



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 114 年第 3 次研商議事會議

114 年 8 月 26 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 3 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)

PDF 頁碼

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1	13
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1	18
三、114 年第 1 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1	38
四、113 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告案。	報 4-1	76
五、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫通則三、轉診醫師資格迄日訂定案。	報 5-1	91
六、有關「根管治療使用顯微鏡」納入醫療科技評估(HTA),請依本署申報規定正確申報虛擬醫令代碼「N21908」。	報 6-1	104

肆、 討論事項

一、修訂「牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標及保留款機制作業方案」案。	討 1-1	117
二、有關丹娜絲颱風造成之損害補償方案。	討 2-1	131
三、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 3-1	133
四、修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」案。	討 4-1	149

伍、 臨時動議

陸、 散會

貳、前次會議紀錄確認

確認前次(第 2 次)研商議事會議紀錄(不宣讀)。

說 明：

- 一、本紀錄業以本(114)年 6 月 20 日健保醫字第 1140662966 號函送委員在案，並於同日上網公開。
- 二、討論事項第三案：「修訂牙醫門診加強感染管制實施方案」(頁次 7)，決議第二點修正文字為「院所經依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」查為不合格，是否核扣外展點感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額一節，牙全會建議由分區共管會議討論決定。」。

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

114 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 5 月 27 日 14 時整

地點：中央健康保險署 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)	許代表慧瑩	許慧瑩
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	吳迪	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表明彥	吳明彥	楊代表文甫	楊文甫
李代表口榮	李口榮	葉代表育敏	葉育敏
季代表麟揚	季麟揚	蔡代表佩龍	蔡佩龍
林代表俊彬	林俊彬	蔡代表欣原	蔡欣原
林代表鎰麟	林鎰麟	蔡代表建宗	李俊億(代)
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表爾輝	蔡爾輝
洪代表怡育	洪怡育	蔡代表蕙如	蔡蕙如
范代表景章	蕭彰銘(代)	鄭代表力嘉	鄭力嘉
徐代表邦賢	徐邦賢	簡代表志成	簡志成
翁代表德育	翁德育	羅代表文良	羅文良
張代表育超	張文炳(代)	羅代表界山	羅界山
張代表禹斌	張禹斌	蘇代表主榮	蘇主榮

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、張嘉云
(以下稱健保會)	
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、 潘佩筠、施奕含
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
台灣醫院協會	吳昱嫻、申哲、賴彥伶
	楊智涵
本署臺北業務組	宋兆喻*、邱玲玉*、徐慕容*
本署北區業務組	楊淑娟*、謝明珠*、黃毓棠*
	林耿揚*
本署中區業務組	楊惠真*、王奕晴*、林裕能*
	戴秀容*、柯依鳳*、陳蕙歆*
	廖錦善*
本署南區業務組	何尹琳*、賴文琳*、林聖哲*
	盧靜宜*、秦莉英*、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	劉翠麗*、鄭婷婷*
本署醫審及藥材組	賴秋伶、涂奇君、朱沛語、 陳亞其、陳力瑄
本署企劃組	陳泰諭
本署醫務管理組	賴彥壯、洪于淇、陳怡蓓、 王智廣、李羿萱、張容慈、

張祐禎、李珮芳、許洋騰、
廖慈珊、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：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、下列 2 項繼續列管，其餘解除列管。

(一) 序號 2「修訂」全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」：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)」之適應症。

(二) 序號 6「修訂『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』」。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。

決定：

一、113 年第 4 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
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

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則」案。

說明：

- 一、配合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，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。
- 二、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：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，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。
- 三、藥局每點暫付、核付金額計算方式如下：
 - (一)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
 - (二)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。
 - (三)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。
- 四、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。

決定：洽悉。

參、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」案，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件1，修訂重點如下：

- 一、本會議代表不得具有民意代表身分。
- 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。

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。

決議：本案修訂通過如附件2，修訂重點如下：

- 一、配合 114 年方案巡迴計畫開放巡迴點「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」及全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫開放通訊診療服務，增修相對應之申報規定。
- 二、增修方案巡迴計畫之巡迴點/社區醫療站提供牙醫特殊計畫之身心障礙者牙醫醫療服務之設備需求，應備有「可正常操作且堪用的固定式診療椅」。

附帶事項：

- 一、牙全會所提執行牙周病統合治療人次是否可計入本方案巡迴服務每月就診人次計算之疑義，本署將洽各分區業務組確認現行做法後，據以研議一致性規定。
- 二、另針對牙全會建議調升巡迴醫療服務一級地區之論次支付點數，為鼓勵偏鄉醫療人力投入，本署原則同意，惟為確保計畫預算執行無虞，請醫務管理組於會後將試算結果與牙全會討論，

