	第1次 臨時會
會議日期	5月27日 星期二 (下午)	8月26日 星期二 (下午)	11月25日 星期二 (下午)	12月9日 星期二 (下午)

敬請指教

報告事項第二案

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 9 項，擬解除列管計 6 項，繼續列管計 3 項

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
1	113_3_報 (1)： 本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。	一、序號 10：CIS 指標「申報手術拔除深部阻生齒之案件」被抽審，建議指標定義排除申報件數少之院所，113 年 3 次會議決議繼續列管。 二、請醫院牙科協會來函提供具體修訂建議，由本署醫審及藥材組納入修訂參考。	本署於 113 年 12 月 2 日函請各分區業務組參考醫院牙科協會之建議，於共管會與各牙醫總額分會討論抽審共識，就牙醫院所特性設定抽樣件數，再據以於 CIS 指標系統設定。	<input type="checkbox"/> 解除列管	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
2	113_3_討 (1)： 114 年度牙醫門診總額地區預算分配。	本案通過，114 年度牙醫門診總額地區預算分配，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2.2 億元，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥 0.5 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元(中區 0.2 億元、高屏區 0.1 億元)，共 3.8 億元。	業於 113 年 12 月 13 日健保醫字第 1130665800B 號函送健保會備查，並副知社保司。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管
3	113_3_討 (2)：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」。	本案修訂通過(修訂內容詳前次會議紀錄，頁次 5)，修訂重點如下： 一、修正診療項目說明及規定事項。 二、新增支付標準 92131B「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及 92132B「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」，另本案之適應症請牙全會依程序修訂於牙醫醫療費用審查注意事項。 三、於醫療服務成本指數改變率預算額度(9.99 億元)下調升牙醫支付標準。 四、有關「非齒源性口腔疼痛處置」項目預期效益之評估指標「病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成」一節，因本署無疼痛分數相關數據，本指標由牙全會自行評估報健保會。 五、本案依程序提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)報告。 六、同意牙全會意見，支付標準中之相關	本案業經 113 年 12 月 26 日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(下稱支付標準共擬會議)113 年第 5 次會議討論，刻正陳報衛生福利部中。	<input type="checkbox"/> 解除列管	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		規定，未特別說明者皆為規範同院所，不須逐一敘明。			
4	113_3_討(3)： 修訂「114年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」。	本案通過，修訂重點如下： 一、適用對象新增帕金森氏症病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。 二、新增「病人每次就診當天只可申報一次 P3601C」之規定。 三、新增評估指標「服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率」。	業於 114 年 2 月 19 日以健保醫字第 1140103284 號公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管
5	113_2_討(4)： 修訂「114年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」。	本案通過，請牙全會依據 114 年總額協定結果，研訂「高風險疾病病人牙結石清除 / 塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。	業於 113 年 12 月 31 日以健保醫字第 1130127302 號公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管
6	113_2_討(5)： 修訂「114年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。	本案通過，修訂重點如下： 一、醫療團服務一般護理之家增為 6 家，並新增長照機構3家，請牙全會協助組成醫療團提供服務。 二、自閉症、失智症病人執行氟化物防齲處理 (P30002)修訂申報頻率，由每九十天放寬為每六十天得申報一次。 三、醫療團牙醫醫療服務申報上限，每位牙醫師每月平均每診次申報點數由 3萬點修訂為 4萬點。 四、於一般服務扣減與本項重複部分之費用預算扣減方式規劃，請牙全會研議提下次討論。	一、業於 114 年 2 月 19 日以健保醫字第 1140103328 號公告在案。 二、有關於一般服務扣減本計畫重複部分之費用預算扣減方式，已列入本次會議討論事項第三案。	<input type="checkbox"/> 解除列管	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
7	113_3_討(6)： ：修訂「114年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」。	本案通過，修訂重點如下： 一、新增收案條件「齒質先天性發育異常 (K00.4)」。 二、規範 X 光片費用限申報項目 34001C(根尖周 X 光攝影)及 34002C(咬翼式 X 光攝影)。 三、青少年齲齒氟化物治療 (P7102C)規範相同處置內容，90 天內不得重複申報。	業於 114 年 2 月 19 日以健保醫字第 1140103154 號公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		四、評估指標「提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率>40%」修訂為「提升全國 12~18歲青少年牙醫就醫率不低於51%」，並增訂「執行 P7102C 後 1年內牙位 11~13、 21~23、 31~33、41~43的平均齲齒填補顆數增加率減緩」指標。			
8	113_3_討(7)： 修訂「114年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」。	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、調升執業計畫一級至三級地區每月保障額度，由22萬、24萬、30萬點調升至30萬、33萬、41萬點。另調升執業計畫之巡迴及巡迴醫療服務量管控上限，每位醫師每月平均每診次申請點數上限由 2.5萬點及3萬點，分別調升至 2.8萬點及3.3萬點。</p> <p>二、同意新增二個巡迴一級地區及部分地區升級。另牙全會建議調升巡迴一級地區平日論次每小時支付點數，考量 114年預算推估不足以支應增加之費用，暫不修訂，擬於方案 114年執行期間視預算額度，評估調升點數之可行性。</p> <p>三、其他牙全會與本署對方案之修訂建議（如新增巡迴地區申請升級標準、巡迴地點、報備作業電子化及配合其他牙醫支付標準及計畫酌修文字），均同意調整。</p>	業於 114 年 1 月 22 日以健保醫字第 1140101147 號公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	113_3_討(8)： 修訂 114 年「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」。	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、修訂醫院層級核發條件需執行「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」達牙醫就醫人次 1%以上基層院所需「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」至少 1 件。</p> <p>二、「口腔癌篩檢、戒菸治療服務」指標由「加計獎勵指標」修訂至「政策獎勵指標」。</p> <p>三、增訂口腔癌篩檢申報就醫科別須為「40(牙科)、GA(口腔顎面外科)」。</p>	業於 113 年 12 月 31 日以健保醫字第 1130127297 號公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

決 定：

報告事項第三案

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



1

大綱

- 01 114年總額協定重點
- 02 113年第4季點值預估
- 03 牙醫總額近5年醫療供給及利用概況
- 04 113年牙周病統合照護執行情形
- 05 113年第3季牙醫總額各專款執行情形
- 06 其他參考資料

2

114年總額協定重點

3

114年總額協定結果(1/6)



◆ 總金額548億元，較113年增加24.5億元，成長率為4.679%。

◆ 協定重點

一、一般服務：

(一)促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)

(預估增加5.5百萬元)：

- ▶ 本項配合醫療器材使用規範修訂已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

(二)「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(減少0.2百萬元)：

- ▶ 本項專款與一般服務重複費用扣減。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(減少4.7百萬元)：

- ▶ 本項不列入115年度總額協商之基期費用。

4

114年總額協定結果(2/6)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(一)醫療資源不足地區改善方案(全年經費323.8百萬元)：

- ▶ 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- ▶ 請本署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。

(二)牙醫特殊醫療服務計畫(全年經費805.9百萬元)：

- ▶ 持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
- ▶ 請本署持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。
- 請依114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。

5

114年總額協定結果(3/6)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(三) 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(全年經費171.5百萬元)：

- ▶ 請本署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤1年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。。

(四) 超音波根管沖洗計畫(全年經費144.8百萬元)：

- ▶ 本計畫以3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第3 年(114 年7 月前)提出納入一般服務或評估指標及檢討結果。
- ▶ 請於協商115 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。。

6

114年總額協定結果(4/6)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(五)高風險疾病口腔照護計畫(全年經費2,800百萬元)：

- ▶ 會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。
- ▶ 本計畫以3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第3 年(114 年7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ▶ 請於協商115年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

7

114年總額協定結果(5/6)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(六)特定疾病病人牙科就醫安全計畫(全年經費307.1百萬元)：

- ▶ 請本署會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於114年7 月前提報全民健康保險會。
- ▶ 本計畫以3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3 年(115 年7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

(七)非齒源性口腔疼痛處置(114年新增項目，全年經費14.4百萬元)：

- ▶ 請本署會同牙醫門診總額相關團體，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於113 年12 月前提報全民健康保險會。
- ▶ 本計畫以3 年為檢討期限(114~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3 年(116 年7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

8

8

114年總額協定結果(6/6)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(八)癌症治療品質改善計畫(移出總額)：

- ▶ 本項113年預算10百萬元，114年改由公務預算支應。

(九)促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

- ▶ 本項移列一般服務費用

(十)網路頻寬補助費用(移出總額)：

- ▶ 本項113年預算143百萬元，114年改由公務預算支應。

(十一)品質保證保留款(全年經費95.8百萬元)：

- ▶ 本項專款額度(95.8百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計212.2百萬元)。
- ▶ 請本署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

9

9

牙醫門診一般服務



項目		成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		2.675%	1,306.0
投保人口預估成長率		0.362%	
人口結構改變率		0.257%	
醫療服務成本指數改變率		2.048%	
協商因素成長率		0.001%	0.7
保險給付項目及支付標準之改變	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(114年新增項目)	0.011%	5.5
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.010%	-4.7
	「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款與一般服務重複費用扣減(114年新增項目)	0.000%	-0.2
一般服務成長率	增加金額		1,306.7
	總金額	2.676%	50,129.8

10

牙醫門診專款項目



項目		成長率(%)或金額 (百萬元)	預估增加金額 (百萬元)
專款項目(全年計畫經費)			
	醫療資源不足地區改善方案	323.8	13.8
	牙醫特殊醫療服務計畫	805.9	24.2
	12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	0.0
	非齒源性口腔疼痛處置(114 年新增項目)	14.4	14.4
	超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0
	高風險疾病口腔照護計畫	2,800.0	1,201.0
	網路頻寬補助費用	0.0	-143.0
	特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113 年新增項目)	307.1	307.1
	癌症治療品質改善計畫(113 年新增項目)	0.0	-10.0
	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用 規範修訂之補貼)(113 年新增項目)	0.0	-5.5
	品質保證保留款	95.8	48.0
	專款金額	4,663.3	1,142.9
較基期成長率 (一般服務+專款)	增加金額	4.679%	2,449.6
	總金額		54,793.1

11

113年第4季點值預估

01 點值預估假設

02 113年第4季點值預估

03 113Q4預估點值vs113Q3結算點值

12

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年下半年就醫情形調整，再以送核補報占率(99.255705%)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. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採112年下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

13

113年第4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4季	臺北	4,157	0	37	4,249	0.9695	0.9698
	北區	2,038	0	17	1,975	1.0235	1.0233
	中區	2,467	0	21	2,432	1.0057	1.0056
	南區	1,612	0	14	1,556	1.0268	1.0265
	高屏	1,842	0	14	1,781	1.0259	1.0257
	東區	231	0	2	200	1.1458	1.1441
	合計	12,346	0	106	12,193	1.0039	1.0039

註：112Q4結算全國浮動點值為0.9770、平均點值為0.9772

14

牙醫總額近5年醫療供給及利用概況

15

牙醫診所數【分區別】



◆ 109年-113年

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109年12月	2,630	878	1,318	817	1,009	115	6,767	0.45%
110年12月	2,637	902	1,320	811	1,013	111	6,794	0.40%
111年12月	2,663	926	1,320	815	1,004	111	6,839	0.66%
112年12月	2,677	941	1,339	818	1,007	111	6,893	0.79%
113年12月	2,696	972	1,354	828	1,003	110	6,963	1.02%
增減家數	19	31	15	10	-4	-1	70	
成長率	0.7%	3.3%	1.1%	1.2%	-0.4%	-0.9%	1.0%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

16

牙醫師執業數【分區別】



◆ 109年-113年

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109年12月	6,478	2,153	2,757	1,672	2,152	215	15,427	2.5%
110年12月	6,552	2,253	2,825	1,683	2,217	217	15,747	2.1%
111年12月	6,645	2,325	2,865	1,708	2,245	224	16,012	1.7%
112年12月	6,751	2,378	2,930	1,753	2,268	223	16,303	1.8%
113年12月	6,844	2,470	3,039	1,794	2,275	219	16,641	2.1%
增減人數	93	92	109	41	7	-4	338	
成長率	1.4%	3.9%	3.7%	2.3%	0.3%	-1.8%	2.1%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

17

牙醫師執業數【層級別】



◆ 109年-113年

年月	牙醫師數					成長率			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫
109年12月	1,253	795	253	13,126	15,427	1.7%	1.4%	8.6%	2.5%
110年12月	1,222	811	274	13,440	15,747	-2.5%	2.0%	8.3%	2.4%
111年12月	1,218	794	278	13,722	16,012	-0.3%	-2.1%	1.5%	2.1%
112年12月	1,223	754	267	14,059	16,303	0.4%	-5.0%	-4.0%	2.5%
113年12月	1,311	687	254	14,389	16,641	7.2%	-8.9%	-4.9%	2.3%
增減人數	88	-67	-13	330	338				

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

18

就診牙醫人數【分區別】



◆ 109-113年

單位：千人

年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
109	3,997	1,830	2,270	1,465	1,689	204	11,205	-2.7%
110	3,792	1,773	2,200	1,420	1,646	196	10,799	-3.6%
111	3,943	1,847	2,268	1,452	1,681	196	11,150	3.2%
112	4,197	1,978	2,376	1,505	1,754	200	11,759	5.5%
113	4,226	2,008	2,395	1,512	1,762	199	11,861	0.9%
增減人數	29	30	19	7	8	-2	102	
成長率	0.7%	1.5%	0.8%	0.5%	0.5%	-0.9%	0.9%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

19

近5年牙醫申報件數



◆ 109-113年

年度	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率
109年	11.84	-2.52%	5.14	-1.13%	6.58	-2.51%	4.47	-1.86%	5.25	-2.28%	0.58	-1.73%	33.86	-2.17%
110年	10.88	-8.13%	4.89	-4.89%	6.30	-4.27%	4.25	-4.82%	5.04	-4.03%	0.54	-6.82%	31.90	-5.79%
111年	11.45	5.24%	5.10	4.35%	6.51	3.41%	4.34	2.06%	5.17	2.55%	0.54	-0.58%	33.11	3.79%
112年	12.30	7.44%	5.48	7.39%	6.82	4.64%	4.49	3.46%	5.40	4.49%	0.56	3.20%	35.04	5.83%
113年	12.41	0.93%	5.59	2.00%	6.91	1.41%	4.54	1.01%	5.44	0.72%	0.56	0.05%	35.45	1.15%

註：成長率係與前一年度比較。

20

近5年牙醫申報醫療點數



◆ 109-113年

年度	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率
109年	16,366.9	1.0%	7,460.6	1.1%	9,090.6	0.8%	6,128.1	1.2%	7,029.6	1.7%	851.8	1.6%	46,927.6	1.1%
110年	15,240.4	-6.9%	7,130.6	-4.4%	8,945.5	-1.6%	5,850.8	-4.5%	6,837.0	-2.7%	796.7	-6.5%	44,801.1	-4.5%
111年	16,267.1	6.7%	7,444.1	4.4%	9,349.2	4.5%	5,964.1	1.9%	7,057.3	3.2%	803.7	0.9%	46,885.6	4.7%
112年	17,525.5	7.7%	7,982.5	7.2%	9,864.8	5.5%	6,253.8	4.9%	7,311.4	3.6%	839.3	4.4%	49,777.3	6.2%
113年	18,444.4	5.2%	8,378.2	5.0%	10,433	5.8%	6,648.4	6.3%	7,739.9	5.9%	903.2	7.6%	52,547.1	5.6%

註：成長率係與前一年度比較。

21

近5年牙醫分項費用



◆ 109-113年

年度	藥費		藥事服務費		診察費		診療費		特殊材料費		醫療費用點數	
	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率
109年	393.0	3.1%	284.5	3.1%	12,109.2	6.0%	34,138.8	-0.5%	2.1	0.7%	46,927.6	1.1%
110年	388.3	-1.2%	309.7	8.9%	11,713.6	-3.3%	32,387.2	-5.1%	2.3	6.0%	44,801.1	-4.5%
111年	413.2	6.4%	332.2	7.2%	12,189.1	4.1%	33,948.7	4.8%	2.4	7.3%	46,885.6	4.7%
112年	431.3	4.4%	343.0	3.2%	13,101.0	7.5%	35,899.3	5.7%	2.8	13.0%	49,777.3	6.2%
113年	426.7	-1.0%	335.4	-2.2%	13,285.3	1.4%	38,496.9	7.2%	2.9	4.1%	52,547.1	5.6%

註：成長率係與前一年度比較。

22

113年牙周病統合照護執行情形

23

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 113年

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C-91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	277,897	-4.50%	2,684.9	-3.99%

- 預算執行率(註2)：85.60%
- 預算執行率(註3)：94.21%
- 服務人次執行率：92.63%
【277,897/300,000】

層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
申報點數 (百萬點)	113.3	-0.99%	93.6	-16.59%	57.6	-13.68%	2,420.4	-3.30%	2,684.9	-3.99%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	1,025.8	447.7	485.1	285.4	397.7	43.1	2,684.9
成長率	-4.82%	0.89%	-11.37%	1.48%	-1.82%	4.63%	-3.99%

備註：

1.資料擷自114/02/17本署四代倉儲門診檔。

2.一般計算方式：全年預算=108年預算×歷年一般服務成長率=3136.6百萬點

3.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=2850.0百萬點

24

113年牙醫總額新增專款項目申報情形

113年新增專款項目



◆ 統計至113年第4季

實施日期	診療編號	中文項目名稱	支付點數	服務人數	服務人次	醫療點數(百萬點)	預算來源
113/4/1	P3601C	特定疾病病人牙科就醫安全計畫	100	690,407	1,615,969	162.0	特定疾病病人牙科就醫安全計畫，307.1百萬元

資料來源:本署四代倉儲門診檔(114/2/20擷取)
統計區間: 11304-11312

113年第3季牙醫總額各專款執行情形

27

一般服務移撥專用相關預算執行情形



113年第3季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算	結餘款
移撥中區0.2億元、高屏0.1億元	7,500	7,500	7,500	-	22,500	30,000	7,500
執行率	25.0%	25.0%	25.0%	-	75.0%	-	-
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	39,389	55,487	32,488	-	127,363	200,000	72,637
執行率	19.7%	27.7%	16.2%	-	63.7%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	11,975	14,121	13,630	-	39,726	80,000	40,274
執行率	15.0%	17.7%	17.0%	-	49.7%	-	-
移撥支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫專款	5,000	5,000	5,000	-	15,000	20,000	5,000
執行率	25.0%	25.0%	25.0%	-	75.0%	-	-
合計	63,863	82,108	58,618	-	204,589	330,000	125,411

註：各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

28

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



113年第3季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					310,000	
1.執業服務之定額給付(論量)	16,318	16,029	16,471	-	48,819	26%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,134	4,063	2,765	-	9,962	5%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	-	-	-
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成_藥費(論量)	0.5	0.4	0.3	-	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)	4,576	7,607	2,682	-	14,865	8%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	-	-	-
7.巡迴服務_論次給付(論次)	32,188	42,207	32,343	-	106,738	56%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	2	2	-	5.7	0%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,064	3,331	3,400	-	9,795	5%
暫結金額	59,283	73,239	57,663		190,185	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	77,500	95,717	99,978			
本季未支用金額	18,217	22,478	42,315			
各季執行占總預算比率(%)	19.1%	24%	19%		61.4%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

