



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 114 年第 2 次研商議事會議

114 年 5 月 27 日 (星期二)
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

114 年第 2 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1
三、113 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1
四、修訂「各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則」案。	報 4-1

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。	討 1-1
二、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」案。	討 2-1
三、修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」案。	討 3-1
四、修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。	討 4-1
五、修訂 114 年度「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案。	討 5-1

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
114年第1次研商議事會議紀錄

時間：114年2月25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：陳副署長亮妤

紀錄：張容慈

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	楊育珊(代)	張代表禹斌	張禹斌
江代表錫仁	江錫仁	連代表新傑	連新傑
余代表政明	余政明	陳代表淑華	陳淑華
吳代表志浩	吳志浩	黃代表立賢	黃立賢
吳代表享穆	吳享穆	黃代表俊仁	黃俊仁
吳代表迪	(請假)	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表明彥	(請假)	楊代表文甫	楊文甫
李代表口榮	李口榮	葉代表育敏	葉育敏
周代表彥儒	周彥儒	蔡代表欣原	蔡欣原
季代表麟揚	季麟揚	蔡代表建宗	徐慧伊(代)
林代表俊彬	林俊彬	蔡代表爾輝	蔡爾輝
林代表鎰麟	林鎰麟	蔡代表蕙如	蔡蕙如
邱代表昶達	邱昶達	簡代表志成	(請假)
洪代表怡育	洪怡育	羅代表文良	羅文良
范代表景章	章修績(代)	羅代表界山	羅界山
徐代表邦賢	徐邦賢	蘇代表主榮	蘇主榮
翁代表德育	翁德育		
張代表育超	張文炳(代)		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會 (以下稱健保會)	陳燕鈴、張薏云
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、李莉君
中華民國藥師公會全國聯合會	林盛棠
台灣醫院協會	吳昱嫻、申哲
本署臺北業務組	宋兆喻*、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*、林裕能*、 戴秀容*、陳淑英*、柯依鳳*
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* 李昀融*、吳孜威*
本署東區業務組	鄭婷婷*
本署醫審及藥材組	賴秋伶、朱沛語、陳亞其
本署醫務管理組	劉林義、黃珮珊、賴彥壯、 洪于淇、朱文玥、李羿萱、 張容慈、阮柏叡、許洋騰、 張祐禎、李珮芳、李柏諺、 連又旻

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：牙醫門診總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

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。

決定：

一、洽悉。

二、下列 3 項繼續列管，其餘解除列管。

(一)序號 1「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」。

(二)序號 3「修訂『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』」。

(三)序號 6「修訂『114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫』」：有關說明本計畫規定「不得」併報牙醫其他專款項目一節，請社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)於會後提供修訂文字，由本署報生福利部核定。

附帶事項：

一、依據牙全會 114 年 3 月 6 日牙全仁字第 023987 號來函說明，本計畫不得併報「全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」。

二、本計畫得同時申報「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」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)專案案件：依各項計畫

及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。

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。

決定：洽悉。

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。

決定：

一、113 年第 3 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
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

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。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，請討論。

決議：

- 一、有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)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…。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。」，同意修正為如為教學醫院則仍得適用，並請牙全會於會後提供修正文字。
- 二、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。

附帶事項：

一、牙全會於會後提供修正文字如下：

具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院，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。

二、修正後條文如附件 1。

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。

決議：本案修訂通過如附件2，修訂重點如下：

一、修訂適用鄉鎮篩選條件。

二、核發原則：

(一)當季屬六分區中點值最低之分區，提高加計為3%。

(二)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、經以 112 年相關資料計算後，適用鄉鎮名單新增屏東縣內埔鄉。

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。

決議：本案通過，扣減方式如下：

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。

第四案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

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。

決議：

- 一、本案修訂通過如附件 3，有關支付標準第三部牙醫第五章牙周病統合治療方案通則二「牙醫師『申請』資格」，修正為「牙醫師資格」。
- 二、本案依程序提案至共擬會議報告。

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(下稱品質保方案)」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。。

決議：本案修訂通過如附件 4，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)及 91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)等醫令。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

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。

決議：本案修訂通過如附件 5，修訂重點如下：

- 一、新增屏東縣車城鄉至本方案巡迴計畫施行地區一覽表。
- 二、新增屏東縣萬巒鄉至本方案執業計畫施行地區一覽表。
- 三、施行區域經增刪後，執業計畫施行地區一覽表共計 84 個鄉鎮區；巡迴計畫施行地區一覽表共計 153 個鄉鎮區。

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。

決議：

- 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規定，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、建議牙全會另行爭取公務預算挹注。

肆、散會：15 時 42 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 9 項，擬解除列管計 7 項，繼續列管計 2 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_2_臨時(1)：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。	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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	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」。	<p>本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>一、修正診療項目說明及規定事項。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>五、本案依程序提案至 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(下稱共擬會議) 113 年第 5</p>	<p>一、衛生福利部業於 114 年 4 月 22 日以衛部保字第 114126018 號令公布在案。</p> <p>二、有關本案之適應症，擬請牙全會依程序修訂於牙醫醫療費用審查注意事項。本署預計於 114 年 6 月提健保會報告。</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		<p>次討論。</p> <p>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。</p>			
3	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」。	<p>一、有關說明本計畫規定「不得」併報牙醫其他專款項目一節，請社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)於會後提供修訂文字，由本署報生福利部核定。</p> <p>二、附帶事項：</p> <p>(一)依據牙全會 114 年 3 月 6 日牙全仁字第 023987 號來函說明，本計畫不得併報「全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」。</p> <p>(二)本計畫得同時申報「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」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)專案案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支</p>	本署業於 114 年 3 月 27 日以健保醫字第 1140106088 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	
		應，不再額外加成。			
4	114_1_討 (1)：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」。	<p>一、本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>(一)有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)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…。本項名單每年依附表3.3.4產製。」，同意修正為如為教學醫院則仍得適用，並請牙全會於會後提供修正文字。</p> <p>(二)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。</p> <p>二、附帶事項：</p> <p>牙全會於會後提供修正文字如下：</p> <p>具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院，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>	衛生福利部業於114年4月30日以衛部保字第1140116887號令公布在案。	<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
5	114_1_討(2): 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」。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、修訂適用鄉鎮篩選條件。 二、核發原則： (一)當季屬六分區中點值最低之分區，提高加計為3%。 (二)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、適用鄉鎮名單新增屏東縣內埔鄉。	本署業於114年4月1日以健保醫字第1140661544號公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
6	114_1_討(3): 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扣減方式。	本案通過，扣減方式如下： 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。	後續擬依程序提健保會報告。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
7	114_1_討(4): 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治療方案」。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、有關支付標準第三部牙醫第五章牙周病統合治療方案通則二「牙醫師『申請』資格」，修正為「牙醫師資格」。 二、本案依程序提案至共擬會議報告。	衛生福利部業於114年4月30日以衛部保字第1140116887號令公布在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
8	114_1_討(5): 修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方	本案修訂通過，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)及 91090C(高風險疾	衛生福利部業於114年3月31日以衛部保字第1140112287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	
	案(下稱品保方案)「12歲以上牙醫人就全口牙結石清除率」專業醫療服務品質案。	病患者牙結石清除-全口)等醫令。			
9	114_1_討(6)：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總額醫療資源不足地區改善方案」施行地區案。	<p>本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>一、 新增屏東縣車城鄉至本方案巡迴計畫施行地區一覽表。</p> <p>二、 新增屏東縣萬巒鄉至本方案執業計畫施行地區一覽表。</p> <p>三、 施行區域經增刪後，執業計畫施行地區一覽表共計84個鄉鎮區；巡迴計畫施行地區一覽表共計153個鄉鎮區。</p>	本署業於114年3月14日以健保醫字第1140661044號公告在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管

決 定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案（詳附件）。

決定：

牙醫門診總額 【執行概況報告】

行政院衛生福利部
中央健康保險署



1

大綱

- 01 114年第1季點值預估
- 02 114年第1季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 114年第1季牙周病統合照護執行情形
- 04 113年牙醫總額各專款執行情形

2

114年第1季點值預估

01 點值預估假設

02 114年第1季點值預估

3

點值預估假設



1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子採前1年同期結算報表值。
3. 跨區就醫調整後總額係將各分區總額預算以113年上半年就醫情形調整，再以送核補報占率(99.84189127%)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113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114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113上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

4

114年第1季點值預估



114年【牙醫門診總額】投保分區點值推估

月份	投保分區	牙醫總額 預算 (百萬)	新增醫藥 分業地區 (百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第1季	臺北	4,404	0	41	4,543	0.9624	0.9610
	北區	1,979	0	17	1,852	1.0586	1.0593
	中區	2,156	0	19	2,086	1.0237	1.0247
	南區	1,488	0	13	1,374	1.0730	1.0729
	高屏	1,637	0	13	1,550	1.0480	1.0477
	東區	228	0	2	184	1.2475	1.2272
	合計	11,893	0	104	11,587	1.0174	1.0172

註：113Q1結算全國浮動點值為0.9506、平均點值為0.9510

5

114年第1季牙醫總額醫療供給及利用概況

6

牙醫診所數【分區別】



◆ 110年3月-114年3月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110年3月	2,630	887	1,314	815	1,006	113	6,765	0.28%
111年3月	2,634	904	1,320	814	1,009	111	6,792	0.40%
112年3月	2,662	932	1,328	815	1,004	111	6,852	0.88%
113年3月	2,682	945	1,342	819	1,007	110	6,905	0.77%
114年3月	2,704	977	1,359	832	997	110	6,979	1.07%
增減家數	22	32	17	13	-10	0	74	
成長率	0.8%	3.4%	1.3%	1.6%	-1.0%	0.0%	1.1%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

7

牙醫師執業數【分區別】



◆ 110年3月-114年3月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110年3月	6,476	2,167	2,768	1,662	2,144	213	15,430	2.2%
111年3月	6,553	2,257	2,823	1,685	2,223	216	15,757	2.1%
112年3月	6,659	2,330	2,878	1,711	2,249	220	16,047	1.8%
113年3月	6,771	2,383	2,938	1,756	2,258	221	16,327	1.7%
114年3月	6,841	2,472	3,058	1,802	2,259	217	16,649	2.0%
增減人數	70	89	120	46	1	-4	322	
成長率	1.0%	3.7%	4.1%	2.6%	0.0%	-1.8%	2.0%	

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

8

牙醫師執業數【層級別】



◆ 110年3月-114年3月

年月	牙醫師數					成長率			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層牙醫
110年3月	1,229	795	257	13,149	15,430	1.6%	1.9%	7.1%	2.2%
111年3月	1,201	797	279	13,480	15,757	-2.3%	0.3%	8.6%	2.5%
112年3月	1,204	797	261	13,785	16,047	0.2%	0.0%	-6.5%	2.3%
113年3月	1,296	671	252	14,108	16,327	7.6%	-15.8%	-3.4%	2.3%
114年3月	1,328	651	254	14,416	16,649	2.5%	-3.0%	0.8%	2.2%
增減人數	32	-20	2	308	322				

註：增減牙醫師數及成長率係與前一年同期比較。

9

就診牙醫人數【分區別】



◆ 114年第1季

單位：千人

年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110Q1	1,738	745	980	635	757	83	4,898	4.9%
111Q1	1,715	752	994	637	751	82	4,893	-0.1%
112Q1	1,797	802	1,025	656	788	83	5,110	4.4%
113Q1	1,876	840	1,066	678	815	84	5,319	4.1%
114Q1	1,916	862	1,084	682	825	85	5,417	1.8%
增減人數	40	22	19	4	11	1	98	
成長率	2.1%	2.6%	1.7%	0.6%	1.3%	1.2%	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。

10

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 114年第1季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	316	8.5%	3.7%	534,520	13.6%	4.1%	1,689	4.7%
2區域醫院	236	-9.4%	2.7%	408,523	-4.1%	3.2%	1,731	5.8%
3地區醫院	118	0.5%	1.4%	194,660	4.1%	1.5%	1,649	3.7%
4基層診所	7,985	-0.2%	92.3%	11,637,926	4.3%	90.0%	1,457	4.5%
5交付機構	-	-	-	159,138	-3.7%	1.2%	-	-
合計	8,656	-0.2%		12,934,767	4.2%		1,494	4.4%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：本表以各醫院114年3月當下之層級歸類。

11

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 114年第1季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	3,032	0.0%	1,916	2.1%	1.58	-2.1%	4,520,860	3.9%	1,491	3.9%
北區	1,363	1.3%	862	2.6%	1.58	-1.2%	2,057,248	4.1%	1,509	2.8%
中區	1,694	-0.1%	1,084	1.7%	1.56	-1.8%	2,588,872	5.1%	1,528	5.2%
南區	1,099	-1.4%	682	0.6%	1.61	-2.0%	1,629,303	3.6%	1,483	5.1%
高屏	1,331	-1.1%	825	1.3%	1.61	-2.3%	1,914,379	4.1%	1,438	5.2%
東區	136	-1.3%	85	1.2%	1.60	-2.5%	224,105	5.8%	1,651	7.2%
合計	8,656	-0.2%	5,417	1.8%	1.60	-2.0%	12,934,767	4.2%	1,494	4.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

12

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 114年第1季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	30	11.3%	6,219	15.8%	205	4.0%
2.牙醫急診	5	5.0%	11,062	7.4%	2,393	2.3%
3.牙醫門診手術	13	0.0%	44,296	0.1%	3,301	0.1%
4.無牙醫鄉服務	39	6.9%	65,350	15.3%	1,655	7.9%
5.牙醫特殊醫療	50	7.8%	192,136	34.8%	3,845	25.0%
6.其他專案	8,518	-0.3%	12,456,565	3.9%	1,462	4.2%
7.交付機構	-	-	159,138	-3.7%	-	-
合計	8,656	-0.2%	12,934,767	4.2%	1,494	4.4%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：支付機構未統計申報件數。

13

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 114年第1季(表_1/2)

案件分類	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
1.一般案件(簡表)	0	-33.3%	13	-40.6%	13	-49.6%
2.牙醫急診	8,746	15.5%	2,254	-14.6%	58	-34.0%
3.牙醫門診手術	28,920	8.2%	12,799	-13.9%	2,170	-3.0%
4.無牙醫鄉服務	353	1.7%	775	15.3%	2,675	598.7%
5.牙醫特殊醫療	44,265	43.6%	20,938	5.0%	12,495	16.4%
6.其他專案	452,236	11.7%	371,743	-4.2%	177,250	2.2%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-
合計	534,520	13.6%	408,523	-4.1%	194,660	4.1%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：交付機構未統計申報件數。

14

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】



◆ 114年第1季(表_2/2)

案件分類	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
1.一般案件(簡表)	6,193	16.3%	-	-	6,219	15.8%
2.牙醫急診	4	95.8%	-	-	11,062	7.4%
3.牙醫門診手術	406	-2.5%	-	-	44,296	0.1%
4.無牙醫鄉服務	61,547	11.4%	-	-	65,350	15.3%
5.牙醫特殊醫療	114,439	41.2%	-	-	192,136	34.8%
6.其他專案	11,455,336	3.9%	-	-	12,456,565	3.9%
7.交付機構	-	-	159,138	-3.7%	159,138	-3.7%
合計	11,637,926	4.3%	159,138	-3.7%	12,934,767	4.2%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：交付機構未統計申報件數。

15

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 114年第1季(表_1/2)

案件分類	1.一般案件(簡表)		2.牙醫急診		3.牙醫門診手術		4.無牙醫鄉服務	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	2,319	16.6%	4,968	7.8%	10,722	-1.3%	5,316	34.9%
北區	1,177	28.4%	192	-29.7%	3,980	-2.6%	3,753	0.4%
中區	961	40.1%	2,236	40.7%	10,685	-1.7%	19,201	17.6%
南區	949	7.7%	1,649	-3.4%	6,448	8.3%	9,173	16.4%
高屏	746	-11.9%	1,591	-12.8%	10,004	-3.0%	18,996	12.2%
東區	66	26.7%	425	41.9%	2,459	13.3%	8,911	13.5%
合計	6,219	15.8%	11,062	7.4%	44,296	0.1%	65,350	15.3%

註：成長率係與前一年同期比較。

16

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 114年第1季(表_2/2)

案件分類	5.牙醫特殊醫療		6.其他專案		7.交付機構		合計	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	59,764	35.0%	4,384,368	3.7%	53,402	-4.4%	4,520,860	3.9%
北區	30,787	22.0%	1,990,284	4.0%	27,076	-0.3%	2,057,248	4.1%
中區	40,645	38.3%	2,482,511	4.8%	32,634	-3.2%	2,588,872	5.1%
南區	20,516	41.6%	1,570,429	3.3%	20,139	-4.1%	1,629,303	3.6%
高屏	32,392	38.2%	1,827,827	3.8%	22,822	-6.0%	1,914,379	4.1%
東區	8,032	39.5%	201,148	4.6%	3,064	-7.5%	224,105	5.8%
合計	192,136	34.8%	12,456,565	3.9%	159,138	-3.7%	12,934,767	4.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

17

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 114年第1季(表_1/2)

分區別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
臺北	36,300	-3.0%	26,696	-4.2%	1,138,409	0.0%
北區	16,406	-0.8%	12,936	-1.3%	516,265	1.3%
中區	20,513	-2.1%	16,397	-3.6%	642,183	0.0%
南區	13,709	-3.8%	10,445	-4.3%	406,055	-1.1%
高屏	13,738	-5.5%	11,468	-6.2%	486,750	-0.2%
東區	2,280	-4.0%	1,635	-5.5%	52,513	0.3%
總計	102,945	-3.0%	79,577	-3.9%	3,242,175	0.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

18

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 114年第1季(表_2/2)

分區別	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
臺北	3,319,257	5.5%	199	-14.3%	4,520,860	3.9%
北區	1,511,614	5.2%	26	12.5%	2,057,248	4.1%
中區	1,909,594	7.2%	186	-14.6%	2,588,872	5.1%
南區	1,198,974	5.5%	120	-20.1%	1,629,303	3.6%
高屏	1,402,380	5.9%	43	-25.0%	1,914,379	4.1%
東區	167,658	8.0%	19	40.2%	224,105	5.8%
總計	9,509,477	5.9%	593	-14.5%	12,934,767	4.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

19

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】



◆ 114年第1季(表_1/2)

層級別	1.藥費		2.藥服費		3.診察費	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值(千)	成長率
醫學中心	8,897	17.3%	3,493	8.0%	124,927	12.1%
區域醫院	4,930	-19.9%	2,829	-11.5%	93,654	-7.9%
地區醫院	1,463	-6.8%	1,194	-5.0%	44,553	2.5%
基層診所	322	-14.2%	256	-10.5%	2,979,041	-0.1%
交付機構	87,333	-3.4%	71,805	-4.1%	-	-
總計	102,945	-3.0%	79,577	-3.9%	3,242,175	0.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

20

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】



◆ 114年第1季(表_2/2)

層級別	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
醫學中心	396,853	14.1%	349	-6.5%	534,520	13.6%
區域醫院	306,889	-2.5%	222	-23.8%	408,523	-4.1%
地區醫院	147,429	4.9%	22	-24.4%	194,660	4.1%
基層診所	8,658,306	5.9%	-	-	11,637,926	4.3%
交付機構	-	-	0.0	-100.0%	159,138	-3.7%
總計	9,509,477	5.9%	593	-14.5%	12,934,767	4.2%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：「特材小計」：113年第1季申報94點；114年第1季無申報，成長率-100%。

21

114年第1季醫療服務供給&利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (114年3月)	2,704	977	1,359	832	997	110	6,979
成長率	0.8%	3.4%	1.3%	1.6%	-1.0%	0.0%	1.1%
醫師數 (114年3月)	6,841	2,472	3,058	1,802	2,259	217	16,649
成長率	1.0%	3.7%	4.1%	2.6%	0.0%	-1.8%	2.0%
人口數 (千)	7,484	3,932	4,557	3,254	3,624	524	23,375
人口數 (成長率)	-0.50%	0.74%	-0.07%	-0.36%	-0.39%	-0.65%	-0.18%
每位醫師照護人口數	1,094	1,590	1,490	1,806	1,604	2,417	1,404
每萬人口醫師數	9.14	6.29	6.71	5.54	6.23	4.14	7.12
申報件數 (千)	3,032	1,363	1,694	1,099	1,331	136	8,656
成長率	0.0%	1.3%	-0.1%	-1.4%	-1.1%	-1.3%	-0.2%
申報醫療費用 (百萬)	4,521	2,057	2,589	1,629	1,914	224	12,935
成長率	3.9%	4.1%	5.1%	3.6%	4.1%	5.8%	4.2%
平均每件申報醫療費用點數	1,491	1,509	1,528	1,483	1,438	1,651	1,494
成長率	3.9%	2.8%	5.2%	5.1%	5.2%	7.2%	4.4%

註1：人口數來源為114年3月戶政統計，成長率為較113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114年1-3月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較

22

114年第1季費用成長因素



- ❖ 整體醫療點數正成長(4.2%)。
- ❖ 就醫件數：全區負成長(-0.2%)，北區正成長(1.3%)最高。
- ❖ 就醫人數：全區正成長(1.8%)，北區正成長(2.6%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-2.0%)，東區負成長(-2.5%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區正成長(4.4%)，東區正成長(7.2%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區正成長(2.4%)，東區正成長(4.6%)最高。

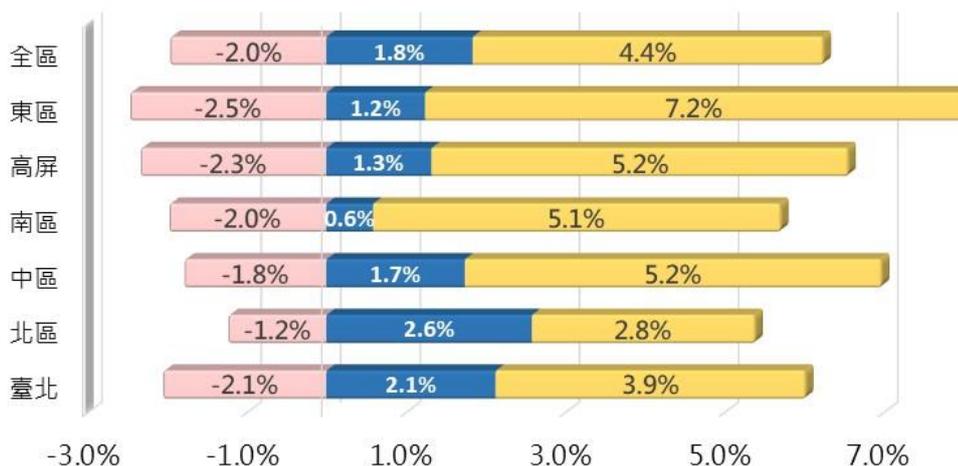
分區別	醫療點數	就醫件數	就醫人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	3.9%	0.0%	2.1%	-2.1%	3.9%	1.7%
北區	4.1%	1.3%	2.6%	-1.2%	2.8%	1.5%
中區	5.1%	-0.1%	1.7%	-1.8%	5.2%	3.3%
南區	3.6%	-1.4%	0.6%	-2.0%	5.1%	3.1%
高屏	4.1%	-1.1%	1.3%	-2.3%	5.2%	2.7%
東區	5.8%	-1.3%	1.2%	-2.5%	7.2%	4.6%
全區	4.2%	-0.2%	1.8%	-2.0%	4.4%	2.4%