確認費用影響未超出預算額度後，依程序併入本次修訂。

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。

決議：

- 一、申報感染管制門診診察費院所維持每年實地訪查，訪查抽樣比例調整為 4%-6%。
- 二、院所經~~執行牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務~~，依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」查為不合格，是否核扣外展點感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額一節，牙全會建議由分區共管會議討論決定。
- 三、外展點之訪查另行討論。

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。

決議：本案修訂通過如附件 3，修訂重點如下：

- 一、依據 114 年牙醫不足方案，巡迴點符合牙醫特殊計畫規定申請通過後可執行相關業務。
- 二、執行本項計畫之巡迴點、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，並須經牙全會審核通過。

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」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：本項指標修訂係由牙全會建議，惟會上代表有不同意見，請牙全會攜回研議後再提案討論。

肆、散會：16 時 14 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 8 項，擬解除列管計 8 項，繼續列管計 0 項

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
1	113_3_討(2)：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、修正診療項目說明及規定事項。 二、新增支付標準 92131B「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及 92132B「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」，另本案之適應症請牙全會依程序修訂於牙醫醫療費用審查注意事項。 三、於醫療服務成本指數改變率預算額度(9.99 億元)下調升牙醫支付標準。 四、有關「非齒源性口腔疼痛處置」項目預期效益之評估指標「病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成」一節，因本署無疼痛分數相關數據，本指標由牙全會自行評估報健保會。 五、本案依程序提案至 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 次討論。 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。 二、衛生福利部業於 114 年 4 月 22 日以衛部保字第 1141260181 號令公布在案。 三、本署預計於 114 年 6 月提健保會報告。	一、除項次二外，其餘各項皆於前次(114 年第 2 次)會議解除列管。 二、項次二辦理情形： (一)支付標準項目新增 92131B 及 92132B，業提至 114 年 3 月 26 日健保會委員會議報告，並經衛生福利部 114 年 4 月 22 日衛部保字第 1141260181 號令公告。 (二)非齒源性口腔疼痛處置項目之適應症，業納入本署 114 年 4 月 22 日健保審字第 1140670703 號令公告之全民健康保險醫療費用審查注意事項，並依程序提至 114 年 6 月 25 日健保會委員會議報告。	☒	☐

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
2	114_1_討(3)：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。	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。	本案業依程序提至 114 年 7 月 24 日健保會委員會議報告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	114_2_報(4)：修訂「各交付機構每點暫付及核定金額訂則」案。	一、配合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，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。 二、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：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，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。 三、藥局每點暫付、核付金額計算方式如下： (一) 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	一、本案業於 114 年 7 月 9 日健保醫字第 1140114582 號公告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。 二、前開原則業已明訂藥局暫付、核定之計算方式，及藥局平均點值、浮動點值之計算方式。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		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。 (二) 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。 (三) 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。 四、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。			
4	114_2_討(1)：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」。	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、本會議代表不得具有民意代表身分。 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。	本案業於114年6月26日以健保醫字第1140663143號公告。	☒	☐ 繼續列管
5	114_2_討(2)：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」。	一、本案修訂通過，修訂重點如下： (一) 配合114年方案巡迴計畫開放巡迴點「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」及全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫開放通訊診療服務，增修相對應之申報規定。 (二) 增修方案巡迴計畫之巡迴	一、本案業於114年7月9日以健保醫字第1140114716號公告修正。 二、另就附帶事項辦理情形說明如下： (一) 牙周病統合治療人次是否可計入本方案巡迴服務每月就診人次計算之疑義：經洽分區業務組確認，現行方案及各分區業務組作	☒	☐ 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	
		點/社區醫療站提供牙醫特殊計畫之身心障礙者牙醫醫療服務之設備需求，應備有「可正常操作且堪用的固定式診療椅」。 二、附帶事項： (一)牙全會所提執行牙周病統合治療人次是否可計入本方案巡迴服務每月就診人次計算之疑義，本署將洽各分區業務組確認現行做法後，據以研議一致性規定。 (二)另針對牙全會建議調升巡迴醫療服務一級地區之論次支付點數，為鼓勵偏鄉醫療人力投入，本署原則同意，惟為確保計畫預算執行無虞，請醫務管理組於會後將試算結果與牙全會討論，確認費用影響未超出預算額度後，依程序併入本次修訂。	法皆已將牙周病統合治療人次計入診療人次，爰無須修訂方案。 (二)調升巡迴醫療服務一級地區之論次支付點數：經試算提升論次支付點數之財務影響，並牙全會確認，該修訂並未超出預算額度，已併同納入本次方案修訂並公告。		
6	114_2_討(3)：修訂「牙醫門診加強感染管方案」。	一、申報感染管制門診診察費院所維持每年實地訪查，訪查抽樣比例調整為 4%-6%。 二、院所經依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」查為不合格，是否核扣外展點感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額一節，牙全會建議由分區共管會議討論決定。 三、外展點之訪查另行討論。	一、牙全會於 114 年 5 月 29 日以電子郵件檢送修訂方案。 二、已列入本次會議討論事項第四案，建議解除列管。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管
7	114_2_討(4)：修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總	本案修訂通過，修訂重點如下： 一、依據 114 年牙醫不足方案，巡迴點符合牙醫特殊計畫規定申請通過後可執行相關業務。 二、執行本項計畫之巡迴點、社區	本案業於 114 年 7 月 1 日以健保醫字第 1140663179 號公告在案。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
	額特殊醫 療服務計 畫」。	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，並須經牙全會審核通過。			
8	114_2_討 (5)：「全 修訂健康保 民險牙醫門 診總額支 付制度品 質確保方 案」之醫 療服務品 質指標。	本案指標修訂係由牙全會建議，惟會上代表有不同意見，請牙全會攜回研議後再提案討論。	一、牙全會已於 114 年 8 月 12 日提案。 二、已列入本次會議討論事項第三案，建議解除列管。	☒ 解除列管	☐ 繼續列管