29

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(1/2)



113年第3季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					781,700	
1 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	4,109	3,389	4,649	-	12,147	2.23%
2 自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	33,810	40,536	47,807	-	122,153	22.42%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	24,577	29,369	31,480	-	85,426	15.68%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	25,398	32,612	34,113	-	92,123	16.91%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,143	12,391	13,496	-	36,030	6.61%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,283	1,777	1,982	-	5,041	0.93%
7 醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	12,404	15,820	14,674	-	42,898	7.87%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,763	13,010	11,366	-	34,139	6.27%
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	14,184	18,165	16,056	-	48,405	8.88%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	461	817	527	-	1,806	0.33%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	51	71	72	-	195	0.04%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	679	984	981	-	2,645	0.49%
13 醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務	0	254	271	-	526	0.10%
14 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)	12,199	15,926	13,618	-	41,743	7.66%
15 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	456	652	748	-	1,855	0.34%
16 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	13	14	32	-	59	0.01%

30

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



113年第3季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
17 醫療團特定需求者(論次)	338	355	367	-	1,061	0.19%
18 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	4	21	16	-	41	0.01%
19 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	40	23	44	-	108	0.02%
20 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	52	48	81	-	180	0.03%
21 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	4	19	14	-	37	0.01%
22 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	-	0	0.00%
23 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,669	1,685	1,810	-	5,165	0.95%
24 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,934	2,159	2,082	-	6,175	1.13%
25 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	386	446	448	-	1,280	0.23%
26 居家失能老人牙醫醫療服務	865	1,034	1,019	-	2,919	0.54%
27 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	-	0	0.00%
28 居家居整病人牙醫醫療服務	191	240	214	-	645	0.12%
29 居家出院準備牙醫醫療服務	0	0	0	-	0	0.00%
30 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	0	0	0	-	0	0.00%
暫結金額	155,015	191,818	197,967	-	544,800	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	195,425	235,835	239,442	236,900		
本季末支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	40,410	44,017	41,475	236,900		
執行占總預算比率	19.8%	24.5%	25.3%	0.0%	69.7%	

12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 預算執行情形



113年第3季

單位：千點

113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	20,639	21,997	34,451	-	77,086	171,500
執行率	12.03%	12.83%	20.09%	-	44.95%	-

註：

依據「113年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，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。

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



113年第3季

單位：千點

113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	21,394	24,320	25,185	-	70,899	144,800
執行率	14.77%	16.80%	17.39%	-	48.96%	-

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。

33

高風險疾病口腔照護計畫預算執行情形



113年第3季

單位：千點

113年	第1季	第2季 ^{註3}	第3季 ^{註3}	第4季	合計	全年預算
高風險疾病口腔照護計畫 (113年合併項目)	236,844	562,656	399,750	-	1,199,250	1,599,000
執行率	14.81%	35.19%	25.00%	-	75.00%	-

註：

- 合併一般服務之「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目、112年新增之「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。
- 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。
- 113Q2已支用點數：610,806,389、113Q3已支用點數：705,129,773，超出當季預算數，採浮動點值0.56691692，預算執行數則以當季預算數呈現。

34

網路頻寬補助費用預算執行情形



113年第3季

單位：千點

113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	35,364	35,519	35,615	-	106,498	143,000
執行率	24.7%	24.84%	24.91%	-	74.5%	-

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。

35

特定疾病病人牙科就醫安全預算執行情形



113年第3季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
特定疾病病人 牙科就醫安全 (113年4月生效)	-	40,645	53,591	-	94,237	327,100
執行率	-	12.43%	16.38%	-	28.81%	-

註：

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，則流用至下季；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。

36

癌症治療品質改善計畫預算執行情形



113年第3季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目)	-	97	345	-	442	10,000
執行率	0.0%	0.97%	3.45%	-	4.4%	-

註：

1. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
2. 全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。
3. 113年第1季係於113年8月30日過帳，目前暫無法擷取資料。

37

促進醫療服務診療項目支付衡平性預算執行情形



113年第3季

單位：千點

113年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
促進醫療服務診療 項目支付衡平性 (113年新增項目)	1,185	1,214	1,434	-	3,833	5,500
執行率	21.6%	22.07%	26.08%	-	69.7%	-

38

其他參考資料

- 01 113年牙醫總額醫療供給及利用概況
- 02 113年第4季牙醫總額醫療供給及利用概況

113年牙醫總額醫療供給及利用概況

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 113年

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	1,256	8.4%	3.5%	2,095,500	13.9%	4.0%	1,668	5.1%
2區域醫院	1,015	-9.9%	2.9%	1,726,969	-6.3%	3.3%	1,701	4.0%
3地區醫院	482	1.1%	1.4%	790,522	4.9%	1.5%	1,641	3.7%
4基層診所	32,692	1.3%	92.2%	47,267,385	5.8%	90.0%	1,446	4.5%
5交付機構	-	-	-	666,740	-1.6%	1.3%	-	-
合計	35,446	1.2%		52,547,117	5.6%		1,482	4.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

41

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 113年

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫次數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	12,415	0.9%	4,226	0.7%	2.94	0.2%	18,444,437	5.2%	1,486	4.3%
北區	5,585	2.0%	2,008	1.5%	2.78	0.5%	8,378,203	5.0%	1,500	2.9%
中區	6,912	1.4%	2,395	0.8%	2.89	0.6%	10,433,026	5.8%	1,509	4.3%
南區	4,538	1.0%	1,512	0.5%	3.00	0.5%	6,648,398	6.3%	1,465	5.2%
高屏	5,436	0.7%	1,762	0.5%	3.08	0.3%	7,739,877	5.9%	1,424	5.1%
東區	559	0.1%	199	-0.9%	2.99	1.0%	903,176	7.6%	1,615	7.5%
合計	35,446	1.2%	11,861	0.9%	2.99	0.3%	52,547,117	5.6%	1,482	4.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

42

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 113年

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	111	5.2%	22,103	7.9%	200	2.5%
2.牙醫急診	16	-1.6%	39,136	3.7%	2,408	5.4%
3.牙醫門診手術	56	-3.2%	185,146	2.6%	3,332	6.0%
4.無牙醫鄉服務	166	-2.0%	270,583	3.6%	1,634	5.6%
5.牙醫特殊醫療	198	6.7%	703,518	25.4%	3,556	17.4%
6.其他專案	34,899	1.1%	50,659,890	5.5%	1,452	4.3%
7.交付機構	-	-	666,740	-1.6%	-	0.0%
合 計	35,445	1.2%	52,547,117	5.6%	1,483	4.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

43

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 113年

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	4	175.0%	70	1.0%	103	3.9%	21,926	7.9%	-	-	22,103	7.9%
2.牙醫急診	29,921	7.2%	8,907	-6.4%	299	8.2%	9	-4.3%	-	-	39,136	3.7%
3.牙醫門診手術	115,695	10.0%	58,755	-6.3%	9,141	-17.3%	1,555	7.9%	-	-	185,146	2.6%
4.無牙醫鄉服務	1,223	41.5%	3,005	26.9%	6,709	351.8%	259,646	1.2%	-	-	270,583	3.6%
5.牙醫特殊醫療	164,470	51.1%	85,066	-14.4%	47,099	19.3%	406,883	29.8%	-	-	703,518	25.4%
6.其他專案	1,784,187	11.7%	1,571,166	-5.9%	727,171	3.8%	46,577,366	5.7%	-	-	50,659,890	5.5%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	666,740	-1.6%	666,740	-1.6%
合 計	2,095,500	13.9%	1,726,969	-6.3%	790,522	4.9%	47,267,385	5.8%	666,740	-1.6%	52,547,117	5.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

44

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 113年 (表_1/2)

案件分類	1.一般案件(簡表)		2.牙醫急診		3.牙醫門診手術		4.無牙醫鄉服務	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	8,327	19.0%	17,489	9.2%	44,570	19.5%	23,190	-4.1%
北區	3,905	13.1%	1,049	-23.4%	15,976	-7.5%	17,456	-1.8%
中區	2,674	8.7%	6,489	2.2%	45,723	-1.6%	75,272	16.0%
南區	3,960	-12.7%	6,453	2.2%	25,809	-4.2%	45,359	-5.6%
高屏	3,073	6.8%	6,484	-3.0%	41,999	-3.2%	71,681	-0.1%
東區	163	-5.1%	1,172	17.1%	11,068	22.3%	37,625	8.6%
合計	22,103	7.9%	39,136	3.7%	185,146	2.6%	270,583	3.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

45

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 113年 (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	219,602	27.9%	17,906,559	5.1%	224,698	-2.5%	18,444,437	5.2%
北區	117,920	20.6%	8,109,658	4.9%	112,239	-0.2%	8,378,203	5.0%
中區	149,165	23.9%	10,017,542	5.6%	136,160	-0.8%	10,433,026	5.8%
南區	73,669	26.9%	6,408,918	6.4%	84,230	-1.7%	6,648,398	6.3%
高屏	115,071	26.6%	7,405,269	5.8%	96,300	-1.3%	7,739,877	5.9%
東區	28,091	25.3%	811,945	7.1%	13,113	-5.5%	903,176	7.6%
合計	703,518	25.4%	50,659,887	5.5%	666,740	-1.6%	52,547,117	5.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

46

申報醫療費用點數【費用分類 + 分區別】



◆ 113年

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	149,878	-2.1%	112,593	-2.8%	4,668,147	0.9%	13,512,862	7.0%	956	-2.2%	18,444,437	5.2%
北區	67,771	0.1%	54,240	-0.9%	2,120,126	2.1%	6,135,966	6.1%	99	-18.5%	8,378,203	5.0%
中區	84,726	-0.5%	68,832	-1.6%	2,625,268	1.9%	7,653,291	7.3%	909	38.1%	10,433,026	5.8%
南區	57,153	0.2%	44,002	-2.9%	1,675,899	1.5%	4,870,751	8.3%	594	-6.9%	6,648,398	6.3%
高屏	57,796	-1.1%	48,750	-2.1%	1,980,940	1.2%	5,652,155	7.8%	236	-0.2%	7,739,877	5.9%
東區	9,404	-4.7%	6,957	-4.5%	214,910	0.9%	671,835	10.3%	69	-41.3%	903,176	7.6%
總計	426,729	-1.0%	335,373	-2.2%	13,285,291	1.4%	38,496,859	7.2%	2,864	4.1%	52,547,117	5.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

47

申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】



◆ 113年

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療費小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	33,370	11.2%	14,073	7.2%	490,483	11.0%	1,555,923	15.0%	1,650	1.5%	2,095,500	13.9%
區域醫院	21,775	-15.1%	12,335	-13.2%	399,836	-9.4%	1,291,930	-5.1%	1,092	13.8%	1,726,969	-6.3%
地區醫院	6,318	4.7%	5,090	-0.8%	179,327	1.2%	599,668	6.1%	119	-18.8%	790,522	4.9%
基層診所	1,357	-8.9%	1,062	-8.6%	12,215,645	1.5%	35,049,321	7.4%	-	-	47,267,385	5.8%
交付機構	363,908	-1.1%	302,813	-2.1%	-	-	-	-	3.1	-83.6%	666,740	-1.6%
總計	426,729	-1.0%	335,373	-2.2%	13,285,291	1.4%	38,496,859	7.2%	2,864	4.1%	52,547,117	5.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

48

113年醫療服務供給 & 利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (113年12月)	2,696	972	1,354	828	1,003	110	6,963
成長率	0.7%	3.3%	1.1%	1.2%	-0.4%	-0.9%	1.0%
醫師數 (113年12月)	6,844	2,470	3,039	1,794	2,275	219	16,641
成長率	1.4%	3.9%	3.7%	2.3%	0.3%	-1.8%	2.1%
人口數 (千)	7,506	3,923	4,559	3,258	3,629	526	23,400
人口數 (成長率)	-0.23%	0.66%	-0.08%	-0.29%	-0.33%	-0.65%	-0.09%
每位醫師照護人口數	1,097	1,588	1,500	1,816	1,595	2,400	1,406
每萬人口醫師數	9.12	6.30	6.67	5.51	6.27	4.17	7.11
申報件數 (千)	12,415	5,585	6,912	4,538	5,436	559	35,446
成長率	0.9%	2.0%	1.4%	1.0%	0.7%	0.1%	1.2%
申報醫療費用 (百萬)	18,444	8,378	10,433	6,648	7,740	903	52,547
成長率	5.2%	5.0%	5.8%	6.3%	5.9%	7.6%	5.6%
平均每件申報醫療費用點數	1,486	1,500	1,509	1,465	1,424	1,615	1,482
成長率	4.3%	2.9%	4.3%	5.2%	5.1%	7.5%	4.4%

註1：人口數來源為113年12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01-12月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較

113年第4季牙醫總額醫療供給及利用概況

就診牙醫人數【分區別】



◆ 113年第4季

單位：千人

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111Q4	1,791	806	1,016	660	787	85	5,108	0.5%
112Q4	1,901	858	1,064	684	823	87	5,379	5.3%
113Q4	1,932	880	1,086	698	828	87	5,476	1.8%
增減人數	31	21	22	14	6	1	97	
成長率	1.6%	2.5%	2.1%	2.0%	0.7%	0.8%	1.8%	

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。

51

醫療服務價量比較【層級別-校正前】



◆ 113年第4季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	323	10.0%	3.6%	548,677	17.5%	4.1%	1,699	6.7%
2區域醫院	248	-12.3%	2.8%	429,902	-7.4%	3.2%	1,734	5.5%
3地區醫院	122	-0.3%	1.4%	201,886	3.6%	1.5%	1,653	3.8%
4基層診所	8,275	0.0%	92.3%	12,145,353	5.2%	90.0%	1,468	5.2%
5交付機構	-	-	-	164,131	-3.1%	1.2%	-	-
合計	8,968	0.0%		13,489,949	5.1%		1,504	5.1%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：113年3月起評鑑等級變動如下：

醫學中心(+3)：增加3家：台北慈濟、雙和醫院、臺大新竹(原特約類別為區域醫院，113年3月起變更為醫學中心)。

區域醫院(+1)：增加5家：台大癌醫、土城醫院、新竹馬偕兒童醫、亞洲大學附、義大癌醫(原特約類別為地區醫院，113年3月起變更為區域醫院)。

減少4家：台北慈濟、雙和醫院、臺大新竹(原特約類別為區域醫院，113年3月起變更為醫學中心)；麻豆新樓醫院(原特約類別為區域醫院，113年3月起變更為地區醫院)。

地區醫院(-4)：增加1家：麻豆新樓醫院(原特約類別為區域醫院，113年3月起變更為地區醫院)。

減少5家：台大癌醫、土城醫院、新竹馬偕兒童醫、亞洲大學附、義大癌醫(原特約類別為地區醫院，113年3月起變更為區域醫院)。

52

醫療服務價量比較【層級別-校正後】



◆ 113年第4季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	323	0.2%	3.6%	548,677	6.0%	4.1%	1,699	5.9%
2區域醫院	248	-3.6%	2.8%	429,902	2.4%	3.2%	1,734	6.3%
3地區醫院	122	2.9%	1.4%	201,886	6.7%	1.5%	1,653	3.9%
4基層診所	8,275	0.0%	92.3%	12,145,353	5.2%	90.0%	1,468	5.2%
5交付機構	-	-	-	164,131	-3.1%	1.2%	-	-
合計	8,968	0.0%		13,489,949	5.1%		1,504	5.1%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：本表以各醫院113年12月當下之層級歸類。

53

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 113年第4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	3,134	-0.5%	1,932	1.6%	1.62	-2.1%	4,719,498	4.5%	1,506	5.0%
北區	1,423	1.2%	880	2.5%	1.62	-1.2%	2,150,925	4.6%	1,511	3.3%
中區	1,750	0.6%	1,086	2.1%	1.61	-1.4%	2,696,692	5.9%	1,541	5.2%
南區	1,155	0.7%	698	2.0%	1.65	-1.3%	1,718,594	6.5%	1,488	5.8%
高屏	1,365	-1.5%	828	0.7%	1.65	-2.2%	1,970,459	4.5%	1,444	6.2%
東區	142	-1.6%	87	0.8%	1.64	-2.4%	233,781	6.6%	1,646	8.3%
合計	8,968	0.0%	5,476	1.8%	1.64	-1.8%	13,489,949	5.1%	1,504	5.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

54

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 113年第4季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	29	19.2%	6,027	23.9%	205	4.0%
2.牙醫急診	4	3.1%	9,988	6.6%	2,420	3.4%
3.牙醫門診手術	14	-3.5%	45,558	0.2%	3,290	3.7%
4.無牙醫鄉服務	51	-1.8%	85,691	3.9%	1,695	5.8%
5.牙醫特殊醫療	53	5.9%	199,427	32.7%	3,795	25.4%
6.其他專案	8,817	-0.1%	12,979,126	4.9%	1,472	5.0%
7.交付機構	-	-	164,131	-3.1%	-	0.0%
合計	8,968	0.0%	13,489,949	5.1%	1,504	5.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

55

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 113年第4季

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	1	25.0%	15	-26.0%	14	-52.0%	5,997	24.6%	-	-	6,027	23.9%
2.牙醫急診	7,857	13.6%	2,090	-12.5%	41	-30.2%	-	-	-	-	9,988	6.6%
3.牙醫門診手術	29,143	9.8%	13,682	-15.7%	2,340	-3.8%	393	44.9%	-	-	45,558	0.2%
4.無牙醫鄉服務	318	16.6%	1,057	26.3%	2,401	349.9%	81,914	1.3%	-	-	85,691	3.9%
5.牙醫特殊醫療	47,397	73.0%	22,716	-15.3%	12,795	22.1%	116,519	36.1%	-	-	199,427	32.7%
6.其他專案	463,962	14.3%	390,342	-6.6%	184,294	1.7%	11,940,529	5.0%	-	-	12,979,126	4.9%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-	-	-	164,131	-3.1%	164,131	-3.1%
合計	548,677	17.5%	429,902	-7.4%	201,886	3.6%	12,145,353	5.2%	164,131	-3.1%	13,489,949	5.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

56

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 113年第4季(表_1/2)