註：

- 資料來源：本署多模型健保資料平台：門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算(114.5.9擷取)
- 件數：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫折併報且未申報診察費者」案件。
- 人數：依身分證號與生日歸戶計數。
- 醫療點數：申請點數+部分負擔金額。
- 分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

23

114年第1季整體費用分析解構圖



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
■ 就醫人數	2.1%	2.6%	1.7%	0.6%	1.3%	1.2%	1.8%
■ 每人就醫件數	-2.1%	-1.2%	-1.8%	-2.0%	-2.3%	-2.5%	-2.0%
■ 每件就醫點數	3.9%	2.8%	5.2%	5.1%	5.2%	7.2%	4.4%
■ 點數成長率	3.9%	4.1%	5.1%	3.6%	4.1%	5.8%	4.2%

24

114年第1季牙周病統合照護執行情形

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 114年第1季

醫令代碼	第二階段(91022C) 治療申報件數		三階段 (91021C-91023C) 治療合計醫療點數	
	值(件)	成長率	值(百萬點)	成長率
牙周統合照護	63,085	-7.90%	612.7	-7.85%

- 預算執行率(註2)：19.03%
- 預算執行率(註3)：21.37%
- 服務人次執行率：21.03%
【63,085 / 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)	28.0	5.10%	21.6	-8.35%	12.9	-12.48%	550.2	-8.29%	612.7	-7.85%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	229.1	106.1	114.4	66.2	87.2	9.7	612.7
成長率	-10.92%	-2.57%	-2.37%	-7.32%	-12.72%	-5.42%	-7.85%

備註：

1.資料擷自114/05/22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=3220.5百萬點

3.牙全會建議計算方式：全年預算=108年預算×歷年人口因素成率=2867.6百萬點

113年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

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	7,500	30,000	30,000	0
執行率	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	100.0%	-	-
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	63,941	191,304	200,000	8,696
執行率	19.7%	27.7%	16.2%	32.0%	95.7%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	11,975	14,121	13,630	14,335	54,061	80,000	25,939
執行率	15.0%	17.7%	17.0%	17.9%	67.6%	-	-
移撥支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫專款	0	0	0	0	0	20,000	20,000
執行率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	-
合計	58,863	77,108	53,618	85,777	275,366	330,000	54,634

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

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	16,657	65,476	24%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,134	4,063	2,765	3,958	13,919	5%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	2,943	2,943	1%
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.5	0.4	0.3	0.4	1.6	0.001%
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	8,502	23,366	8%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	8,953	8,953	3%
7.巡迴服務_論次給付(論次)	32,188	42,207	32,343	43,637	150,375	54%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	2	2	2	7.6	0.003%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,064	3,331	3,400	3,662	13,457	5%
暫結金額	59,283	73,239	57,663	88,314	278,499	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	77,500	95,717	99,978	119,815		
本季未支用金額	18,217	22,478	42,315	31,501		
各季執行占總預算比率(%)	19.1%	24%	19%	28%	89.8%	

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

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 先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務	4,109	3,389	4,649	4,032	16,179	2.13%
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	50,993	173,146	22.80%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	24,577	29,369	31,480	33,162	118,588	15.61%
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	36,148	128,272	16.89%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	10,143	12,391	13,496	13,569	49,598	6.53%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,283	1,777	1,982	1,911	6,953	0.92%
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	17,077	59,974	7.90%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	9,763	13,010	11,366	13,433	47,572	6.26%
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	19,185	67,590	8.90%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	461	817	527	856	2,662	0.35%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	51	71	72	75	271	0.04%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	679	984	981	960	3,604	0.47%
13 醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務	0	254	271	522	1,047	0.14%
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	15,665	57,408	7.56%
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	802	2,657	0.35%
16 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	13	14	32	37	96	0.01%

30

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



113年

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	362	1,423	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	87	128	0.02%
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	93	200	0.03%
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	38	218	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	50	87	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	3	3	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	1,861	7,026	0.93%
24 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,934	2,159	2,082	2,223	8,397	1.11%
25 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	386	446	448	399	1,679	0.22%
26 居家失能老人牙醫醫療服務	865	1,034	1,019	893	3,812	0.50%
27 居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
28 居家居整病人牙醫醫療服務	191	240	214	240	885	0.12%
29 居家出院準備牙醫醫療服務	0	0	0	6	6	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	0.00%
暫結金額	155,015	191,818	197,967	214,681	759,481	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	195,425	235,835	239,442	236,900		
本季未支用金額=本季預算數-總計×點值(千元)	40,410	44,017	41,475	22,225		
執行占總預算比率	19.8%	24.5%	25.3%	27.5%	97.2%	

31

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

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	31,976	109,062	171,500
執行率	12.03%	12.83%	20.09%	18.64%	63.59%	-

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。

32

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



113年

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	26,239	97,138	144,800
執行率	14.77%	16.80%	17.39%	18.12%	67.08%	-

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

單位：千點

113年	第1季	第2季 ^{註3}	第3季 ^{註3}	第4季 ^{註3}	合計	全年預算C
高風險疾病口腔照護計畫 (113年合併項目) A	236,844	562,656	399,750	399,750	1,599,000	1,599,000
已支用點數 B	236,844	610,806	705,130	812,712	2,365,493	
執行率(A/C)	14.81%	35.19%	25.00%	25.00%	100.00%	-
實際執行率(B/C)	14.81%	38.20%	44.10%	50.83%	147.94%	-

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、113Q4已支用點數812,712,486，超出當季預算數，採浮動點值0.49187137，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

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	35,824	142,322	143,000
執行率	24.7%	24.84%	24.91%	25.05%	99.5%	-

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

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	63,893	158,130	327,100
執行率	-	12.43%	16.38%	19.53%	48.34%	-

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

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	276	718	10,000
執行率	0.0%	0.97%	3.45%	2.76%	7.2%	-

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

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	1,198	5,031	5,500
執行率	21.6%	22.07%	26.08%	21.78%	91.5%	-

38

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年第4季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、113年第4季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、依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。另依114年第1次研商會議決議，於113第4季結算時依實際執行結果扣減費用。本季預算依前開協定事項扣減一般服務費用，共扣減115,240元(附件2，頁次報3-3、3-5、3-25)。
- 三、113年第4季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算報表詳附件3，頁次報3-4)：

分區		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
113Q4	浮動點值	0.96354110	1.05211226	1.03327495	1.07537213	1.06547107	1.15179140	1.01958008
	平均點值	0.96187918	1.05439849	1.03329150	1.07485688	1.06318467	1.15000000	1.01940903
	平均點值 (含專款)	0.93848007	1.03152220	1.00252006	1.04384303	1.02940886	1.10878553	0.99277022

註1：臺北分區因跨區點值(0.95364079)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4季點值結算資料供參。

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

五、「癌症治療品質改善計畫」，自114年起改由公務預算支應，其113年第4季之結算，刻正與衛生福利部口腔健康司確認名

單，爰本項專款項目之結算傳票日期將延至114年6月30日，
本署將俟結算完成後，修正結算報表並公布。

六、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決 定：

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	4,609,999,772	3,792,135,972	4,750,836,654	914,256,076	41,647,583	217,230	0.96354110	0.96187918
北區分區	2,074,759,709	1,487,209,584	1,951,439,177	493,768,656	16,175,859	103,751	1.05211226	1.05439849
中區分區	2,263,738,058	1,972,214,554	2,171,343,838	206,439,053	19,417,076	42,035	1.03327495	1.03329150
南區分區	1,563,214,876	1,211,819,835	1,440,980,086	246,690,680	13,295,139	71,774	1.07537213	1.07485688
高屏分區	1,720,548,349	1,438,154,436	1,604,802,334	174,741,933	13,460,547	33,918	1.06547107	1.06318467
東區分區	219,957,582	155,607,912	189,021,412	38,483,676	2,230,875	15,176	1.15179140	1.15000000
全區	12,452,218,346		12,108,423,501		106,227,079	483,884	1.01958008	1.01940903

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5月19日

113 年牙醫總額項目扣減情形

項目	協定文字	113 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。	<ol style="list-style-type: none"> 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 112 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。 扣減時程：113 年第 4 季點值結算時扣減。 	依 113 年 1 月至 12 月申報資料統計，與一般服務重複之額度約 11.5 萬元，已於 113 第 4 季結算時扣減費用。

註、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫扣減計算：

- 113 年 1-12 月執行 P7101C 者(排除案件分類 14)經歸戶總計 117,079 人，申報 P7101C 醫療費用約 47.7 百萬，其中同年度未有申報 91014C、91004C 者經歸戶為總計 5,880 人。
- 前述 5,880 人中，於 112 年度有申報 91004C+91014C 者為 976 人，申報 91004C+91014C 醫療費用約 1.03 百萬，其中 91014C 醫療費用為 115,240 點。

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)113 年第 4 季調整後牙醫一般服務醫療給付費用

$$\begin{aligned}
 &= [113 \text{ 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(加總D2)} - \text{扣減與 12-18 歲青少年口腔提升} \\
 &\quad \text{照護試辦計畫重複之預算(加總B6)}] - 113 \text{ 年第 1} \sim 3 \text{ 季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額合計} \\
 &= [48,070,398,198 - 115,240] - 11,474,359,825 - 11,721,844,984 - 12,463,942,329 \\
 &= 12,410,135,820
 \end{aligned}$$

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 - 扣減與 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算 - 113 年第 1~3 季調整後預算

$$= 48,070,398,198 - 115,240 - 11,474,359,825 - 11,721,844,984 - 12,463,942,329$$

$$= 12,410,251,060 \text{ 元。}$$

5. 計算過程詳本表頁次 25：「三、一般服務費用總額」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R01

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：114/05/20

113年第4季

結算主要費用年月起迄:113/10-113/12

核付截止日期:114/03/31

頁次：2

(二)113年調整前各季牙醫一般服務醫療給付費用分配至各分區預算

	111年			112年			113年		113年5項	113年調整前各		
	111年各季	110年各季校	違反特管	調整前各季	111年各季校	違反特管	調整前各季	106年編列	一般服務	季一般服務醫	支應牙醫特	
	一般服務醫療	正投保人口預	辦法之扣	一般服務醫療	正投保人口預	辦法之扣	一般服務醫療	之品質保證	移撥專用	療給付費用分	殊醫療服務	
	給付費用總額	估成長率差值	款(註1)	給付費用總額	估成長率差值	款(註2)	給付費用總額	保留款預算	費用	配至各分區預算	計畫預算	
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(G1)	(C1)	(F)	(D2)	不足款	
				=(A1+B1+B2)×			=(G0+B3+B4)×			=G1-C1-F		(I)
				(1+0.702%)			(1+2.055%)					
第1季	11,032,990,702	-35,422,301	2,649,921	11,077,439,855	-95,524,163	13,413,960	11,221,283,676	26,806,674	82,500,000	11,111,977,002	0	
第2季	11,797,769,983	-52,345,562	2,649,921	11,830,545,824	-128,370,499	13,413,960	11,956,344,645	28,723,750	82,500,000	11,845,120,895	0	
第3季	12,652,690,843	-59,761,198	2,649,921	12,684,000,535	-118,775,136	13,413,960	12,837,130,398	30,832,102	82,500,000	12,723,798,296	0	
第4季	12,296,026,939	-70,864,837	2,649,919	12,313,651,261	-76,786,368	13,413,961	12,502,022,084	30,020,079	82,500,000	12,389,502,005	0	
合計	47,779,478,467	-218,393,898	10,599,682	47,905,637,475	-419,456,166	53,655,841	48,516,780,803	116,382,605	330,000,000	48,070,398,198	0	

註：

1. 112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+前1年度(111年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (1+0.702%)。

※111年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 10,599,682元，按季均分。

2. 113年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+前1年度(112年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)) × (1+2.055%)。

※一般服務成長率為2.055%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.909%，協商因素成長率-0.854%。

※112年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 53,655,841元，按季均分。

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

※依據衛生福利部112年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，校正後112年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「111年未導入預算扣減」部分(111年度未有本項扣減金額)。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與113年度品質保證保留款(47.8百萬元)合併運用(計164.2百萬元)。

4. 113年5項一般服務移撥專用費用(F)：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次會議決定辦理。113年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計3.3億元，按季均分：

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

- (2)移撥 0.8 億元支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」。
- (3)移撥 2 億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。
- (4)「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	2,228(M6)	暫結金額	2,228(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	42,346,763(M7)	暫結金額	44,978,346(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	10,226(M11)	暫結金額	10,226(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	18,065,261(M12)	暫結金額	18,950,311(M22)
(3) 小計	加成前點數	60,424,478(M19)	暫結金額	63,941,111(M29)

暫結金額 = 63,941,111

未支用金額 = 第 4 季預算 - 暫結金額 = 8,695,637

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	8,230(N6)	暫結金額	8,230(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	116,993,590(N7)	暫結金額	121,889,542(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	39,143(N11)	暫結金額	39,143(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	67,554,563(N12)	暫結金額	69,367,449(N22)
(3) 小計	加成前點數	184,595,526(N19)	暫結金額	191,304,363(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 + 63,941,111

= 191,304,363

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 191,304,363

= 8,695,637 (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: 14,335,488

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 14,335,488

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 40,274,318- 14,335,488= 25,938,830

全年合計: 預算=80,000,000

全年已支用點數: 54,061,170

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 54,061,170

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 80,000,000 - 54,061,170

= 25,938,830 (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，惟每點支付金額不低於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: $7,500,000(Z) + 63,941,111(M29) + 14,335,488 + 5,000,000(R) = 90,776,599$

未支用金額: $第 4 季預算 - 第 4 季已暫結金額 = 125,411,066 - 90,776,599 = 34,634,467$

全年合計:預算 = 330,000,000

全年已暫結金額: 295,365,533

移撥特定疾病病人牙科就醫安全計畫專款 0.2 億元，全年未支用，剩餘款 0.2 億元

調整後全年已暫結金額 = 全年已暫結金額 - 移撥特定疾病病人牙科就醫安全計畫剩餘款

= $295,365,533 - 20,000,000$

= 275,365,533 (E12)

全年未支用金額 = 全年預算 - 調整後全年已暫結金額 - 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

= $330,000,000 - 275,365,533 - 0$

= 54,634,467 (E13)

註：

1. 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。
2. 移撥全年 5 項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：
 - 2.1 各項移撥款結餘款

	預算	已暫結金額	結餘款
移撥支應「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」	30,000,000	30,000,000	0(E6)
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	200,000,000	191,304,363	8,695,637(E4)
全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	80,000,000	54,061,170	25,938,830(E5)
各季移撥支應「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」	20,000,000	20,000,000	0(E7)
前開各季移撥「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之全年剩餘款	20,000,000	0	20,000,000(E8)
合計		295,365,533	54,634,467(E9)

- 2.2 支應 112 年度 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用 0
- 2.3 支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫 0
- 2.9 合計結餘款 = 各項移撥款結餘款合計(E9) - 支應 112 年度 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用(E10) - 支應特定疾病病人牙科就醫安全計畫 = 54,634,467(E11)

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

	點數		收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)K1:	10,176,853(K0)		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	10,291,957(M0)	收入	16,657,273(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2:			已支用點數	3,957,850(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13:			已支用點數	2,942,700(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	2,228(M6)	加成已支用點數	438(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	42,346,763(M7)	加成已支用點數	8,501,729(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14:			已支用點數	8,953,181(M14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5:			已支用點數	43,637,050(M5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	10,226(M11)	加成已支用點數	1,894(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	18,065,261(M12)	加成已支用點數	3,662,034(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14):				81,948,833(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)

= 88,314,149

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額

= 31,500,842

※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	40,747,356(N0)	收入	65,476,168(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2:			已支用點數	13,919,350(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13:			已支用點數	2,942,700(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	8,230(N6)	加成已支用點數	1,599(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	116,993,590(N7)	加成已支用點數	23,366,475(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14:			已支用點數	8,953,181(N14)
(3) 巡迴服務之「論次給付」(論次)N5:			已支用點數	150,374,750(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	39,143(N11)	加成已支用點數	7,599(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	67,554,563(N12)	加成已支用點數	13,457,336(N9)
(5) 小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14):				253,770,346(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 + 88,314,149 = 278,499,158

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 31,500,842

※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)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)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：	4,031,622(Y01)	4,030,603(YF01)	1,019(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	50,993,078(Y02)	49,340,677(YF02)	1,652,401(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,162,217(Y03)	32,485,662(YF03)	676,555(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：	36,148,377(Y04)	35,472,553(YF04)	675,824(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,568,812(Y05)	13,274,446(YF05)	294,366(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,911,465(Y06)	1,743,457(YF06)	168,008(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：	17,076,783(Y07)	17,076,525(YF07)	258(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,432,976(Y08)	13,432,494(YF08)	482(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：	19,184,823(Y09)	19,182,863(YF09)	1,960(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	855,967(Y10)	855,787(YF10)	180(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	75,342(Y11)	75,342(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	959,544(Y12)	959,455(YF12)	89(YN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	521,632(Y13)	521,590(YF13)	42(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)：	15,664,800(Y14)	15,664,800(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：	802,134(Y15)	802,116(YF15)	18(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	37,079(Y16)	37,079(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	362,400(Y17)	362,400(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：	86,961(Y18)	86,961(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：	92,574(Y19)	92,484(YF19)	90(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：	38,050(Y20)	38,050(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：	49,508(Y21)	49,418(YF21)	90(YN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,957(Y22)	2,957(YF22)	0(YN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,860,767(Y23)	1,860,767(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,222,769(Y24)	2,222,769(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	399,094(Y25)	399,094(YF25)	0(YN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	893,248(Y26)	893,248(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)居家居整病人牙醫醫療服務：	240,113(Y28)	240,113(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,699(Y29)	5,699(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	214,680,791(Y99)	211,209,409(YF99)	3,471,382(YN99)
暫結金額		未支用金額	
＝1元/點×已支用點數＝214,680,791		＝第4季預算－暫結金額＝22,219,437	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R01

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：114/05/20

113年第4季

結算主要費用年月起迄:113/10-113/12

核付截止日期:114/03/31

頁次：17

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：	16,179,067(Z01)	16,163,771(ZF01)	15,296(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	173,146,304(Z02)	167,459,049(ZF02)	5,687,255(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	118,588,266(Z03)	115,680,758(ZF03)	2,907,508(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：	128,271,572(Z04)	125,951,879(ZF04)	2,319,693(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	49,598,392(Z05)	48,188,475(ZF05)	1,409,917(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	6,952,606(Z06)	6,373,077(ZF06)	579,529(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：	59,974,393(Z07)	59,972,646(ZF07)	1,747(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	47,571,756(Z08)	47,570,313(ZF08)	1,443(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：	67,589,659(Z09)	67,582,434(ZF09)	7,225(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,661,799(Z10)	2,661,537(ZF10)	262(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	270,533(Z11)	270,533(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	3,604,050(Z12)	3,603,849(ZF12)	201(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	1,047,136(Z13)	1,047,094(ZF13)	42(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)：	57,408,000(Z14)	57,408,000(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：	2,657,404(Z15)	2,657,002(ZF15)	402(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	96,138(Z16)	96,138(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	1,423,200(Z17)	1,423,200(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：	127,817(Z18)	127,817(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：	200,105(Z19)	199,986(ZF19)	119(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：	218,258(Z20)	218,258(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：	86,964(Z21)	86,874(ZF21)	90(ZN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,957(Z22)	2,957(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,025,684(Z23)	7,025,684(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	8,397,293(Z24)	8,397,293(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	1,678,717(Z25)	1,678,717(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	3,811,795(Z26)	3,811,795(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：	884,999(Z28)	884,999(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,699(Z29)	5,699(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	759,480,563(Z99)	746,549,834(ZF99)	12,930,729(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 + 214,680,791 = 759,480,563

全年已結算金額＝ 155,014,887 + 191,818,012 + 197,966,873 + 214,680,791 = 759,480,563

$$\begin{aligned}
 & \text{全年由一般服務部門支應之預算} = 0 \\
 & \text{全年未支用金額} = \text{全年預算} - (\text{全年已結算金額} - \text{全年由一般服務醫療給付費用支應之預算}) \\
 & = 781,700,000 - (759,480,563 - 0) \\
 & = 781,700,000 - 759,480,563 \\
 & = 22,219,437
 \end{aligned}$$

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，則先天性唇顎裂及顛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： 31,975,795

暫結金額： 1 元/點 × 已支用點數 = 31,975,795

未支用金額： 第 4 季預算 - 第 4 季暫結金額 = 94,413,918 - 31,975,795 = 62,438,123

全年合計: 預算 = 171,500,000

已支用點數： 109,061,877

全年已結算金額: 1 元/點 × 全年已支用點數 = 109,061,877

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額
= 171,500,000 - 109,061,877
= 62,438,123

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：26,239,356

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 26,239,356

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 73,901,472- 26,239,356= 47,662,116

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數：97,137,884

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 97,137,884

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 144,800,000 - 97,137,884

= 47,662,116

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：812,712,486

暫結金額：1元/點 × 已支用點數 = 812,712,486

未支用金額：第4季預算 - 第4季暫結金額 = 399,750,000 - 812,712,486 = -412,962,486

浮動點值 = (第4季預算 - 非浮動點數) / 浮動點數 = (399,750,000 - 0) / 812,712,486 = 0.49187137

全年合計:預算 = 1,599,000,000 元

已支用點數：2,365,492,561

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 + 399,750,000 = 1,599,000,000

全年未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 1,599,000,000 - 1,599,000,000

= 0

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：35,824,282

全年已支用點數：142,322,376

暫結金額 = 1 元/點×已支用點數 = 142,322,376

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 143,000,000 - 142,322,376 = 677,624