決 定：

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案（詳附件）。

決定：

牙醫門診總額 【執行概況報告】

行政院衛生福利部
中央健康保險署



1

大綱

- 01 114年第2季點值預估
- 02 114年第2季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 114年第2季牙周病統合照護執行情形
- 04 114年第1季牙醫總額各專款執行情形

2

114年第2季點值預估

01 點值預估假設

02 114年第2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2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2季	臺北	4,563	0	42	4,750	0.9487	0.9521
	北區	2,039	0	17	1,941	1.0384	1.0413
	中區	2,226	0	19	2,143	1.0293	1.0294
	南區	1,538	0	14	1,432	1.0627	1.0641
	高屏	1,691	0	13	1,601	1.0461	1.0478
	東區	236	0	2	192	1.2322	1.2150
	合計	12,293	0	108	12,059	1.0105	1.0104

註：113Q2結算全國浮動點值為0.9674、平均點值為0.9677。

5

114年第2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6月-114年6月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110年6月	2,626	894	1,318	814	1,006	112	6,770	0.34%
111年6月	2,635	911	1,315	815	1,007	111	6,794	0.35%
112年6月	2,673	937	1,335	812	1,002	109	6,868	1.09%
113年6月	2,681	952	1,347	823	1,005	109	6,917	0.71%
114年6月	2,714	975	1,354	831	997	110	6,981	0.93%
增減家數	33	23	7	8	-8	1	64	
成長率	1.2%	2.4%	0.5%	1.0%	-0.8%	0.9%	0.9%	

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6月-114年6月

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110年6月	6,468	2,181	2,785	1,663	2,152	212	15,461	2.3%
111年6月	6,548	2,255	2,814	1,677	2,220	213	15,727	1.7%
112年6月	6,655	2,326	2,888	1,709	2,249	216	16,043	2.0%
113年6月	6,745	2,385	2,957	1,768	2,252	221	16,328	1.8%
114年6月	6,835	2,480	3,056	1,809	2,257	218	16,655	2.0%
增減人數	90	95	99	41	5	-3	327	
成長率	1.3%	4.0%	3.3%	2.3%	0.2%	-1.4%	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6月-114年6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6月	1,201	798	260	13,202	15,461	-0.5%	3.1%	8.8%	2.4%
111年6月	1,200	795	280	13,452	15,727	-0.1%	-0.4%	7.7%	1.9%
112年6月	1,194	788	264	13,797	16,043	-0.5%	-0.9%	-5.7%	2.6%
113年6月	1,290	666	254	14,118	16,328	8.0%	-15.5%	-3.8%	2.3%
114年6月	1,319	648	256	14,432	16,655	2.2%	-2.7%	0.8%	2.2%
增減人數	29	-18	2	314	327				

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2季

單位：千人

年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110Q2	1,291	603	791	532	635	69	3,893	-14.5%
111Q2	1,480	682	879	580	689	69	4,348	11.7%
112Q2	1,812	814	1,017	658	792	83	5,137	18.2%
113Q2	1,871	847	1,044	673	811	84	5,293	3.0%
114Q2	1,917	871	1,071	689	830	86	5,429	2.6%
增減人數	46	24	27	16	19	2	136	
成長率	2.5%	2.8%	2.6%	2.4%	2.3%	2.2%	2.6%	