案件分類	1.一般案件(簡表)		2.牙醫急診		3.牙醫門診手術		4.無牙醫鄉服務		5.牙醫特殊醫療	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	2,260	28.4%	4,423	9.6%	10,895	9.2%	8,574	-8.4%	62,310	34.5%
北區	1,043	11.0%	257	-21.7%	3,774	-11.1%	5,759	4.3%	32,449	24.8%
中區	781	41.6%	2,001	30.8%	10,888	-4.0%	22,035	16.3%	43,149	34.4%
南區	1,089	30.8%	1,523	-6.2%	6,676	-6.2%	16,353	-2.0%	21,319	32.9%
高屏	813	9.6%	1,500	-3.2%	10,085	-1.5%	20,758	1.3%	32,473	36.5%
東區	41	5.1%	284	-5.9%	3,240	25.9%	12,212	6.2%	7,728	28.5%
合計	6,027	23.9%	9,988	6.6%	45,558	0.2%	85,691	3.9%	199,427	32.7%

註：成長率係與前一年同期比較。

57

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 113年第4季(表_2/2)

案件分類	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
臺北	4,575,996	4.3%	55,038	-4.2%	4,719,498	4.5%
北區	2,079,614	4.4%	28,030	-0.6%	2,150,925	4.6%
中區	2,583,993	5.6%	33,845	-2.1%	2,696,692	5.9%
南區	1,650,802	6.6%	20,831	-2.0%	1,718,594	6.5%
高屏	1,881,599	4.3%	23,231	-5.2%	1,970,459	4.5%
東區	207,122	5.9%	3,156	-6.9%	233,781	6.6%
合計	12,979,126	4.9%	164,131	-3.1%	13,489,949	5.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

58

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 113年第4季

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	36,896	-3.2%	27,650	-4.2%	1,178,304	-0.6%	3,476,404	6.5%	244	-5.4%	4,719,498	4.5%
北區	16,854	-0.8%	13,514	-1.4%	540,798	1.4%	1,579,735	5.8%	23	-25.1%	2,150,925	4.6%
中區	21,166	-1.4%	17,095	-2.6%	664,816	0.8%	1,993,356	7.9%	261	42.7%	2,696,692	5.9%
南區	14,131	-1.1%	10,921	-2.3%	427,321	0.9%	1,266,079	8.8%	142	-12.2%	1,718,594	6.5%
高屏	13,976	-4.4%	11,750	-5.6%	498,781	-1.0%	1,445,912	6.8%	41	-32.6%	1,970,459	4.5%
東區	2,330	-4.2%	1,692	-5.5%	55,076	-0.4%	174,663	9.3%	20	5.9%	233,781	6.6%
總計	105,353	-2.4%	82,621	-3.4%	3,365,096	0.1%	9,936,149	7.0%	731	2.5%	13,489,949	5.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

59

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】



◆ 113年第4季

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費		4.診療費小計		5.特材小計		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	8,900	20.8%	3,626	11.0%	127,446	13.8%	408,281	18.7%	424	5.0%	548,677	17.5%
區域醫院	5,009	-23.2%	2,962	-15.9%	98,327	-11.5%	323,328	-5.7%	276	7.5%	429,902	-7.4%
地區醫院	1,538	3.5%	1,241	-3.0%	45,825	1.3%	153,251	4.3%	29	-21.7%	201,886	3.6%
基層診所	319	-12.3%	249	-10.7%	3,093,498	0.0%	9,051,287	7.1%	-	-	12,145,353	5.2%
交付機構	89,587	-2.8%	74,542	-3.4%	-	-	-	-	1.5	-89.4%	164,131	-3.1%
總計	105,353	-2.4%	82,621	-3.4%	3,365,096	0.1%	9,936,149	7.0%	731	2.5%	13,489,949	5.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

60

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年第3季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、113年第3季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、依113年度總額協定事項「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。經本署依113年1月至11月申報資料統計，與一般服務重複之額度約10.4萬元(附件1，頁次報4-3)，考量扣減金額不多，且第4季院所仍會申報及補報費用，研擬於113年第4季結算時依實際執行結果校正扣減費用。
- 三、113年第3季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算報表詳附件2，頁次報4-4)：

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
113Q3	浮動點值	0.95364079	1.06363029	1.03670866	1.07649856	1.04856968	1.15174037	1.00826062
	平均點值	0.94556835	1.04786133	1.03212585	1.06927612	1.04300049	1.15000000	1.00821069
	平均點值 (含專款)	0.93070970	1.03239561	1.00890646	1.04627412	1.01818316	1.11318325	0.98956312

註1：臺北分區因跨區點值(0.91072343)較低，爰平均點值低於浮動點值。

註2：平均點值(含專款)較平均點值低，係因高風險疾病口腔照護計畫浮動點值所致。

四、檢附112年第3季點值結算資料供參。

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
112Q3	浮動點值	0.91820071	0.99769888	0.99923680	1.05641665	1.03975851	1.15107524	0.97886682
	平均點值	0.91702094	0.99591629	0.99797619	1.05069103	1.03530848	1.15000000	0.97904477
	平均點值 (含專款)	0.92320663	1.00090330	1.00381489	1.05513550	1.039219221	1.15275610	0.98488679

- 五、高風險疾病口腔照護計畫全年預算15.99億元，依計畫預算按季均分及結算，本季預算399.75百萬元，已支用點數705,129,773，因預算不足支應，採浮動點值0.56691692支付。
- 六、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決 定：

113 年牙醫總額項目扣減規劃

項目	協定文字	112 年扣減方式	說明
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。	113 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 111 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。	依 113 年 1 月至 12 申報資料，經統計與一般服務重複之額度約 10 萬元金額不多，且第 4 季院所仍會申報及補報費用，研擬於 113 第 4 季結算時依實際執行結果校正扣減費用。

註、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫扣減計算：

1. 113 年 1-11 月執行 P7101C 者(排除案件分類 14)經歸戶總計 117,080 人，申報 P7101C 醫療費用約 47.6 百萬，其中同年度未有申報 91014C、91004C 者經歸戶為總計 6,958 人。
2. 前述 6,958 人中，於 112 年度有申報 91004C+91014C 者為 1,971 人，申報 91004C+91014C 醫療費用約 1.84 百萬，其中 91014C 醫療費用為 103,820 點。

牙醫門診總額各分區 113 年第 3 季點值計算說明

各區一般服務浮動點值、平均點值

投保 分區別	調整後分區 一般預算總額 (BD)	投保該分區當地就醫 浮動核定點數(BF)	加總浮動核定點數 (GF)	跨區浮動點數×投 保分區前季點值 (AF)	投保該分區核定 非浮動點數(BG)	當地就醫分區 自墊核退點數 (BJ)	浮動點值	平均點值
							$[BD - (跨區浮動點數 \times 前季點值(AF)) - BG - BJ]$ / (BF)	$(BD) /$ $(GF + BG + BJ)$
臺北分區	4,608,461,591	3,875,607,509	4,834,605,097	873,381,572	38,883,590	259,009	0.95364079	0.94556835
北區分區	2,071,843,343	1,521,356,910	1,984,608,131	461,078,808	-7,516,081	119,332	1.06363029	1.04786133
中區分區	2,266,552,033	1,978,113,720	2,177,318,705	197,139,557	18,582,913	101,942	1.03670866	1.03212585
南區分區	1,566,170,268	1,224,170,864	1,452,074,022	235,724,677	12,565,375	62,043	1.07649856	1.06927612
高屏分區	1,717,995,967	1,469,495,418	1,637,810,249	167,770,900	9,312,775	43,954	1.04856968	1.04300049
東區分區	224,179,306	158,880,603	192,676,864	38,928,438	2,244,956	16,707	1.15174037	1.15000000
全 區	12,455,202,508		12,279,093,068		74,073,528	602,987	1.00826062	1.00821069

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

註 2：因東區季結算平均點值大於 1.15 元，啟動「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」大於 1.15 元部分之預算列入該分區保留款。

製表日期：114 年 2 月 17 日

=====

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)113 年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

$$\begin{aligned}
 &= 113 \text{ 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2 合計)} \times 107\text{--}109 \text{ 年各季核定點數平均占率(Ra)} \\
 &\quad \times \text{該區 111 年各季人口風險因子(R}_{111}\text{)} \\
 &= 12,463,942,329
 \end{aligned}$$

註：依據 112 年 11 月 21 日「牙醫門診總額研商議事會議」112 年度第 4 次會議決定，一般服務預算比照 112 年之分配方式，以 107-109 年各季核定點數平均占率(Ra)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%。113 年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區 111 年度各季人口風險因子(R₁₁₁)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。

113 全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 48,070,398,198 元：

1. 113 第 1 季調整後預算 11,474,359,825 元＝113 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×(R₁₁₁)。
2. 113 第 2 季調整後預算 11,721,844,984 元＝113 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×(R₁₁₁)。
3. 113 第 3 季調整後預算 12,463,942,329 元＝[113 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×(R₁₁₁)。
4. 113 第 4 季調整後預算＝ 113 年全年預算數－ 113 年第 1 季調整後預算－ 113 年第 2 季調整後預算－ 113 年第 3 季調整後預算

$$\begin{aligned}
 &= 48,070,398,198 - 11,474,359,825 - 11,721,844,984 - 12,463,942,329 \\
 &= 12,410,251,060 \text{ 元。}
 \end{aligned}$$

5. 計算過程詳本表頁次 27：「三、一般服務費用總額」。

(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)「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」(0.2 億元)。

(5)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

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)113 年 5 項一般服務移撥專用費用

全年預算＝330,000,000 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)，其中中區移撥 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	2,245(J6)	暫結金額	2,245(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	22,820,558(J7)	暫結金額	23,650,091(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	10,380(J11)	暫結金額	10,380(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	15,304,682(J12)	暫結金額	15,725,930(J22)
(3)小計	加成前點數	38,137,865(J19)	暫結金額	39,388,646(J29)

暫結金額 = 39,388,646

未支用金額 = 第 1 季預算 - 暫結金額 = 10,611,354

第 2 季：

第 2 季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 200,000,000/4 + 10,611,354＝ 60,611,354

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	2,051(K6)	暫結金額	2,051(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	37,762,534(K7)	暫結金額	38,810,823(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	9,033(K11)	暫結金額	9,033(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	16,405,334(K12)	暫結金額	16,665,112(K22)
(3)小計	加成前點數	54,178,952(K19)	暫結金額	55,487,019(K29)

暫結金額 = 55,487,019

未支用金額 = 第 2 季預算 - 暫結金額 = 5,124,335

=====

第 3 季:

第 3 季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 200,000,000/4 + 5,124,335＝ 55,124,335

(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	1,706(L6)	暫結金額	1,706(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	14,063,735(L7)	暫結金額	14,450,282(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	9,504(L11)	暫結金額	9,504(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	17,779,286(L12)	暫結金額	18,026,096(L22)
(3)小計	加成前點數	31,854,231(L19)	暫結金額	32,487,587(L29)

暫結金額 = 32,487,587

未支用金額 = 第 3 季預算 - 暫結金額 = 22,636,748

第 4 季:

第 4 季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 200,000,000/4 + 22,636,748＝ 72,636,748

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

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第 4 季預算 - 暫結金額 = 72,636,748

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	6,002(N6)	暫結金額	6,002(N26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	74,646,827(N7)	暫結金額	76,911,196(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	28,917(N11)	暫結金額	28,917(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	49,489,302(N12)	暫結金額	50,417,138(N22)
(3)小計	加成前點數	124,171,048(N19)	暫結金額	127,363,252(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)

= 39,388,646 + 55,487,019 + 32,487,587 + 0

= 127,363,252

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 127,363,252

= 72,636,748 (E4)

註：1. 依據「113 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,優先用於全民健保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用,其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫,若再有剩餘則回歸一般服務費用總額,並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

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：11,974,651

暫結金額：1 元/點 × 已支用點數 = 11,974,651

未支用金額：第 1 季預算 - 第 1 季暫結金額 = 20,000,000 - 11,974,651 = 8,025,349

第 2 季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 80,000,000 / 4 + 8,025,349 = 28,025,349

已支用點數：14,120,648

暫結金額：1 元/點 × 已支用點數 = 14,120,648

未支用金額：第 2 季預算 - 第 2 季暫結金額 = 28,025,349 - 14,120,648 = 13,904,701

第 3 季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 80,000,000 / 4 + 13,904,701 = 33,904,701

已支用點數：13,630,383

暫結金額：1 元/點 × 已支用點數 = 13,630,383

未支用金額：第 3 季預算 - 第 3 季暫結金額 = 33,904,701 - 13,630,383 = 20,274,318

第 4 季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 80,000,000 / 4 + 20,274,318 = 40,274,318

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點 × 已支用點數 = 0

未支用金額：第 4 季預算 - 第 4 季暫結金額 = 40,274,318 - 0 = 40,274,318

全年合計: 預算 = 80,000,000

全年已支用點數：39,725,682

全年已結算金額：1 元/點 × 全年已支用點數 = 39,725,682

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 80,000,000 - 39,725,682

= 40,274,318 (E5)

註：1. 依據 113 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，本計畫按季結算，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，優先用於全民健保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款 0.2 億元。每季移撥 5,000,000 元(R)。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

5. 全年合計：

全年預算 330,000,000 元

第 1 季:預算= 330,000,000/ 4 = 82,500,000

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 39,388,646(J29)+ 11,974,651+ 5,000,000(R) = 63,863,297

未支用金額: 第 1 季預算—第 1 季已暫結金額= 82,500,000— 63,863,297 = 18,636,703

第 2 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 330,000,000/ 4+ 18,636,703 = 101,136,703

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 55,487,019(K29)+ 14,120,648+ 5,000,000(R) = 82,107,667

未支用金額: 第 2 季預算—第 2 季已暫結金額= 101,136,703— 82,107,667 = 19,029,036

第 3 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 330,000,000/ 4+ 19,029,036 = 101,529,036

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 32,487,587(L29)+ 13,630,383+ 5,000,000(R) = 58,617,970

未支用金額: 第 3 季預算—第 3 季已暫結金額= 101,529,036— 58,617,970 = 42,911,066

第 4 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 330,000,000/ 4+ 42,911,066 = 125,411,066

已暫結金額: 0(Z)+ 0(M29)+ 0+ 0(R) = 0

未支用金額: 第 4 季預算—第 4 季已暫結金額= 125,411,066— 0 = 125,411,066

全年合計:預算= 330,000,000

全年已暫結金額: 204,588,934

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已暫結金額— 支應 112 年度全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒
兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用—特定疾病病人牙科就醫安全計畫

= 330,000,000 — 204,588,934 — 0

= 125,411,066 (E10)

6. 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

二、專款項目費用

(一)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 310,000,000

第 1 季:

預算=310,000,000/4= 77,500,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:	點數	10,288,453(J0)	收入	16,318,129(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:			已支用點數	3,134,100(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	2,245(J6)	加成已支用點數	451(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	22,820,558(J7)	加成已支用點數	4,576,270(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	32,187,850(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	10,380(J11)	加成已支用點數	2,078(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	15,304,682(J12)	加成已支用點數	3,064,376(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				53,253,578(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)

= 59,283,254

未支用金額

= 第 1 季預算 - 暫結金額

= 18,216,746

※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＝ 310,000,000/4 + 18,216,746＝ 95,716,746

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1:	點數	10,176,853(K0)	收入	16,029,375(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	4,062,800(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	2,051(K6)	加成已支用點數	407(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	37,762,534(K7)	加成已支用點數	7,606,576(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	42,206,850(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	9,033(K11)	加成已支用點數	1,809(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	16,405,334(K12)	加成已支用點數	3,330,828(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				67,386,123(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)

＝ 73,238,645

未支用金額

＝ 第 2 季預算 － 暫結金額

＝ 22,478,101

※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＝ 310,000,000/4 + 22,478,101＝ 99,978,101

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1:	點數	9,990,093(L0)	收入	16,471,391(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:			已支用點數	2,764,600(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	1,706(L6)	加成已支用點數	303(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	14,063,735(L7)	加成已支用點數	2,681,900(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	32,343,000(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	9,504(L11)	加成已支用點數	1,818(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	17,779,286(L12)	加成已支用點數	3,400,098(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):				51,181,812(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)

＝ 57,663,110

未支用金額

＝ 第 3 季預算 － 暫結金額

＝ 42,314,991

※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＝ 310,000,000/4 + 42,314,991＝119,814,991

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

暫結金額

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

＝ 0

未支用金額

＝ 第 4 季預算 － 暫結金額

＝ 119,814,991

※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=310,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1:	點數	30,455,399(N0)	收入	48,818,895(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2:			已支用點數	9,961,500(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13:			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	6,002(N6)	加成已支用點數	1,161(N3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	74,646,827(N7)	加成已支用點數	14,864,746(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14:			已支用點數	0(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5:			已支用點數	106,737,700(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	28,917(N11)	加成已支用點數	5,705(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	49,489,302(N12)	加成已支用點數	9,795,302(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14):				171,821,513(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)
= 59,283,254+ 73,238,645+ 57,663,110+ 0 = 190,185,009

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 119,814,991

※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「113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「113年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」,社區醫療站提供屬牙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 = 781,700,000

第 1 季：預算 = 781,700,000/4 = 195,425,000

	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：	4,109,000(V01)	4,108,283(VF01)	717(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,810,388(V02)	32,527,157(VF02)	1,283,231(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,577,180(V03)	23,814,452(VF03)	762,728(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：	25,397,769(V04)	24,818,162(VF04)	579,607(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,142,517(V05)	9,762,412(VF05)	380,105(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,282,904(V06)	1,173,941(VF06)	108,963(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：	12,404,356(V07)	12,403,917(VF07)	439(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,763,184(V08)	9,762,889(VF08)	295(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：	14,184,061(V09)	14,182,435(VF09)	1,626(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	461,009(V10)	461,009(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	51,434(V11)	51,434(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	678,682(V12)	678,682(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(V13)	0(VF13)	0(VN13)
(14)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)：	12,199,200(V14)	12,199,200(VF14)	0(VN14)
(15)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：	455,553(V15)	455,508(VF15)	45(VN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	13,331(V16)	13,331(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	338,400(V17)	338,400(VF17)	0(VN17)
(18)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：	3,904(V18)	3,904(VF18)	0(VN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	40,265(V19)	40,236(VF19)	29(VN19)
(20)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：	51,582(V20)	51,582(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,054(V21)	4,054(VF21)	0(VN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V22)	0(VF22)	0(VN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,669,391(V23)	1,669,391(VF23)	0(VN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,934,362(V24)	1,934,362(VF24)	0(VN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	385,719(V25)	385,719(VF25)	0(VN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	865,396(V26)	865,396(VF26)	0(VN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V27)	0(VF27)	0(VN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	191,246(V28)	191,246(VF28)	0(VN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V30)	0(VF30)	0(VN30)
(99)合計	155,014,887(V99)	151,897,102(VF99)	3,117,785(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1 元/點×已支用點數 = 155,014,887	= 第 1 季預算 - 暫結金額 = 40,410,113		

第 2 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 781,700,000/4＋ 40,410,113＝ 235,835,113