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: 63,892,943

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 63,892,943

未支用金額: 第4季預算-第4季暫結金額= 232,863,443- 63,892,943= 168,970,500

全年合計:預算= 327,100,000 元

已支用點數: 158,129,500

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 158,129,500

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 - (158,129,500- 0)

= 168,970,500(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： 276,300

暫結金額：1 元/點×已支用點數＝ 276,300

未支用金額：第 4 季預算－第 4 季暫結金額＝ 9,557,900－ 276,300＝ 9,281,600

全年合計:預算＝ 10,000,000 元

已支用點數： 718,400

全年已結算金額：1 元/點×全年已支用點數＝ 718,400

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 10,000,000－ 718,400

＝ 9,281,600

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)-(B6)] × 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. 扣減與 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)(註 4)		0	0	0	115,240	115,240
3. 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)
4. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD) = [(D2)-(B6)] × 100% × (R_111) (註 1、2)	臺北分區	4,119,876,593	4,385,656,011	4,703,988,230	4,581,966,907	17,791,487,741
	北區分區	1,820,919,671	1,950,891,411	2,114,822,515	2,061,346,170	7,947,979,767
	中區分區	2,012,156,796	2,144,677,589	2,308,478,725	2,244,832,988	8,710,146,098
	南區分區	1,403,109,336	1,494,854,257	1,598,618,018	1,553,752,994	6,050,334,605
	高屏分區	1,539,453,294	1,638,654,025	1,751,049,121	1,707,753,072	6,636,909,512
	東區分區	216,461,312	230,387,602	246,841,687	239,734,634	933,425,235
	小計	11,111,977,002	11,845,120,895	12,723,798,296	12,389,386,765	48,070,282,958

(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 - (B6)] × 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(BE8)

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.869908%	24.384747%	25.928519%	25.816826%	100%
2. 扣減與 12-18 歲青少年口腔提升照護 試辦計畫重複之預算(B6)(註 4)		0	0	0	115,240	115,240
3. 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	
4. 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 - (B6)] × (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	4,589,321,508	17,791,487,741
	北區分區	1,880,303,345	1,930,587,869	2,071,631,855	2,065,456,698	7,947,979,767
	中區分區	2,077,777,077	2,122,357,253	2,261,333,057	2,248,678,711	8,710,146,098
	南區分區	1,448,867,415	1,479,296,837	1,565,969,714	1,556,200,639	6,050,334,605
	高屏分區	1,589,657,810	1,621,600,035	1,715,287,743	1,710,363,924	6,636,909,512
	東區分區	223,520,529	227,989,885	241,800,481	240,114,340	933,425,235
	小計	11,474,359,825	11,721,844,984	12,463,942,329	12,410,135,820	48,070,282,958
5. 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
6. 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

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
7. 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
8. 促進醫療服務診療項目 支付衡平性(Y)(註5)	臺北分區	492,864	472,416	542,112	472,800	1,980,192
	北區分區	192,864	167,232	211,488	212,928	784,512
	中區分區	159,264	172,128	218,976	160,128	710,496
	南區分區	168,096	178,560	200,554	162,528	709,738
	高屏分區	129,216	171,360	208,224	153,610	662,410
	東區分區	43,008	52,032	52,992	35,808	183,840
	小計	1,185,312	1,213,728	1,434,346	1,197,802	5,031,188
9. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註6)	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
10. 移撥醫療資源不足核實申報費用結 餘款(E4)(註7)				8,695,637	8,695,637	
11. 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			3,215,907	3,215,907	
	北區分區			1,446,780	1,446,780	
	中區分區			1,575,562	1,575,562	
	南區分區			1,090,520	1,090,520	
	高屏分區			1,198,607	1,198,607	
	東區分區			168,261	168,261	
	小計			8,695,637	8,695,637	
12. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫結餘款(E5)(註8)				25,938,830	25,938,830	

程式代號：RGBI3308R01

113 年第 4 季

衛生福利部中央健康保險署
牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:113/10-113/12

核付截止日期:114/03/31

列印日期：114/05/20

頁 次： 28

項目	分區	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
13. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫各分區結餘款 (BE5=(E5)×R_111)	臺北分區			9,592,957	9,592,957	
	北區分區			4,315,703	4,315,703	
	中區分區			4,699,857	4,699,857	
	南區分區			3,252,989	3,252,989	
	高屏分區			3,575,408	3,575,408	
	東區分區			501,916	501,916	
	小計			25,938,830	25,938,830	
14. 移撥特定疾病病人牙醫就醫 安全計畫之剩餘款(E8)(註9)				20,000,000	20,000,000	
15. 移撥特定疾病病人牙醫就醫安全 計畫(BE8=(E8)×R_111)	臺北分區			7,396,600	7,396,600	
	北區分區			3,327,600	3,327,600	
	中區分區			3,623,800	3,623,800	
	南區分區			2,508,200	2,508,200	
	高屏分區			2,756,800	2,756,800	
	東區分區			387,000	387,000	
	小計			20,000,000	20,000,000	
16. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)-(B1)+(T)+(Y) +(Z)+(BE4)+(BE5) +(BE8)	臺北分區	4,254,726,513	4,340,485,521	4,608,461,591	4,609,999,772	17,813,673,397
	北區分區	1,880,496,209	1,930,755,101	2,071,843,343	2,074,759,709	7,957,854,362
	中區分區	2,082,936,341	2,127,529,381	2,266,552,033	2,263,738,058	8,740,755,813
	南區分區	1,449,035,511	1,479,475,397	1,566,170,268	1,563,214,876	6,057,896,052
	高屏分區	1,592,287,026	1,624,271,395	1,717,995,967	1,720,548,349	6,655,102,737
	東區分區	242,823,522	228,041,917	241,853,473	241,207,325	953,926,237
	小計	11,502,305,122	11,730,558,712	12,472,876,675	12,473,468,089	48,179,208,598

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，則先天性唇顎裂及顛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. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)：依據113年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，依113年預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，於113年第4季扣減115,240元。
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，「移撥促進醫療服務診療項目支付平衡性」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。
6. 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。
7. 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。
8. 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)。
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，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)。
10. 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季各區人口風險因子(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	3,792,135,972(BF)	0.95364079	-----	33,708,670	217,230
	2-北區分區	388,578,982	0.95364079	370,564,767	3,200,534	
	3-中區分區	232,723,321	0.95364079	221,934,452	1,963,771	
	4-南區分區	136,486,027	0.95364079	130,158,643	1,162,843	
	5-高屏分區	178,829,126	0.95364079	170,538,749	1,361,084	
	6-東區分區	22,083,226	0.95364079	21,059,465	250,681	
	7-合計	4,750,836,654(GF)		914,256,076(AF)	41,647,583(BG)	217,230(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	249,980,963	1.06363029	265,887,324	2,508,520	
	2-北區分區	1,487,209,584(BF)	1.06363029	-----	11,856,596	103,751
	3-中區分區	103,608,507	1.06363029	110,201,146	879,405	
	4-南區分區	67,443,967	1.06363029	71,735,446	563,916	
	5-高屏分區	38,852,424	1.06363029	41,324,615	305,847	
	6-東區分區	4,343,732	1.06363029	4,620,125	61,575	
	7-合計	1,951,439,177(GF)		493,768,656(AF)	16,175,859(BG)	103,751(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	75,560,260	1.03670866	78,333,976	734,147	
	2-北區分區	43,979,242	1.03670866	45,593,661	383,386	
	3-中區分區	1,972,214,554(BF)	1.03670866	-----	17,520,406	42,035
	4-南區分區	45,192,607	1.03670866	46,851,567	456,509	
	5-高屏分區	31,354,122	1.03670866	32,505,090	285,167	
	6-東區分區	3,043,053	1.03670866	3,154,759	37,461	
	7-合計	2,171,343,838(GF)		206,439,053(AF)	19,417,076(BG)	42,035(BJ)

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	61,111,918	1.07649856	65,786,892	628,411	
	2-北區分區	28,900,455	1.07649856	31,111,298	271,707	
	3-中區分區	69,449,174	1.07649856	74,761,936	621,882	
	4-南區分區	1,211,819,835(BF)	1.07649856	-----	11,210,169	71,774
	5-高屏分區	67,239,883	1.07649856	72,383,637	530,244	
	6-東區分區	2,458,821	1.07649856	2,646,917	32,726	
	7-合計	1,440,980,086(GF)		246,690,680(AF)	13,295,139(BG)	71,774(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	44,176,319	1.04856968	46,321,949	450,045	
	2-北區分區	18,732,594	1.04856968	19,642,430	185,304	
	3-中區分區	32,281,667	1.04856968	33,849,577	304,562	
	4-南區分區	67,447,337	1.04856968	70,723,233	556,484	
	5-高屏分區	1,438,154,436(BF)	1.04856968	-----	11,917,627	33,918
	6-東區分區	4,009,981	1.04856968	4,204,744	46,525	
	7-合計	1,604,802,334(GF)		174,741,933(AF)	13,460,547(BG)	33,918(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,155,166	1.15174037	16,303,076	167,847	
	2-北區分區	4,677,925	1.15174037	5,387,755	62,622	
	3-中區分區	4,731,436	1.15174037	5,449,386	44,874	
	4-南區分區	3,032,940	1.15174037	3,493,159	40,360	
	5-高屏分區	6,816,033	1.15174037	7,850,300	75,895	
	6-東區分區	155,607,912(BF)	1.15174037	-----	1,839,277	15,176
	7-合計	189,021,412(GF)		38,483,676(AF)	2,230,875(BG)	15,176(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	= [4,609,999,772 - 914,256,076 - 41,647,583 - 217,230] / 3,792,135,972 = 0.96354110
北區分區	= [2,074,759,709 - 493,768,656 - 16,175,859 - 103,751] / 1,487,209,584 = 1.05211226
中區分區	= [2,263,738,058 - 206,439,053 - 19,417,076 - 42,035] / 1,972,214,554 = 1.03327495
南區分區	= [1,563,214,876 - 246,690,680 - 13,295,139 - 71,774] / 1,211,819,835 = 1.07537213
高屏分區	= [1,720,548,349 - 174,741,933 - 13,460,547 - 33,918] / 1,438,154,436 = 1.06547107
東區分區	= [241,207,325 - 38,483,676 - 2,230,875 - 15,176] / 155,607,912 = 1.28835093

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)
 = [12,473,468,089 - 106,227,079 - 483,884] / 12,108,423,501 = 1.02133503

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	= [4,609,999,772] / [4,750,836,654 + 41,647,583 + 217,230] = 0.96187918
北區分區	= [2,074,759,709] / [1,951,439,177 + 16,175,859 + 103,751] = 1.05439849
中區分區	= [2,263,738,058] / [2,171,343,838 + 19,417,076 + 42,035] = 1.03329150
南區分區	= [1,563,214,876] / [1,440,980,086 + 13,295,139 + 71,774] = 1.07485688
高屏分區	= [1,720,548,349] / [1,604,802,334 + 13,460,547 + 33,918] = 1.06318467
東區分區	= [241,207,325] / [189,021,412 + 2,230,875 + 15,176] = 1.26109962

5. 一般服務全區平均點值 = [12,473,468,089] / [12,108,423,501 + 106,227,079 + 483,884] = 1.02114865

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	= [4,609,999,772 + 295,450,873 + 8,851,368 + 1,896,267]				
	/ [4,750,836,654 + 41,647,583 + 217,230 + 436,915,676 + 8,851,368]				= 0.93848007
北區分區	= [2,074,759,709 + 121,363,045 + 5,075,963 + 1,327,878]				
	/ [1,951,439,177 + 16,175,859 + 103,751 + 162,728,655 + 4,772,325]				= 1.03152220
中區分區	= [2,263,738,058 + 191,972,120 + 13,835,705 + 2,306,578]				
	/ [2,171,343,838 + 19,417,076 + 42,035 + 261,490,098 + 13,345,867]				= 1.00252006
南區分區	= [1,563,214,876 + 113,011,339 + 11,453,400 + 5,215,715]				
	/ [1,440,980,086 + 13,295,139 + 71,774 + 156,804,585 + 10,639,504]				= 1.04384303
高屏分區	= [1,720,548,349 + 146,172,065 + 15,768,272 + 2,925,119]				
	/ [1,604,802,334 + 13,460,547 + 33,918 + 198,215,286 + 15,037,930]				= 1.02940886
東區分區	= [241,207,325 + 34,954,253 + 8,956,404 + 663,931]				
	/ [189,021,412 + 2,230,875 + 15,176 + 39,533,355 + 7,777,484]				= 1.19785375
全區	= [12,473,468,089 + 902,923,695 + 63,941,112 + 14,335,488]				
	/ [12,108,423,501 + 106,227,079 + 483,884 + 1,255,687,655 + 60,424,478]				= 0.99434064

- 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 12,410,135,820(BD1)

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=〔(D2合計)×RaxR_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平衡性(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(BE8)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,609,999,772
調整後北區分區一般服務預算總額	=	2,074,759,709
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,263,738,058
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,563,214,876
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,720,548,349
調整後東區分區一般服務預算總額	=	241,207,325

總計 12,473,468,089

(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)

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

臺北分區當季保留款(T1)= 0

北區分區當季保留款(T1)= 0

中區分區當季保留款(T1)= 0

南區分區當季保留款(T1)= 0

高屏分區當季保留款(T1)= 0

東區分區當季保留款(T1)= 241,207,325 - [(189,021,412 + 2,230,875 + 15,176) \times 1.15] = 21,249,743

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

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

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

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

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

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

東區分區累計保留款(T2)= 前季累計保留款 53,904,266(P)+當季保留款 21,249,743(T1)= 75,154,009

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

修正後臺北分區一般服務預算總額 = 4,609,999,772(BD2) - 0 = 4,609,999,772

修正後北區分區一般服務預算總額 = 2,074,759,709(BD2) - 0 = 2,074,759,709

修正後中區分區一般服務預算總額 = 2,263,738,058(BD2) - 0 = 2,263,738,058

修正後南區分區一般服務預算總額 = 1,563,214,876(BD2) - 0 = 1,563,214,876

修正後高屏分區一般服務預算總額 = 1,720,548,349(BD2) - 0 = 1,720,548,349

修正後東區分區一般服務預算總額 = 241,207,325(BD2) - 21,249,743 = 219,957,582

總計

12,452,218,346

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	= [4,609,999,772 - 914,256,076 - 41,647,583 - 217,230]	／	3,792,135,972 = 0.96354110
北區分區	= [2,074,759,709 - 493,768,656 - 16,175,859 - 103,751]	／	1,487,209,584 = 1.05211226
中區分區	= [2,263,738,058 - 206,439,053 - 19,417,076 - 42,035]	／	1,972,214,554 = 1.03327495
南區分區	= [1,563,214,876 - 246,690,680 - 13,295,139 - 71,774]	／	1,211,819,835 = 1.07537213
高屏分區	= [1,720,548,349 - 174,741,933 - 13,460,547 - 33,918]	／	1,438,154,436 = 1.06547107
東區分區	= [219,957,582 - 38,483,676 - 2,230,875 - 15,176]	／	155,607,912 = 1.15179140

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)

= [12,452,218,346 - 106,227,079 - 483,884] / 12,108,423,501 = 1.01958008

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	= [4,609,999,772]	／	[4,750,836,654 + 41,647,583 + 217,230] = 0.96187918
北區分區	= [2,074,759,709]	／	[1,951,439,177 + 16,175,859 + 103,751] = 1.05439849
中區分區	= [2,263,738,058]	／	[2,171,343,838 + 19,417,076 + 42,035] = 1.03329150
南區分區	= [1,563,214,876]	／	[1,440,980,086 + 13,295,139 + 71,774] = 1.07485688
高屏分區	= [1,720,548,349]	／	[1,604,802,334 + 13,460,547 + 33,918] = 1.06318467
東區分區	= [219,957,582]	／	[189,021,412 + 2,230,875 + 15,176] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

= [12,452,218,346] / [12,108,423,501 + 106,227,079 + 483,884] = 1.01940903

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	= [4,609,999,772 + 295,450,873 + 8,851,368 + 1,896,267] / [4,750,836,654 + 41,647,583 + 217,230 + 436,915,676 + 8,851,368] = 0.93848007
北區分區	= [2,074,759,709 + 121,363,045 + 5,075,963 + 1,327,878] / [1,951,439,177 + 16,175,859 + 103,751 + 162,728,655 + 4,772,325] = 1.03152220
中區分區	= [2,263,738,058 + 191,972,120 + 13,835,705 + 2,306,578] / [2,171,343,838 + 19,417,076 + 42,035 + 261,490,098 + 13,345,867] = 1.00252006
南區分區	= [1,563,214,876 + 113,011,339 + 11,453,400 + 5,215,715] / [1,440,980,086 + 13,295,139 + 71,774 + 156,804,585 + 10,639,504] = 1.04384303
高屏分區	= [1,720,548,349 + 146,172,065 + 15,768,272 + 2,925,119] / [1,604,802,334 + 13,460,547 + 33,918 + 198,215,286 + 15,037,930] = 1.02940886
東區分區	= [219,957,582 + 34,954,253 + 8,956,404 + 663,931] / [189,021,412 + 2,230,875 + 15,176 + 39,533,355 + 7,777,484] = 1.10878553
全區	= [12,452,218,346 + 902,923,695 + 63,941,112 + 14,335,488] / [12,108,423,501 + 106,227,079 + 483,884 + 1,255,687,655 + 60,424,478] = 0.99277022

- 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 113/09(含)以前：於 114/01/01~114/03/31 期間核付者。

費用年月 113/10~113/12：於 113/10/01~114/03/31 期間核付者。

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

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則」案。

說明：

- 一、依衛生福利部 114 年 4 月 28 日衛部保字第 1141260180 號令修正全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(下稱審查辦法)第六條、第十條、第三十四條(附件 1)暨同年 5 月 6 日各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則討論會議決議辦理。
- 二、衛生福利部公告修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算」之規定(附件 2)。依據審查辦法修正內容，上開交付機構之暫核付每點支付金額回歸審查辦法第六條、第十條第二項規定「各總額部門醫療費用每點暫付、核定金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付、核定金額訂定原則，並依本法(全民健康保險法)第六十一條第四項規定研商後，報請主管機關核定後公告」辦理。
- 三、暫付事宜現行規定如附件 3。
- 四、查接受處方之交付機構包含藥局(7,626 家)、醫事檢驗所(211 家)、醫事放射所(9 家)、物理治療所(30 家)、職能治療所(7 家)、病理中心(12 家)，經以 112 年醫事服務機構之收入與點數所計算之點值與西醫基層相較，除藥局之點值高於西醫基層點值外，其餘醫事服務機構與西醫基層點值差距不大(附件 4)。
- 五、本案於 114 年 5 月 6 日與各交付機構召開會議討論決議

如下：

- (一) 藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構，因院所家數少且與西醫基層點值差距不大，其所適用之每點暫付、核付金額，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。
- (二) 藥局每點暫付、核付金額計算方式，修正如下：
 1. 藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季藥局結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。
 2. 藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。
 3. 藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。
 4. 本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。

擬 辦：

本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年4月28日
發文字號：衛部保字第1141260180號
附件：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第六條、第十條、第三十四條修正條文1份



修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第六條、第十條、第三十四條。

附修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第六條、第十條、第三十四條

部長 邱泰源

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六條、第十條、第三十四條修正條文

第六條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

- 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
- 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
- 三、每點暫付金額以新臺幣一元計算，計算至新臺幣百元，新臺幣百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至新臺幣百元，新臺幣百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於新臺幣一元為限。
- 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。

前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理：

一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。

二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。

三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以新臺幣一元計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。

第三十四條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

本辦法除中華民國一百十四年四月二十八日修正發布之第六條、第十條，自一百十四年八月一日施行外，自發布日施行。

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六條、第十條、第三十四條修正總說明

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法於八十四年一月二十三日訂定，其後歷經十一次修正，並修正名稱為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱本辦法)，最近一次修正係一百零七年三月十四日。

因現行特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所、職能治療所或其他經保險人特約之接受處方機構，暫付及核定每點金額係比照西醫基層總額部門計算，考量該等機構申報費用，其所採計之點值與西醫基層診所以診察費、診療費等浮動點值為主不同，爰修正本辦法第六條、第十條、第三十四條。修正重點如下：

- 一、考量特約藥局等機構申報費用所採計之點值，與西醫基層診所以診察費、診療費等浮動點值為主不同，爰刪除第六條第三項、第十條第三項。(修正條文第六條、第十條)
- 二、配合實務作業，定明本次修正之施行日期。(修正條文第三十四條)

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

法第六條、第十條、第三十四條修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第六條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：</p> <p>一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。</p> <p>二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。</p> <p>三、每點暫付金額以<u>新臺幣</u>一元計算，計算至<u>新臺幣</u>百元，<u>新臺幣</u>百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門(以下稱總額部門)之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至<u>新臺幣</u>百元，<u>新臺幣</u>百元以下不計，但每點暫</p>	<p>第六條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：</p> <p>一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。</p> <p>二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。</p> <p>三、每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門(以下稱總額部門)之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。</p>	<p>一、現行特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所、職能治療所或其他經保險人特約之接受處方機構暫付每點金額，係比照西醫基層總額部門計算。</p> <p>二、考量前揭機構申報費用，其所採計之點值與西醫基層診所以診察費、診療費等浮動點值為主不同，爰刪除現行條文第三項，依第二項規定與各總額部門及相關專業團體召開研商會議，共同擬訂每點暫付金額訂定原則並報請主管機關核定後公告。</p> <p>三、為符合法制體例，酌修現行條文第一項第三款文字。</p>

修正條文	現行條文	說明
<p>付金額仍以不高於<u>新臺幣</u>一元為限。</p> <p>四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。</p> <p>前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。</p>	<p>四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。</p> <p>前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。</p> <p><u>藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。</u></p>	

修正條文	現行條文	說明
<p>第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。</p> <p>前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理：</p> <p>一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。</p> <p>二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。</p> <p>三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保</p>	<p>第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。</p> <p>前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理：</p> <p>一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。</p> <p>二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。</p> <p>三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保</p>	<p>一、比照刪除現行條文第六條第三項之理由，爰刪除現行條文第十條第三項。</p> <p>二、為符合法制體例，酌修現行條文第四項文字，並移列至第三項。</p>