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2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	328	4.0%	3.7%	565,699	7.7%	4.2%	1,727	3.6%
2區域醫院	243	-3.0%	2.7%	430,376	0.5%	3.2%	1,771	3.6%
3地區醫院	122	2.3%	1.4%	204,736	3.8%	1.5%	1,679	1.5%
4基層診所	8,158	1.0%	92.2%	12,135,162	2.9%	89.9%	1,488	1.8%
5交付機構	-	-	-	166,396	-0.9%	1.2%	-	-
合計	8,850	1.0%		13,502,369	2.9%		1,526	1.9%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：本表以各醫院114年6月當下之層級歸類。

11

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 114年第2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	3,103	1.2%	1,917	2.5%	1.62	-1.3%	4,733,673	2.7%	1,526	1.5%
北區	1,404	1.7%	871	2.8%	1.61	-1.1%	2,155,741	3.4%	1,536	1.6%
中區	1,711	1.0%	1,071	2.6%	1.60	-1.5%	2,680,662	3.5%	1,567	2.5%
南區	1,129	0.7%	689	2.4%	1.64	-1.7%	1,710,795	3.0%	1,515	2.4%
高屏	1,362	0.4%	830	2.3%	1.64	-1.9%	1,981,694	1.9%	1,455	1.5%
東區	142	0.9%	86	2.2%	1.63	-1.3%	239,805	4.6%	1,692	3.6%
合計	8,850	1.0%	5,429	2.6%	1.63	-1.5%	13,502,369	2.9%	1,526	1.9%

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2季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	29	16.4%	5,692	18.7%	200	1.9%
2.牙醫急診	4	1.8%	9,731	4.8%	2,474	3.0%
3.牙醫門診手術	14	2.8%	47,558	4.2%	3,348	1.4%
4.無牙醫鄉服務	49	3.5%	82,701	6.4%	1,704	2.8%
5.牙醫特殊醫療	54	7.5%	206,825	16.9%	3,844	8.8%
6.其他專案	8,701	0.9%	12,983,466	2.8%	1,492	1.8%
7.交付機構	-	-	166,396	-0.9%	-	0.0%
合計	8,850	1.0%	13,502,369	2.9%	1,526	1.9%

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2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	-77.6%	9	-47.4%	4	-81.1%
2.牙醫急診	7,789	9.0%	1,848	-8.9%	61	-43.1%
3.牙醫門診手術	31,064	9.8%	14,192	-4.3%	1,903	-11.0%
4.無牙醫鄉服務	425	31.1%	1,087	28.4%	2,859	34.5%
5.牙醫特殊醫療	46,817	12.1%	22,457	10.2%	12,831	15.7%
6.其他專案	479,605	7.1%	390,782	0.2%	187,077	2.9%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-
合計	565,699	7.7%	430,376	0.5%	204,736	3.8%

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2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)	5,678	19.4%	-	-	5,692	18.7%
2.牙醫急診	33	>100%	-	-	9,731	4.8%
3.牙醫門診手術	399	6.2%	-	-	47,558	4.2%
4.無牙醫鄉服務	78,331	5.2%	-	-	82,701	6.4%
5.牙醫特殊醫療	124,719	20.3%	-	-	206,825	16.9%
6.其他專案	11,926,002	2.7%	-	-	12,983,466	2.8%
7.交付機構	-	-	166,396	-0.9%	166,396	-0.9%
合計	12,135,162	2.9%	166,396	-0.9%	13,502,369	2.9%

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。

註3：113Q2一般案件(簡表)基層診所成長率-9.5%；牙醫特殊醫療成長率32.8%。

註4：113Q2牙醫急診基層診所申報醫療費用點數1,939點，成長率18.3%。

15

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】



◆ 114年第2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	2,264	24.3%	4,111	0.5%	11,193	-1.2%	7,553	4.5%
北區	1,237	40.6%	214	-19.8%	4,562	13.4%	5,727	6.9%
中區	573	11.8%	2,299	70.4%	11,035	-2.5%	21,513	10.4%
南區	820	-6.6%	1,502	-6.1%	6,876	12.9%	15,214	2.3%
高屏	770	15.4%	1,285	-23.5%	10,836	3.4%	20,450	5.8%
東區	27	-26.8%	320	6.8%	3,055	27.7%	12,245	6.8%
合計	5,692	18.7%	9,731	4.8%	47,558	4.2%	82,701	6.4%

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2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	62,940	16.0%	4,589,946	2.6%	55,666	-1.4%	4,733,673	2.7%
北區	32,881	11.1%	2,082,800	3.3%	28,321	0.3%	2,155,741	3.4%
中區	45,693	19.1%	2,565,621	3.3%	33,928	-0.6%	2,680,662	3.5%
南區	23,109	26.2%	1,642,124	2.8%	21,149	-0.6%	1,710,795	3.0%
高屏	33,726	16.0%	1,890,548	1.7%	24,078	-1.5%	1,981,694	1.9%
東區	8,476	16.8%	212,427	3.9%	3,255	-2.7%	239,805	4.6%
合計	206,825	16.9%	12,983,466	2.8%	166,396	-0.9%	13,502,369	2.9%