	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：	3,389,398(W01)	3,376,406(WF01)	12,992(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	40,535,829(W02)	39,172,927(WF02)	1,362,902(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	29,368,996(W03)	28,600,417(WF03)	768,579(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：	32,612,083(W04)	32,095,256(WF04)	516,827(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,390,719(W05)	12,038,270(WF05)	352,449(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,776,603(W06)	1,631,729(WF06)	144,874(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：	15,819,578(W07)	15,819,017(WF07)	561(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,010,092(W08)	13,009,650(WF08)	442(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：	18,164,874(W09)	18,163,072(WF09)	1,802(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	817,452(W10)	817,412(WF10)	40(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	71,433(W11)	71,433(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	984,456(W12)	984,367(WF12)	89(WN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	254,490(W13)	254,490(WF13)	0(WN13)
(14)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)：	15,926,400(W14)	15,926,400(WF14)	0(WN14)
(15)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：	652,031(W15)	651,953(WF15)	78(WN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	14,052(W16)	14,052(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	355,200(W17)	355,200(WF17)	0(WN17)
(18)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：	21,177(W18)	21,177(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,871(W19)	22,871(WF19)	0(WN19)
(20)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：	47,708(W20)	47,708(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,226(W21)	19,226(WF21)	0(WN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W22)	0(WF22)	0(WN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,685,232(W23)	1,685,232(WF23)	0(WN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,158,542(W24)	2,158,542(WF24)	0(WN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	445,540(W25)	445,540(WF25)	0(WN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,034,259(W26)	1,034,259(WF26)	0(WN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	239,771(W28)	239,771(WF28)	0(WN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W30)	0(WF30)	0(WN30)
(99)合計	191,818,012(W99)	188,656,377(WF99)	3,161,635(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1 元/點×已支用點數＝ 191,818,012	＝ 第 2 季預算－暫結金額＝ 44,017,101		

第 3 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 781,700,000/4＋ 44,017,101＝ 239,442,101

	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：	4,649,047(X01)	4,648,479(XF01)	568(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	47,807,009(X02)	46,418,288(XF02)	1,388,721(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	31,479,873(X03)	30,780,227(XF03)	699,646(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：	34,113,343(X04)	33,565,908(XF04)	547,435(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,496,344(X05)	13,113,347(XF05)	382,997(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,981,634(X06)	1,823,950(XF06)	157,684(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：	14,673,676(X07)	14,673,187(XF07)	489(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,365,504(X08)	11,365,280(XF08)	224(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：	16,055,901(X09)	16,054,064(XF09)	1,837(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	527,371(X10)	527,329(XF10)	42(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	72,324(X11)	72,324(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	981,368(X12)	981,345(XF12)	23(XN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	271,014(X13)	271,014(XF13)	0(XN13)
(14)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)：	13,617,600(X14)	13,617,600(XF14)	0(XN14)
(15)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：	747,686(X15)	747,425(XF15)	261(XN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	31,676(X16)	31,676(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	367,200(X17)	367,200(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,775(X18)	15,775(XF18)	0(XN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	44,395(X19)	44,395(XF19)	0(XN19)
(20)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：	80,918(X20)	80,918(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,176(X21)	14,176(XF21)	0(XN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X22)	0(XF22)	0(XN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,810,294(X23)	1,810,294(XF23)	0(XN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,081,620(X24)	2,081,620(XF24)	0(XN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	448,364(X25)	448,364(XF25)	0(XN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,018,892(X26)	1,018,892(XF26)	0(XN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X27)	0(XF27)	0(XN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	213,869(X28)	213,869(XF28)	0(XN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(X29)	0(XF29)	0(XN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(X30)	0(XF30)	0(XN30)
(99)合計	197,966,873(X99)	194,786,946(XF99)	3,179,927(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1 元/點×已支用點數＝ 197,966,873	＝ 第 3 季預算－暫結金額＝ 41,475,228		

第 4 季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 781,700,000/4＋ 41,475,228＝ 236,900,228

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y30)	0(YF30)	0(YN30)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)

暫結金額

＝ 1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額

＝ 第 4 季預算 － 暫結金額＝ 236,900,228

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

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：114/02/17

113 年第 3 季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：16

全年合計：全年預算＝ 781,700,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	12,147,445(Z01)	12,133,168(ZF01)	14,277(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	122,153,226(Z02)	118,118,372(ZF02)	4,034,854(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	85,426,049(Z03)	83,195,096(ZF03)	2,230,953(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：	92,123,195(Z04)	90,479,326(ZF04)	1,643,869(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	36,029,580(Z05)	34,914,029(ZF05)	1,115,551(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	5,041,141(Z06)	4,629,620(ZF06)	411,521(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：	42,897,610(Z07)	42,896,121(ZF07)	1,489(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,138,780(Z08)	34,137,819(ZF08)	961(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：	48,404,836(Z09)	48,399,571(ZF09)	5,265(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,805,832(Z10)	1,805,750(ZF10)	82(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	195,191(Z11)	195,191(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	2,644,506(Z12)	2,644,394(ZF12)	112(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	525,504(Z13)	525,504(ZF13)	0(ZN13)
(14)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)：	41,743,200(Z14)	41,743,200(ZF14)	0(ZN14)
(15)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：	1,855,270(Z15)	1,854,886(ZF15)	384(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	59,059(Z16)	59,059(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	1,060,800(Z17)	1,060,800(ZF17)	0(ZN17)
(18)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：	40,856(Z18)	40,856(ZF18)	0(ZN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	107,531(Z19)	107,502(ZF19)	29(ZN19)
(20)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	180,208(Z20)	180,208(ZF20)	0(ZN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	37,456(Z21)	37,456(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z22)	0(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,164,917(Z23)	5,164,917(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	6,174,524(Z24)	6,174,524(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	1,279,623(Z25)	1,279,623(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	2,918,547(Z26)	2,918,547(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z27)	0(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	644,886(Z28)	644,886(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z30)	0(ZF30)	0(ZN30)
(99)合計	544,799,772(Z99)	535,340,425(ZF99)	9,459,347(ZN99)

全年預算＝ 781,700,000

全年已支用點數＝ 第 1-4 季已支用點數

＝ 155,014,887 + 191,818,012 + 197,966,873 + 0 = 544,799,772

全年已結算金額＝ 155,014,887 + 191,818,012 + 197,966,873 + 0 = 544,799,772

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

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：114/02/17

113 年第 3 季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 17

=====

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）

＝ 781,700,000 －（ 544,799,772 － 0）

＝ 781,700,000 － 544,799,772

＝ 236,900,228

註：

依據「113 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」點值結算方式如下：

1. 本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，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. 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。

(三)12-18 歲青少年口腔提升試辦計畫

全年預算＝171,500,000 元

第 1 季:預算＝171,500,000/4＝42,875,000

已支用點數：20,638,686

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝20,638,686

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝42,875,000－20,638,686＝22,236,314

第 2 季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝171,500,000/4＋22,236,314＝65,111,314

已支用點數：21,996,726

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝21,996,726

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝65,111,314－21,996,726＝43,114,588

第 3 季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝171,500,000/4＋43,114,588＝85,989,588

已支用點數：34,450,670

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝34,450,670

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝85,989,588－34,450,670＝51,538,918

第 4 季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝171,500,000/4＋51,538,918＝94,413,918

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝94,413,918－0＝94,413,918

全年合計:預算＝171,500,000

已支用點數：77,086,082

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝77,086,082

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝171,500,000－77,086,082

＝94,413,918

註:依據「113 年度全民健康保險 12-18 歲青少年口腔提升試辦計畫」,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。

(四)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：21,394,174

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 21,394,174

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額= 36,200,000－21,394,174= 14,805,826

第 2 季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 14,805,826= 51,005,826

已支用點數：24,319,844

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 24,319,844

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額= 51,005,826－24,319,844= 26,685,982

第 3 季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 26,685,982= 62,885,982

已支用點數：25,184,510

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 25,184,510

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額= 62,885,982－25,184,510= 37,701,472

第 4 季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 37,701,472= 73,901,472

已支用點數：0

暫結金額：1 元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額= 73,901,472－0= 73,901,472

全年合計:預算= 144,800,000 元

已支用點數：70,898,528

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數= 70,898,528

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 144,800,000－70,898,528

= 73,901,472

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。

(五)高風險疾病口腔照護計畫

全年預算＝ 1,599,000,000 元

第 1 季:預算＝ 1,599,000,000/4＝ 399,750,000

已支用點數： 236,843,913

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 236,843,913

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝ 399,750,000－ 236,843,913＝ 162,906,087

第 2 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 1,599,000,000/4+162,906,087＝ 562,656,087

已支用點數： 610,806,389

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 610,806,389

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝ 562,656,087－ 610,806,389＝ -48,150,302

浮動點值＝(第 2 季預算－ 非浮動點數)／ 浮動點數＝ (562,656,087－0)／ 610,806,389＝ 0.92116929

第 3 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 1,599,000,000/4+ 0＝ 399,750,000

已支用點數： 705,129,773

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 705,129,773

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝ 399,750,000－ 705,129,773＝ -305,379,773

浮動點值＝(第 3 季預算－ 非浮動點數)／ 浮動點數＝ (399,750,000－0)／ 705,129,773＝ 0.56691692

第 4 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 1,599,000,000/4+ 0＝ 399,750,000

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 399,750,000－ 0＝ 399,750,000

全年合計:預算＝ 1,599,000,000 元

已支用點數： 1,552,780,075

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)

＝ 236,843,913+ 562,656,087+ 399,750,000+ 0＝ 1,199,250,000

全年未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額

＝ 1,599,000,000－ 1,199,250,000

＝ 399,750,000

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。

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。

=====

(六)網路頻寬補助費用

全年預算＝ 143,000,000 元

第 1 季已支用點數： 35,364,445

第 2 季已支用點數： 35,518,784

第 3 季已支用點數： 35,614,865

第 4 季已支用點數： 0

全 年已支用點數：106,498,094

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝106,498,094

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 143,000,000－106,498,094＝ 36,501,906

註：依據衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告「113 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。

(七)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＋113 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%)＋47,800,000

＝(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%＋47,800,000

＝26,806,674＋28,723,750＋30,832,102＋30,020,079＋47,800,000

＝164,182,605

(八)特定疾病病人牙科就醫安全計畫

全年預算＝ 327,100,000 元

(307.1 百萬元由 113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目支應；另依牙醫門診總額地區預算調整方式，自一般服務預算移撥 20.0 百萬元，共計 327.1 百萬元。)

第 1 季:預算＝ 327,100,000/4＝ 81,775,000

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝ 81,775,000－ 0＝ 81,775,000

第 2 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 327,100,000/4＋ 81,775,000＝ 163,550,000

已支用點數： 40,645,333

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 40,645,333

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝ 163,550,000－ 40,645,333＝ 122,904,667

第 3 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 327,100,000/4＋122,904,667＝ 204,679,667

已支用點數： 53,591,224

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 53,591,224

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝ 204,679,667－ 53,591,224＝ 151,088,443

第 4 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 327,100,000/4＋151,088,443＝ 232,863,443

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 232,863,443－ 0＝ 232,863,443

全年合計:預算＝ 327,100,000 元

已支用點數： 94,236,557

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝ 94,236,557

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）

＝ 327,100,000－（ 94,236,557－ 0）

＝ 232,863,443(E6)（若第 4 季一般服務移撥款有結餘，優先 112 年度全民健康保險牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於本項計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以 0.2 億元為限）

註：

1. 本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則留用至下季，全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應；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。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。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。

(九)癌症治療品質改善計畫

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： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 1 季預算－第 1 季暫結金額＝ 2,500,000－ 0＝ 2,500,000

第 2 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 2,500,000＝ 5,000,000

已支用點數： 97,100

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 97,100

未支用金額：第 2 季預算－第 2 季暫結金額＝ 5,000,000－ 97,100＝ 4,902,900

第 3 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 4,902,900＝ 7,402,900

已支用點數： 345,000

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 345,000

未支用金額：第 3 季預算－第 3 季暫結金額＝ 7,402,900－ 345,000＝ 7,057,900

第 4 季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 7,057,900＝ 9,557,900

已支用點數： 0

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 9,557,900－ 0＝ 9,557,900

全年合計:預算＝ 10,000,000 元

已支用點數： 442,100

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝ 442,100

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 10,000,000－ 442,100

＝ 9,557,900

註:本計畫依總額部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算如有結餘，則流用至下季。

若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

三、一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2) ×100% × 111 年各季人口風險因子(R_111)(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. 113 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)		11, 111, 977, 002	11, 845, 120, 895	12, 723, 798, 296	12, 389, 502, 005	48, 070, 398, 198
2. 111 年人口風險因子(R_111)	臺北分區	0. 37076	0. 37025	0. 36970	0. 36983	
	北區分區	0. 16387	0. 16470	0. 16621	0. 16638	
	中區分區	0. 18108	0. 18106	0. 18143	0. 18119	
	南區分區	0. 12627	0. 12620	0. 12564	0. 12541	
	高屏分區	0. 13854	0. 13834	0. 13762	0. 13784	
	東區分區	0. 01948	0. 01945	0. 01940	0. 01935	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
3. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100%×(R_111)(註 1、2)	臺北分區	4, 119, 876, 593	4, 385, 656, 011	4, 703, 988, 230	4, 582, 009, 527	17, 791, 530, 361
	北區分區	1, 820, 919, 671	1, 950, 891, 411	2, 114, 822, 515	2, 061, 365, 344	7, 947, 998, 941
	中區分區	2, 012, 156, 796	2, 144, 677, 589	2, 308, 478, 725	2, 244, 853, 868	8, 710, 166, 978
	南區分區	1, 403, 109, 336	1, 494, 854, 257	1, 598, 618, 018	1, 553, 767, 446	6, 050, 349, 057
	高屏分區	1, 539, 453, 294	1, 638, 654, 025	1, 751, 049, 121	1, 707, 768, 956	6, 636, 925, 396
	東區分區	216, 461, 312	230, 387, 602	246, 841, 687	239, 736, 864	933, 427, 465
	小計	11, 111, 977, 002	11, 845, 120, 895	12, 723, 798, 296	12, 389, 502, 005	48, 070, 398, 198

(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×R₁₁₁—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)](四捨五入至整數位)
 —各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+前一年分區保留款分配後結餘款(T)+促進醫療服務診療項目支付衡平性(Y)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥
 醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(BE5)+移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫結餘款(BE6)

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. 111 年人口風險因子(R ₁₁₁)	臺北分區	0.37076	0.37025	0.36970	0.36983	
	北區分區	0.16387	0.16470	0.16621	0.16638	
	中區分區	0.18108	0.18106	0.18143	0.18119	
	南區分區	0.12627	0.12620	0.12564	0.12541	
	高屏分區	0.13854	0.13834	0.13762	0.13784	
	東區分區	0.01948	0.01945	0.01940	0.01935	
3. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=(D2 合計)×Ra×(R ₁₁₁)		(BD1 _{q1})	(BD1 _{q2})	(BD1 _{q3})	(BD1 _{q4})	(註 2)(加總BD1)
	臺北分區	4,254,233,649	4,340,013,105	4,607,919,479	4,589,364,128	17,791,530,361
	北區分區	1,880,303,345	1,930,587,869	2,071,631,855	2,065,475,872	7,947,998,941
	中區分區	2,077,777,077	2,122,357,253	2,261,333,057	2,248,699,591	8,710,166,978
	南區分區	1,448,867,415	1,479,296,837	1,565,969,714	1,556,215,091	6,050,349,057
	高屏分區	1,589,657,810	1,621,600,035	1,715,287,743	1,710,379,808	6,636,925,396
	東區分區	223,520,529	227,989,885	241,800,481	240,116,570	933,427,465
	小計	11,474,359,825	11,721,844,984	12,463,942,329	12,410,251,060	48,070,398,198
4. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)(註 3)		0	0	0	0	0
5. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款 BI= I×R ₁₁₁	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0

程式代號：RGBI3308R01

113 年第 3 季

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

列印日期：114/02/17

頁 次： 26

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
6. 112 年分區保留款分配後結餘款(T)	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	19,259,985	0	0	0	19,259,985
	小計	19,259,985	0	0	0	19,259,985
7. 促進醫療服務診療項目 支付衡平性(Y)(註 4)	臺北分區	492,864	472,416	542,112	0	1,507,392
	北區分區	192,864	167,232	211,488	0	571,584
	中區分區	159,264	172,128	218,976	0	550,368
	南區分區	168,096	178,560	200,554	0	547,210
	高屏分區	129,216	171,360	208,224	0	508,800
	東區分區	43,008	52,032	52,992	0	148,032
	小計	1,185,312	1,213,728	1,434,346	0	3,833,386
8. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註 5)	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
9. 移撥醫療資源不足核實申報費用結 餘款(E4)(註 6)					0	0
10. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款(BE4=E4×R_111)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
11. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫結餘款(E5)(註 7)					0	0

程式代號：RGBI3308R01

113 年第 3 季

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

列印日期：114/02/17

頁 次： 27

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
12. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款 (BE5=E5×R_111)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
13. 移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫(E6)(註8)					0	0
14. 移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫(BE6=E6×R_111)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
15. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)－(BI)+(T)+(Y) +(Z)+(BE4)+(BE5) +(BE6)	臺北分區	4,254,726,513	4,340,485,521	4,608,461,591	4,589,364,128	17,793,037,753
	北區分區	1,880,496,209	1,930,755,101	2,071,843,343	2,065,475,872	7,948,570,525
	中區分區	2,082,936,341	2,127,529,381	2,266,552,033	2,253,699,591	8,730,717,346
	南區分區	1,449,035,511	1,479,475,397	1,566,170,268	1,556,215,091	6,050,896,267
	高屏分區	1,592,287,026	1,624,271,395	1,717,995,967	1,712,879,808	6,647,434,196
	東區分區	242,823,522	228,041,917	241,853,473	240,116,570	952,835,482
	小計	11,502,305,122	11,730,558,712	12,472,876,675	12,417,751,060	48,123,491,569

=====

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. 「113 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：本計畫全年經費為 7.817 億元，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。
4. 依據 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 次會議決定略以，「移撥促進醫療服務診療項目支付衡平性」113 年經費 5.5 百萬元，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。
5. 依據 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 次會議決定略以，113 年度牙醫門診總額一般服務預算移撥 0.3 億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元。
6. 依據「113 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 111 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
7. 依據「113 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 111 年第 4 季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。
8. 依據 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 次會議決定略以，113 年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計 3.3 億元，按季均分。其中 0.2 億元移撥補助「特定疾病病人牙醫就醫安全計畫」：為鼓勵該計畫執行，112 年由一般預算提撥 0.2 億元，每點支付金額 1 元，該經費按季均分及結算。當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算。
(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。
9. 依據 112 年 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門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各人口風險因子(R值)分配至各區。