修正條文	現行條文	說明
<p>險人報請主管機關核定後公告。</p> <p>非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以<u>新臺幣一元</u>計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。</p>	<p>險人報請主管機關核定後公告。</p> <p><u>藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。</u></p> <p>非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以一元計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。</p>	
<p>第三十四條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。</p> <p>本辦法除<u>中華民國一百十四年四月二十八日修正發布之第六條、第十條，自一百十四年八月一日施行外</u>，自發布日施行。</p>	<p>第三十四條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。</p> <p>本辦法修正條文，自發布日施行。</p>	<p>考量保險人與相關團體研商尚需作業時間，爰本次修正之施行日，以特定日期定之。</p>

第六條附表一修正對照表

修正規定			現行規定			說明
核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準之暫付成數如下			核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準之暫付成數如下：			酌修文字。
核 減 率	暫 付 成 數		核 減 率	暫 付 成 數		
	網路、電 磁 紀錄申報	書面申報		網路、電 磁 紀錄申報	書面申報	
○%	九成五	八成五	○%	九成五	八成五	
二·五%(含)以下	九成二五	八成五	低於二·五%(含)	九成二五	八成五	
二·五%(不含)~五%(不含)	九成	八成五	二·五%(不含)~五%(不含)	九成	八成五	
五%(含)~十%(不含)	八成五	八成五	五%(含)~一〇%(不含)	八成五	八成五	
十%(含)~十五%(不含)	八成	七成五	一〇%(含)~一五%(不含)	八成	七成五	
十五%(含)~二十%(不含)	七成五	七成五	一五%(含)~二〇%(不含)	七成五	七成五	
二十%(含)~二十五%(不含)	七成	六成五	二〇%(含)~二五%(不含)	七成	六成五	
二十五%(含)~三十%(不含)	六成五	六成五	二五%(含)~三〇%(不含)	六成五	六成五	
三十%(含)~三十五%(不含)	六成	五成五	三〇%(含)~三五%(不含)	六成	五成五	
三十五%(含)~四十%(不含)	五成五	五成五	三五%(含)~四〇%(不含)	五成五	五成五	
四十%(含)以上	不暫付	不暫付	四〇%(含)以上	不暫付	不暫付	

暫付事宜現行規定：

暫付金額＝申請點數 X 暫付成數 X 每點暫付金額

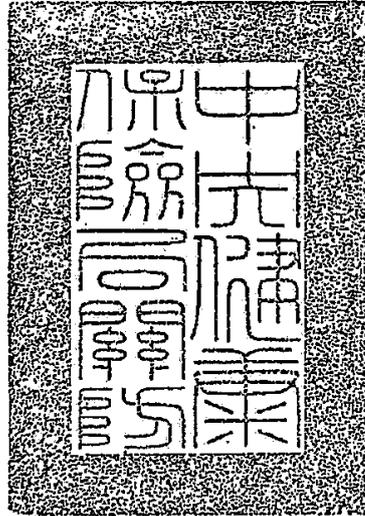
- (一) 暫付成數：依審查辦法第六條第一項第一款及第二款規定略以，核付紀錄未滿三個月則暫付八成五，其餘以近 3 個月平均核減率為計算基準，其暫付成數如同條文附表一。
- (二) 每點暫付金額：
1. 依審查辦法第六條第二及第三項規定略以，每點暫付金額，得另與總額相關團體共同擬訂，報請主管機關核定後公告。藥局等交付機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。
 2. 依據 96 年 8 月 7 日健保醫字第 0960052622 號公告規定略以：
 - (1) 每點暫付金額以西醫基層總額部門最近一季總額結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。
 - (2) 交付機構適用之每點暫付金額及每點核定金額比照西醫基層總額部門計算。

副本

中央健康保險局 公告

受文者：本局醫務管理處

發文日期：中華民國 96 年 8 月 7 日
發文字號：健保醫字第 0960052622 號
附件：



中央健康保險局醫務管理處

主旨：全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額訂定原則，自中華民國96年10月1日起之暫付、核付費用適用之。

依據：依據行政院衛生署96年6月26日衛署健保字第0962600298號令修正發布「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第7條第3款、第10條第2項規定暨行政院衛生署96年2月7日衛署健保字第0962600153號函辦理。

公告事項：

- 一、醫院總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額以最近一季結算每點支付金額計算，並以不高於 0.9 元為限。
- 二、牙醫門診、中醫門診、門診透析及西醫基層總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。

三、其他交付機構適用之每點暫付金額及每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、台灣基層透析協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、行政院衛生署、全民健康保險醫療費用協定委員會、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、本局各分局、本局財務處、本局醫審小組、本局資訊處、本局會計室、本局企劃處（請刊登健保速訊及全球資訊網）、本局醫務管理處

中央健康保險局
發 第 4 號

總經理 朱澤民

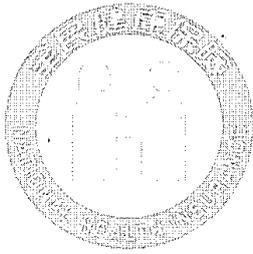


表 1、112 年西基與交付機構一般服務平均點值比較表

年度 季別	西基	特約藥局		病理中心		醫事檢驗機構		物理治療所		放射所		職能治療所		
	點值(A)	點值(B1)	點值差距 (C1=B1-A)	點值(B2)	點值差距 (C2=B2-A)	點值(B6)	點值差距 (C6=B6-A)	點值(B7)	點值差距 (C7=B7-A)	點值(B8)	點值差距 (C8=B8-A)	點值(B9)	點值差距 (C9=B9-A)	
112	1	0.96915483	0.99566433	0.02650950	0.95187368	-0.01728115	0.96453365	-0.00462118	0.91925366	-0.04990117	0.97259252	0.00343769	0.91070261	-0.05845222
	2	0.91917013	0.98862098	0.06945085	0.91419988	-0.00497025	0.89949498	-0.01967515	0.87700381	-0.04216632	0.89469818	-0.02447195	0.87289409	-0.04627604
	3	0.90570790	0.98727987	0.08157197	0.89465949	-0.01104841	0.87747352	-0.02823438	0.86571014	-0.03999776	0.87467035	-0.03103755	0.84990578	-0.05580212
	4	0.90194815	0.98617984	0.08423169	0.88773334	-0.01421481	0.87154956	-0.03039859	0.85667426	-0.04527389	0.86806206	-0.03388609	0.85261400	-0.04933415

表 2、112 年西基與交付機構一般服務浮動點值比較表

年度 季別	西基	特約藥局		病理中心		醫事檢驗機構		物理治療所		放射所		職能治療所		
	點值(D)	點值(E1)	點值差距 (F1=E1-D)	點值(E2)	點值差距 (F2=E2-D)	點值(E6)	點值差距 (F6=E6-D)	點值(E7)	點值差距 (F7=E7-D)	點值(E8)	點值差距 (F8=E8-D)	點值(E9)	點值差距 (F9=E9-D)	
112	1	0.96915483	0.95582401	-0.01333082	0.95187368	-0.01728115	0.96453350	-0.00462133	0.91925366	-0.04990117	0.97259252	0.00343769	0.91070261	-0.05845222
	2	0.91917013	0.89305330	-0.02611683	0.91419988	-0.00497025	0.89949418	-0.01967595	0.87700381	-0.04216632	0.89469818	-0.02447195	0.87289409	-0.04627604
	3	0.90570790	0.87708736	-0.02862054	0.89465949	-0.01104841	0.87747292	-0.02823498	0.86571014	-0.03999776	0.87467035	-0.03103755	0.84990578	-0.05580212
	4	0.90194815	0.87085078	-0.03109737	0.88773334	-0.01421481	0.87154913	-0.03039902	0.85667426	-0.04527389	0.86806206	-0.03388609	0.85261400	-0.04933415

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

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

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點辦理。
- 二、本次修正係為確保全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議(下稱本會議)代表任期屆滿而未能完成聘任前，能如期召開本會議辦理總額支付制度之研商事宜，以維護保險對象使用醫療服務權益及醫療需求，並順利推動總額支付制度，及為避免本會議代表具有民意代表身分，造成行政與立法權限混淆，應訂定公正客觀機制，爰修訂本要點第三點、第四點之二，其修正重點如下：
 - (一)本會議代表不得具有民意代表身分(修正規定第三點)
 - (二)本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式(新增規定第四點之二)。
- 三、研商議事作業要點修正草案對照表如附件(頁次討1-2)。

決議：

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點修正草案對照表

修正規定	現行規定	健保署說明
<p>三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請<u>不具民意代表身分</u>之下列代表出席：</p>	<p>三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：</p>	<p>一、我國憲法依現代國家統治模式採權力分立原則設計，係透過公權力分散設置，相互制衡，避免集中造成權力濫用。司法院釋字第四一九號解釋理由書：「…憲法上職位之兼任是否相容，首應以有無違反權力分立之原則為斷。一旦違反權力分立原則即屬違憲行為。…」即揭示此一原則。</p> <p>二、民意代表肩負權力分立中有關立法權之行使，並代表民意監督行政機關，為避免行政與立法權限混淆，民意代表兼任職務自應遵守憲法上權力分立原則。</p> <p>三、本會議代表基於民眾醫療需求，就總額支付制度進行研議擬訂相關事宜，既屬「行政」權限行使之一環，為避免權限混淆，參考醫療法第一百條、醫師懲戒辦法第三條及衛生福利部醫事審議委員會設置要點第三點規定，修正第三條規定，建立公正客觀機制。</p>

修正規定	現行規定	健保署說明
<p>(新增)</p> <p><u>四之二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。</u></p>	<p>無</p>	<p>現行規定並未規範任期屆滿後，倘相關團體未能如期推派新任代表完成聘任情形應如何處置，為確保會議能如期召開，使總額支付制度順利進行研議擬訂，以維護保險對象醫療需求。</p>

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)

101年10月30日健保醫字第1010009170號公告
101年11月29日健保醫字第1010074100號修訂公告
102年9月18日健保醫字第1020033811號修訂公告
105年10月25日健保醫字第1050034087號修訂公告
110年1月8日健保醫字第1090034643號修訂公告
112年7月3日健保醫字第1120662773號修訂公告
112年9月27日健保醫字第1120663998號修訂公告
113年2月1日健保醫字第1130660258號修訂公告
113年4月9日健保醫字第1130661336號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)每3個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請不具民意代表身分之下列代表出席：
 - (一)保險付費者代表2名。
 - (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1)各層級醫院代表20名至28名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2)中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。
 - (3)特殊材料提供者代表1名。
 - (4)藥品提供者代表1名。
 - (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表1名。
 - (6)西醫基層代表2名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表1名。
 - (8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。
 2. 西醫基層總額：
 - (1)西醫基層醫事服務提供者代表18至29名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2)中華民國醫師公會全國聯合會代表3名。
 - (3)中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。
 - (4)藥品提供者代表1名。

- (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。
 - 3. 牙醫門診總額：
 - (1) 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。
 - (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
 - (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
 - (6) 中華民國醫院牙科協會代表 3 名。
 - 4. 中醫門診總額：
 - (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 台灣醫院協會代表 2 名。
 - 5. 門診透析：
 - (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
 - (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。
 - (三) 專家學者 3 名。
 - (四) 政府機關代表：
 - 1. 主管機關代表 1 名。
 - 2. 保險人代表 2 名。
 - 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。
 - 4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。
- 前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：
- (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三) 專家學者由保險人遴選。

(四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：

(一) 經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。

(二) 經地方主管機關停業、廢止執業執照。

(三) 經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。

前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

四之二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。

五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

(一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。

(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

七、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，

保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。

八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：

(一)會議議程。

(二)會議內容實錄。

(三)利益揭露聲明書。

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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。

說明：

一、前於 113 年第 3 次牙醫研商會議決議，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(下稱本方案)於巡迴計畫巡迴點「得提供符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務」，惟未同時修訂醫療費用申報方式，擬針對申報方式、人次計算及院所資格等規定說明如下：

(一)擬比照本方案社區醫療站規定，將申報巡迴點執行牙醫特殊計畫服務方式新增至方案內容(頁次討 2-35、2-36)：

1. 案件分類須填 16 (牙醫特殊專案醫療服務項目)。
2. 特定治療項目代號(一)依據牙醫特殊計畫填報。
3. 特定治療項目代號(二)填報 F3 (牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務巡迴醫療團)。

(二)擬比照牙醫特殊計畫「於牙醫不足方案社區醫療站執行服務」規定診療人次申報方式(未修訂方案文字)：「論量部分依牙醫特殊計畫規定申報，並由該計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。」

(三)擬比照牙醫特殊計畫「於牙醫不足方案社區醫療站執行服務」規定，於牙醫不足方案巡迴點執行牙醫特殊計畫服務時，院所需符合以下試辦計畫代碼(資格)(未修訂方案文字)：

1. 需符合「CP：牙醫特殊醫療服務計畫—社區醫療站服務」資格，並將該代碼名稱修改為「CP：牙醫特殊醫療服務計畫—社區醫療站及巡迴點服務」。

2. 如需進行身心障礙者醫療服務，需符合「C6-牙醫特殊服務-身心障礙-院所醫師」或「CB：牙醫特殊服務計畫-身心障礙-醫療團」其一或兩者資格。

二、另配合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修訂，增加特定治療項目代號 JV（機關內通訊），原規定「申報矯正機關醫療服務計畫案件者，特定治療項目代號（一）填報 F2、特定治療項目代號（二）填報 F3、特定治療項目代號（三）或（四）依該計畫規定填報 JA 或 JB」，修改為「特定治療項目代號（三）或（四）依該計畫規定填報 JA、JB 或 JV」（頁次討 2-36）。

三、另配合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂，增修執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之設備需求之規定為「該巡迴點/社區醫療站應備有『可正常操作且堪用的固定式診療椅、』急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過」（頁次討 2-11）。

決 議：

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

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
一、依據： (未修改)	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
二、目的： (未修改)	二、目的： 鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區及山地離島執業及提供巡迴醫療服務，均衡牙醫醫療資源，並提供一個有效、積極、安全的醫療體系，期使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。	
三、實施期間： (未修改)	三、實施期間： 114 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日止。	
四、預算來源： (未修改)	四、預算來源： (一)114 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 323.8 百萬元。 (二)有關巡迴計畫之「加成申報」費用，加成前點數由該總額一般服務預算項下移撥項下移撥 220 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。	
五、施行地區： (未修改)	五、施行地區： (一)施行地區之分級： 本方案施行地區分四級執行，以計算承作方案之費用。各牙醫醫療資源不足地區係由當	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>地衛生主管機關會同各縣市牙醫師公會評估後，提供全民健康保險保險人(以下稱保險人)作為施行地區分級參考。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一級：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區，或山地地區但交通尚屬方便之牙醫醫療資源不足地區。 2. 二級：指山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。 3. 三級：指特殊困難地區(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。 4. 四級： <ol style="list-style-type: none"> (1) 指極端特殊困難地區(以各縣市三級地區為基準計算，需額外一小時以上車程的地區，僅適用執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫)。 (2) 四級地區係指新竹縣尖石鄉「司馬庫斯」、「玉峰村」及「秀巒村」；嘉義縣阿里山鄉「豐山村」、「新美村」及「茶山村」；高雄市桃源區「拉芙蘭里」；澎湖縣白沙鄉「吉貝嶼」及望安鄉「花嶼村」。 <p>註 1：申請升級為三級或四級地區之巡迴醫療點時，須提具體理由(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難者)，並經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)評估後送所轄保險人分區業務組核定。</p> <p>註 2：欲申請升級的地區(鄉鎮)，須符合下列五項條件中之三項，或經審查分會與分區業</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>務組討論同意升級地區，並由各醫療團正式來函提出申請，必須提供具體理由且檢附相關證明(照片)，經牙醫全聯會評估，統一於年底彙整後修訂方案內容，提案至全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議，通過後依據公告實施。</p> <p>A.距離各縣市政府位置超過 100 公里，或車程超過一小時。</p> <p>B.海拔超(越)過 400 公尺。</p> <p>C.非國道、省道可到達，須行駛鄉道、產業道路或搭乘船與飛機。</p> <p>D.交通易受落石、風災、地震、天候影響者。</p> <p>E.原住民族地區(詳附件 1)。</p> <p>(二) 執業計畫施行地區：以「無牙醫鄉」為優先(詳附件 2)；若執業醫師退出計畫，則開放該鄉鎮(區)執業服務申請。</p> <p>(三) 巡迴計畫施行地區(詳附件 3)。</p>	
<p>六、執行目標： (未修改)</p>	<p>六、執行目標：</p> <p>(一) 執業計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 併同 91 年度起共減少 37 個牙醫醫療資源不足地區。 2. 服務總天數達成 6,000 天、總服務人次達成 50,000 人次。 <p>(二) 巡迴計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本年度至少組成 19 個醫療團。 2. 本年度至少設立 23 個社區醫療站。 3. 服務總天數達成 10,500 天、總服務人次達成 111,000 人次。 	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
七、執行內容及方式：	<p>七、執行內容及方式：</p> <p>(一) 執業計畫：</p> <p>執行內容須包含下列二類，總服務時數每週不得少於 30 小時：</p> <p>1. 執業地點門診服務(分三級「牙醫醫療資源不足地區」執行並保障其承作本計畫之費用)：</p> <p>(1) 門診服務天數、時數：</p> <p>保險醫事服務機構於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務(以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。</p> <p>(2) 門診時段：</p> <p>① 依保險醫事服務機構申請計畫書所列之時間表為依據。</p> <p>② 門診時段若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診</p> <p>③ 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診/巡迴時段異動表(附件 4-1)、執業醫師休診單(附件 4-2)於異動或休診前月 15 日之前送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。另，因故休診者，應於當月完成補班(跨月休診則個別於當月完成補班)，且補班天數及時數應和休診天數及時數相同。</p> <p>④ 當月未達原訂工作天數或診察時數者，</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>依實際工作天數與原訂工作天數之比例或實際診察時數與原訂診察時數之比例，由保險人分區業務組依實際情況衡酌核減醫療費用，惟有不可抗力之事由者(如醫師傷病、天災或其他特殊情形等)，須經保險人分區業務組專案核定。</p> <p>(3)支援規定：</p> <p>①執行本計畫之保險醫事服務機構負責醫師不得支援其他醫事服務機構，惟符合下列條件者除外： 本計畫保險醫事服務機構之負責醫師，且具衛生福利部認定之專科醫師資格者，得於缺乏該專科人力之地區支援其他醫事服務機構，惟須向牙醫全聯會提出申請，並由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定後，自保險人分區業務組核定日起於執業門診時段外得開始支援。</p> <p>②支援醫師加入診察，執行本計畫之保險醫事服務機構均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於7日前以書面函知牙醫全聯會，並由牙醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查(含支援及被支援醫事服務機構所屬之保險人分區業務組)。該保險醫事服務機構所有支援醫師合計其門診時數(含巡迴醫療服務)不得超過該保險醫事服務機構總牙醫門診時數的三分之一。</p> <p>③若因特殊情況須由支援醫師代理負責</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>醫師時，應依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備，並向牙醫全聯會提出申請，由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。該支援醫師仍受門診時數不得超過該保險醫事服務機構牙醫總門診時數三分之一的限制，惟負責醫師請產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數可全數由支援醫師代理。</p>	
	<p>2. 牙醫巡迴醫療服務：</p> <p>(1)服務次數：</p> <p>①除寒暑假外，執行本計畫之保險醫事服務機構每月至少提供 2 次牙醫巡迴醫療服務(此 2 次不包含口腔衛生推廣服務)，惟如屬「社區」之巡迴點者，寒暑假期間仍應持續提供本項服務。</p> <p>②經查每月執行少於 2 次或未於巡迴點執行者，除不得申請該月巡迴醫療費用外，並列入下年度得否繼續參與本計畫之評估條件，若有特殊情況經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定者不在此限。</p> <p>③若將病患自巡迴點帶回診所看診者，該次服務不得申請論次支付點數，且不列入每月至少 2 次巡迴醫療之次數計算。</p> <p>(2)服務項目：</p> <p>①一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔。</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>②口腔衛生推廣服務：每家保險醫事服務機構每月至多申報3小時。</p> <p>A.正確刷牙及牙線使用指導。</p> <p>B.含氟漱口水使用指導。</p> <p>C.家戶訪視及口腔疾病和口腔衛生檢查。</p> <p>D.參與並配合當地社區的總體健康營造活動。</p>	
	<p>(3)服務時段：</p> <p>①巡迴醫療服務應於保險醫事服務機構報備門診服務之時段以外執行，支援醫師支援前開保險醫事服務機構執行本項服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，並將該醫師姓名列入支援時段表。但支援醫師不得申報論次支付點數。</p> <p>②執行本計畫門診時段外之牙醫巡迴醫療服務，該保險醫事服務機構應於前月15日前，填寫月申請表(附件4-3)及執業計畫巡迴點統計表(附件4-4)並註明門診服務時段和本項服務巡迴地點及時段，以書面函送牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送所轄保險人分區業務組核定後執行。申請案經保險人分區業務組核定為不同意者，保險醫事服務機構得於核定通知到達之日起30日內，檢附完整相關資料向所</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>轄保險人分區業務組申請複審，並以一次為限。</p> <p>③巡迴時段有異動應填寫門診/巡迴時段異動表(附件 4-1)與臨時申請表(附件 4-5)，以書面函送牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組備查。</p> <p>④牙醫全聯會須於前月月底，以電子檔為原則，傳送本執業計畫各診所當月之「巡迴點」資料(執業診所、鄉鎮區、級數、巡迴點及其地址、巡迴時段…等)予保險人登錄，以利執業診所申報巡迴醫療服務論次支付點數。</p>	
<p>(二)巡迴計畫：</p> <p>1.執行方式有二類：</p> <p>(1)巡迴點醫療服務：</p> <p>①對象：本計畫施行地區(詳附件 3)之國小及國中學童、教職員及當地民眾。</p> <p>②地點：以學校、衛生所(室)為主，社區(里民)活動中心、農漁會、教會、宮廟等視情況設立。</p> <p>③服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 11-3)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。</p> <p>④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：</p> <p>A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫</p>	<p>(二)巡迴計畫：</p> <p>1.執行方式有二類：</p> <p>(1)巡迴點醫療服務：</p> <p>①對象：本計畫施行地區(詳附件 3)之國小及國中學童、教職員及當地民眾。</p> <p>②地點：以學校、衛生所(室)為主，社區(里民)活動中心、農漁會、教會、宮廟等視情況設立。</p> <p>③服務項目：進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並以預防保健為輔。須完成口腔檢查及醫療需求調查(附件 11-3)，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。</p> <p>④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：</p> <p>A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫</p>	<p>前於 113 年第 3 次牙醫研商會議決議，本方案於巡迴計畫巡迴點</p>