註：成長率係與前一年同期比較。

17

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】



◆ 114年第2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	37,494	0.4%	27,864	-1.5%	1,165,872	1.1%
北區	17,089	0.3%	13,573	-0.8%	531,240	1.5%
中區	21,222	0.3%	17,025	-1.4%	651,191	1.1%
南區	14,367	0.3%	10,983	-1.0%	419,408	1.3%
高屏	14,443	-1.4%	12,155	-2.1%	498,306	0.8%
東區	2,423	3.0%	1,752	-0.8%	54,984	2.3%
總計	107,037	0.1%	83,351	-1.4%	3,321,002	1.2%

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2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	3,502,216	3.3%	227	-3.2%	4,733,673	2.7%
北區	1,593,813	4.1%	26	-6.3%	2,155,741	3.4%
中區	1,990,842	4.4%	383	84.3%	2,680,662	3.5%
南區	1,265,882	3.7%	155	0.5%	1,710,795	3.0%
高屏	1,456,737	2.4%	52	-27.0%	1,981,694	1.9%
東區	180,621	5.4%	26	49.0%	239,805	4.6%
總計	9,990,111	3.6%	868	21.9%	13,502,369	2.9%

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2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	9,048	10.1%	3,623	1.9%	129,742	5.7%
區域醫院	5,094	-3.1%	2,934	-4.4%	96,624	-1.6%
地區醫院	1,475	-7.0%	1,248	-3.4%	45,743	3.3%
基層診所	318	-3.1%	254	-1.7%	3,048,892	1.0%
交付機構	91,103	-0.5%	75,292	-1.4%	-	-
總計	107,037	0.1%	83,351	-1.4%	3,321,002	1.2%

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2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	422,686	8.3%	600	39.1%	565,699	7.7%
區域醫院	325,481	1.3%	242	-3.3%	430,376	0.5%
地區醫院	156,244	4.1%	25	-17.2%	204,736	3.8%
基層診所	9,085,699	3.5%	-	-	12,135,162	2.9%
交付機構	-	-	0.7	614.9%	166,396	-0.9%
總計	9,990,111	3.6%	868	21.9%	13,502,369	2.9%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：「特材小計」：交付機構 113年第2季申報94點；114年第2季申報672點，成長率614.9%。

21

114年第2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6月)	2,714	975	1,354	831	997	110	6,981
成長率	1.2%	2.4%	0.5%	1.0%	-0.8%	0.9%	0.9%
醫師數 (114年6月)	6,835	2,480	3,056	1,809	2,257	218	16,655
成長率	1.3%	4.0%	3.3%	2.3%	0.2%	-1.4%	2.0%
人口數 (千)	7,467	3,935	4,554	3,249	3,618	523	23,347
人口數 (成長率)	-0.69%	0.66%	-0.11%	-0.47%	-0.45%	-0.66%	-0.28%
每位醫師照護人口數	1,093	1,587	1,490	1,796	1,603	2,400	1,402
每萬人口醫師數	9.15	6.30	6.71	5.57	6.24	4.17	7.13
申報件數 (千)	3,103	1,404	1,711	1,129	1,362	142	8,850
成長率	1.2%	1.7%	1.0%	0.7%	0.4%	0.9%	1.0%
申報醫療費用 (百萬)	4,734	2,156	2,681	1,711	1,982	240	13,502
成長率	2.7%	3.4%	3.5%	3.0%	1.9%	4.6%	2.9%
平均每件申報醫療費用點數	1,526	1,536	1,567	1,515	1,455	1,692	1,526
成長率	1.5%	1.6%	2.5%	2.4%	1.5%	3.6%	1.9%

註1：人口數來源為114年6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4-6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2季費用成長因素



- ❖ 整體醫療點數成長(2.9%)，東區成長(4.6%)最高。
- ❖ 就醫件數：全區成長(1.0%)，北區成長(1.7%)最高。
- ❖ 就醫人數：全區成長(2.6%)，北區成長(2.8%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-1.5%)，高屏負成長(-1.9%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(1.9%)，東區成長(3.6%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(0.4%)，東區成長(2.3%)最高。