四、一般服務各分區浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	3,875,607,509(BF)	0.91072343	-----	30,891,615	259,009
	2-北區分區	393,139,965	0.91072343	358,041,777	3,271,233	
	3-中區分區	228,983,658	0.91072343	208,540,782	1,951,259	
	4-南區分區	134,077,865	0.91072343	122,107,853	1,165,392	
	5-高屏分區	181,076,841	0.91072343	164,910,922	1,353,354	
	6-東區分區	21,719,259	0.91072343	19,780,238	250,737	
	7-合計	4,834,605,097(GF)		873,381,572(AF)	38,883,590(BG)	259,009(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	254,464,961	0.99531051	253,271,650	2,505,201	
	2-北區分區	1,521,356,910(BF)	0.99531051	-----	-11,741,024	119,332
	3-中區分區	99,766,042	0.99531051	99,298,190	845,624	
	4-南區分區	66,393,761	0.99531051	66,082,408	528,715	
	5-高屏分區	38,295,368	0.99531051	38,115,782	287,893	
	6-東區分區	4,331,089	0.99531051	4,310,778	57,510	
	7-合計	1,984,608,131(GF)		461,078,808(AF)	-7,516,081(BG)	119,332(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	77,260,883	0.98963165	76,459,815	729,181	
	2-北區分區	44,067,292	0.98963165	43,610,387	377,052	
	3-中區分區	1,978,113,720(BF)	0.98963165	-----	16,745,437	101,942
	4-南區分區	44,290,716	0.98963165	43,831,494	436,347	
	5-高屏分區	30,683,619	0.98963165	30,365,480	258,878	
	6-東區分區	2,902,475	0.98963165	2,872,381	36,018	
	7-合計	2,177,318,705(GF)		197,139,557(AF)	18,582,913(BG)	101,942(BJ)

程式代號：RGBI3308R01

113 年第 3 季

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

列印日期：114/02/17

頁次：30

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	61,988,525	1.03431948	64,115,939	655,009	
	2-北區分區	28,158,340	1.03431948	29,124,720	259,930	
	3-中區分區	68,550,063	1.03431948	70,902,666	622,324	
	4-南區分區	1,224,170,864(BF)	1.03431948	-----	10,453,929	62,043
	5-高屏分區	66,990,823	1.03431948	69,289,913	542,779	
	6-東區分區	2,215,407	1.03431948	2,291,439	31,404	
	7-合計	1,452,074,022(GF)		235,724,677(AF)	12,565,375(BG)	62,043(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	44,021,803	0.99676837	43,879,541	446,594	
	2-北區分區	19,271,208	0.99676837	19,208,931	175,474	
	3-中區分區	31,595,149	0.99676837	31,493,045	287,898	
	4-南區分區	69,760,237	0.99676837	69,534,798	594,560	
	5-高屏分區	1,469,495,418(BF)	0.99676837	-----	7,764,292	43,954
	6-東區分區	3,666,434	0.99676837	3,654,585	43,957	
	7-合計	1,637,810,249(GF)		167,770,900(AF)	9,312,775(BG)	43,954(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,351,055	1.15185634	16,530,354	166,021	
	2-北區分區	4,851,772	1.15185634	5,588,544	64,642	
	3-中區分區	4,617,357	1.15185634	5,318,532	43,516	
	4-南區分區	2,920,878	1.15185634	3,364,432	30,772	
	5-高屏分區	7,055,199	1.15185634	8,126,576	65,712	
	6-東區分區	158,880,603(BF)	1.15185634	-----	1,874,293	16,707
	7-合計	192,676,864(GF)		38,928,438(AF)	2,244,956(BG)	16,707(BJ)

註：本表浮動點數不含高風險疾病病人牙結石清除(診療項目代碼 91090C)核定浮動點數。

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)

— 投保該分區核定非浮動點數(BG)

— 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [4,608,461,591 — 873,381,572 — 38,883,590 — 259,009] / 3,875,607,509 = 0.95364079

北區分區 = [2,071,843,343 — 461,078,808 — -7,516,081 — 119,332] / 1,521,356,910 = 1.06363029

中區分區 = [2,266,552,033 — 197,139,557 — 18,582,913 — 101,942] / 1,978,113,720 = 1.03670866

南區分區 = [1,566,170,268 — 235,724,677 — 12,565,375 — 62,043] / 1,224,170,864 = 1.07649856

高屏分區 = [1,717,995,967 — 167,770,900 — 9,312,775 — 43,954] / 1,469,495,418 = 1.04856968

東區分區 = [241,853,473 — 38,928,438 — 2,244,956 — 16,707] / 158,880,603 = 1.26298219

3. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 核定非浮動點數(BG)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [12,472,876,675 — 74,073,528 — 602,987] / 12,279,093,068 = 1.00969999

4. 一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

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

臺北分區 = [4,608,461,591] / [4,834,605,097 + 38,883,590 + 259,009] = 0.94556835

北區分區 = [2,071,843,343] / [1,984,608,131 + -7,516,081 + 119,332] = 1.04786133

中區分區 = [2,266,552,033] / [2,177,318,705 + 18,582,913 + 101,942] = 1.03212585

南區分區 = [1,566,170,268] / [1,452,074,022 + 12,565,375 + 62,043] = 1.06927612

高屏分區 = [1,717,995,967] / [1,637,810,249 + 9,312,775 + 43,954] = 1.04300049

東區分區 = [241,853,473] / [192,676,864 + 2,244,956 + 16,707] = 1.24066534

5. 一般服務全區平均點值

= [12,472,876,675] / [12,279,093,068 + 74,073,528 + 602,987] = 1.00964136

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

＋專款專用暫結金額

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

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

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

臺北分區	＝[4,608,461,591＋288,490,750＋3,606,617＋1,537,327]	
	／[4,834,605,097＋38,883,590＋259,009＋389,697,604＋3,606,617]	＝0.93070970
北區分區	＝[2,071,843,343＋109,553,644＋1,942,525＋1,209,382]	
	／[1,984,608,131＋-7,516,081＋119,332＋136,845,876＋1,942,525]	＝1.03239561
中區分區	＝[2,266,552,033＋177,652,744＋9,635,380＋2,223,055]	
	／[2,177,318,705＋18,582,913＋101,942＋228,742,539＋9,635,380]	＝1.00890646
南區分區	＝[1,566,170,268＋103,505,716＋3,413,085＋5,145,803]	
	／[1,452,074,022＋12,565,375＋62,043＋136,009,404＋3,299,842]	＝1.04627412
高屏分區	＝[1,717,995,967＋137,928,902＋9,937,473＋2,786,794]	
	／[1,637,810,249＋9,312,775＋43,954＋178,173,538＋9,937,473]	＝1.01818316
東區分區	＝[241,853,473＋30,216,598＋3,952,507＋728,022]	
	／[192,676,864＋2,244,956＋16,707＋34,363,836＋3,432,394]	＝1.18912449
全區	＝[12,472,876,675＋847,348,354＋32,487,587＋13,630,383]	
	／[12,279,093,068＋74,073,528＋602,987＋1,103,832,797＋31,854,231]	＝0.99087335

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

＋12-18 歲青少年口腔提升試辦照護計畫＋超音波根管沖洗計畫＋高風險疾病口腔照護計畫

＋網路頻寬補助費用暫結金額＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋癌症治療品質改善計畫

2. 品質保證保留款預算＝106 年各季品質保證保留款預算＋113 年品質保證保留款預算/4。

*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年 7 月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

＝(106 年各季預算＋113 年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

=====

五、修正後一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額 12,463,942,329(BD1)

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=〔(D2合計)×Rax R_111－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)〕(四捨五入至整數位)
 －各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)＋前一年分區保留款分配後結餘款(T)＋促進醫療服務診療項目支付衡平性(Y)＋中區、高屏分區移撥款(Z)＋移撥醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)＋移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(BE5)＋移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫結餘款(BE6)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,608,461,591
調整後北區分區一般服務預算總額	=	2,071,843,343
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,266,552,033
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,566,170,268
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,717,995,967
調整後東區分區一般服務預算總額	=	241,853,473

總計		12,472,876,675
----	--	----------------

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

$$- [(一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)) \times 1.15]$$

$$\text{臺北分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款}(T1) = 241,853,473 - [(192,676,864 + 2,244,956 + 16,707) \times 1.15] = 17,674,167$$

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)

$$\text{臺北分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{北區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{中區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{南區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{東區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 36,230,099 + 17,674,167 = 53,904,266$$

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

$$\text{修正後臺北分區一般服務預算總額} = 4,608,461,591(BD2) - 0 = 4,608,461,591$$

$$\text{修正後北區分區一般服務預算總額} = 2,071,843,343(BD2) - 0 = 2,071,843,343$$

$$\text{修正後中區分區一般服務預算總額} = 2,266,552,033(BD2) - 0 = 2,266,552,033$$

$$\text{修正後南區分區一般服務預算總額} = 1,566,170,268(BD2) - 0 = 1,566,170,268$$

$$\text{修正後高屏分區一般服務預算總額} = 1,717,995,967(BD2) - 0 = 1,717,995,967$$

$$\text{修正後東區分區一般服務預算總額} = 241,853,473(BD2) - 17,674,167 = 224,179,306$$

總計

12,455,202,508

註：保留款之運用係依據「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」辦理。

六、修正後一般服務各分區點值之計算

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

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季點值(AF)

— 投保該分區核定非浮動點數(BG)

— 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	=	[4,608,461,591	—	873,381,572	—	38,883,590	—	259,009]	／	3,875,607,509	=	0.95364079
北區分區	=	[2,071,843,343	—	461,078,808	—	-7,516,081	—	119,332]	／	1,521,356,910	=	1.06363029
中區分區	=	[2,266,552,033	—	197,139,557	—	18,582,913	—	101,942]	／	1,978,113,720	=	1.03670866
南區分區	=	[1,566,170,268	—	235,724,677	—	12,565,375	—	62,043]	／	1,224,170,864	=	1.07649856
高屏分區	=	[1,717,995,967	—	167,770,900	—	9,312,775	—	43,954]	／	1,469,495,418	=	1.04856968
東區分區	=	[224,179,306	—	38,928,438	—	2,244,956	—	16,707]	／	158,880,603	=	1.15174037

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

— 核定非浮動點數(BG)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [12,455,202,508 — 74,073,528 — 602,987] / 12,279,093,068 = 1.00826062

3. 修正後一般服務分區平均點值=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

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

臺北分區	=	[4,608,461,591	]	／	[ 4,834,605,097	+	38,883,590	+	259,009	]	=	0.94556835
北區分區	=	[2,071,843,343	]	／	[ 1,984,608,131	+	-7,516,081	+	119,332	]	=	1.04786133
中區分區	=	[2,266,552,033	]	／	[ 2,177,318,705	+	18,582,913	+	101,942	]	=	1.03212585
南區分區	=	[1,566,170,268	]	／	[ 1,452,074,022	+	12,565,375	+	62,043	]	=	1.06927612
高屏分區	=	[1,717,995,967	]	／	[ 1,637,810,249	+	9,312,775	+	43,954	]	=	1.04300049
東區分區	=	[224,179,306	]	／	[ 192,676,864	+	2,244,956	+	16,707	]	=	1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

= [12,455,202,508] / [12,279,093,068 + 74,073,528 + 602,987] = 1.00821069

5. 修正後牙醫門診總額平均點值＝加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額 + 移撥醫療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] ／加總[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]					
臺北分區	＝[4,608,461,591+	288,490,750+	3,606,617+	1,537,327]	
	／[4,834,605,097+	38,883,590+	259,009+	389,697,604+	3,606,617]
北區分區	＝[2,071,843,343+	109,553,644+	1,942,525+	1,209,382]	
	／[1,984,608,131+	-7,516,081+	119,332+	136,845,876+	1,942,525]
中區分區	＝[2,266,552,033+	177,652,744+	9,635,380+	2,223,055]	
	／[2,177,318,705+	18,582,913+	101,942+	228,742,539+	9,635,380]
南區分區	＝[1,566,170,268+	103,505,716+	3,413,085+	5,145,803]	
	／[1,452,074,022+	12,565,375+	62,043+	136,009,404+	3,299,842]
高屏分區	＝[1,717,995,967+	137,928,902+	9,937,473+	2,786,794]	
	／[1,637,810,249+	9,312,775+	43,954+	178,173,538+	9,937,473]
東區分區	＝[224,179,306+	30,216,598+	3,952,507+	728,022]	
	／[192,676,864+	2,244,956+	16,707+	34,363,836+	3,432,394]
全區	＝[12,455,202,508+	847,348,354+	32,487,587+	13,630,383]	
	／[12,279,093,068+	74,073,528+	602,987+	1,103,832,797+	31,854,231]

- 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
+12-18 歲青少年口腔提升試辦照護計畫+超音波根管沖洗計畫+高風險疾病口腔照護計畫
+網路頻寬補助費用暫結金額+品質保證保留款預算+特定疾病病人牙科就醫安全計畫+癌症治療品質改善計畫
2. 品質保證保留款預算＝106 年各季品質保證保留款預算+113 年品質保證保留款預算/4。
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年 7 月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
＝(106 年各季預算+113 年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月 113/06(含)以前：於 113/10/01～113/12/31 期間核付者。
費用年月 113/07～113/09：於 113/07/01～113/12/31 期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，請討論案。

說明：

- 一、依據 15-6 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、刪除「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第三部牙醫通則三之(一)醫師資格第 3 點」，修訂對照表，詳附件 1(頁次討 1-2)。

本署意見：

- 一、請牙全會補充說明刪除支付標準第三部牙醫通則三之(一)醫師資格第 3 點：「以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)」之原因。
- 二、經本署統計 113 年度符合前述條件之牙醫師數共 2,861 人，其中不具備專科醫師資格(牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、牙體復形科、口腔病理科、兒童牙科)者共 1,358 人，於修正條文後，未來此類牙醫師執行相關專科之轉診個案時，將不得再申報百分之三十轉診加成費用。
- 三、考量本次提案係限縮「得申報轉診加成費用」之醫師資格，對於牙醫一般服務費用管控具備正面意義，本署尊重牙全會之修訂意見，並一併刪除牙醫支付標準附表 3.3.4。後續研擬依程序提至「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」討論。

決議：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部 牙醫 通則 修訂對照表

修訂內容	原內容	備註
一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。	一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。	無。
二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。	二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。	無。
<p>三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。</p> <p>(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。 	<p>三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。</p> <p>(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。 	<p><u>牙全會意見：</u> 刪除醫師資格第 3 點。</p> <p><u>本署意見：</u> 考量本次提案係限縮「得申報轉診加成費用」之醫師資格，對於牙醫一般服務費用管控具備正面意義，本署尊重牙全會之修訂意見，並一併刪除牙醫支付標準附表 3.3.4。</p>

修訂內容	原內容	備註
<p>(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。 7.符合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，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。 <p>(三)轉診加成規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；屬同一療程之診療項目於該 	<p>(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。 7.符合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，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。 <p>(三)轉診加成規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；屬同一療程之診療項目於該 	

修訂內容	原內容	備註
<p>療程期間皆得申報加成。</p> <p>2.申報轉診加成之院所及醫師規範：</p> <p>(1)轉出及接受轉診不得為同一醫師。</p> <p>(2)基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：</p> <p>A. 非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：</p> <p>(a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。</p> <p>(b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。</p> <p>B. 屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。</p> <p>3.同一病人之轉出每次限轉診一種科別。</p> <p>4.基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。</p> <p>(四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。</p>	<p>療程期間皆得申報加成。</p> <p>2.申報轉診加成之院所及醫師規範：</p> <p>(1)轉出及接受轉診不得為同一醫師。</p> <p>(2)基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：</p> <p>A. 非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：</p> <p>(a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。</p> <p>(b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。</p> <p>B. 屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。</p> <p>3.同一病人之轉出每次限轉診一種科別。</p> <p>4.基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。</p> <p>(四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。</p>	
<p>四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。</p>	<p>四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。</p>	
<p>五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療六十五歲以上病</p>	<p>五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療六十五歲以上病</p>	<p>無。</p>

修訂內容	原內容	備註
<p>人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。</p>	<p>人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。</p>	
<p>六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。</p>	<p>六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。</p>	<p>無。</p>
<p>七、牙周炎病人收取自費規範：</p> <p>(一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠（激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用）。 2.因美容目的而作的牙周整形手術。 3.牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。 4.牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。 <p>(二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費</p>	<p>七、牙周炎病人收取自費規範：</p> <p>(一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠（激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用）。 2.因美容目的而作的牙周整形手術。 3.牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。 4.牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。 <p>(二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費</p>	<p>無。</p>

修訂內容	原內容	備註
用。	用。	
八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12及B6)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。	八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12及B6)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。	無。
九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。	九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。	無。

附表3.3.4 通則三之(一)第3項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式(刪除)

項目	說 明
一、邏輯定義	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2. 符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	<ol style="list-style-type: none"> 1. 牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2. 牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3. 口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4. 牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5. 口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。 6. 兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分子： <ol style="list-style-type: none"> (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2. 分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

討論事項第二案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」案。

說明：

- 一、依據 15-6 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、修訂「114 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」內容概述如下，修訂對照表詳附件 1(頁次討 2-3)。
 - (一)修訂適用鄉鎮篩選條件。
 - (二)核發原則：
 1. 當季屬六分區中點值最低之分區，提高加計為 3%。
 2. 新增核發項目「當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%」。
 - (三)114 年計畫名單：新增屏東縣內埔鄉。

本署意見：

- 一、經以 113 年第 2 季申報資料進行試算(附件 2，頁次討 2-17)，結果如下：
 - (一)適用院所數：原符合牙醫弱勢鄉鎮地區共 365 家牙醫診所，新增屏東縣內埔鄉後，增加 6 家牙醫診所，共計 371 家牙醫診所，符合核發原則且核發獎勵金者由 304 家增加為 309 家。
 - (二)補助金額：
 - 1.修正核發原則「當季屬六分區中點值最低之分區，提高加計為 3%」，臺北區該項核發金額自 78.9 萬元增加為 116.4 萬元，增加 37.5 萬元。
 - 2.新增核發項目「當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%」，各分區試算本項核發金額全區為 167.9 萬元。
 - 3.以修正後核發原則試算，推估單季之核發金額約 16.3 百萬

(增加約 2.14 百萬)，全年推估核發金額約 65.2 百萬。

二、考量預算尚足以支應，本署尊重牙全會之修訂意見，另符合弱勢鄉鎮地區之牙醫診所中，執行牙特計畫服務及口腔癌篩檢服務之診所數較少，請牙全會協助輔導。

決 議：

113~~114~~ 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫修訂對照表

修訂內容	原內容	備註
一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	本項未修訂
二、實施目的： 為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。	二、實施目的： 為提升人口數較少且分布分散，長期資源不足、老年人口占率逐漸提高、新住民比率逐漸上升、隔代教養等鄉鎮之第一線牙醫醫療服務，並保障當地民眾就醫權益，增進當地牙醫醫療資源服務及品質，特訂定本計畫。	本項未修訂
三、預算來源： 113 114 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	三、預算來源： 113 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療給付費用總額「一般服務」項下，全年移撥 8,000 萬元，按季移撥 2,000 萬元。	修訂年度。
四、實施期間： 113 114 年 1 月 1 日起至 113 114 年 12 月 31 日止。	四、實施期間： 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。	<u>牙全會意見：</u> 修訂年度。