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
<p>醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該巡迴點應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。</p> <p>B. 符合「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」(以下稱 12-18 歲計畫)之收案對象牙醫醫療服務。</p> <p>C. 符合「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」(以下稱高風險疾病口腔照護計畫)之適用對象牙醫醫療服務。</p> <p>D. 符合「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」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)之適用對象牙醫醫療服務。</p> <p>E. 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)「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務。</p>	<p>特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該巡迴點應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。</p> <p>B. 符合「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」(以下稱 12-18 歲計畫)之收案對象牙醫醫療服務。</p> <p>C. 符合「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」(以下稱高風險疾病口腔照護計畫)之適用對象牙醫醫療服務。</p> <p>D. 符合「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」(以下稱特定疾病病人牙科就醫安全計畫)之適用對象牙醫醫療服務。</p> <p>E. 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)「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務。</p>	<p>「得提供符合牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務」，惟未同時修訂醫療費用申報方式。</p> <p>另配合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂，增加執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之設備需求。</p>
<p>(2)社區醫療站醫療服務：</p> <p>①由醫療團成員輪流排班，以維持每週 3 至 6 天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。</p>	<p>(2)社區醫療站醫療服務：</p> <p>①由醫療團成員輪流排班，以維持每週 3 至 6 天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
<p>②地點：以衛生所(室)、社區(里民)活動中心，或自行承租民宅設立之醫療站，並設有固定診療椅。</p> <p>③如為必要設置社區醫療站之地區，因其居民人數少故須減少排班天數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。</p> <p>④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：</p> <p>A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該社區醫療站應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。</p> <p>B. 符合「12-18 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務。</p> <p>C. 符合「高風險疾病口腔照護計畫」之適用對象牙醫醫療服務。</p> <p>D. 符合「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之適用對象牙醫醫療服務。</p> <p>E. 支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務。</p> <p>⑤於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫</p>	<p>②地點：以衛生所(室)、社區(里民)活動中心，或自行承租民宅設立之醫療站，並設有固定診療椅。</p> <p>③如為必要設置社區醫療站之地區，因其居民人數少故須減少排班天數者，得經報牙醫全聯會評估後，由該會函報保險人分區業務組備查。</p> <p>④除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：</p> <p>A. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。</p> <p>B. 符合「12-18 歲計畫」之收案對象牙醫醫療服務。</p> <p>C. 符合「高風險疾病口腔照護計畫」之適用對象牙醫醫療服務。</p> <p>D. 符合「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之適用對象牙醫醫療服務。</p> <p>E. 支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務。</p> <p>⑤於計畫執行期間，若該社區醫療站之施行地區有新設立且參加本方案執業計畫之牙醫保險醫事服務機構，必要時請牙醫全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方</p>	<p>配合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂，增加執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之設備需求。</p>

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
<p>全聯會協調兩者之巡迴醫療服務執行方式及診療期間。</p> <p>(3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。</p>	<p>式及診療期間。</p> <p>(3)巡迴點及社區醫療站設置建議以媒合當地政府單位為優先。</p>	
	<p>2. 巡迴醫療服務之醫師、時段及地點名單：</p> <p>(1)巡迴醫療團應依計畫申請書所列之醫師名單及巡迴地點進行巡迴服務；巡迴點及社區醫療站醫療服務之巡迴天數、時段、地點，依執行本計畫之醫療團所列時間表為依據。</p> <p>(2)如有變更或增減牙醫師名單及巡迴地點，應於每月 5 日前，以書面函報牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於當月月底前函送異動名單予所轄保險人分區業務組核定。</p> <p>(3)每月服務醫師、診療時段及地點，應由醫療團於前月 20 日前，送至當地衛生主管機關(書面函送)、所轄保險人分區業務組(以電子檔傳送)、牙醫全聯會(以電子檔為原則傳送)、巡迴點及服務醫師，並委請衛生所(室)、村里長辦公室張貼巡診時間表於明顯處。如未依訂定之時段、地點及服務醫師作巡迴服務，則不予支付當次論次支付點數。</p> <p>(4)巡迴醫療時段、地點及服務醫師若有異動(包含新增及取消)，應由巡迴醫療團所屬公會填寫其異動表(附件 4-6)，並於次月 15 日前送牙醫全聯會及所轄保險人分區</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>業務組備查(以電子檔傳送),如未依期限送件,當年度累積達3次仍未改善者,得暫停當年度計畫執行。</p> <p>3. 上述(3)(4)如無法以電子檔傳送,應向所轄保險人分區業務組申請報備同意。</p> <p>4. 保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫及中醫巡迴地點及時段,以方便民眾就醫。</p>	
<p>八、申請條件、文件及程序： (未修改)</p>	<p>八、申請條件、文件及程序：</p> <p>(一)申請條件：</p> <p>1. 通則：申請參與本方案之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p> <p>2. 執業計畫：</p> <p>(1)申請本計畫之執業醫師，應為牙醫全聯會會員，且曾於全民健康保險醫事服務機構執業達二年(含)以上。</p> <p>(2)申請本計畫之執業醫師有下列情事之一者，五年內不得再申請加入(前述期間之認定，以下列情事發生事實日起算)：</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>①曾經因本計畫考核列入輔導，複核後仍未達標準而停止執行本計畫者。</p> <p>②曾於不同鄉鎮(區)申請參與本計畫，累計兩次計畫執行未滿三年者。</p> <p>(3)經牙醫全聯會及保險人分區業務組查證有醫療模式異常紀錄且報經牙醫全聯會及保險人審核不予通過者，不得加入。</p> <p>(4)於本計畫執行期間，已有保險醫事服務機構延續或牙醫師新申請辦理本計畫之鄉鎮(區)，不再受理其他牙醫師申辦本計畫，另屬延續辦理本計畫者，無須重新提出申請。</p> <p>3. 巡迴計畫：</p> <p>(1)醫療團：由各縣市牙醫師公會、牙醫全聯會所屬牙醫門診醫療服務審查執行會之各分區分會、教學醫院所組成；醫療團規模大小，由當地牙醫師公會規劃、協調。</p> <p>(2)醫療團成員：參與成員應為牙醫全聯會會員，且曾於本保險醫事服務機構執業達一年(含)以上。</p>	
	<p>(二)申請須檢附之相關文件：</p> <p>1. 執業計畫：</p> <p>自本方案公告日起，符合申請條件之牙醫師應檢送申請書(附件 5-1)、計畫書書面資料(附件 5-2)、申請之醫療資源不足地區鄉鎮(區)公所推薦函，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件。</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>2. 巡迴計畫： 自本方案公告日起，首次申請參與本計畫之醫療團或已核定之醫療團，應將申請參與醫療團之醫師及巡迴地點名單，與申請書、計畫書書面資料(格式及內容如附件 5-3、5-4)，以掛號郵寄至牙醫全聯會受理收件，並以電子檔為原則傳送備查。</p>	
	<p>(三)申請程序：</p> <p>1. 通則：</p> <p>(1)牙醫全聯會自本方案公告日起，即受理牙醫師申請執業計畫、巡迴醫療團申請巡迴計畫；於受理申請後 45 個工作日內(以郵戳為憑)依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」評選審查作業要點(詳附件 6)完成資料評估，並於評估完成後 10 個工作日內函報所轄保險人分區業務組評估結果。</p> <p>(2)保險人分區業務組收到牙醫全聯會評估結果後，10 個工作日內函復執業計畫申請人及巡迴醫療團核定結果。</p> <p>2. 執業計畫： 收到保險人分區業務組核定函者，應依醫師法相關規定辦理執業登記，並於該核定函發文日起 30 個工作日內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。超過 30 個工作日未完成簽約事宜者，得另重新提出申請及審核。</p> <p>3. 巡迴計畫：</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	經審查通過者，依醫師法相關規定於核定之起迄期間執行巡迴醫療服務。	
九、醫療費用支付原則、申報及審查：	九、醫療費用支付原則、申報及審查： (一)醫療費用支付原則： 1. 執業計畫： (1)執業地點門診服務： ①每月保障額度已包含基本承作費用、定額變動費用及風險分擔醫療費用，依施行地區分級設定如下： A.一級地區：每月為 30 萬點。 B.二級地區：每月為 33 萬點。 C.三級地區：每月為 41 萬點。 前開每月保障額度點數之支付須扣除「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」(以下稱矯正機關醫療服務計畫)案件醫療費用(含加成)。 ②執業計畫院所執行巡迴地點平地需距離執業院所 5 公里以上(校園除外)，山地則無限制。	
	③保障額度核付管控原則： A.年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算；負責醫師如曾為同一鄉鎮(區)已歇業保險醫事服務機構之負責醫師或三年內曾執行本計畫但因故自行退出計畫者，其年限計算應新、舊保險醫事服務機構合併計算。	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>B.每月總服務量依施行地區分級管控如下：</p> <p>a.一級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 35%，未達者核付保障額度之 35%。</p> <p>b.二級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 25%，未達者核付保障額度之 40%。</p> <p>c.三級地區：滿一年者，第二年起須達保障額度 20%，未達者核付保障額度之 50%。</p> <p>C.依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。</p> <p>D.門診時段如遇重大天然災害有公布停止上班(課)或特殊情形時，由保險人分區業務組依實際情況衡酌門診時段比率，以計算調整管控額度百分比。</p> <p>E.前開每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算，不含代辦案件，含牙醫特殊計畫、矯正機關醫療服務計畫、12-18 歲計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)之案件。</p>	
	<p>④保險醫事服務機構若自開業執照核發日起至當月月底止未滿1個月者，則按診</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>療日數比例予以支付費用，執行本計畫滿一年之當月份，亦按診療日數比例予以支付保障額度費用。</p> <p>⑤執行本計畫滿三年者，如前一年度之每月總服務量累計2個月未達保障額度管控成數，且有發生不符本計畫規定之情事，分區業務組得專案評估後，核定該診所停止執行本計畫。</p> <p>⑥本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。</p> <p>⑦核定：醫療服務點數經審查後，以該區每點支付金額至少1元計算。每月總服務量低於本計畫設定保障額度及其管控標準者，以核付管控原則計算；高於保障額度者，以實際核定點數與每點支付金額核付。</p> <p>⑧結算：每家保險醫事服務機構每月至少依本計畫之保障額度核付管控原則支領醫療費用；核定點數(含部分負擔)超過保障額度者，則依該區當季每點支付金額至少1元計算；核定點數(含部分負擔)低於保障額度者，則依該區當季之浮動點值，每點支付金額最高1元計算。</p> <p>⑨負責醫師請產假、傷病或有其他特殊</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註																								
	<p>情形，經保險人分區業務組專案核定者，其請假期間之門診服務時數，如有牙醫師支援代理，則請假期間依計畫規定支付相關醫療費用及保障額度；若請假期間無支援醫師代理者，保險人不予支付保障額度。</p>																									
	<p>(2)牙醫巡迴醫療服務：</p> <p>①執業門診時段外提供之巡迴醫療服務所產生醫療費用併入保險醫事服務機構申報，並得申請論次支付點數(執行矯正機關醫療服務計畫者除外)。</p> <p>②論次支付點數：</p> <p>A. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。</p> <table border="1" data-bbox="976 970 1559 1361"> <thead> <tr> <th rowspan="2">地區分級</th> <th colspan="2">平日</th> <th colspan="2">假日</th> </tr> <tr> <th>申報代碼</th> <th>支付點數</th> <th>申報代碼</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一級地區</td> <td>P2200 2</td> <td>1,800 點</td> <td>P2200 5</td> <td>2,100 點</td> </tr> <tr> <td>二級地區</td> <td>P2200 3</td> <td>2,700 點</td> <td>P2200 6</td> <td>3,000 點</td> </tr> <tr> <td>三級地區</td> <td>P2200 4</td> <td>3,700 點</td> <td>P2200 7</td> <td>4,000 點</td> </tr> </tbody> </table>	地區分級	平日		假日		申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數	一級地區	P2200 2	1,800 點	P2200 5	2,100 點	二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點	三級地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點	
地區分級	平日		假日																							
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數																						
一級地區	P2200 2	1,800 點	P2200 5	2,100 點																						
二級地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點																						
三級地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點																						

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註										
	<table border="1" data-bbox="974 220 1559 304"> <tr> <td data-bbox="974 220 1070 256">四級</td> <td data-bbox="1070 220 1182 256">P2200</td> <td data-bbox="1182 220 1312 256">4,300</td> <td data-bbox="1312 220 1424 256">P2200</td> <td data-bbox="1424 220 1559 256">4,600</td> </tr> <tr> <td data-bbox="974 256 1070 304">地區</td> <td data-bbox="1070 256 1182 304">8</td> <td data-bbox="1182 256 1312 304">點</td> <td data-bbox="1312 256 1424 304">9</td> <td data-bbox="1424 256 1559 304">點</td> </tr> </table> <p data-bbox="1077 331 1637 571">B. 假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法與該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。</p> <p data-bbox="1077 584 1637 655">C. 18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。</p> <p data-bbox="1077 668 1637 823">D. 另若為離島保險醫事服務機構至同一縣市離島地區執行本項服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。</p>	四級	P2200	4,300	P2200	4,600	地區	8	點	9	點	
四級	P2200	4,300	P2200	4,600								
地區	8	點	9	點								
	<p data-bbox="1077 839 1485 874">③巡迴醫療服務時數之計算：</p> <p data-bbox="1077 887 1637 954">A. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限。</p> <p data-bbox="1077 967 1346 1002">B. 每天服務時數：</p> <p data-bbox="1122 1015 1637 1334">a. 屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。</p> <p data-bbox="1144 1347 1637 1375">b. 屬三級或四級地區：每天服務時</p>											

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人審查通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。</p> <p>C. 每週服務時數：以不超過執業地點門診總時數為依準。</p> <p>D. 本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。</p>	
	<p>④巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於3人，計算方法不包含口腔衛生推廣與代辦案件，僅計算一般治療。巡迴醫療每月平均就診人次不足3人時，則將當月總看診人次依照3人一個分段，不足整數的部分，則由保險人分區業務組取整數之次數(無條件捨去)後，核減一次論次支付點數，核減順序以診療人次為0人之診次為優先，如無則以巡迴點地區分級級數較低之診次為優先。</p> <p>例如：假設當月有 10 次巡迴醫療時段，總人次為 25 人，故當月平均看診人次為</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>2.5 人(不滿 3 人)，但依方案規定，總看診人次至少需 30 人才可達到平均人次為 3 人，計算以 3 人為一個分段($25 \div 3 = 8.34$)，則核發 8 次費用。</p> <p>⑤執業醫師至鄰近鄉鎮(區)執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，前述鄰近鄉鎮應為本計畫公告之鄉鎮(區)。另牙醫全聯會應優先鼓勵每月總服務量保障額度偏低之保險醫事服務機構，增加巡迴醫療次數。</p> <p>⑥執業醫師提供執業及巡迴醫療服務，滿一年者，第二年起其每月總服務量依地區分級未達其保障額度之成數，當月巡迴服務產生之論次支付點數以 30% 支付。</p>	
	<p>⑦服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數以不超過 2.8 萬點為原則；不含牙醫特殊服務計畫、12-18 歲計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 2.8 萬點的部份，不予支付。</p> <p>(3)執業計畫之品質獎勵費用：每月達成下列①或②情形者，依當月總申報人次給予每</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>人次 300 點獎勵費用；於全年結算時併同支付。</p> <p>①牙體復形(以下稱OD)案件+牙周案件申報點數占率$\geq 70\%$。</p> <p>A. OD 案件為支付標準第三部第三章第一節「牙體復形」所列醫令代碼，「89088C」(牙體復形轉出醫療院所之轉診費用)除外。</p> <p>B. 牙周案件為支付標準第三部第三章第三節「牙周病學」所列醫令代碼，「91088C」(牙周病轉出醫療院所之轉診費用)除外。</p> <p>②根管治療(以下稱Endo)案件申報點數占率$\geq 20\%$。</p> <p>Endo案件為支付標準第三部第三章第二節「根管治療」所列醫令代碼，「90088C」(根管治療轉出醫療院所之轉診費用)除外。</p>	
	<p>2. 巡迴計畫：</p> <p>(1)本計畫得依巡迴服務地點資格以下列方式申報費用：</p> <p>①「加成申報」：醫療費用須帶回執業登記保險醫事服務機構申報。</p> <p>A. 每件醫療費用點數加計2成支付，加成前點數由一般服務預算移撥之經費支應；加成部分，納</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註			
	<p>入本方案專款支應，餘依全民健康保險相關規定辦理。</p> <p>B. 牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、12-18歲計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加計2成。</p> <p>C. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班課日，則為休診日，不須補診及報備。</p>				
	<p>②「論次申報」：須帶回執業登記保險醫事服務機構，並依巡迴地點之地區分級申報論次支付點數。</p> <p>A. 論次支付點數：</p> <p>a. 依施行地區分級，每次服務每小時支付點數如下表：本支付點數包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用，每點金額以 1 元暫付。</p> <table border="1" data-bbox="947 1321 1588 1366"> <tr> <td data-bbox="947 1321 1032 1366">地區</td> <td data-bbox="1032 1321 1279 1366">平日</td> <td data-bbox="1279 1321 1588 1366">假日</td> </tr> </table>	地區	平日	假日	
地區	平日	假日			

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文					備註
	分級	申報 代碼	支付 點數	申報 代碼	支付 點數	
	一級 地區	P2200 2	1,800 點	P2200 5	2,100 點	
	二級 地區	P2200 3	2,700 點	P2200 6	3,000 點	
	三級 地區	P2200 4	3,700 點	P2200 7	4,000 點	
	四級 地區	P2200 8	4,300 點	P2200 9	4,600 點	
	<p>b.假日係指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所定勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。</p> <p>c.18:00 以後視為夜診，其論次支付點數以假日計算。</p> <p>d.另若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以二級地區計算。</p> <p>e.特定地區/巡迴點升級：如因天災、政策或歷史等因素搬移至他處</p>					