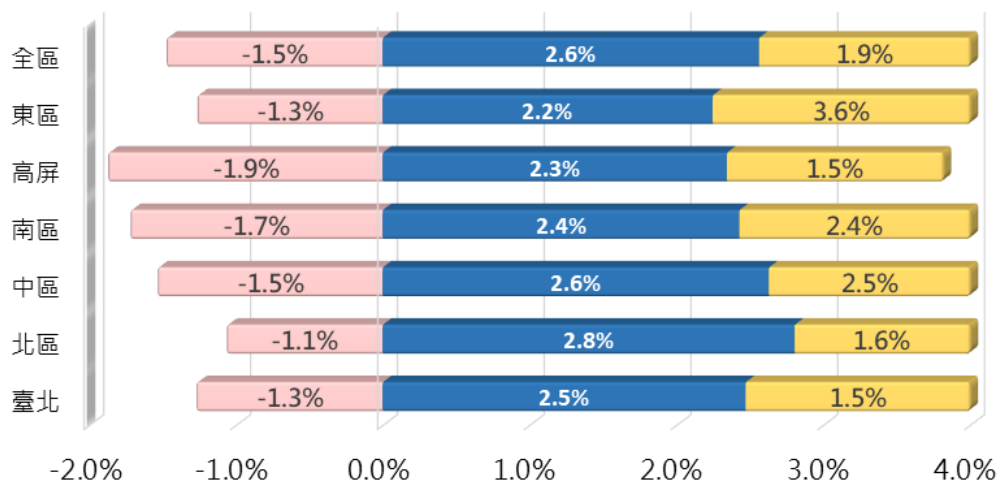
分區別	醫療點數	就醫件數	就醫人數	每人就醫件數	每件就醫點數	每人就醫點數
臺北	2.7%	1.2%	2.5%	-1.3%	1.5%	0.2%
北區	3.4%	1.7%	2.8%	-1.1%	1.6%	0.6%
中區	3.5%	1.0%	2.6%	-1.5%	2.5%	0.9%
南區	3.0%	0.7%	2.4%	-1.7%	2.4%	0.6%
高屏	1.9%	0.4%	2.3%	-1.9%	1.5%	-0.5%
東區	4.6%	0.9%	2.2%	-1.3%	3.6%	2.3%
全區	2.9%	1.0%	2.6%	-1.5%	1.9%	0.4%

註：

- 1：資料來源：本署多模型健保資料平台：門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算(114.8.13擷取)
- 2：件數：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。
- 3：人數：依身分證號與生戶計數。
- 4：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。
- 5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

23

114年第2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	2.5%	2.8%	2.6%	2.4%	2.3%	2.2%	2.6%
■ 每人就醫件數	-1.3%	-1.1%	-1.5%	-1.7%	-1.9%	-1.3%	-1.5%
■ 每件就醫點數	1.5%	1.6%	2.5%	2.4%	1.5%	3.6%	1.9%
點數成長率	2.7%	3.4%	3.5%	3.0%	1.9%	4.6%	2.9%

24

114年第2季牙周病統合照護執行情形

25

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 114年第2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	68,676	-3.68%	659.1	-4.12%

- 預算執行率(註2)：20.47%
- 預算執行率(註3)：22.98%
- 服務人次執行率：22.89%
【68,676 / 300,000】

層級別	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		合計	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
醫療點數 (百萬點)	28.4	3.22%	22.3	-2.89%	13.9	-1.99%	594.5	-4.54%	659.1	-4.12%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	248.2	114.7	123.8	71.1	90.0	11.4	659.1
成長率	-6.39%	1.08%	1.95%	-3.74%	-11.93%	-0.26%	-4.12%

備註：

1.資料源自114/08/13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=3,220.5百萬點

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=2,867.6百萬點

26

114年第1季牙醫總額各專款執行情形

27

一般服務移撥專用相關預算執行情形



114年第1季

單位：千點

114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	30,000	22,500
執行率	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	-	-
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	46,495	-	-	-	46,495	220,000	173,505
執行率	21.1%	0.0%	0.0%	0.0%	21.1%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	16,971	-	-	-	16,971	80,000	63,029
執行率	21.2%	0.0%	0.0%	0.0%	21.2%	-	-
移撥支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫專款	12,500	-	-	-	0	50,000	50,000
執行率	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	-
合計	83,466	-	-	-	70,966	380,000	309,034

註：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高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依112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



114年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					323,800	
1.執業服務之定額給付(論量)	19,125	-	-	-	19,125	28%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,375	-	-	-	3,375	5%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	-	-	
4.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_藥費(論量)	0.3	-	-	-	0.3	0.000%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	5,162	-	-	-	5,162	7%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	-	-	
7.巡迴服務_論次給付(論次)	37,692	-	-	-	37,692	55%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	-	-	-	1.6	0.002%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,698	-	-	-	3,698	5%
暫結金額	69,054				69,054	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	80,950	92,846	173,796	254,746		
本季未支用金額	11,896	92,846	173,796	254,746		
各季執行占總預算比率(%)	21.3%				21.3%	

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)