修訂內容	原內容	備註
<p>五、核發資格：</p> <p>隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。</p>	<p>五、核發資格：</p> <p>隸屬於適用鄉鎮之牙醫門診特約醫事服務機構之基層診所（以下稱基層診所），當季該基層診所開業期間每月醫療費用已辦理第一次暫付(當月歇業者如符合全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第七條規定視同已辦理暫付)且無本計畫第八點所列情形者且執業登記於前開基層診所之牙醫師。</p>	<p>本項未修訂。</p>
<p>六、適用鄉鎮：篩選條件如下：</p> <p>(一)戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1：2,9232,876(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1:5,8455,753(全國平均值*4)。 [註]：111112 年全國牙醫師人口比為 1:1,4611,438。</p> <p>(二)不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。</p>	<p>六、適用鄉鎮：篩選條件如下：</p> <p>(一)戶籍人數小於 40,000，其牙醫師人口比低於 1：2,923(全國平均值*2)且人口密度每平方公里低於 1,000 之鄉鎮，或該鄉鎮牙醫師人口比低於 1:5,845(全國平均值*4)。 [註]：111 年全國牙醫師人口比為 1:1,461。</p>	<p><u>牙全會意見：</u></p> <p>1.修訂適用鄉鎮條件。</p> <p>2.修訂年度及依篩選條件更新適用鄉鎮鄉鎮附件，新增屏東縣內埔鄉。</p>

修訂內容	原內容	備註
<p>(三)依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 112113 年計畫起名單沿用 2 年(113114 年計畫名單包含 112113 年適用鄉鎮及 113114 年適用鄉鎮)。</p>	<p>(二) 不符合前款但為離島地區之鄉鎮，因特殊醫療性質均得納入適用鄉鎮。</p> <p>(三) 依上開條件所列適用地區名單詳附件，自 112 年計畫起名單沿用 2 年(113 年計畫名單包含 112 年適用鄉鎮及 113 年適用鄉鎮)。</p>	
<p>七、核發原則：支援牙醫師不納入計算。</p> <p>(一)符合本計畫第五點之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，依下列原則加計核算比率，超過50萬點部分不加計。</p> <p>1.當季屬六分區中點值最低之分區，加計 23%；其餘分區，加計 1%。</p> <p>[註]：當季六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(111112年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</p>	<p>七、核發原則：支援牙醫師不納入計算。</p> <p>(一)符合本計畫第五點之每位牙醫師納入該季結算之申報診療明細點數(含送核、補報案件)，每月在50萬點(含)以下之點數，依下列原則加計核算比率，超過50萬點部分不加計。</p> <p>1.當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。</p> <p>[註]：當季六分區中點值最低之分區定義為最近已結算年度(111年)各季浮動點值平均低於1元且低全國平均0.04元。</p>	<p>牙全會意見：</p> <p>1.為平衡點值及鼓勵在合理的誘因下提高服務量。當季屬六分區中點值最低之分區，提高加計為 3%。</p> <p>2.修訂年度。</p>

修訂內容	原內容	備註
<p>2.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務2件(含)以上者，加計2%。</p> <p>3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類A3、醫令代碼95、97)至少1件(含)者，加計1%。</p> <p>4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數10件(含)以上者，加計2%。</p> <p>5.當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數5件(含)以上者，加計1%。</p> <p><u>6.當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數5件(含)以上者，加計1%。</u></p>	<p>2.當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務2件(含)以上者，加計2%。</p> <p>3.當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類A3、醫令代碼95、97)至少1件(含)者，加計1%。</p> <p>4.當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數10件(含)以上者，加計2%。</p> <p>5.當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數5件(含)以上者，加計1%。</p>	<p><u>牙全會意見：</u> 新增核發項目6。</p> <p><u>本署意見：</u> 1. 以113Q2申報資料試算，修正核發原則後，單季之核發金額約16.3百萬(增加約2.14百萬)，推估全年核發金額約65.2百萬。 2. 考量預算尚足以支應，尊重牙全會之修訂意見。</p>

修訂內容	原內容	備註
<p>(二)當季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ各診所該季原核發金額)計算。</p> <p>(三)不納入加計點數計算之案件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。 2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。 3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。 4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。 5. 「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。 6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。 <p>(四)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</p>	<p>(二)當季預算不足時，實際核發金額以該季原核發金額乘折付比例(折付比例=季預算/Σ各診所該季原核發金額)計算。</p> <p>(三)不納入加計點數計算之案件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 預防保健案件(案件分類為 A3)。 2. 職災代辦案件(案件分類為 B6)。 3. 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(案件分類為14)、牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類為16)，屬專款之計畫項目。 4. 特定治療項目代號(一)為「G9」山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。 5. 「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。 6. 行政協助門診戒菸案件(案件分類為 B7)。 <p>(四)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</p>	

修訂內容	原內容	備註
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。	算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。	
<p>八、基層診所所有下列情形者，不予核發：</p> <p>(一)執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。</p> <p>(二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(108<u>109</u> 年至 112<u>113</u> 年)至當年(113<u>114</u> 年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」予以停止特約一個月(含)以上處置者(以第一次核定違規函所載核定停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)。</p> <p>(三)本計畫實施前一年(112<u>113</u> 年)至當年(113<u>114</u> 年)各季之前一季期間，經牙醫門</p>	<p>八、基層診所所有下列情形者，不予核發：</p> <p>(一)執行全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區之執業服務計畫者。</p> <p>(二)違規情事可歸因於牙醫相關部門，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)於本計畫實施前五年(108 年至 112 年)至當年(113 年)結算前一季期間，查有依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」予以停止特約一個月(含)以上處置者(以第一次核定違規函所載核定停約日為依據，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)。</p> <p>(三)本計畫實施前一年(112 年)至當年(113 年)各季之前一季期間，經牙醫門診醫療服務</p>	<p><u>牙全會意見：</u></p> <p>修訂年度。</p>

修訂內容	原內容	備註
<p>診醫療服務六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點(含)以上者。</p> <p>(四)本計畫實施前一年(112<u>113</u> 年)基層診所平均月初核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。</p> <p>(五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。</p>	<p>六區審查分會輔導後自動繳回點數達 5 萬點(含)以上者。</p> <p>(四)本計畫實施前一年(112 年)基層診所平均月初核減率在全國 90 百分位以上者(不包含申復及爭議審議)。基層診所平均月初核減率=基層診所每月初核減率之合計/基層診所核定月數。</p> <p>(五)院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。</p>	
<p>九、其他事項：</p> <p>(一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。</p>	<p>九、其他事項：</p> <p>(一)本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單者，可提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之全國牙醫門診總額一般服務項目預算中支應；核發金額以同意核發當年度獎勵之每點支付金額計算。</p>	<p>本項未修訂。</p>

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

113~~113~~114 年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫 適用名單

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
1	台北	宜蘭縣	三星鄉	21,206	147	2	10,603
2	台北	宜蘭縣	大同鄉	6,088	9	1	6,088
3	台北	宜蘭縣	五結鄉	40,539	1,043	4	10,135
4	台北	宜蘭縣	冬山鄉	52,928	663	3	17,643
5	台北	宜蘭縣	壯圍鄉	24,391	634	2	12,196
6	台北	宜蘭縣	南澳鄉	6,010	8	1	6,010
7	台北	宜蘭縣	員山鄉	32,056	286	2	16,028
8	台北	宜蘭縣	頭城鎮	28,544	283	8	3,568
9	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	35,057	346	9	3,895
10	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	38,272	430	5	7,654
11	台北	金門縣	金沙鎮	20,785	505	1	20,785
12	台北	金門縣	金城鎮	42,845	1,973	9	4,761
13	台北	金門縣	金湖鎮	30,593	734	8	3,824
14	台北	金門縣	金寧鄉	33,901	1,136	1	33,901
15	台北	金門縣	烈嶼鄉	12,743	796	1	12,743
16	台北	金門縣	烏坵鄉	672	560	-	無牙醫鄉
17	台北	連江縣	北竿鄉	2,998	303	1	2,998
18	台北	連江縣	東引鄉	1,494	393	1	1,494
19	台北	連江縣	南竿鄉	7,657	736	6	1,276
20	台北	連江縣	莒光鄉	1,496	318	1	1,496
21	台北	新北市	三芝區	22,357	339	3	7,452
22	台北	新北市	平溪區	4,333	61	-	無牙醫鄉
23	台北	新北市	石門區	11,193	218	-	無牙醫鄉
24	台北	新北市	石碇區	7,487	52	1	7,487
25	台北	新北市	坪林區	6,619	39	-	無牙醫鄉
26	台北	新北市	金山區	20,844	424	4	5,211
27	台北	新北市	烏來區	6,391	20	1	6,391
28	台北	新北市	貢寮區	11,534	115	-	無牙醫鄉
29	台北	新北市	瑞芳區	38,449	544	13	2,958
30	台北	新北市	萬里區	21,462	339	1	21,462
31	台北	新北市	雙溪區	8,235	56	1	8,235
32	北區	苗栗縣	三義鄉	15,388	222	2	7,694
33	北區	苗栗縣	三灣鄉	6,201	119	1	6,201
34	北區	苗栗縣	大湖鄉	13,530	149	3	4,510

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
35	北區	苗栗縣	公館鄉	31,867	446	5	6,373
36	北區	苗栗縣	西湖鄉	6,558	160	2	3,279
37	北區	苗栗縣	卓蘭鎮	15,866	208	4	3,967
38	北區	苗栗縣	南庄鄉	9,328	56	1	9,328
39	北區	苗栗縣	後龍鎮	34,694	458	10	3,469
40	北區	苗栗縣	泰安鄉	5,691	9	-	無牙醫鄉
41	北區	苗栗縣	通霄鎮	32,441	301	6	5,407
42	北區	苗栗縣	造橋鄉	11,956	249	2	5,978
43	北區	苗栗縣	獅潭鄉	4,117	52	-	無牙醫鄉
44	北區	苗栗縣	銅鑼鄉	16,871	215	2	8,436
45	北區	苗栗縣	頭屋鄉	10,026	191	-	無牙醫鄉
46	北區	桃園市	復興區	12,656	36	1	12,656
47	北區	桃園市	新屋區	49,094	577	5	9,819
48	北區	新竹市	香山區	78,641	1,434	9	8,738
49	北區	新竹縣	五峰鄉	4,473	20	-	無牙醫鄉
50	北區	新竹縣	北埔鄉	8,797	174	1	8,797
51	北區	新竹縣	尖石鄉	9,577	18	-	無牙醫鄉
52	北區	新竹縣	芎林鄉	19,936	489	2	9,968
53	北區	新竹縣	峨眉鄉	5,309	113	1	5,309
54	北區	新竹縣	新埔鎮	32,975	457	4	8,244
55	北區	新竹縣	橫山鄉	12,343	186	-	無牙醫鄉
56	北區	新竹縣	關西鎮	27,377	218	5	5,475
57	北區	新竹縣	寶山鄉	14,504	224	1	14,504
58	中區	南投縣	中寮鄉	14,013	96	-	無牙醫鄉
59	中區	南投縣	仁愛鄉	15,810	12	-	無牙醫鄉
60	中區	南投縣	水里鄉	16,665	156	3	5,555
61	中區	南投縣	名間鄉	36,925	444	4	9,231
62	中區	南投縣	信義鄉	15,785	11	2	7,893
63	中區	南投縣	國姓鄉	17,557	100	1	17,557
64	中區	南投縣	魚池鄉	15,162	125	2	7,581
65	中區	南投縣	鹿谷鄉	16,850	119	2	8,425
66	中區	南投縣	集集鎮	10,227	206	1	10,227
67	中區	彰化縣	二水鄉	14,377	488	2	7,189
68	中區	彰化縣	大村鄉	39,835	1,294	5	7,967
69	中區	彰化縣	大城鄉	15,733	247	1	15,733
70	中區	彰化縣	永靖鄉	35,879	1,738	4	8,970
71	中區	彰化縣	田尾鄉	26,407	1,099	1	26,407

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
72	中區	彰化縣	竹塘鄉	14,584	346	-	無牙醫鄉
73	中區	彰化縣	伸港鄉	37,838	1,695	4	9,460
74	中區	彰化縣	社頭鄉	42,026	1,163	7	6,004
75	中區	彰化縣	芬園鄉	22,827	600	4	5,707
76	中區	彰化縣	芳苑鄉	32,110	351	1	32,110
77	中區	彰化縣	埔鹽鄉	31,682	821	2	15,841
78	中區	彰化縣	埤頭鄉	29,706	695	3	9,902
79	中區	彰化縣	溪州鄉	28,949	382	5	5,790
80	中區	彰化縣	線西鄉	16,486	912	1	16,486
81	中區	臺中市	大安區	18,485	675	1	18,485
82	中區	臺中市	外埔區	31,564	744	2	15,782
83	中區	臺中市	石岡區	14,419	792	1	14,419
84	中區	臺中市	和平區	10,870	10	2	5,435
85	中區	臺中市	新社區	23,650	343	2	11,825
86	南區	雲林縣	二崙鄉	25,660	431	-	無牙醫鄉
87	南區	雲林縣	口湖鄉	25,976	323	-	無牙醫鄉
88	南區	雲林縣	土庫鎮	27,938	570	3	9,313
89	南區	雲林縣	大埤鄉	18,451	410	4	4,613
90	南區	雲林縣	元長鄉	24,177	338	1	24,177
91	南區	雲林縣	水林鄉	23,737	325	1	23,737
92	南區	雲林縣	古坑鄉	30,438	183	2	15,219
93	南區	雲林縣	四湖鄉	21,891	284	2	10,946
94	南區	雲林縣	東勢鄉	13,849	286	2	6,925
95	南區	雲林縣	林內鄉	17,131	456	2	8,566
96	南區	雲林縣	崙背鄉	23,584	403	4	5,896
97	南區	雲林縣	麥寮鄉	48,695	607	6	8,116
98	南區	雲林縣	莿桐鄉	27,970	550	4	6,993
99	南區	雲林縣	臺西鄉	22,558	417	1	22,558
100	南區	雲林縣	褒忠鄉	12,279	331	3	4,093
101	南區	嘉義縣	大埔鄉	4,533	26	-	無牙醫鄉
102	南區	嘉義縣	中埔鄉	43,602	337	5	8,720
103	南區	嘉義縣	六腳鄉	21,774	350	-	無牙醫鄉
104	南區	嘉義縣	太保市	38,571	577	8	4,821
105	南區	嘉義縣	水上鄉	48,529	702	6	8,088
106	南區	嘉義縣	布袋鎮	25,521	413	3	8,507
107	南區	嘉義縣	竹崎鄉	34,190	211	6	5,698
108	南區	嘉義縣	東石鄉	23,464	288	-	無牙醫鄉

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
109	南區	嘉義縣	阿里山鄉	5,420	13	-	無牙醫鄉
110	南區	嘉義縣	梅山鄉	18,324	153	5	3,665
111	南區	嘉義縣	鹿草鄉	14,658	270	1	14,658
112	南區	嘉義縣	番路鄉	11,033	94	-	無牙醫鄉
113	南區	嘉義縣	新港鄉	30,705	465	5	6,141
114	南區	嘉義縣	溪口鄉	13,761	416	1	13,761
115	南區	嘉義縣	義竹鄉	17,232	217	5	3,446
116	南區	臺南市	七股區	21,757	198	1	21,757
117	南區	臺南市	下營區	23,062	688	6	3,844
118	南區	臺南市	大內區	9,048	129	1	9,048
119	南區	臺南市	山上區	6,996	251	-	無牙醫鄉
120	南區	臺南市	六甲區	21,488	318	3	7,163
121	南區	臺南市	北門區	10,397	236	1	10,397
122	南區	臺南市	左鎮區	4,428	59	-	無牙醫鄉
123	南區	臺南市	玉井區	13,342	175	2	6,671
124	南區	臺南市	白河區	26,693	211	6	4,449
125	南區	臺南市	安定區	30,105	963	1	30,105
126	南區	臺南市	西港區	24,495	725	4	6,124
127	南區	臺南市	官田區	21,035	297	3	7,012
128	南區	臺南市	東山區	19,788	158	1	19,788
129	南區	臺南市	南化區	8,264	48	-	無牙醫鄉
130	南區	臺南市	後壁區	22,322	309	3	7,441
131	南區	臺南市	將軍區	18,843	449	1	18,843
132	南區	臺南市	楠西區	9,031	82	1	9,031
133	南區	臺南市	學甲區	24,981	463	7	3,569
134	南區	臺南市	龍崎區	3,668	57	-	無牙醫鄉
135	南區	臺南市	關廟區	33,860	631	2	16,930
136	南區	臺南市	鹽水區	24,777	474	8	3,097
137	高屏	屏東縣	九如鄉	21,734	517	2	10,867
138	高屏	屏東縣	三地門鄉	7,711	39	-	無牙醫鄉
139	高屏	屏東縣	竹田鄉	16,318	561	1	16,318
140	高屏	屏東縣	牡丹鄉	4,849	27	-	無牙醫鄉
141	高屏	屏東縣	車城鄉	8,181	164	1	8,181
142	高屏	屏東縣	里港鄉	25,696	373	3	8,565
143	高屏	屏東縣	佳冬鄉	18,321	591	1	18,321
144	高屏	屏東縣	來義鄉	7,397	44	1	7,397
145	高屏	屏東縣	枋山鄉	5,150	298	-	無牙醫鄉

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
146	高屏	屏東縣	枋寮鄉	23,246	403	6	3,874
147	高屏	屏東縣	長治鄉	29,337	736	3	9,779
148	高屏	屏東縣	南州鄉	10,133	534	2	5,067
149	高屏	屏東縣	恆春鎮	30,089	220	10	3,009
150	高屏	屏東縣	春日鄉	4,930	31	-	無牙醫鄉
151	高屏	屏東縣	崁頂鄉	15,272	488	-	無牙醫鄉
152	高屏	屏東縣	泰武鄉	5,360	45	-	無牙醫鄉
153	高屏	屏東縣	琉球鄉	12,104	1,780	2	6,052
154	高屏	屏東縣	高樹鄉	23,439	260	3	7,813
155	高屏	屏東縣	新埤鄉	9,451	160	-	無牙醫鄉
156	高屏	屏東縣	新園鄉	33,447	873	7	4,778
157	高屏	屏東縣	獅子鄉	4,888	16	-	無牙醫鄉
158	高屏	屏東縣	萬巒鄉	19,915	328	1	19,915
159	高屏	屏東縣	滿州鄉	7,353	52	-	無牙醫鄉
160	高屏	屏東縣	瑪家鄉	6,706	85	1	6,706
161	高屏	屏東縣	霧臺鄉	3,259	12	-	無牙醫鄉
162	高屏	屏東縣	鹽埔鄉	24,586	382	3	8,195
163	高屏	高雄市	大樹區	41,257	616	6	6,876
164	高屏	高雄市	內門區	13,770	144	-	無牙醫鄉
165	高屏	高雄市	六龜區	12,135	63	4	3,034
166	高屏	高雄市	永安區	13,618	602	1	13,618
167	高屏	高雄市	田寮區	6,788	73	1	6,788
168	高屏	高雄市	甲仙區	5,788	47	-	無牙醫鄉
169	高屏	高雄市	杉林區	11,288	109	-	無牙醫鄉
170	高屏	高雄市	那瑪夏區	3,143	12	-	無牙醫鄉
171	高屏	高雄市	阿蓮區	28,011	809	7	4,002
172	高屏	高雄市	美濃區	37,949	316	4	9,487
173	高屏	高雄市	茂林區	1,874	10	-	無牙醫鄉
174	高屏	高雄市	茄萣區	29,812	1,891	4	7,453
175	高屏	高雄市	桃源區	4,193	5	1	4,193
176	高屏	高雄市	湖內區	29,648	1,471	4	7,412
177	高屏	高雄市	旗津區	27,204	18,583	5	5,441
178	高屏	高雄市	彌陀區	18,627	1,261	2	9,314
179	高屏	澎湖縣	七美鄉	3,862	553	-	無牙醫鄉
180	高屏	澎湖縣	白沙鄉	9,989	497	1	9,989
181	高屏	澎湖縣	西嶼鄉	8,338	446	2	4,169
182	高屏	澎湖縣	馬公市	63,289	1,862	34	1,861