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	者或交通較困難者，地區分級得以升級，詳附件 3 之註。	
	<p>B. 巡迴醫療服務時數之計算：</p> <p>a. 每診次服務時間：每診次以 3 小時為限，巡迴點及社區醫療站設於衛生所(室)而有特殊需求者，經牙醫全聯會評估通過並送所轄保險人分區業務組核定者，不在此限。</p> <p>b. 每天服務時數：</p> <p>① 屬一級或二級地區：每天服務時數以 6 小時為原則；如須延長至 9 小時者，須提出申請，且符合提出申請時該巡迴醫師於該巡迴地點前三個月每月平均看診 24 小時(含)以上且每 6 小時平均人次達 8 人(含)以上之條件，並經牙醫全聯會及保險人審查通過。</p> <p>② 屬三級或四級地區：每天服務時數以 9 小時為限，惟第 7 小時之後，以地區分級少一級之論次點數支付；屬須包船前往的離島地區或該巡迴地點平均看診人次 2 人(含)以上並經牙醫全聯會及保險人通過者，第 7 小時之後仍以三級或四級地區論次點數支付。</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>c.本項服務時間係以實際醫療時間計算(惟須以半小時為單位計算)，每診次間至少相隔半小時，且不包含車程、用膳及休息時間。</p> <p>d.跨分區執行巡迴醫療服務時，得申報論次支付點數，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。</p> <p>C. 本計畫巡迴點與社區醫療站提供支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)與12-18歲計畫收案對象、高風險疾病口腔照護計畫適用對象、特定疾病病人牙科就醫安全計畫適用對象及社區醫療站提供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。</p>	
	<p>(2)服務量管控：</p> <p>①各醫療團須於年度巡迴服務開始之前，將全年該醫療團各巡迴點之預計總申報點數報請牙醫全聯會評估，且全年總申報點數不得超過評估結果之額度。</p> <p>②每位醫師每月平均每診次申請點數(含</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>加成)以不超過 3.3 萬點為限，惟三級與四級地區不在此限；不含牙醫特殊服務計畫、12-18 歲計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫及支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、論次支付點數及代辦案件費用。超過 3.3 萬點的部分，不予支付。</p> <p>③每位醫師每月巡迴醫療服務診次，平日以不超過 16 次為原則，若有特殊情形得由保險人分區業務組專案核定；三級與四級地區不在此限。</p> <p>④成立滿二年之社區醫療站及巡迴點(無牙醫鄉不受此限)：</p> <p>A. 一級地區每巡迴地點每月平均每診次就醫人次連續三個月低於3人者、二級地區(含)以上每巡迴地點每月平均每診次就醫人次連續三個月低於2人者，應由醫療團提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用(註：上述每診次係以3小時為原則，如有診次為非3小時者，按比例以平均每小時就醫人次計算及執行)。</p> <p>B. 前述巡迴地點，若經改善後，連</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>續三個月仍未達標，由牙醫全聯會評估該巡迴地點下年度得否繼續提供巡迴醫療服務，並將評估結果函送保險人。</p> <p>註：④之「無牙醫鄉」係指成立滿二年之社區醫療站及巡迴點連續三個月服務量管控未達目標時，於第三個月尚無院所(含衛生所)執業登記牙醫師之行政區。</p>	
	<p>(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。</p> <p>①巡迴點：執行之醫師全年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加計 5% 支付、同時符合 B 至 C 指標者，其論次支付點數加計 10% 支付(合計 15%)。</p> <p>A. 醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅，且須定期維護，並符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(以下稱巡迴感染管制 SOP 作業細則)。</p> <p>B. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 $\geq 95\%$。</p> <p>C. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 $\geq 89\%$。</p> <p>②社區醫療站：執行之醫師當年符合下列 A 指標者，其論次支付點數加計 5% 支</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>付、同時符合 B 至 E 指標者，其論次支付點數加 25% 支付(合計 30%)。</p> <p>A. 醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及 X 光機設備，且須定期維護，並符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」。</p> <p>B. 執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。</p> <p>C. 每位醫師之病人恆牙填補 2 年保存率 $\geq 95\%$。</p> <p>D. 每位醫師之病人乳牙填補 1 年 6 個月保存率 $\geq 89\%$。</p> <p>E. 每年須於社區醫療站完成 12 件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件： 90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。</p>	
	<p>③前述病人牙齒填補保存率之定義及計算說明：</p> <p>A. 定義：</p> <p>a. 病人恆牙 2 年內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。</p> <p>b. 病人乳牙 1 年 6 個月內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。</p> <p>B. 計算說明：</p> <p>a. 恆牙填補 2 年保存率：</p> <p>分子(同牙位再補之牙位數)：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(恆牙牙體復形總牙位數)：依同一醫師當年度在巡迴點及社區醫療站同保險對象同一恆牙牙位歸戶，統計執行牙體復形醫令之牙位數。</p> <p>指標計算：1-(分子/分母)</p> <p>b. 乳牙填補 1 年 6 個月保存率：</p> <p>分子(同牙位再補之牙位數)：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(乳牙牙體復形總牙位數)：依同一醫師當年度在巡迴點/社區醫療站同保險對象同一乳牙牙位歸戶，統計執行牙體復形醫令之牙位數。</p> <p>指標計算：1-(分子 / 分母)</p> <p>※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。</p> <p>④前述固定式診療椅定義：固定式診療椅(須備有燈光、連接水電且可隨意升降至適合看診角度)、貨車載具之牙科固定</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>治療椅及巡迴醫療車。</p> <p>⑤前述指標之資料來源：指標 A 項由牙醫全聯會於 114 年 1 月底前提報名單予保險人進行結算作業，指標 B 至 E 項由保險人於 114 年 1 月底前提進行結算作業。</p>	
	<p>3. 本方案點值結算方式：</p> <p>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。</p>	
	<p>(二)申報及審查：</p> <p>1. 通則：</p> <p>(1)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。</p> <p>(2)執行本方案須配合全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關作業；巡迴服務地點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴服務地點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>醫療服務。另依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有已加保未領到卡、遺失及毀損換發等未及領卡情事，須填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊(附件 7)，並由醫療院所自存備查。未依健保卡相關規定作業，經保險人分區業務組審核，不符資格者，不予支付。</p> <p>(3)保險對象應自行負擔之醫療費用： 依全民健康保險法第四十三、四十八條規定計收；若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。</p> <p>(4)本方案服務量不列入門診合理量計算。</p> <p>(5)本方案不列入本年度「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」計算。</p>	
	<p>2. 門診醫療費用點數申報格式：</p> <p>(1)案件分類：點數清單段欄位 IDd1 請填報「14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。</p> <p>(2)特定治療項目代號： ①執業計畫： A. 門診醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」請填報「F2(牙醫</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。</p> <p>b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F2。</p> <p>c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者，案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下： 非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN 特定治療項目代號(二)填報 F2</p> <p>d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 LM、特定治療項目代號(二)填報 F2。</p>	
<p>B. 巡迴醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療</p>	<p>B. 巡迴醫療： a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
<p>項目代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」、欄位 IDd5「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。</p> <p>b. 申報矯正機關醫療服務計畫案件者，特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)或(四)依該計畫規定填報 JA 或 JB 或 JV。</p> <p>c. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)LM。</p>	<p>代號(一)」請填報「F2(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫)」、欄位 IDd5「特定治療項目代號(二)」請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。</p> <p>b. 申報矯正機關醫療服務計畫案件者，特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)或(四)依該計畫規定填報 JA 或 JB。</p> <p>c. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F2、特定治療項目代號(二)填報 F3、特定治療項目代號(三)LM。</p>	<p>配合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修訂，增加特定治療項目代號 JV (機關內通訊)。</p>
<p>②巡迴計畫：</p> <p>A. 巡迴點：</p> <p>a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。</p> <p>b. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類</p>	<p>②巡迴計畫：</p> <p>A. 巡迴點：</p> <p>a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」：請填報「F3(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。</p> <p>b. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
<p>須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LM。</p> <p>c. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者,案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F3。</p> <p>d. 申報「牙醫特殊計畫」案件者,案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下: 非精神疾病者:極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者:重度以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童:LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙:LH 自閉症、失智症:LS 特定治療項目代號(二)填報 F3</p> <p>B. 社區醫療站:</p> <p>a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」:請填報「FT(社區醫療站)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。</p> <p>b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者,案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT。</p> <p>c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者,案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下: 非精神疾病者:極重度-L5、重度-L6、</p>	<p>須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 F3、特定治療項目代號(二)填報 LM。</p> <p>c. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者,案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 F3。</p> <p>B. 社區醫療站:</p> <p>a. 點數清單段欄位 IDd4「特定治療項目代號(一)」:請填報「FT(社區醫療站)」(含高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)。</p> <p>b. 申報支付標準牙周病統合治療方案之案件者,案件分類須填 19(牙醫其他專案)、特定治療項目代號(一)填報 FT。</p> <p>c. 申報「牙醫特殊計畫」案件者,案件分類須填 16(牙醫特殊專案醫療服務項目)、特定治療項目代號(一)填報如下: 非精神疾病者:極重度-L5、重度-</p>	<p>前於 113 年第 3 次牙醫研商會議決議,本方案於巡迴計畫巡迴點「得提供符合牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務」,惟未同時修訂醫療費用申報方式。</p> <p>擬比照本方案社區醫療站規定,將申報巡迴點執行牙醫特殊計畫服務方式新增至方案內容。</p>

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
<p>中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童：LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH 自閉症、失智症：LS 特定治療項目代號(二)填報 FT d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 FT、特定治療項目代號(二)填報 LM。</p>	<p>L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA 發展遲緩兒童：LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH 自閉症、失智症：LS 特定治療項目代號(二)填報 FT d. 申報「12-18 歲計畫」案件者，案件分類須填 14(牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)填報 FT、特定治療項目代號(二)填報 LM。</p>	
	<p>(3)自費特材群組序號/其他特殊註記：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp21 請填報「DMH」。 (4)支付成數：巡迴計畫案件(案件分類 14)醫令清單段欄位 IDp8 請填報「120」。 (5)餘按門診醫療費用點數申報格式規定填寫，惟所附資料與申報不符或缺件得核刪費用，如照片與規定之執行照片條件不符合，則核減該論次支付點數。</p>	
	<p>3. 論次支付點數之申報： (1)牙醫巡迴醫療服務或口腔衛生推廣執行完成後，應檢附下列申報表單資料連同門診費用申報，於次月 1 日起六個月內，寄至所轄保險人分區業務組核定。另口腔衛生推廣每位醫師每月申報至多 3 小時，超</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>過部分不予支付。</p> <p>(2)申報檢附資料： 執業計畫診所以診所為單位、巡迴計畫之醫療團成員以學校及所屬之村、部落為單位檢附以下資料：</p> <p>① 醫療報酬申請表(附件 8-1):費用申報時，須至健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, VPN)登錄巡迴醫療服務明細，傳送資料後，請列印巡迴論次費用申報總表及明細，蓋上院所印信後寄送。請於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」，執業計畫之診所應另將影本寄牙醫全聯會、巡迴計畫之醫療團成員應另將影本寄所屬醫療團公會，並以電子檔為原則傳送所屬醫療團公會彙整備查。</p> <p>② 公文：執業計畫診所應提供經牙醫全聯會評估並由所轄保險人分區業務組同意之事前申請表、同意函；執行巡迴醫療服務之院所應提供醫事人員報備支援同意函。</p> <p>③ 彩色照片(可彩色列印，不限相片紙)、牙醫巡迴醫療服務執行表(附件 8-2)： 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為 0 人者)或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附彩色照片三張(服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳)、牙醫巡迴醫療服務執行表。繳交照片如有不符</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。	
<p>十、相關規範： (未修改)</p>	<p>十、相關規範： (一)通則： 1. 巡迴醫療服務： (1)診療時至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至 45 度)，替代牙科治療台使用，並須符合「巡迴感染管制 SOP 作業細則」相關規定。 (2)醫事人員執行巡迴醫療服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備。 (3)保險醫事服務機構應按醫師法及全民健保相關規定不得再領取牙醫全聯會及地方衛生主管機關辦理之口腔保健費用。 (4)巡迴醫療服務之牙醫師或醫療團應將「全民健保牙醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於明顯處(標示製作作業說明請依附件 10 規定辦理)。 2. 參與本方案之保險醫事服務機構或醫師，如經保險人核定予以停止特約以上處置者，自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起即停止執行本計畫(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。醫院及衛生所如因非牙科所致原因遭停約處分，於處分結束後，該院所牙科得經所轄保險人分區業務組同意繼續執行本計畫。因本項規定經保險人分區</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>業務組停止執行本計畫者，得於收到該處分函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組申請複核。</p>	
	<p>(二)執業計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保險醫事服務機構至少應具備基本診療設施，其包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒(器)鍋、空壓機、X 光機、電腦資訊等執業相關設備，並符合牙醫院所感染管制 SOP 作業細則；但 X 光機設置及檢核通過應於執業執照登記日 60 天內完成。 2. 保險醫事服務機構應至少聘請一名牙醫專任助理(應有加保紀錄)。 3. 保險醫事服務機構可配合交通流線於適當之地點設置巡迴點，並於執業執照登記 60 天內設置完成。 4. 保險醫事服務機構應執行牙醫全聯會交付之口腔衛生工作，如播種醫師訓練、教導正確刷牙及牙線使用方式、含氟水漱口推廣及家戶訪視並配合當地牙醫師公會口腔衛生活動；另應公開懸掛牙醫全聯會所製作之計畫說明宣導及意見回覆卡，並於年底繳交執行報告。 5. 保險醫事服務機構執行巡迴醫療服務，應評估當地人口數、學童數、部落分布及地理交通狀況，做適當適時之調配。牙醫全聯會得依實際醫療執行狀況評估其巡迴醫療服務次數。 	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>6. 保險人分區業務組及牙醫全聯會各分區分會將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段做人員及電話抽查其有無依所訂門診時段提供服務，經電訪 3 次，未依所訂門診時段提供服務且無具體原因者，經保險人分區業務組函文通知改善 3 次，而未改善者，則依本規範「7. 違規處理」第 2 款辦理。</p> <p>7. 違規處理：</p> <p>(1)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(1)、(2)或第 2 目，或第十項「相關規範」之第(二)款第 3 目者，經通知改善而未改善者，牙醫全聯會及保險人依違規情節輕重，評估該保險醫事服務機構下年度執行資格。</p> <p>(2)如有違反本方案第七項「執行內容及方式」之第(一)款第 1 目(3)，或第十項「相關規範」之第(一)款第 1 目(3)及第(二)款第 1、5、6 目者，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會報請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定即終止該保險醫事服務機構執行本計畫。</p> <p>(3)如無故休診兩星期、兩次以上者或請假休診兩個月者(已報備產假、傷病或有其他特殊情形，經保險人分區業務組專案核定者除外)，由牙醫全聯會轉請所轄保險人分區業務組或由保險人分區業務組自行核定終止該保險醫事服務機構執行本計</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>畫。</p> <p>8. 計畫考核：依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執業計畫考核作業要點」(詳附件 8)辦理。</p>	
	<p>(三)巡迴計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 巡迴醫療團之醫師名單及巡迴地點等巡迴服務相關訊息由牙醫全聯會及保險人建置並維護於所屬網站，供民眾查詢。 2. 醫療團實際診療診次與報備診次之執行率低於 85% 者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。 3. 醫療團得負責巡迴點之口腔衛生教育推廣工作，並配合當地公會口腔衛生活動。 4. 本計畫執行期間，巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，如有特殊情況可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。 5. 管控原則：由牙醫全聯會辦理巡迴醫療服務訪視，其訪視結果依下列方式處理： <ol style="list-style-type: none"> (1) 訪視時如發現保險醫事服務機構疑有不實申報情形，牙醫全聯會得提報保險人依全民健康保險相關法規處理。 (2) 訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 90% 者，牙醫全聯會得提報醫療團輔導處理。 	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	(3)訪視結果之齶齒填補與病歷記載相符度未達 80%者，牙醫全聯會得報請保險人停止該醫師執行本計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。	
	<p>十一、執行報告及評核報告：</p> <p>(一)執行報告：</p> <p>1. 執業計畫：</p> <p>執行本計畫者除應每季以電子檔為原則提供執行情形之醫療報酬申請表(附件 8-1)予牙醫全聯會外，於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告至牙醫全聯會及所轄保險人分區業務組。執行報告之格式及內容，詳附件 11-1(執行報告第三項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果)，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。</p> <p>2. 巡迴計畫：</p> <p>執行之巡迴醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告(附件 11-2)及學童口腔健康狀況調查統計表(附件 11-4)至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則；牙醫全聯會以電子檔為原則，提供保險人分區業務組彙整執行情形(附件 11-4)之統計報表。如逾期 30 日未繳交者，則停止參與本計畫。執行報告第十一項自我評鑑部分請依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果，且所送之執行報告內容將做為下年度審查之依據。</p>	

114 年度修訂條文(本署建議版)	114 年度原條文	備註
	<p>(二)評核報告： 由牙醫全聯會將本方案執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。</p>	
	<p>十二、原 113 年執行本方案者(執業計畫診所、巡迴計畫醫療團及其參與牙醫師)，若施行地區符合 114 年度本方案公告之施行地區者，其實施日期追溯至 114 年 1 月 1 日起，至 114 年度本方案公告實施日之次月底止。</p>	
	<p>十三、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬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>	

討論事項第三案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，提請討論。

說明：

- 一、依據社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 114 年 5 月 12 日牙全仁字第 02663 號函辦理。(討 3-28 頁)
 - (一)感管訪查行之有年，合格率近乎 100%，院所感管品質趨於穩定，建議延長抽訪區間。
 - (二)外展點維持書面審查，若書面審查不合格再進行實訪。
- 二、修訂對照表，詳附件 1(頁次討 3-2)。

本署意見：

- 一、經統計 113 年牙醫門診感染管制方案實地抽訪結果(附件 2，頁次討 3-15)，應抽訪家數為 418-557 家(以特約診所家數 6%-8% 計算)，實際抽訪 478 家，共 460 家(占率 96.2%)合格，18 家(占率 3.8%)不合格，複查後共 473 家合格(占率 99.0%)，仍有 5 家不合格，追扣診察費差額共 7,079,352 點。(查 112 年實地抽訪結果，實際抽訪特約診所 584 家，共 551 家(占率 94.3%)合格，111 年實地抽訪結果，實際抽訪特約診所 455 家，共 439 家(占率 96.5%)合格。)
- 二、經以 113 年特約診所家數 6,963 家來看，抽查比例如由 6% 調降至 4%，訪查家數將由 418 家降為 279 家(頁次討 3-28)。為保障病人就醫安全及人員工作安全，建議維持每年抽訪，抽訪比例以 6%-8% 為原則(頁次討 3-7)。
- 三、外展點實地抽訪部分，依計畫規定僅要求新外展點須將考評表函送分區業務組，並於 VPN 上傳外展點相關資料，原外展點並未進行抽訪，考量外展點民眾就醫安全，建議維持實地抽訪。
- 四、查經書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格之院所，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。爰院所因實地訪查不合格者，需追扣費用差額時，應連同外展點申報費用之差額一併扣除。

五、請牙全會補充說明外展點之院所當年提送書面評核資料之期限。

決議：

修訂牙醫門診加強感染管制實施方案對照表 114.02.24

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
113年 牙醫門診加強感染管制實施方案	113年 牙醫門診加強感染管制實施方案	113年牙醫門診加強感染管制實施方案	牙全會說明： 修訂文字：方案已行之有年且執行穩定，未來不需逐年修訂條文，故建議刪除年度。 本署說明： 尊重牙全會修訂意見。
(未修訂)	(未修訂)	一、目的： 本實施方案之目的，在於規範特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。	
(未修訂)	(未修訂)	二、本方案實施方式： (一)宣導教育方面： 1.由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會）開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。 2.由牙醫全聯會製作牙醫院所感染管制 SOP 宣導	

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		資訊，並刊登牙醫全聯會網站予各牙醫院所查詢。	
(未修訂)	(未修訂)	<p>(二)牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引，訂定「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，並於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。</p> <p>(三)特約院所依本方案「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」(附件 1)執行，並依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」(附件 2)自行評分，自評合格者(無項目得 D)，應將考評表函送全民健康保險保險人(以下稱保險人)所轄分區業務組備查，並於次月開始申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費(以下稱感染管制門診診察費)。</p>	
(未修訂)	(未修訂)	<p>三、監控方式</p> <p>(一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。</p> <p>(二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人</p>	

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。	
<p>(三)依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格(任一項目為D)之特約院所，處理原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 屬「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6、10項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額(含外展點)，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理) 	<p>(三)依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格(任一項目為D)之特約院所，處理原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 屬「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6、10項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理) 	<p>(三)依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」實地訪查評估，查為不合格(任一項目為D)之特約院所，處理原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 屬「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6、10項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項目任一項不合格者，則核扣訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理) 	<p>本署說明： 查經書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格之院所，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。爰院所因實地訪查不合格者，應連同外展點申報費用之差額一併扣除。</p>

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，並由保險人分區業務組依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特約管理辦法)主動通知限期改善(期間院所亦可主動申請複查)，期滿後通知院所辦理複查作業，複查仍不合格者或未能配合複查者，持續依前開辦法辦理，直至院所完成改善。</p> <p>4. 複查通過者，自次月起始得再申報感染管制門診診察費(如2月5日通過，則自3月起再申報該項費用)。</p>	<p>3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，並由保險人分區業務組依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特約管理辦法)主動通知限期改善(期間院所亦可主動申請複查)，期滿後通知院所辦理複查作業，複查仍不合格者或未能配合複查者，持續依前開辦法辦理，直至院所完成改善。</p> <p>4. 複查通過者，自次月起始得再申報感染管制門診診察費(如2月5日通過，則自3月起再申報該項費用)。</p>	<p>3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，並由保險人分區業務組依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特約管理辦法)主動通知限期改善(期間院所亦可主動申請複查)，期滿後通知院所辦理複查作業，複查仍不合格者或未能配合複查者，持續依前開辦法辦理，直至院所完成改善。</p> <p>4. 複查通過者，自次月起始得再申報感染管制門診診察費(如2月5日通過，則自3月起再申報該項費用)。</p>	
(未修訂)	(未修訂)	<p>四、感染管制 SOP 審查標準</p> <p>(一)依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。</p> <p>(二)每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分</p>	

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。</p> <p>(三)請依考評表內之評分標準進行查核。</p>	
<p>(四)訪查抽樣比例：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8% 為原則(內含當本年度新申請特約之醫事機構訪查家數)，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後，於特約管理辦法規定應完成審 	<p>(四)訪查抽樣比例：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所進行 2 年 1 次訪查，抽查比例以 4% 6%-8% 為原則(內含當本年度新申請特約之醫事機構訪查家數)，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後，於特約 	<p>(四)訪查抽樣比例：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8% 為原則(內含本年度新申請特約之醫事機構訪查家數)，未訪查過之院所優先辦理訪查。 2. 未申報感染管制門診診察費之院所，由牙醫全聯會及其六區審查分會全面輔導。 3. 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後，於特約管理辦法規定應完成審 	<p>牙全會說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、依據貴我雙方簽訂審查勞務委託契約，僅支付審查費外，本會另需自籌交通、保險、誤餐等支出。 二、方案行之有年且執行穩定，複查後合格率 99%↑。 →建議延長訪查頻率、降低抽訪比例。 <p>本署說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、經統計 113 年牙醫門診感染管制方案實地抽訪結果(附件，頁次討 3-15)，應抽訪家數為 418-557 家(以特約家數 6%-8%計算)，實際抽訪 478 家，不合格家數共 18 家(占率 3.8%)，複查後共 470 家合格。 二、經以 113 年特約家數來看，

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>查時程內進行實地訪查。</p> <p>4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。</p>	<p>管理辦法規定應完成審查時程內進行實地訪查。</p> <p>4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。</p>	<p>查時程內進行實地訪查。</p> <p>4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。</p>	<p>抽查比例如由 6%調降至 4%，訪查家數將由 418 家降為 278 家。</p> <p>三、為保障病人就醫安全及人員工作安全，建議維持每年抽訪，抽訪比例以 6%-8%為原則。</p>
(未修訂)	(未修訂)	<p>五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分；不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。</p>	
<p>六、有關特約院所執行「巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務地點(下稱外展點)」之感染管制：</p> <p><u>(一)自 110 年起，經書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格之院所，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。</u></p> <p><u>(二)</u>依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務</p>	<p>六、有關特約院所執行「巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務地點(下稱外展點)」之感染管制：</p> <p><u>(一)自 110 年起，經書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格之院所，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。</u></p> <p><u>(二)</u>依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務</p>	<p>六、有關特約院所執行「巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務地點(下稱外展點)」之感染管制：</p> <p>(一)依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件 3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服</p>	<p>牙全會說明： 整併條文，將原(三)調整語序，並配合刪除方案年度，同步刪除 113 年上傳時限。</p> <p>本署說明： 請牙全會補充說明院所當年提送書面評核資料之期限。</p>

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>感染管制 SOP 作業細則」(附件 3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)執行。</p> <p><u>(三二)</u> 特約院所至外展點提供牙醫醫療服務之醫師，依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)自行評分，自評合格者(無項目得 X)，應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查，<u>並於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書面評核資料)</u>，由保險人所轄分區業務組進行評核，上傳方式如下：</p> <p><u>1. 巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳：</u></p> <p><u>(1)以每人每點為單位上傳。</u></p> <p><u>(2)共同上傳：</u></p> <p><u>A.醫療團提報符合</u></p>	<p>感染管制 SOP 作業細則」(附件 3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)執行。</p> <p><u>(三二)</u> 特約院所至外展點提供牙醫醫療服務之醫師，依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)自行評分，自評合格者(無項目得 X)，應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查，<u>並於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書面評核資料)</u>，由保險人所轄分區業務組進行評核，上傳方式如下：</p> <p><u>1. 巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳：</u></p> <p><u>(1)以每人每點為單位上傳。</u></p> <p><u>(2)共同上傳：</u></p> <p><u>A.醫療團提報符合</u></p>	<p>務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)執行。</p> <p>(二)特約院所至外展點提供牙醫醫療服務之醫師，依本方案「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)自行評分，自評合格者(無項目得 X)，應將考評表函送保險人所轄分區業務組備查，並於次月開始申報感染管制門診診察費。</p>	

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p><u>共用硬體設備之外展點。</u></p> <p><u>B.執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。</u></p> <p><u>(2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。</u></p> <p><u>(3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。</u></p> <p><u>2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。</u></p> <p><u>3. 院所於上傳外展點感染</u></p>	<p><u>共用硬體設備之外展點。</u></p> <p><u>B.執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。</u></p> <p><u>(2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。</u></p> <p><u>(3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。</u></p> <p><u>2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。</u></p> <p><u>3. 院所於上傳外展點感染管制</u></p>		