114年1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					855,900	
1 先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務	3,959	0	0	0	3,959	1.92%
2 自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	49,313	0	0	0	49,313	23.91%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	32,434	0	0	0	32,434	15.73%
4 中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務	33,783	0	0	0	33,783	16.38%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	13,083	0	0	0	13,083	6.34%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,748	0	0	0	1,748	0.85%
7 醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	17,209	0	0	0	17,209	8.34%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	12,550	0	0	0	12,550	6.08%
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	17,753	0	0	0	17,753	8.61%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	679	0	0	0	679	0.33%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	64	0	0	0	64	0.03%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	998	0	0	0	998	0.48%
13 醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務	473	0	0	0	473	0.23%
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)	14,419	0	0	0	14,419	6.99%
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	749	0	0	0	749	0.36%
16 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	26	0	0	0	26	0.01%

30

牙醫特殊醫療服務預算執行情形(2/2)



114年第1季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
17 醫療團特定需求者(論次)	341	0	0	0	341	0.17%
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	121	0	0	0	121	0.06%
19 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	77	0	0	0	77	0.04%
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	134	0	0	0	134	0.06%
21 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	19	0	0	0	19	0.01%
22 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	7	0	0	0	7	0.00%
23 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,971	0	0	0	1,971	0.96%
24 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	2,573	0	0	0	2,573	1.25%
25 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	509	0	0	0	509	0.25%
26 居家失能老人牙醫醫療服務	1,099	0	0	0	1,099	0.53%
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	163	0	0	0	163	0.08%
29 居家出院準備牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
30 居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務	0	0	0	0	0	0.00%
暫結金額	206,252	0	0	0	206,252	100%
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	213,975	221,698	435,673	649,648		
本季末支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	7,723	221,698	435,673	649,648		
執行占總預算比率	24.1%	0.0%	0.0%	0.0%	24.1%	

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



114年第1季

單位：千點

114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	37,191	-	-	-	37,191	171,500
執行率	21.69%	-	-	-	21.69%	-

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。

32

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



114年第1季

單位：千點

114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	25,135	-	-	-	25,135	144,800
執行率	17.36%	-	-	-	17.36%	-

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



114年第1季

單位：千點

114年	第1季 ^{註2}	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算C
高風險疾病口腔照護計畫 A	700,000	-	-	-	700,000	2,800,000
已支用點數 B	816,595	-	-	-	816,595	
執行率(A/C)	25.00%	-	-	-	25.00%	-
實際執行率(B/C)	29.16%	-	-	-	29.16%	-

註：

1. 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。

2. 114年第1季點值0.85721800。

34

特定疾病病人牙科就醫安全預算執行情形



114年第1季

單位：千點

114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	67,310	-	-	-	67,310	307,100
執行率	21.92%	-	-	-	21.92%	-

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。

35

非齒源性口腔疼痛



114年第1季

單位：千點

114年	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	全年預算
非齒源性口腔疼痛處置 (114年5月生效)	-	-	-	-	-	14,400
執行率	-	-	-	-	-	-

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

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：114年第1季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、114年第1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、114年第1季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算報表詳附件，頁次報3-3頁)：

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
114Q1	浮動點值	0.96066125	1.06364977	1.02666169	1.07971008	1.06772182	1.15178458	1.02020203
	平均點值	0.96158086	1.06060418	1.02703565	1.07827003	1.06804649	1.15000000	1.02008175
	平均點值 (含專款)	0.96023615	1.05458691	1.02040418	1.06944284	1.05742345	1.13398120	1.01524389

三、檢附113年第1季點值結算資料供參。

分區 年季		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
113Q1	浮動點值	0.90943610	0.99145514	0.97624385	1.02232732	0.98435480	1.15183649	0.96594000
	平均點值	0.91463761	0.99738130	0.97908070	1.02594728	0.98805287	1.15000000	0.96623699

- 四、依據114年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配，風險調整移撥款規定略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥3.8億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等4項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

五、前開有關「移撥經費若有剩餘，優先用於『高風險疾病口腔照

護計畫』，若再有剩餘，則回歸一般服務費用」一節，援例將於「全年預算」移撥經費有剩餘時，優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

- 六、本季牙醫門診總額結算作業，擬俟會議確認後，依全民健康保險法第62條規定一併辦理點值公布、結算事宜。另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規定，自114年9月15日起暫付、核付之牙醫門診總額費用依114年第1季點值辦理，並於114年9月辦理點值結算追扣補付事宜。

決 定：

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)114年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

$$\begin{aligned}
 &= 114\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times 107-108、112\text{年各季核定點數平均占率}(Ra) \\
 &\quad \times \text{該區}112\text{年各季人口風險因子}(R_{112}) \\
 &= 11,885,355,902
 \end{aligned}$$

註：依據113年11月19日「牙醫門診總額研商議事會議」113年度第3次會議決定，114年度牙醫門診總額預算四季重分配方式，以「107-108、112年各季核定點數平均占率(Ra)」計算一般服務預算四季重分配占率：第1季23.946284%、第2季24.753232%、第3季25.542684%、第4季25.757800%。114年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區112年度各季人口風險因子(R₁₁₂)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。