編號	分區	縣市	區域別	人口數	人口密度	牙醫師數	醫師人口比
183	高屏	澎湖縣	望安鄉	5,415	393	-	無牙醫鄉
184	高屏	澎湖縣	湖西鄉	15,447	464	2	7,724
185	東區	花蓮縣	光復鄉	12,185	78	3	4,062
186	東區	花蓮縣	秀林鄉	16,555	10	1	16,555
187	東區	花蓮縣	卓溪鄉	5,967	6	-	無牙醫鄉
188	東區	花蓮縣	富里鄉	9,812	56	1	9,812
189	東區	花蓮縣	新城鄉	20,252	689	6	3,375
190	東區	花蓮縣	瑞穗鄉	11,123	82	-	無牙醫鄉
191	東區	花蓮縣	萬榮鄉	6,152	10	-	無牙醫鄉
192	東區	花蓮縣	壽豐鄉	17,351	79	2	8,676
193	東區	花蓮縣	鳳林鎮	10,679	89	2	5,340
194	東區	花蓮縣	豐濱鄉	4,327	27	1	4,327
195	東區	臺東縣	大武鄉	5,635	81	1	5,635
196	東區	臺東縣	太麻里鄉	10,819	112	1	10,819
197	東區	臺東縣	成功鎮	13,330	93	1	13,330
198	東區	臺東縣	池上鄉	7,976	96	2	3,988
199	東區	臺東縣	卑南鄉	16,833	41	-	無牙醫鄉
200	東區	臺東縣	延平鄉	3,591	8	1	3,591
201	東區	臺東縣	東河鄉	8,106	39	-	無牙醫鄉
202	東區	臺東縣	金峰鄉	3,663	10	1	3,663
203	東區	臺東縣	長濱鄉	6,791	44	1	6,791
204	東區	臺東縣	海端鄉	4,151	5	1	4,151
205	東區	臺東縣	鹿野鄉	7,482	83	-	無牙醫鄉
206	東區	臺東縣	達仁鄉	3,437	11	-	無牙醫鄉
207	東區	臺東縣	綠島鄉	4,124	273	1	4,124
208	東區	臺東縣	關山鎮	8,274	141	2	4,137
209	東區	臺東縣	蘭嶼鄉	5,231	108	1	5,231
210	高屏	屏東縣	內埔鄉*	52,501	641	6	8,750

註 1：資料來源：戶籍人口數、土地面積(111.12 內政部內政統計資料)、牙醫師數
(衛生福利部 111.12 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計)

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

註 3：*為 113.114 年新增鄉鎮，資料以 111.112 年相關資料計算。

牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫核發情形(以 113 年 Q2 試算)

核發 項目	1-臺北			2-北區			3-中區			4-南區			5-高屏			6-東區			核發金額 合計
	院所 數	符合 數	核發 金額	院所 數	符合 數	核發 金額	院所 數	符合 數	核發 金額	院所 數	符合 數	核發 金額	院所 數	符合 數	核發 金額	院所 數	符合 數	核發 金額	
1	63	51	1,164,062	47	33	305,757	51	43	446,913	95	88	1,012,466	94	78	742,946	21	16	150,214	3,822,358
2	63	7	137,046	47	11	255,271	51	21	524,652	95	43	1,199,988	94	24	601,062	21	8	163,421	2,881,440
3	63	9	63,617	47	12	100,382	51	16	219,520	95	36	521,010	94	14	164,899	21	8	80,054	1,149,482
4	63	18	390,817	47	17	373,492	51	28	662,693	95	52	1,481,635	94	41	1,004,423	21	12	238,052	4,151,112
5	63	35	296,750	47	24	245,764	51	38	403,772	95	70	893,542	94	55	600,316	21	14	132,499	2,572,643
6	63	14	129,294	47	9	113,799	51	25	297,706	95	55	729,554	94	28	306,296	21	9	102,038	1,678,687
合計	63	51	2,181,586	47	33	1,394,465	51	43	2,555,256	95	88	5,838,195	94	78	3,419,942	21	16	866,278	16,255,722

備註：

一、院所數：符合適用鄉鎮之院所數。

二、符合數：符合該項核發原則且有核發獎勵金之院所數。

三、核發項目：

1. 當季屬六分區中點值最低之分區加計 3%；其餘分區，加計 1%。
2. 當季該院所執行牙特計畫院所內牙醫服務 2 件(含)以上者，加計 2%。
3. 當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查至少 1 件(含)者，加計 1%。
4. 當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計 2%。
5. 當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。
6. 新增項目：當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。

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：有關全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫於一般服務扣減重複部分之費用扣減方式，提請討論。

說明：

- 一、依據 15-6 牙醫門診醫療服務審查執行會議決議辦理。
- 二、依據 114 年度總額及其分配核定事項：「請中央健康保險署辦理下列事項：依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告」。
- 三、特殊醫療服務計畫 113 年醫療團服務對象新增「其他具身心障礙證明者」，涉及原由一般服務支應之醫療費用，轉由專款支應問題。經健保署於健保會 113 第 6 次委員會議(113.7.30)提報：
 - (一)本計畫與一般服務重複部分之計算方式為：「113 年申報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)，曾於 112 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)點數」。
 - (二)健保署提供本計畫 113 年 1 至 6 月申報特定治療項目代號 LT，曾於 112 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)之分項費用，合計 25.9 萬點。
- 四、同意健保署扣減重複申報醫療費用之計算方式，即「114 年申報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)，曾於 113 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)點數」。

本署意見：

- 一、本署前次提報健保會「113 年度牙特計畫與一般服務重複方式」一節，係作為 114 年度牙醫部門總額協商之參考。
- 二、本次牙全會依 114 年牙醫門診總額協定事項提案，表示同意延續本署「113 年度牙特計畫與一般服務重複方式」之計算方式，並作為 114 年牙特計畫之預算扣減方式規劃一節，本署尊重，後續研擬依程序提全民健康保險會報告。

三、本署試算 113 度 1 至 12 月「申報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)，曾於 112 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)點數」(如附件，頁次討 3-3)，重複費用約 74.4 萬，供牙全會參考。

決議：

**113 年牙特醫療團其他具身心障礙證明者(特定治療項目：LT)
於 112 年牙醫一般服務醫令統計**

編號	支付標準章節	診療項目	申報醫療點數
00305C	第一章門診診察費-第二節符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—處方交付特約藥局調劑	17,682
00306C	第一章門診診察費-第二節符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—未開處方或處方由本院所 自行調劑(每位醫師每日門診量在二十人次以下部份)	178,637
00308C	第一章門診診察費-第二節符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—未開處方或處方由本院所 自行調劑(每位醫師每日門診量超過二十人次部分)	810
00309C	第一章門診診察費-第二節符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—處方交付特約藥局調劑(山地離島地區)	1,561
00310C	第一章門診診察費-第二節符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—未開處方或處方由本院所 自行調劑(山地離島地區)	16,278
00315C	第一章門診診察費-第二節符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光片診察	9,616
34001C	第二章-牙科放射線診療-根尖周 X 光攝影	根尖周 X 光攝影	1,360
89002C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	銀粉充填—雙面	1,800

編號	支付標準章節	診療項目	申報醫療點數
89004C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	前牙複合樹脂充填－單面	14,500
89005C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	前牙複合樹脂充填－雙面	8,450
89006C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	覆髓	1,120
89008C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	後牙複合樹脂充填－單面	57,000
89009C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	後牙複合樹脂充填－雙面	51,200
89010C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	後牙複合樹脂充填－三面	21,000
89011C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	玻璃離子體充填	1,600
89012C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	前牙三面複合樹脂充填	26,250
89013C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	複合體充填	20,000
89014C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	前牙雙鄰接面複合樹脂充填	12,000
89015C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	後牙雙鄰接面複合樹脂充填	4,350
90001C	第三章-牙科處置及手術-第二節-根管治療	恆牙根管治療（單根）	8,833
90003C	第三章-牙科處置及手術-第二節-根管治療	恆牙根管治療（三根）	7,220
90004C	第三章-牙科處置及手術-第二節-根管治療	齒內治療緊急處理	450

編號	支付標準章節	診療項目	申報醫療點數
90012C	第三章-牙科處置及手術-第二節-根管治療	橡皮障防濕裝置	1,500
90015C	第三章-牙科處置及手術-第二節-根管治療	根管開擴及清創	11,160
P7303C	第三章-牙科處置及手術-第二節-根管治療	超音波根管沖洗	600
91001C	第三章-牙科處置及手術-第三節-牙周病學	牙周緊急處置	17,850
91003C	第三章-牙科處置及手術-第三節-牙周病學	牙結石清除－局部	1,200
91004C	第三章-牙科處置及手術-第三節-牙周病學	牙結石清除－全口	85,200
91014C	第三章-牙科處置及手術-第三節-牙周病學	牙周暨齦齒控制基本處置	7,490
91020C	第三章-牙科處置及手術-第三節-牙周病學	牙菌斑去除照護	6,180
91089C	第三章-牙科處置及手術-第三節-牙周病學	糖尿病病人牙結石清除-全口	4,200
91090C	第三章-牙科處置及手術-第三節-牙周病學	高風險疾病患者牙結石清除-全口	56,000
92001C	第三章-牙科處置及手術-第四節-口腔顎面外科	非特定局部治療	2,515
92013C	第三章-牙科處置及手術-第四節-口腔顎面外科	簡單性拔牙	3,570
92014C	第三章-牙科處置及手術-第四節-口腔顎面外科	複雜性拔牙	19,800
92066C	第三章-牙科處置及手術-第四節-口腔顎面外科	特定局部治療	300

編號	支付標準章節	診療項目	申報醫療點數
92071C	第三章-牙科處置及手術-第四節-口腔顎面外科	簡單性口內切開排膿	3,990
P7101C	青少年齲齒控制照護處置	青少年齲齒控制照護處置	300
P7301C	高齲齒率患者氟化物治療	高齲齒率患者氟化物治療	1500
P7302C	齲齒經驗之高風險病人氟化物治療	齲齒經驗之高風險病人氟化物治療	58000
05203C		門診藥事服務費	522
合計			743,594

備註：

- 1.資料來源：本署三代倉儲。
- 2.統計日期：114 年 2 月 8 日。

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫第五章牙周病統合治療方案」通則，提請討論。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫(下稱牙醫支付標準)辦理。
- 二、本署分區業務組反映有牙醫診所違規，受全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法處停約處分，惟現行牙醫支付標準「牙周病統合治療方案」並未針對違約醫事機構負責人或負有行為責任牙醫師立即退場之機制，爰建議酌修該方案通則。
- 三、建議修正牙醫支付標準第五章牙周病統合治療方案通則二，修訂對照表如附件(頁次討4-2)，將現行「牙醫師『申請』資格」修正為「牙醫師資格」，倘牙醫師不符合資格，則不再適用牙周病統合治療方案申報規定。
- 四、後續研擬依程序提至「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」討論。

決議：

牙周病統合治療方案 通則 修訂對照表

修訂內容	原內容	備註
二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：	二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：	<u>本署說明：</u> 將現行「牙醫師『申請』資格」修正為「牙醫師資格」，倘牙醫師不符合資格，則不再適用牙周統合治療方案申報規定。
(一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。	(一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。	未修訂
(二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。	(二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。	未修訂
(三) 醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。	(三) 醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。	未修訂

修訂內容	原內容	備註
(四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報91023C個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。	(四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報91023C個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。	未修訂
(五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。	(五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。	未修訂

討論事項第五案

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「12歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」專業醫療服務品質指標案，提請討論。

說明：

- 一、本署建議修訂指標計算公式並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)提供修訂意見(附件1，頁次討5-2頁)，說明如下：
 - (一) 本署東區業務組建議修訂指標計算公式，分子增加91104C(特殊狀況牙結石清除-全口)、91005C(口乾症牙結石清除-全口)、91017C(懷孕婦女牙結石清除-全口)、91089C(糖尿病病人牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)及91018C(牙周病支持性治療)等醫令。
 - (二) 牙全會回復同意本署修訂，其中91018C(牙周病支持性治療)不建議納入計算。(附件2，頁次討5-5頁)
- 二、指標計算公式調整試算結果如附件3(頁次討5-7頁)，113年第3季全署原指標統計值為49.88%，修訂後提高為65.04%；各分區原指標統計值介於41.99%~51.92%，修訂後介於61.25%~66.33%。
- 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4，頁次討5-8頁)。

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：如正本行文單位

發文日期：中華民國113年7月29日
發文字號：健保審字第1130672065號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨及說明四

主旨：有關「全民健康保險牙醫總額支付制度品質確保方案」（下稱品保方案）之專業醫療服務品質指標「12歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」修訂案，惠請貴會依附表提供增刪或修正意見，請查照。

說明：

- 一、依據本署東區業務組113年7月16日第GY11300389號請辦單辦理。
- 二、旨揭品保方案指標之分子定義為：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。
- 三、查現行牙結石清除相關之醫療服務給付項目及支付標準除91004C外，另有特定族群患者全口牙結石清除醫令如91104C(特殊狀況牙結石清除-全口)、91005C(口乾症牙結石清除-全口)、91017C(懷孕婦女牙結石清除-全口)、91089C(糖尿病病人牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石

清除-全口)及91018C(牙周病支持性治療)等。

四、為使旨揭品保方案指標呈現實際照護品質及正確擷取12歲以上各類族群患者全口牙結石清除率，惠請貴會就建議修訂本案指標分子操作型定義增加91104C、91005C、91017C、91089C、91090C及91018C等醫令一節，依附表提供增刪或修正意見。

五、旨揭品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建議事項專業意見表

指標項目	現行指標 定義	指標定義修正建議	社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會		說明
			專業意見	是否同意	
12歲以上 牙醫就醫 病人全口 牙結石清 除率	1. 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。 2. 指標計算：分子 / 分母。	1. 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。 <u>※牙結石清除—全口醫令：91004C、 91104C、91005C、91017C、 91089C、91090C、91018C。</u> 2. 指標計算：分子 / 分母。			為使指標正確擷 取12歲以上各類 族群患者全口牙 結石清除率，建 議修訂操作型定 義，將分子新增 全口牙結石清除 相關醫令，以呈 現實際照護情 形。

醫令代碼備註：

91004C(牙結石清除-全口)、91104C(特殊狀況牙結石清除-全口)、91005C(口乾症牙結石清除-全口)、91017C(懷孕婦女牙結石清除-全口)、91089C(糖尿病病人牙結石清除-全口)、91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)及91018C(牙周病支持性治療)。

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 11 月 7 日

發文字號：牙全仁字第 01919 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修訂建議，復如說明段，敬請查照。

說明：

- 一、復貴署健保審字第 1130672065 號函暨依據本會第 15 屆第 5 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。
- 二、建議修訂「十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」之指標定義，修訂內容詳如附件。
- 三、指標參考值調整如下：
 - (一)「牙體復形同牙位再補率—1 年以內(2 年以內)」，參考值調整為<1%。
 - (二)「牙齒填補保存率—1 年以內(2 年以內、恆牙 2 年以內、乳牙 1 年 6 個月以內)、同院所 90 日以內根管治療完成率、恆牙根管治療 6 個月以內保存率、6 歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率、院所加強感染管制診察費申報率、牙周病統合治療方案後之追蹤治療率」，參考值計算式調整為「以最近 3 年全國平均值*(1-5%)」。

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 11 月 7 日收到
中央健康保險署
健保審字 署 1130058934

全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質保方案之專業醫療服務品質指標

指標項目	現行指標定義	指標定義修正	
十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率	<p>1. 資料範圍：當季 12 歲（含）以上就醫人數。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>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。</p> <p>分母：當季 12 歲（含）以上就醫人數。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母</p>	<p>1. 資料範圍：當季 12 歲（含）以上就醫人數。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>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。</p> <p>分母：當季 12 歲（含）以上就醫人數。</p> <p><u>※牙結石清除—全口醫令：(91004C、91104C、91005C、91017C、91089C、91090C)。</u></p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母</p>	<p>為使指標正確擷取 12 歲以上各類族群患者全口牙結石清除率，修訂操作型定義，分子新增全口牙結石清除相關醫令，以呈現實際照護情形。</p>

醫令代碼備註：

91004C（牙結石清除-全口）、91104C（特殊狀況牙結石清除-全口）、91005C（口乾症牙結石清除-全口）、91017C（懷孕婦女牙結石清除-全口）、91089C（糖尿病病人牙結石清除-全口）及 91090C（高風險疾病病人牙結石清除-全口）

113年第3季「12歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」操作型定義新增醫令試算

業務組	12歲以上牙醫 就醫人數 (A)	原方案		調整後(新增醫令)		
		12歲以上 牙結石清除人數 (B)	牙結石清除率 (C)=(B)/(A)	12歲以上 牙結石清除人 數 (D)	牙結石清除率 (E)=(D)/(A)	提升% (F)=(E)-(C)
臺北	1,747,068	878,656	50.29%	1,158,785	66.33%	16.03%
北區	768,151	398,801	51.92%	493,751	64.28%	12.36%
中區	966,793	475,988	49.23%	629,056	65.07%	15.83%
南區	616,606	292,436	47.43%	383,228	62.15%	14.72%
高屏	743,870	360,375	48.45%	468,327	62.96%	14.51%
東區	75,066	31,521	41.99%	45,977	61.25%	19.26%
全署	4,885,092	2,436,622	49.88%	3,177,308	65.04%	15.16%

資料來源：多模型健保資料平台(114.02.12擷取)

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。
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					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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%			
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，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 1 年或 2 年內是否重新填補比率。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>2. 公式說明：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>3. 指標計算：1－（分子 / 分母）</p>