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p><u>管制書面評核資料後次月開始申報感染管制門診診察費。</u></p>	<p><u>書面評核資料後次月開始申報感染管制門診診察費。</u></p>		
<p>(三)自110年起，經書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格之院所，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。惟111年特約院所已執行巡迴醫療、特殊醫療之外展點感染管制書面評核作業，如下：</p> <p>1.自評合格者須於113年6月30(含)前，於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書面評核資料)，由保險人所轄分區業務組進行評核，上傳方式如下：</p> <p>(1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳：</p> <p>A.以每人每點為單位上傳。</p> <p>B.共同上傳：</p>	<p>(三)自110年起，經書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格之院所，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。惟111年特約院所已執行巡迴醫療、特殊醫療之外展點感染管制書面評核作業，如下：</p> <p>1.自評合格者須於113年6月30(含)前，於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書面評核資料)，由保險人所轄分區業務組進行評核，上傳方式如下：</p> <p>(1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳：</p> <p>A.以每人每點為單位上傳。</p> <p>B.共同上傳：</p>	<p>(三)自110年起，經書面評核(含複查)審查合格，或新特約院所經感染管制實地訪查合格之院所，始得申請牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務。惟111年特約院所已執行巡迴醫療、特殊醫療之外展點感染管制書面評核作業，如下：</p> <p>1.自評合格者須於113年6月30(含)前，於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)之牙醫院所感染管制評核作業上傳外展點「A.硬體設備方面」相關資料(矯正機關因無法拍攝照片，故無須上傳書面評核資料)，由保險人所轄分區業務組進行評核，上傳方式如下：</p> <p>(1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳：</p> <p>A.以每人每點為單位上傳。</p> <p>B.共同上傳：</p>	<p>牙全會說明： 整併條文</p> <p>本署說明： 尊重牙全會修訂意見。</p>

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>a. 醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。</p> <p>b. 執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。</p> <p>(2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。</p> <p>(3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。</p> <p>2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。</p>	<p>a. 醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。</p> <p>b. 執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。</p> <p>(2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。</p> <p>(3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。</p> <p>2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。</p>	<p>a. 醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。</p> <p>b. 執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。</p> <p>(2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。</p> <p>(3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。</p> <p>2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。</p>	

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>3. 院所未於 113 年 6 月 30 日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定),採實地訪查。</p> <p>4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。</p>	<p>3. 院所未於 113 年 6 月 30 日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定),採實地訪查。</p> <p>4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。</p>	<p>3. 院所未於 113 年 6 月 30 日(含)前上傳外展點感染管制書面評核資料者(郵寄者則以郵戳日認定),採實地訪查。</p> <p>4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送感染管制書面評核資料。</p>	
<p>(四) 院所未<u>上傳外展點感染管制書面評核資料前於 113 年 6 月 30 日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者,自次月 1 日起醫師至該外展點服務時,不得申報感染管制門診診察費,直至實地訪查通過後,於次月起(如 2 月 5 日通過,則自 3 月起再申報該項費用),方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素,至 113 年 6 月 30 日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者,不在此限;並於排除上述不可抗力因素後,重新提送</u></p>	<p>(四) 院所未<u>上傳外展點感染管制書面評核資料前於 113 年 6 月 30 日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者,自次月 1 日起醫師至該外展點服務時,不得申報感染管制門診診察費,直至實地訪查通過後,於次月起(如 2 月 5 日通過,則自 3 月起再申報該項費用),方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素,至 113 年 6 月 30 日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者,不在此限;並於排除上述不可抗力因素後,重新提送</u></p>	<p>(四) 院所未於 113 年 6 月 30 日(含)前提送外展點感染管制書面評核資料者,自次月 1 日起醫師至該外展點服務時,不得申報感染管制門診診察費,直至實地訪查通過後,於次月起(如 2 月 5 日通過,則自 3 月起再申報該項費用),方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素,至 113 年 6 月 30 日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者,不在此限;並於排除上述不可抗力因素後,重新提送感染管制書面評核資料。</p>	<p>牙全會說明： 明確定義院所須於上傳感染管制書面評核資料後,方得申報感管診察費。</p> <p>本署說明： 尊重牙全會修訂意見。</p>

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>感染管制書面評核資料。</p>			
<p>(五) 感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或<u>當年度 12 月 31 日前</u>未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於<u>申請當年度 113 年 12 月 31 日(含)前</u>完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入<u>次 114 年度</u>外展實地訪查<u>優先</u>名單。</p>	<p>(五) 感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於<u>申請當年度 113 年 12 月 31 日(含)前</u>完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入<u>次 114 年度</u>外展實地訪查<u>優先</u>名單。</p>	<p>(五) 感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於 113 年 12 月 31 日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入 114 年度外展實地訪查優先名單。</p>	<p>牙全會意見： 配合刪除方案年度，同步刪除相關年限，修訂為當年度。</p> <p>本署說明： 請牙全會明訂院所提送書面評核資料之期限。</p>
<p>(六) <u>本項訪查抽查比例為 4%，未訪查之院所優先辦理訪查。</u>實地訪查為不合格(任一項目為 X)之外展點，處理原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6 項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯 	<p>(六) 實地訪查為不合格(任一項目為 X)之外展點，處理原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6 項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合 	<p>(六) 實地訪查為不合格(任一項目為 X)之外展點，處理原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 屬「A.硬體設備方面」之第 1、2、4 項目及「B.軟體方面」之第 1、2、6 項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次 	<p>本署說明： 考量外展點民眾就醫安全，建議維持實地抽訪。</p>

修正條文(本署版本)	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。</p> <p>3. 實地訪查不合格者，由保險人分區業務組依特約管理辦法主動通知限期改善(期間院所亦可主動申請複查)，期滿後通知該外展點負責醫師辦理複查作業，複查仍不合格者或未能配合複查者，持續依前開辦法辦理，直至外展點完成改善。</p> <p>4. 複查通過者，自次月起院所至該外展點服務時，始得再申報感染管制門診診察費(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。</p>	<p>格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。</p> <p>3. 實地訪查不合格者，由保險人分區業務組依特約管理辦法主動通知限期改善(期間院所亦可主動申請複查)，期滿後通知該外展點負責醫師辦理複查作業，複查仍不合格者或未能配合複查者，持續依前開辦法辦理，直至外展點完成改善。</p> <p>4. 複查通過者，自次月起院所至該外展點服務時，始得再申報感染管制門診診察費(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。</p>	<p>月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。</p> <p>3. 實地訪查不合格者，由保險人分區業務組依特約管理辦法主動通知限期改善(期間院所亦可主動申請複查)，期滿後通知該外展點負責醫師辦理複查作業，複查仍不合格者或未能配合複查者，持續依前開辦法辦理，直至外展點完成改善。</p> <p>4. 複查通過者，自次月起院所至該外展點服務時，始得再申報感染管制門診診察費(如 2 月 5 日通過，則自 3 月起再申報該項費用)。</p>	
(未修訂)	(未修訂)	七、本方案由保險人公告，併副知全民健康保險會，修訂時亦同。	

附件 1 牙醫院所感染管制 SOP 作業細則

● 每日開診前

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

● 診療開始前

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

● 診療中

- 1.使用洗牙機頭或快速磨牙機頭等會產生飛沫氣霧之器械時，建議使用面罩。
- 2.必要時，提供病人適當防護，以避免殘屑掉入病人眼睛。
- 3.治療過程依感染管制之各項原則，如：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流

程」、「減少飛沫氣霧」等措施執行看診。

註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義如下。

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

● 診療結束病人離開後

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

● 門診結束後

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

● 尖銳物扎傷處理流程

- 1.牙醫院所製訂「尖銳物扎傷處理流程」，平時應全體員工宣導及演練。
- 2.被尖銳物刺傷時，立即進行擠血、沖水、消毒等步驟。
- 3.在診所者，立即報告主管或負責人，並同時迅速至醫院相關科別就診。在

醫院者，立即報告單位主管與感染管制單位，且應於 24 小時內作出處置建議。

- 將尖銳物扎傷事件始末，處理流程、傷者姓名、病人姓名、目擊者、採取措施、治療結果、責任歸屬、善後處理、追蹤檢查、檢討改進等，寫成報告備查，並作為牙醫院所防止尖銳物扎傷事件之教材。

● 牙科醫療廢棄物處理

步驟一：執行前需先考慮下列各項

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

依據上述各項再決定最適合診間之廢棄物作業流程計畫。

步驟二：垃圾分類

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

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

步驟三：不同之貯存容器與規定

- 可燃性感染性廢棄物需放入紅色有蓋垃圾桶內。
- 不可燃性感染性廢棄物需放入黃色有蓋垃圾桶內。
- 若醫療廢棄物送交清運公司焚化處理者，亦可以紅色容器裝不可燃感染性廢棄物。
- 銀汞殘餘顆粒或廢棄 X 光顯、定影溶液屬於毒性醫療廢棄物，需分別裝入特定容器內，必要時可以銀回收機回收，或交由合格清運公司處理。
- 廢棄針頭、刀片等利器需裝入防穿刺特定容器或鐵罐中。
- 可回收之垃圾則依規定作好分類貯存之。

7.一般垃圾則貯存在有蓋之垃圾桶內。

步驟四：垃圾之清除

- 1.委託或交付行政院環境保護署(以下稱環保署)認定之合格感染性事業廢棄物清除機構負責清除診所之可燃及不可燃醫療廢棄物。
- 2.當收集廢棄物之容器約七、八分滿時，即可將廢棄物做包裝貯存的處置，若未達七、八分滿，則每天至少要處置一次。
- 3.若無法每天清除，則需置於5°C以下之醫療廢棄物專用冷藏箱，以七日為期限，或置於攝氏0°C以下冷凍，以30日為限；清運公司將醫療廢棄物置於「收集桶」(清運公司提供厚紙板彎折而成)內清運，並須索取遞聯單，保存備查。
- 4.在巡迴醫療，特殊醫療，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

● 牙科器械消毒及滅菌

一、牙科器械消毒及滅菌原則：

1. 醫療物品依器械/用物與人體組織接觸之感染風險，可分成三大類：

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

註：臨床使用消毒劑分類如下：

- (1) 高層次消毒劑：可用於殺滅非芽孢的微生物，即可殺死細菌的繁殖體、結核菌、黴菌及病毒。常用的消毒劑包括：2%戊乙醛(glutaraldehyde)、6%過氧化氫(hydrogen peroxide)、過醋酸(peracetic acid)、磷苯二甲醛(ortho-phthalaldehyde, OPA)、>1000ppm的次氯酸水溶液(sodium hypochlorite)。
 - (2) 中層次消毒劑：通常用在皮膚消毒或水療池消毒，可殺死細菌的繁殖體、結核菌、部分黴菌、部分親水性病毒及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：10%優碘或碘酒、70-75%(w/v)酒精。
 - (3) 低層次消毒劑：可殺死細菌的繁殖體、部分黴菌及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：酚化合物(phenolics)、四級銨化合物(quaternary ammonium compounds)、氯胍(chlorhexidine gluconate)、較低濃度(一般為100ppm)的次氯酸水溶液。
2. 器械使用完後，初步分類，並浸泡在清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」內，等待清洗。

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

二、蒸氣滅菌：

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

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

4. 滅菌後器械之處置

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

(2) 貯存：

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

三、牙科手機之滅菌流程

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

● 教育及宣導

1. 醫療機構應宣導手部衛生、咳嗽禮儀及適當配戴口罩等，並於明顯處所張貼標示；醫療人員於診療過程中應適時提醒及提供相關防治訊息之衛教服務。
2. 醫療機構應訂有員工保健計畫，提供預防接種、體溫監測及胸部 X 光等必要之檢查或防疫措施；並視疫病防治需要，瞭解員工健康狀況，配合提供必要措施。
醫療機構應訂定員工暴露病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件之預防、追蹤及處置標準作業程序。
3. 醫療機構應訂有員工感染管制之教育訓練計畫，定期並持續辦理防範機構內工作人員感染之教育訓練及技術輔導。
前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。
4. 醫療機構應訂有因應大流行或疑似大流行之虞感染事件之應變計畫，其內容應包含適當規劃病人就診動線，研擬醫護人員個人防護裝備（PPE）及其穿脫程序、不明原因發燒病人處理、傳染病個案隔離與接觸追蹤及廢棄物處理動線等標準作業程序。

附件 2 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

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

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

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

A. 硬體設備方面

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

B. 軟體方面

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

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

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

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：合格 不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽章：

保險人所轄分區業務組陪同人員：

(不參與感染管制 SOP 考評)

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

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

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

一、診療前

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

二、診療中

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

三、垃圾分類

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

四、尖銳物扎傷處理流程：制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。

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

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

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

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

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

A. 硬體設備方面

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

B. 軟體方面

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

註

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

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

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

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：合格 不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽章：

保險人所轄分區業務組陪同人員：

(不參與感染管制 SOP 考評)

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

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

113年院所實地訪查感控結果

分區	特約家數	應訪查家數		實際訪查家數				初訪		複查	
		6%	8%	隨機抽查	新特約	其他	小計	合格	不合格	合格	不合格
臺北	2,696	162	216	87	92	0	179	176	3	3	0
北區	972	58	78	6	36	18	60	57	3	2	1
中區	1,354	81	108	41	38	14	93	88	5	4	1
南區	828	50	66	35	26	2	63	62	1	0	1
高屏區	1,003	60	80	39	30	1	70	64	6	4	2
東區	110	7	9	10	2	1	13	13	0	0	0
合計	6,963	418	557	218	224	36	478	460	18	13	5

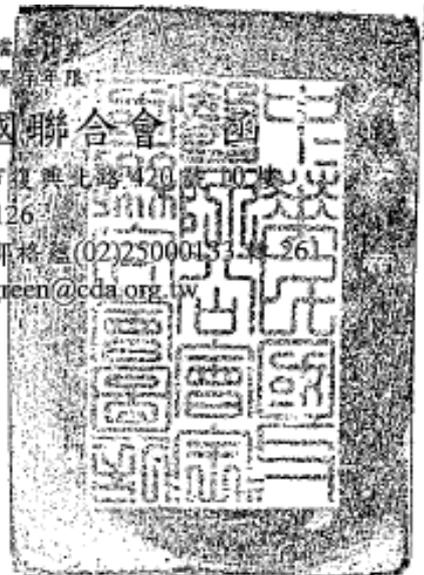
合格率 96.23%

113年院所實地訪查(變更抽訪比例)

分區別	特約家數 (含新設立)	應訪家數			減少家數	
		6%	5%	4%	(6%→5%)	(6%→4%)
臺北	2,696	162	135	107	27	55
北區	972	58	49	38	9	20
中區	1,354	81	68	54	13	27
南區	828	50	41	33	9	17
高屏	1,003	60	50	40	10	20
東區	110	7	6	4	1	3
小計	6,963	418	349	276	69	142

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：邵格慈 (02)25000433 轉 261
電子郵件信箱：green@cda.org.tw



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 5 月 12 日
發文字號：牙全仁字第 02663 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳主旨

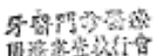
主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 7 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署 

理事長 **江錫仁** 出國

常務理事徐邦賢代行

本案依照分層負責規定
授權  主委決行

客
送

總收文 114 年 5 月 14 日收到
健保醫字 
中央健康保險署
署 1140053513

討論事項第四案

提案單位：社團法人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。

說明：

- 一、依據社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會114年5月12日牙全仁字第02663號函辦理。(討4-41)
- 二、依據「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」(下稱牙醫不足方案)，(二)巡迴計畫：1.執行方式(1)巡迴點醫療服務：除提供本計畫之牙醫服務外，得提供：A.符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該巡迴點應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。故今年度巡迴點若符合特殊計畫規定申請通過後可執行相關業務。
- 三、修訂對照表如附件(頁次討4-2-討4-41)。

本署意見：

本案係配合牙醫不足方案修訂，本署尊重。

決議：

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
一、依據 (未修改)	一、依據 (未修改)	一、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額是像辦理。	
二、目的 (未修改)	二、目的 (未修改)	二、目的 旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。	
三、實施期間 (未修改)	三、實施期間 (未修改)	三、實施期間 114年1月1日至114年12月31日止。	
四、年度執行目標 (未修改)	四、年度執行目標 (未修改)	四、年度執行目標 本計畫以至少達190,000服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務2,000人次)為執行目標。	
五、預算來源 (未修改)	五、預算來源 (未修改)	五、預算來源 (一) 本計畫全年經費為8.559億元，其中8.059億元由114年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另0.5億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。 (二) 本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。	
六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
(未修改)	(未修改)	<p>(一) 適用範圍及支付標準詳如【附件1】，除【附件1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。</p> <p>(二) 申請條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。 2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師2位以上（至少1位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。 3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度oximeter）。 <p>(三) 每點支付金額1元。</p> <p>(四) 申報及審查規定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申報醫療費用時，案件分類請填16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報F4 2. 服務量不列入門診合理量計算。 3. 服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。 <p>(五) 申請程序：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 參與本計畫提供本項牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中 	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下稱保險人)，經各分區業務組核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。</p> <p>2. 保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向保險人提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。</p> <p>3. 審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X光片、治療計畫(包括整個療程費用及時間)，如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。</p> <p>4. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。	
<p>七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：</p> <p>(一) 適用對象須符合下列條件之一：</p> <p>1. 屬肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：</p> <p>(1) 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2-1】，符合資格者會於全民健康保險憑證(以下稱健保卡)中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記1，重度者2，中度者3，</p>	<p>七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：</p> <p>(一) 適用對象須符合下列條件之一：</p> <p>1. 屬肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：</p> <p>(1) 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2-1】，符合資格者會於全民健康保險憑證(以下稱健保卡)中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記1，重度者2，中度者3，</p>	<p>七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：</p> <p>(一) 適用對象須符合下列條件之一：</p> <p>1. 屬肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：</p> <p>(1) 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2-1】，符合資格者會於全民健康保險憑證(以下稱健保卡)中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記1，重度者2，中度者3，</p>	<p>牙全會說明： 依據114年牙醫不足方案，巡迴點符合特殊計畫規定申請通過後可執行相關業務。</p> <p>本署說明： 尊重牙全會修訂意見。</p>

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>輕度者 4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。</p> <p>(2) 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。</p> <p>2. 不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含牙</p>	<p>輕度者 4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。</p> <p>(2) 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。</p> <p>2. 不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含牙</p>	<p>輕度者 4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。</p> <p>(2) 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。</p> <p>2. 不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>醫不足改善方案之巡迴計畫 社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。</p>	<p>醫不足改善方案之巡迴計畫 社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。</p>	<p>區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。</p>	
<p>(未修改)</p>	<p>(未修改)</p>	<p>(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件： **院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請： 3. 初級照護院所 (1) 院所資格： A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。 B. 院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。 (2) 醫師資格： A. 自執業執照取得後滿 1 年</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>以上臨床經驗之醫師。</p> <p>B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。</p> <p>C. 醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。</p> <p>4. 進階照護院所</p> <p>(1) 院所資格：</p> <p>A. 可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。</p> <p>B. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置(Monitor, 包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)、無障礙空間及設施。</p> <p>C. 需 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師。</p> <p>D. 院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p> <p>(2) 醫師資格：</p> <p>A. 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。</p> <p>B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。</p> <p>C. 醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。</p>	
<p>**醫療團牙醫醫療服務</p> <p>1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含 109 年增設 6 家為限)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定，114 年增設 3 家</p>	<p>**醫療團牙醫醫療服務</p> <p>1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含 109 年增設 6 家為限)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定，114 年增設 3 家</p>	<p>**醫療團牙醫醫療服務</p> <p>1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含 109 年增設 6 家為限)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定，114 年增設 3 家</p>	<p>牙全會說明： 同步修訂條文內容。</p> <p>本署說明： 尊重牙全會修訂意見。</p>

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材(含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等)，方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。</p> <p>2. 於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(以下稱牙醫不足改善方案)之<u>巡迴計畫(巡迴點及社區醫療站)</u>，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之<u>巡迴點</u>、社區醫療站應備有<u>可正常操作且堪用的固定式診療椅</u>、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。</p> <p>3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。</p> <p>4. 醫師資格： (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。 (2) 自執業執照取得後滿 1 年以</p>	<p>為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材(含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等)，方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。</p> <p>2. 於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(以下稱牙醫不足改善方案)之<u>巡迴計畫(巡迴點及社區醫療站)</u>，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之<u>巡迴點</u>、社區醫療站應備有<u>可正常操作且堪用的固定式診療椅</u>、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。</p> <p>3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。</p> <p>4. 醫師資格： (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。 (2) 自執業執照取得後滿 1 年以</p>	<p>為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材(含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等)，方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。</p> <p>2. 於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(以下稱牙醫不足改善方案)之社區醫療站，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。</p> <p>3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。</p> <p>4. 醫師資格： (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。 (2) 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。 (3) 每位醫師首次加入本計畫，須</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>上臨床經驗之醫師。</p> <p>(3) 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。</p> <p>(4) 醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。</p> <p>5. 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：</p> <p>(1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務</p>	<p>上臨床經驗之醫師。</p> <p>(3) 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。</p> <p>(4) 醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。</p> <p>5. 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：</p> <p>(1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務</p>	<p>接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。</p> <p>(4) 醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。</p> <p>5. 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：</p> <p>(1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。</p> <p>(2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。</p> <p>(3) 牙醫服務內容及設備： A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔</p>	<p>據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。</p> <p>(2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。</p> <p>(3) 牙醫服務內容及設備： A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔</p>	<p>構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。</p> <p>(2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。</p> <p>(3) 牙醫服務內容及設備： A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。</p> <p>B. 提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。</p>	<p>牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。</p> <p>B. 提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。</p>	<p>介到後送之醫療院所進行。</p> <p>B. 提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。</p>	
<p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。</p> <p>(1) 加成支付：除麻醉項目及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)項目外，其餘屬論量計酬之</p>	<p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。</p> <p>(1) 加成支付：除麻醉項目及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)項目外，其餘屬論量計酬之</p>	<p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。</p> <p>(1) 加成支付：除麻醉項目及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)項目外，其餘屬論量計酬之</p>	<p>牙全會說明： 同步修訂條文內容。</p> <p>本署說明： 尊重牙全會修訂意見。</p>