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x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>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。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p>
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x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：當季 12 歲（含）以上就醫人數。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>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。</p> <p>分母：當季 12 歲（含）以上就醫人數。</p> <p>※牙結石清除—全口醫令：91004C、91104C、91005C、91017C、91089C、91090C。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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x(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。
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x(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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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)	以最近3年全國平均值x(1-10%)作為參考值	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(初評+複審)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。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>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。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 恆牙牙位：11-19、21-29、31-39、41-49</p> <p>3. 指標計算：1－（分子 / 分母）</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>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。</p> <p>2.公式說明：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 乳牙牙位：51-55、61-65、71-75、81-85</p> <p>3.指標計算：[1－(分子/分母)]×100%。</p>

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x(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： $[1 - (\text{分子} / \text{分母})] \times 100\%$ 。
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 = $(\text{申請點數} - \text{核定點數}) / \text{醫療費用點數}$ 分子： $(\text{申請點數} - \text{核定點數})$ 。 分母：醫療費用點數。 3.指標計算： $(\text{分子} / \text{分母}) \times 100\%$ 。
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x(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： $(\text{分子} / \text{分母}) \times 100\%$ 。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
三歲兒童早發性幼兒齲齒盛行率	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 75\%$	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。
四歲兒童乳牙齲齒盛行率	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)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defit index表示之，DMFT index 表示恆牙，defit index則表示乳牙。 數值愈表示大，表示齲齒情形嚴重。 defit index = dt+et+ft / DMFT index = DT+MT+FT

指標項目		時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
三十五歲至四十四歲人口社區牙周治療需求指數	牙周囊袋比率	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)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。
	平均自然齒數	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)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

討論事項第六案 提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關屏東縣車城鄉及萬巒鄉新增為「114 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」施行地區，請討論案。

說明：

- 一、依據 15-11 牙醫門診醫療服務審查執行會醫缺小組會議決議暨屏東政府衛生局 114 年 2 月 20 日屏衛醫字第 1148003806 號函辦理，詳附件。
- 二、屏東縣車城鄉於 112 年 10 月起成為無牙醫鄉鎮，為改善當地民眾就醫不便性，屏東縣衛生局預計在車城鄉衛生所設立牙科巡迴點，爰新增屏東縣車城鄉為巡迴計畫施行地區。
- 三、屏東縣萬巒鄉於 113 年 11 月成為無牙醫鄉鎮，新增該鄉鎮為執業計畫施行地區，開放讓有意願至偏鄉執業的醫師得以申請，服務當地民眾。

本署說明：

- 一、同意中華民國牙醫師公會全國聯合會建議如下：
 - (一)屏東縣車城鄉原為全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(下稱本方案)執業計畫施行地區一覽表(方案附件 2)地區，因屏東縣衛生局預計在車城鄉衛生所設立牙科巡迴點，同意新增至巡迴計畫施行地區一覽表(方案附件 3)。
 - (二)屏東縣萬巒鄉原為本方案巡迴計畫施行地區一覽表(方案附件 3)地區，查該鄉鎮白牙醫診所於 113 年 11 月 22 日歇業，爰為無牙醫鄉鎮，為增加偏鄉民眾醫療資源可近性，同意新增至執業計畫施行地區一覽表(方案附件 2)。
- 二、綜上，施行區域經增刪後，執業計畫施行地區一覽表(方案附件 2)，計 87 個鄉鎮區；巡迴計畫施行地區一覽表(方案附件 3)，計 153 個鄉鎮區。

決議：

屏東縣政府衛生局 函

地址：900214屏東縣屏東市自由路272號
聯絡人：吳兆英
聯絡電話：08-7370002#131
傳真：08-7372918
電子信箱：pth00001@mail.ptshb.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114年2月20日
發文字號：屏衛醫字第1148003806號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (3765303031114800380600-1. pdf)

主旨：檢附「114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足
地區改善方案修訂意見」2份，敬請優先審核，至切公
誼。

說明：

- 一、依據社團法人屏東縣牙醫師公會114年2月12日屏縣牙醫文
字第0212號函辦理。
- 二、本次新增巡迴服務計畫施行地區-屏東縣車城鄉，在地唯一
牙醫師於112年9月歇業，該鄉即成為無牙醫鄉，當地民眾
需跨鄉鎮看診，交通往返耗費時間；為補足當地牙科醫療
及預防保健服務，保障民眾就醫可近性，維護當地居民健
康權益，亦配合本縣公共衛生政策，預計本(114)年3月份
後於車城鄉衛生所設立牙科巡迴點，提供牙科醫療服務。
- 三、本次新增執業服務計畫施行地區-屏東縣萬巒鄉，在地唯一
牙醫師於113年11月歇業，該鄉即成為無牙醫鄉，當地民眾
需跨鄉鎮看診，交通往返耗費時間；為補足當地牙科醫療
及預防保健服務，保障民眾就醫可近性，以維護當地居民

健康權益。建請增列該鄉為執業計畫鄉鎮，以利有意願牙
醫師設立執業點，服務鄉民。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署

副本：社團法人屏東縣牙醫師公會、本局企劃科、本局醫政科



114 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-執業計畫
施行地區一覽表

保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區 級數			
臺北	新北市	石碇區*	1	南區	雲林縣	口湖鄉	1	東區	花蓮縣	壽豐鄉*	1			
		平溪區	1			二崙鄉	1			瑞穗鄉	2			
		貢寮區	1			阿里山鄉	2			萬榮鄉	2			
		烏來區	1		大埔鄉	1	卓溪鄉			2				
		石門區	1		東石鄉	1	富里鄉			1				
		坪林區	1		六腳鄉	1	台東縣			綠島鄉*	3			
	宜蘭縣	大同鄉	2		番路鄉	1			蘭嶼鄉*	3				
		南澳鄉	2		台南市	左鎮區			1	延平鄉*	2			
	金門縣	烈嶼鄉*	3			南化區			1	鹿野鄉	2			
		烏坵鄉	3			龍崎區			1	海端鄉	2			
	連江縣	北竿鄉	3			將軍區*			1	東河鄉	2			
		莒光鄉	3			北門區*			1	長濱鄉	2			
		東引鄉	3			山上區			1	達仁鄉	2			
	北區	桃園市	復興區		2	高屏			高雄市	田寮區	1			卑南鄉	1
			新竹縣		五峰鄉		2			杉林區	1			大武鄉	2
橫山鄉		1		甲仙區	1									
尖石鄉		2		桃源區	3									
峨眉鄉		1		那瑪夏區	4									
苗栗縣		三灣鄉*	1	茂林區	2									
		南庄鄉*	1	內門區	1									
		獅潭鄉	1	屏東縣	三地門鄉		2							
		頭屋鄉	1		霧台鄉		3							
		泰安鄉	2		瑪家鄉*		2							
西湖鄉*		1	竹田鄉		1									
中區	台中市	石岡區*	1		泰武鄉	2								
		和平區* (梨山地區)	3		崁頂鄉	1								
	彰化縣	竹塘鄉	1		新埤鄉	1								
		南投縣	中寮鄉		1	枋山鄉	1							
			信義鄉*		3	春日鄉	2							
			仁愛鄉	3	獅子鄉	2								
	集集鎮*		1	牡丹鄉	2									
	鹿谷鄉		1	滿州鄉	1									
					車城鄉	1								
				澎湖縣	望安鄉	3								
			七美鄉		3									
				白沙鄉*	3									

*係指延續 91~113 年計畫至 114 年繼續施行鄉鎮，共 17 名執業醫師。

114 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-巡迴計畫
施行地區一覽表

保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	
臺北	新北市	烏來區	3	北區	苗栗縣	獅潭鄉	1	
		萬里區	1	中區	台中市	和平區	3	
		石碇區	1			大安區	1	
		坪林區	1			新社區	1	
		石門區	1			石岡區	1	
		平溪區	1			彰化縣	芳苑鄉	1
		貢寮區	1		竹塘鄉		1	
		雙溪區	1		大城鄉		1	
		三峽區	1		線西鄉		1	
		(插角地區)	1		埔鹽鄉		1	
	宜蘭縣	南澳鄉◎	2		埤頭鄉		1	
		員山鄉	1		福興鄉		1	
		大同鄉◎	2		南投縣		仁愛鄉	3
		壯圍鄉	1				中寮鄉	1
		三星鄉	1				信義鄉	3
		頭城鎮(東北 角海岸地區)	1			國姓鄉	1	
		蘇澳鎮(大南 澳地區)◎	1			魚池鄉	1	
		礁溪鄉(龍潭 村、匏崙村、 玉田村)	1			鹿谷鄉	1	
		冬山鄉(東城 村、得安村、 大進村)	1			雲林縣	古坑鄉	1
		金門縣	烏坵鄉				3	東勢鄉	1
	連江縣		南竿鄉		3		二崙鄉	1
			北竿鄉	3	元長鄉		1	
			莒光鄉	3	四湖鄉		1	
		東引鄉	3	口湖鄉	1			
	南區	桃園市	復興區◎	2	水林鄉		1	
			觀音區	1	台西鄉		1	
			新屋區	1	林內鄉		1	
		新竹縣	峨眉鄉	1	褒忠鄉		1	
			尖石鄉	2	麥寮鄉		1	
			五峰鄉◎	2	嘉義縣		土庫鎮(後埔 、埤腳、崙內 、新庄、奮起 里)	1
			橫山鄉	1			莿桐鄉 (六合村)	1
			新埔鎮	1			東石鄉	1
		苗栗縣	南庄鄉	1			番路鄉◎	1
			頭屋鄉	1		大埔鄉	2	
			西湖鄉	1	阿里山鄉◎	3		
泰安鄉◎			2	布袋鎮	1			
				六腳鄉	1			
				竹崎鄉◎	2			

保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數
南區	嘉義縣	梅山鄉◎	2	高屏	屏東縣	新埤鄉	1
		溪口鄉	1			琉球鄉	2
		鹿草鄉	1			鹽埔鄉	1
		大林鎮 (排路里)	1			佳冬鄉	1
		中埔鄉(灣潭 村、沄水村、 同仁村、石碇 村、裕民村、 隆興村)	1			林邊鄉 (崎峰村)	1
	台南市	玉井區	1			內埔鄉 (黎明村)	1
		關廟區	1			高樹鄉(廣興 村、泰山村、 新南村)	1
		東山區	1			恆春鎮(萬里 桐地區、墾丁 地區、水泉里 、大光里)	1
		西港區	1			萬巒鄉	1
		後壁區	1		澎湖縣	七美鄉	4
		大內區	1			湖西鄉	2
		南化區◎	1			白沙鄉	3
		龍崎區	1			望安鄉	4
		左鎮區	1			西嶼鄉	2
		七股區	1			馬公市(虎井 島、桶盤島)	3
		鹽水區 (舊營里)	1			壽豐鄉	1
		山上區	1			豐濱鄉	2
		楠西區	1			萬榮鄉	2
		將軍區	1		花蓮縣	秀林鄉◎	2
高屏	高雄市	田寮區	1			卓溪鄉	3
		杉林區	1			瑞穗鄉◎	2
		茂林區	2			新城鄉	1
		桃源區	3			光復鄉	2
		那瑪夏區	4			富里鄉	2
		甲仙區	2			玉里鎮(河東 地區)	2
		內門區	1			鳳林鎮	2
		六龜區◎	2		台東縣	卑南鄉	2
	屏東縣	三地門鄉	3			太麻里鄉	2
		瑪家鄉	2			達仁鄉	3
		來義鄉	2			大武鄉	2
		春日鄉◎	2			延平鄉	2
		獅子鄉	3			長濱鄉	2
		牡丹鄉	3			金峰鄉	2
		竹田鄉	1			海端鄉◎	2
		崁頂鄉	1			蘭嶼鄉	3
		滿州鄉	2			綠島鄉	3
		枋山鄉	1				
		霧台鄉	3				
		泰武鄉	2				
保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數
東區	台東縣	鹿野鄉	2	東區	台東縣	成功鎮(信義 里、忠孝里)	2
		東河鄉	2				

保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數	保險人 業務組	縣市	鄉鎮區	地區級數
		關山鎮(電光里、月眉里、德高里)	2				

註-因天災、政策或歷史等因素遷移他處者：

-屏東縣泰武鄉(吾拉魯滋社區及泰武國小)實際座落於屏東縣萬巒鄉，為2級地區。

-屏東縣霧台鄉(百合部落園區、霧台國小勵古百合分校)實際座落於屏東縣長治鄉，為2級地區。

◎指部分村里或巡迴地點級數與該鄉鎮不同：

-宜蘭縣蘇澳鎮(蓬萊國小)為2級地區。

-嘉義縣番路鄉(公田村、大湖村)為2級地區。

-台南市南化區(關山里)為2級地區。

-宜蘭縣大同鄉(四季國小、南山國小)為3級地區。

-宜蘭縣南澳鄉(碧侯國小、澳花國小)為3級地區。

-桃園市復興區(三光國小、巴峻國小、光華國小、高義國小)為3級地區。

-新竹縣五峰鄉(桃山衛生室)為3級地區。

-苗栗縣泰安鄉(象鼻衛生室)為3級地區。

-嘉義縣竹崎鄉(中和國小、中興國小、光華國小)為3級地區。

-嘉義縣梅山鄉(仁和國小、太和分校)為3級地區。

-高雄市六龜區(寶來國小、寶來國中)為3級地區。

-屏東縣春日鄉(古華國小士文分校)為3級地區。

-花蓮縣瑞穗鄉(奇美國小)為3級地區。

-花蓮縣秀林鄉(和平國小)為3級地區。

-台東縣海端鄉(初來國小新武分校、霧鹿國小、霧鹿國小利稻分校)為3級地區。

-嘉義縣阿里山鄉(十字國小、山美國小、來吉社區發展協會、來吉國小、阿里山國民中小學、香林國小、達邦國

小、達邦國小里佳分校、樂野社區)為4級地區。

討論事項第七案 **提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會**
案由：有關「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」專款預算不足，請討論。

說明：

- 一、113 年高風險口腔疾病照護計畫係整併醫療服務給付項目及支付標準中「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，全年經費為 1,599 百萬元。該計畫於 113 年執行情形大幅提升，依據本會試算結果，113 年該計畫全年申報點數約為 2,388.8 百萬點。
- 二、賴總統主持健康台灣推動委員會第 1 次委員會致詞摘錄：
「健保的核心價值是醫療平權、全民互助。唯有健保永續經營，全民才能獲得更好的照顧。我們關注健保『點值』，也要展現健保『價值』。政府會持續精進總額制度和治理，合理配置醫療資源和穩定點值，持續優化健保財務，提升健保的效率和品質。我們也期待，跟大家一起努力，讓健保永續發展，讓台灣醫療更平權，也讓台灣的醫療水準更加提升。」。
- 三、113-3 研商議事會議，本會配合健保署所主張之賴總統健康台灣政策，尤其注重在點值確保原則，為配合此點值確保之原則，非常努力地在醫療服務成本指數改變率減少調整約 2.89 億，此舉為 87 年牙醫實施總額以來頭一遭，然本會仍盡力配合政府政策，降低點值低落之風險。
- 四、「高風險疾病口腔照護」為 111 年新增成長項目，預算為 405 百萬元，新增支付項目「高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)」自 111 年 3 月 1 日開始實施，一開始之執行率差強人意，預算執行率 111 年為 0.9%、112 年為 6.6%，另依據協定事項扣減當年度未執行之額度，111 年扣減 401.5 百萬、112 年扣減 378.3 百萬，合計扣減 779.8 百萬點。
- 五、綜上述，113 年高風險疾病口腔照護計畫於第 3 季點值結算僅為 0.5669，已不符執行醫療成本，且亦與賴總統之健康台灣政策精神不相符，故建請優先爭取由公務預算支應計畫預算不足數。

本署說明：

- 一、依據 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則第六點辦理，專款項目除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
- 二、113 年一般服務移撥專用費用(全年預算 3.3 億元)，作為特定用途移撥款，項目及金額如下：
 - (一)醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用，經費 2 億元。
 - (二)全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，經費 0.8 億元。
 - (三)該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款 (其中中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元。
 - (四)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，0.2 億元。
 - (五)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於 112 年度全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。
- 三、截至 113 年第 3 季前開移撥款，尚有剩餘 1.25 億元，另「特定疾病病人牙科就醫安全」移撥款 0.2 億元，預估將有剩餘，建議本計畫不足款由前開風險移撥款之剩餘款支應，並報全民健康保險會同意後實施。

決議：

113 年度牙醫門診總額地區分配預算

112 年 11 月 21 日牙醫門診總額研商議事會議 112 年第 4 次會議

一、113 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 113 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 3.3 億元，用於下列 4 個項目：

- (一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
- (二)「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。
- (三)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。
- (四)「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」(0.2 億元)。

二、各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於 112 年度全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

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

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。

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。

三、實施期間：

113 年 1 月 1 日起至 113 年 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。
- (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。

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。
- (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。

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。

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)。

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，依全民健康保險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。

「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」

給付項目及支付標準

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
91090C	<p>高風險疾病病人牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)心血管疾病病人。 (3)血液透析及腹膜透析病人。 (4)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (5)惡性腫瘤病人。 (6)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。</p> <p>2.每九十天限申報一次。</p> <p>3.本項支付點數含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。</p>	v	v	v	v	820
P7302C	<p>齲齒經驗之高風險病人氟化物治療 Full mouth topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease</p> <p>註：</p> <p>1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險病人，提供本項診療服務。</p> <p>2.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 (8)曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人 (含當次)。</p>	v	v	v	v	500

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	3.每九十天限申報一次。 4.本項支付點數含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C。					
89204C	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth —單面 single surface	v	v	v	v	900
89205C	—雙面 two surfaces 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同類牙申報前牙複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以二面為限。	v	v	v	v	1,050
89208C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth —單面 single surface	v	v	v	v	1,000
89209C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,200
89210C	—三面 three surfaces 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。	v	v	v	v	1,400

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</p> <p>(6)惡性腫瘤病人。</p> <p>(7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。</p> <p>2.同類牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。</p> <p>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>4.申報面數最高以三面為限。</p>					
89212C	<p>高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：須符合下列條件之一者</p> <p>(1)六十五歲以上者。</p> <p>(2)糖尿病病人。</p> <p>(3)心血管疾病病人。</p> <p>(4)血液透析及腹膜透析病人。</p> <p>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</p> <p>(6)惡性腫瘤病人。</p> <p>(7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。</p> <p>2.同類牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。</p> <p>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</p> <p>4.申報面數最高以三面為限。</p>	v	v	v	v	1,450
89214C	<p>高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：須符合下列條件之一者</p>	v	v	v	v	1,600

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
	(1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」 院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同類牙申報前牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。					
89215C	高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.適用對象：須符合下列條件之一者 (1)六十五歲以上者。 (2)糖尿病病人。 (3)心血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)非屬「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」 院所牙醫醫療服務適用對象之身心障礙類別及障礙等級者。 2.同類牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1,850

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。					