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>項目得依下列類別加成申報：</p> <p>A. 特定身心障礙者：</p> <p>a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。</p> <p>b. 重度病人得加 9 成。</p> <p>c. 中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人得加 5 成。</p> <p>d. 輕度病人(含失能老人)得加 3 成。</p> <p>B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站)得加 2 成。</p>	<p>項目得依下列類別加成申報：</p> <p>A. 特定身心障礙者：</p> <p>a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。</p> <p>b. 重度病人得加 9 成。</p> <p>c. 中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人得加 5 成。</p> <p>d. 輕度病人(含失能老人)得加 3 成。</p> <p>B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站)得加 2 成。</p>	<p>項目得依下列類別加成申報：</p> <p>A. 特定身心障礙者：</p> <p>a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。</p> <p>b. 重度病人得加 9 成。</p> <p>c. 中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人得加 5 成。</p> <p>d. 輕度病人(含失能老人)得加 3 成。</p> <p>B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含社區醫療站)得加 2 成。</p>	
<p>(未修改)</p>	<p>(未修改)</p>	<p>(2) 本計畫不得併報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、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫。</p> <p>(3) 本計畫得同時申報「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」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>目(P2132B)：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。</p> <p>(4) 氟化物防齲處理(支付標準編號為P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，自閉症、失智症及重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後 90 天內(重度以上病人為 60 天內)，不得再申報 92051B、92072C、P7302C 及 P7102C。</p>	
<p>(5) 醫療團牙醫服務： A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。 B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。</p>	<p>(5) 醫療團牙醫服務： A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。 B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。</p>	<p>(5) 醫療團牙醫服務： A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。 B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。</p>	<p>牙全會說明： 同步修訂條文內容。 本署說明： 尊重牙全會修訂意見。</p>

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>C. <u>牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站</u>牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。</p> <p>D. 特定需求者牙醫醫療服務：</p> <p>a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為P30003），每小時2,400點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以3小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務1人次，服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務（含訪視），合計每日達5人以上，</p>	<p>C. <u>牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站</u>牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。</p> <p>D. 特定需求者牙醫醫療服務：</p> <p>a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為P30003），每小時2,400點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以3小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務1人次，服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務（含訪視），合計每日達5人以上，</p>	<p>C. 社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。</p> <p>D. 特定需求者牙醫醫療服務：</p> <p>a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為P30003），每小時2,400點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以3小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務1人次，服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務（含訪視），合計每日達5人以上，第5人起屬本項服</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。</p>	<p>第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。</p>	<p>務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。</p>	
<p>2. 費用申報之規定： (1) 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下： A. 院所內服務： 非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN B. 醫療團服務： 非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN 精神疾病者：重度以上-FE、中度-Ff 發展遲緩兒童：FX 失能老人：L1 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG</p>	<p>2. 費用申報之規定： (1) 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下： A. 院所內服務： 非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN B. 醫療團服務： 非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN 精神疾病者：重度以上-FE、中度-Ff 發展遲緩兒童：FX 失能老人：L1 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG</p>	<p>2. 費用申報之規定： (1) 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下： A. 院所內服務： 非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ 精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD 發展遲緩兒童：FV 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF 自閉症、失智症：LN B. 醫療團服務： 非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN 精神疾病者：重度以上-FE、中度-Ff 發展遲緩兒童：FX 失能老人：L1 腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG</p>	<p>牙全會說明： 同步修訂條文內容。 本署說明： 尊重牙全會修訂意見。</p>

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>自閉症、失智症：LP 其他具身心障礙證明者： LT</p> <p>C. 特定需求者服務： 極重度FU、重度FZ 自閉症、失智症：LR</p> <p>D. <u>牙醫不足改善方案之巡迴 計畫社區醫療站</u>服務： 非精神疾病者：極重度-L5、 重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度以上-L9、 中度-LA 發展遲緩兒童：LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢 體障礙：LH 自閉症、失智症：LS</p> <p>(2) 執行特定身心障礙者牙醫醫 療服務之院所，請影印下列 證明文件，並黏貼於病歷首 頁，以備查驗：</p> <p>A. 有效之身心障礙手冊（證 明）正反面，若為發展遲 緩兒童應檢附由健康署 委辦之兒童發展聯合評 估中心開具之綜合報告 書(診斷頁)或辦理聯合評 估之醫院開具發展遲緩 診斷證明書影本。</p> <p>B. 屬衛生福利部所屬老人福 利機構(或經衛生福利部 社會及家庭署擇定設置</p>	<p>自閉症、失智症：LP 其他具身心障礙證明者： LT</p> <p>C. 特定需求者服務： 極重度FU、重度FZ 自閉症、失智症：LR</p> <p>D. <u>牙醫不足改善方案之巡迴 計畫社區醫療站</u>服務： 非精神疾病者：極重度-L5、 重度-L6、中度-L7、輕度-L8 精神疾病者：重度以上-L9、 中度-LA 發展遲緩兒童：LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢 體障礙：LH 自閉症、失智症：LS</p> <p>(2) 執行特定身心障礙者牙醫醫 療服務之院所，請影印下列 證明文件，並黏貼於病歷首 頁，以備查驗：</p> <p>A. 有效之身心障礙手冊（證 明）正反面，若為發展遲 緩兒童應檢附由健康署 委辦之兒童發展聯合評 估中心開具之綜合報告 書(診斷頁)或辦理聯合評 估之醫院開具發展遲緩 診斷證明書影本。</p> <p>B. 屬衛生福利部所屬老人福 利機構(或經衛生福利部 社會及家庭署擇定設置</p>	<p>自閉症、失智症：LP 其他具身心障礙證明者： LT</p> <p>C. 特定需求者服務： 極重度FU、重度FZ 自閉症、失智症：LR</p> <p>D. 社區醫療站服務： 非精神疾病者：極重度-L5、 重度-L6、中度-L7、輕度- L8 精神疾病者：重度以上-L9、 中度-LA 發展遲緩兒童：LB 腦傷及脊髓損傷之中度肢 體障礙：LH 自閉症、失智症：LS</p> <p>(2) 執行特定身心障礙者牙醫醫 療服務之院所，請影印下列 證明文件，並黏貼於病歷首 頁，以備查驗：</p> <p>A. 有效之身心障礙手冊（證 明）正反面，若為發展遲 緩兒童應檢附由健康署 委辦之兒童發展聯合評 估中心開具之綜合報告 書(診斷頁)或辦理聯合評 估之醫院開具發展遲 緩診斷證明書影本。</p> <p>B. 屬衛生福利部所屬老人福 利機構(或經衛生福利部 社會及家庭署擇定設置</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。</p> <p>(3) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。</p> <p>(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下:(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)</p> <p>A. 每位醫師支援同一機構每週不超過2診次。如有支援不同機構，每週合計不超過4診次，每月不超過16診次。</p> <p>B. 每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過4萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過4萬點以上者，超過部分不予支付。</p> <p>C. 至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特</p>	<p>口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。</p> <p>(3) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。</p> <p>(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下:(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)</p> <p>A. 每位醫師支援同一機構每週不超過2診次。如有支援不同機構，每週合計不超過4診次，每月不超過16診次。</p> <p>B. 每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過4萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過4萬點以上者，超過部分不予支付。</p> <p>C. 至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特</p>	<p>口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。</p> <p>(3) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。</p> <p>(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下:(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)</p> <p>A. 每位醫師支援同一機構每週不超過2診次。如有支援不同機構，每週合計不超過4診次，每月不超過16診次。</p> <p>B. 每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過4萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過4萬點以上者，超過部分不予支付。</p> <p>C. 至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過150人的單位，每週牙醫排診合計不得超過3診次，150人以上300人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過4診次，300人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診5診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研</p>	<p>特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過150人的單位，每週牙醫排診合計不得超過3診次，150人以上300人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過4診次，300人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診5診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研</p>	<p>特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過150人的單位，每週牙醫排診合計不得超過3診次，150人以上300人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過4診次，300人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診5診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
<p>商議事會議討論通過者除外。)</p> <p>(5) 本計畫服務量不列入分區管 控項目，但仍納入專業審查 範圍。</p> <p>(6) 本計畫服務量不納入門診合 理量計算。</p>	<p>商議事會議討論通過者 除外。)</p> <p>(5) 本計畫服務量不列入分區管 控項目，但仍納入專業審查 範圍。</p> <p>(6) 本計畫服務量不納入門診合 理量計算。</p>	<p>總額研商議事會議討論 通過者除外。)</p> <p>(5) 本計畫服務量不列入分區管 控項目，但仍納入專業審查 範圍。</p> <p>(6) 本計畫服務量不納入門診合 理量計算。</p>	
(未修改)	(未修改)	<p>(四)申請程序：</p> <p>參與本計畫提供特定身心障礙者牙 醫醫療服務之院所、醫療團牙醫醫 療服務等各項申請應檢附相關資料 紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查， 異動時亦同。</p> <p>1. 申請為初級照護院所，應檢附 下列資料：</p> <p>(1) 申請書格式如【附件3】。</p> <p>(2) 身心障礙教育訓練之學分證 明影本。</p> <p>(3) 牙醫師證書正反面影本一份。</p> <p>2. 申請為進階照護院所，應檢附 下列資料：</p> <p>(1) 申請書格式如【附件3】。</p> <p>(2) 2位以上(含負責醫師)醫師 個人學經歷等相關資料紙本 (身分證字號、學經歷、專 長背景及從事相關工作訓練 或經驗說明)。</p> <p>(3) 身心障礙者口腔醫療及保健 推廣計畫書書面紙本及電子 檔各一份，一併提供牙醫全 聯會(包括目前執行及未來</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫)。</p> <p>(4) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p> <p>(5) 牙醫師證書正反面影本一份。</p> <p>3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)</p> <p>(1) 申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：</p> <p>A. 縣市牙醫師公會評估表【附件 6】</p> <p>B. 身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。</p> <p>(2) 每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
(未修改)	(未修改)	<p>(五)相關規範</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。 2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。 3. 院所或醫療團對病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標 	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		準之規定申請事前審查。	
(未修改)	(未修改)	<p>4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：</p> <p>(1) 醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時（包含新增或取消）應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。</p> <p>(2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。</p> <p>(3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。</p> <p>(4) 醫療團至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。</p> <p>(5) 每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。</p> <p>(6) 若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。</p> <p>(7) 就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>歷留存，並依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。</p> <p>(8) 一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。</p> <p>(9) 至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該病人狀況的人陪同就診。</p> <p>(10) 所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。</p> <p>(11) 若病人無法於機構中順利完</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。</p> <p>(12) 耗材應由看診醫師自備。</p> <p>(13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。</p> <p>(14) 病人所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫病人情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。</p> <p>(15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。</p> <p>(16) 執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。</p> <p>(17) 執行全身麻醉時，應以病人安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位病人之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。</p> <p>(18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。</p> <p>(19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。</p> <p>(20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。</p> <p>(21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。</p>	
(未修改)	(未修改)	<p>5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。</p> <p>7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站 (https://www.nhi.gov.tw) 及牙醫全聯會網站 (https://www.cda.org.tw)，俾利民眾查詢就醫。</p> <p>8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。	
八、居家牙醫醫療服務： (未修改)	八、居家牙醫醫療服務： (未修改)	八、居家牙醫醫療服務： (一)醫療服務提供者資格： 1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。 2. 特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。 (二)收案條件：限居住於住家(不含照護機構)且符合下列條件之一者。 1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。 2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。 3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)或發展遲緩兒童等。</p> <p>4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。</p> <p>(三)收案及審核程序：</p> <p>1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務(含訪視)前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。</p> <p>2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。</p>	
(未修改)	(未修改)	<p>(四)照護內容：</p> <p>1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。</p> <p>2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。</p> <p>(五)醫療費用申報、支付及審查原則：</p> <p>1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。</p> <p>2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>估及治療計畫」【附件 16】。</p> <p>3. 醫療費用申報：</p> <p>(1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。</p> <p>(2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。</p> <p>(3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。</p> <p>4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。</p> <p>5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。</p> <p>(六)給付項目及支付標準：</p> <p>1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>2. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)合計每日達 5 人次以上，自第 5 人次起按 6 折支付，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。</p> <p>(七)相關規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。 2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。 3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。 	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<ol style="list-style-type: none"> 4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身分影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。 5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。 6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。 7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。 8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。 9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。 10. 耗材應由醫療院所自備。 11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。 12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。 13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一 	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		<p>個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。</p>	
九、(未修改)	九、(未修改)	<p>九、點值結算方式： (一)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；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。 (二)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。</p>	
十、(未修改)	十、(未修改)	<p>十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第3目「特定身心障礙者」或第4目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。</p>	
十一、(未修改)	十一、(未修改)	<p>十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。</p>	

修正條文	修正條文(牙全會版本)	現行條文	說明
十二、(未修改)	十二、(未修改)	十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。	

【附件 5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 牙醫醫療服務申請書（醫療團）

一、公會別：

二、申請服務單位（全銜）：

三、醫療團負責或代表醫師：_____

四、申請檢附資料：（申請牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站服務僅需檢送縣市公會評估表、牙科診間設備表、後送醫療院所）

縣市公會評估表

服務單位同意函

服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、收容對象名冊及身心障礙類別輕重程度別等

牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率

牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的固定式診療椅（不適用於特定需求者牙醫醫療服務）和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等

醫師服務排班表、 後送醫療院所

五、醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險分區別	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	郵遞區號	院所地址	電話	相關教育訓練 （檢附學分證明）	備註
									<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 新增

六、變更醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險分區別	原申請資料					變更後申請資料				
	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話

*備註：申請變更醫療團醫師名單時，請各縣市公會或申請單位函文向本會提出變更，待保險人分區業務組核定變更作業程序完成後得執行之。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：邵格慈(02)25000133 轉 261
電子郵件信箱：green@cda.org.tw



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 5 月 12 日

發文字號：牙全仁字第 02663 號

速別：

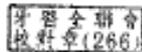
密等及解密條件或保密期限：

附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 7 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長 **江錫仁** 出國

常務理事徐邦賢代行

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

寄發

總收文 114 年 5 月 14 日收到
健保醫字

中央健康保險署
署 1140053513

討論事項第五案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂114年度「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)」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

說明：

一、為持續檢討牙醫門診品保方案之專業醫療服務品質指標，本署彙整114年度修正建議說明如下(附件1，頁次討5-2頁)：

(一)「牙體復形同牙位再補率-1年以內」指標參考值由「<2.5%」調整為「<1%」。

(二)「牙體復形同牙位再補率-2年以內」指標參考值由「<4.6%」調整為「<1%」。

(三)「牙齒填補保存率-一年以內」、「牙齒填補保存率-二年以內」、「牙齒填補保存率-恆牙二年以內」、「牙齒填補保存率-乳牙一年六個月以內」、「同院所九十日以內根管治療完成率」、「恆牙根管治療六個月以內保存率」、「六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率」、「院所牙醫門診加強感染管制實施方案診察費申報率」、「牙周病統合治療方案後之追蹤治療率」等9項指標參考值由「以最近3年全國平均值 $\times(1-10\%)$ 」調整為「以最近3年全國平均值 $\times(1-5\%)$ 」。

(四)參考值調整試算結果如附件2(頁次討5-3)。

二、擬具本案修訂「附表 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)」(附件3，頁次討5-6)。

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：

114 年「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」
專業醫療服務品質指標 修訂意見彙整表

附件 1

編號	修訂 /新增	建議修訂 單位	指標項目	原方案	修正草案	建議 修訂說明
1	<input checked="" type="checkbox"/> 修訂 <input type="checkbox"/> 新增	社團法人 中華民國 牙醫師公 會全國聯 合會	1. 牙體復形同牙位再補率-1年以內	參考值：<2.5%	參考值：< 2.5% 1%	牙全會 113 年 11 月 7 日牙全仁字第 01919 號函建議修訂 指標參考值。
			2. 牙體復形同牙位再補率-2年以內	參考值：<4.6%	參考值：< 4.6% 1%	
			3. 牙齒填補保存率-一年以內	參考值：以最近 3 年全國 平均值×(1-10%)作為參考 值	參考值：以最近 3 年全 國平均值× (1-10%)(1- 5%) 作為參考值	
			4. 牙齒填補保存率-二年以內			
			5. 牙齒填補保存率-恆牙二年以內			
			6. 牙齒填補保存率-乳牙一年六個月以內			
			7. 同院所九十日以內根管治療完成率			
			8. 恆牙根管治療六個月以內保存率			
			9. 六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率			
			10. 院所牙醫門診加強感染管制實施方案診察費申報率			
			11. 牙周病統合治療方案後之追蹤治療率			

113 年第 3 季 牙醫總額醫療品質資訊指標 參考值試算

指標	指標名稱(編號)	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署	指標方向	監測結果															
										現行參考	臺	北	中	南	高	東	全	試算	臺	北	中	南	高	東	全
										值 ^{說明二}	北	區	區	區	屏	區	署	調整參考值 ^{說明三}	北	區	區	區	屏	區	署
1	牙體復形同牙位再補率-1年以內(38)	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	負向	<2.5%	○	○	○	○	○	○	○	<1%	○	○	○	○	○	○	○
2	牙體復形同牙位再補率-2年以內(39)	0.22%	0.23%	0.16%	0.33%	0.45%	0.55%	0.27%	負向	<4.6%	○	○	○	○	○	○	○	<1%	○	○	○	○	○	○	○
3	牙齒填補保存率-1年以內(225)	98.77%	98.56%	98.41%	98.40%	98.23%	97.63%	98.51%	正向	≥88.58%	○	○	○	○	○	○	○	≥93.50%	○	○	○	○	○	○	○
4	牙齒填補保存率-2年以內(226)	96.56%	96.51%	96.31%	95.57%	94.97%	94.39%	96.05%	正向	≥85.79%	○	○	○	○	○	○	○	≥90.56%	○	○	○	○	○	○	○
5	牙齒填補保存率-恆牙2年以內(1173)	96.29%	96.10%	96.16%	95.52%	94.65%	93.95%	95.82%	正向	≥86.19%	○	○	○	○	○	○	○	≥90.98%	○	○	○	○	○	○	○
6	牙齒填補保存率-乳牙1年6個月以內(1175)	93.83%	93.74%	93.30%	90.59%	88.10%	87.27%	92.15%	正向	≥82.79%	○	○	○	○	○	○	○	≥87.39%	○	○	○	○	○	<	○

指標	指標名稱(編號)	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署	指標方向	監測結果																
										現行參考值 ^{說明二}	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署	試算調整參考值 ^{說明三}	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署	
7	同院所 90 日以內 根管治療完成率 (227)	91.72%	92.73%	94.81%	92.08%	92.47%	94.42%	92.70%	正向	≥83.29%	○	○	○	○	○	○	○	○	≥87.92%	○	○	○	○	○	○	○
8	恆牙根管治療 6 個 月以內保存率 (1177)	98.62%	98.59%	98.56%	98.65%	98.38%	98.42%	98.56%	正向	≥88.73%	○	○	○	○	○	○	○	○	≥93.66%	○	○	○	○	○	○	○
9	12 歲以上牙醫就 醫病人全口牙結石 清除率(3233 季、 3234 年)	61.49%	59.44%	59.92%	57.52%	59.09%	56.46%	60.29%	正向	≥52.09%	○	○	○	○	○	○	○	○	本次不調整參考值							
10	6 歲以下牙醫就醫 兒童牙齒預防保健 服務人數比率 (1747 季、1748 年)	73.63%	76.95%	69.98%	73.98%	73.33%	90.78%	74.17%	正向	≥67.08%	○	○	○	○	○	○	○	○	≥70.08%	○	○	<	○	○	○	○
11	院所牙醫門診加強 感染管制實施方案 診察費申報率(813 季、814 年)	98.87%	99.29%	99.50%	99.53%	99.52%	99.22%	99.23%	正向	≥89.21%	○	○	○	○	○	○	○	○	≥94.17%	○	○	○	○	○	○	○

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

附件 3

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					
牙體復形同牙位再補率- 一年以內	每季 每年	≤2.5% <1%	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% <1%			

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- 一年以內	每季 每年	以最近3年全國平均值 $\times(\pm 10\%) (1-5\%)$ 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。 2. 公式說明：
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 $\times(\pm 10\%) (1-5\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤 1 年或 2 年（365 天或 730 天）內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※排除「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※費用年月介於 9001~9306 間，因無「前牙三面複合樹脂充填」醫令，故院所以 89004C 併 89005C 申報，因此同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報 89004C 及 89005C 則不算重補，不計入分子。 3. 指標計算：1 - (分子 / 分母)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
同院所九十日以內根管治療完成率	每季 每年	以最近3年全國平均值 $\times(\pm 10\%)$ (1-5%) 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： 分子：以分母之牙位追蹤其 3 個月（90 天）內於同院所執行根管治療單根(90001C)、雙根(90002C)、三根以上(90003C)、恆牙根管治療(四根)(90019C)、恆牙根管治療(五根(含)以上)(90020C)、乳牙根管治療(90016C)、乳牙多根管治療(90018C)之牙位數。 分母：依同院所同病患同牙位歸戶，統計執行根管開擴及清創(90015C)之牙位數。</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 $\times(1-10\%)$ 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： 分子：當季 12 歲（含）以上就醫人口中執行牙結石清除—全口醫令之人數。 分母：當季 12 歲（含）以上就醫人數。 ※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 $\times(\pm 10\%)$ (1-5%) 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 $\times(\pm 10\%)$ (1-5%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子定義：申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費的院所數 2. 分母定義：申報總院所數 3. 指標計算：分子 / 分母
執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率	每年 (每年最後一季)	以最近3年全國平均值 $\times(1-10\%)$ 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 (±10%) (1-5%) 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： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤 2 年(730 天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。</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 (±10%) (1-5%) 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： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤1年半(545天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。</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×(±10%) (1-5%) 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-(分子/分母)]×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=(申請點數-核定點數)/醫療費用點數 分子：(申請點數-核定點數)。 分母：醫療費用點數。 3.指標計算：(分子/分母)×100%。
牙周病統合治療方案後之追蹤治療率	每季 每年	以最近3年全國平均值×(±10%) (1-5%) 作為參考值	資料分析	保險人	1.公式說明： 分子：當年(季)度 91023C 執行人數往後追蹤一年接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。 分母：牙周病統合治療第三階段支付 91023C 執行人數。 2.指標計算：(分子/分母)×100%。
三歲兒童早發性幼兒齲齒盛行率	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	≤75%	資料分析	主管機關	早發性幼兒齲齒(Early childhood caries, ECC)定義：出現於71個月前兒童任何一面或以上的乳牙有齲齒(有或無窩洞)、缺失(因齲齒)或填補者。
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	≤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	≤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。

指標項目		時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
十二歲兒童齲齒指數		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(caries experience index, deft index/DMFT index)：牙齒齲齒齒數、因齲齒而拔牙齒數與填補齒數之牙齒數之總和，以DMFT index或deft index表示之，DMFT index 表示恆牙，deft index則表示乳牙。 數值愈表示大，表示齲齒情形嚴重。 deft index = dt+et+ft / DMFT index = DT+MT+FT
三十五歲至四十四歲人口社區牙周治療需求指數	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