114全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為49,633,404,093元：

1. 114第1季調整後預算11,885,355,902元＝114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×(R₁₁₂)。

2. 114第2季調整後預算12,285,871,665元＝114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×(R₁₁₂)。

3. 114第3季調整後預算12,677,703,565元＝114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×(R₁₁₂)。

4. 114第4季調整後預算＝ 114年全年預算數－ 114年第1季調整後預算－ 114年第2季調整後預算－ 114年第3季調整後預算

$$\begin{aligned}
 &= 49,633,404,093 - 11,885,355,902 - 12,285,871,665 - 12,677,703,565 \\
 &= 12,784,472,961\text{元}。
 \end{aligned}$$

5. 計算過程詳本表頁次25：「三、一般服務費用總額」。

(二)114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											
	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	111年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	112年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	113年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	112年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	113年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	114年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G1)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	114年4項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	114年調整前各 季一般服務醫 療給付費用分 配至各分區預算 (D2)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)
				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 2.055\%)$			$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 2.676\%)$			$= G1 - C1 - F$	
第1季	11,077,439,855	-95,524,163	13,413,960	11,221,283,676	29,741,499	200,029	11,552,307,990	26,806,674	95,000,000	11,430,501,316	0
第2季	11,830,545,824	-128,370,499	13,413,960	11,956,344,645	92,336,077	200,029	12,371,308,800	28,723,750	95,000,000	12,247,585,050	0
第3季	12,684,000,535	-118,775,136	13,413,960	12,837,130,398	96,582,042	200,029	13,280,023,967	30,832,102	95,000,000	13,154,191,865	0
第4季	12,313,651,261	-76,786,368	13,413,961	12,502,022,084	87,035,302	200,027	12,926,145,941	30,020,079	95,000,000	12,801,125,862	0
合 計	47,905,637,475	-419,456,166	53,655,841	48,516,780,803	305,694,920	800,114	50,129,786,698	116,382,605	380,000,000	49,633,404,093	0

註：

- 113年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)
 = (112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+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(B2)) × (1+2.055%)。
 ※112年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 53,655,841元，按季均分。
- 114年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)
 = (113年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)+112年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+前1年度(113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+2.676%)。
 ※一般服務成長率為2.676%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.675%，協商因素成長率0.001%。
 ※113年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 800,114元，按季均分。
- 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114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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113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113年第8次委員會議決議，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。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114年度品質保證保留款(95.8百萬元)合併運用(計212.2百萬元)。
- 114年4項一般服務移撥專用費用(F)：依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定辦理。114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3.8億元，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2.2億元支應「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殊醫療服務計畫」(0.5億元)。

(5)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依112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)114年4項一般服務移撥專用費用

全年預算＝380,000,000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＝220,000,000元

第1季：

第1季預算＝220,000,000/4＝ 55,000,000

(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	1,535(J6)	暫結金額	1,535(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	25,669,287(J7)	暫結金額	27,336,173(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	8,183(J11)	暫結金額	8,183(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	18,171,028(J12)	暫結金額	19,148,770(J22)
(3)小計	加成前點數	43,850,033(J19)	暫結金額	46,494,661(J29)

暫結金額 = 46,494,661

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 8,505,339

第2季：

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 220,000,000/4 + 8,505,339＝ 63,505,339

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(K6)	暫結金額	0(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	0(K7)	暫結金額	0(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	0(K11)	暫結金額	0(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	0(K12)	暫結金額	0(K22)
(3)小計	加成前點數	0(K19)	暫結金額	0(K29)

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 63,505,339

第3季:

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 220,000,000/4 ＋ 63,505,339＝118,505,339

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L6)	暫結金額	0(L26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L7)	暫結金額	0(L27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L11)	暫結金額	0(L21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L12)	暫結金額	0(L22)
(3)小計	加成前點數	0(L19)	暫結金額	0(L29)

暫結金額 = 0 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 118,505,339

第4季:

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 220,000,000/4 ＋ 118,505,339＝173,505,339

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

暫結金額 = 0 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 173,505,339

全年合計:

全年預算＝220,000,000

(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	1,535(N6)	暫結金額	1,535(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	25,669,287(N7)	暫結金額	27,336,173(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	8,183(N11)	暫結金額	8,183(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	18,171,028(N12)	暫結金額	19,148,770(N22)
(3)小計	加成前點數	43,850,033(N19)	暫結金額	46,494,661(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)

= 46,494,661 + 0 + 0 + 0

= 46,494,661

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 220,000,000 - 46,494,661

= 173,505,339 (E4)

註：1. 依據「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」,有關巡迴計畫之「加成申報」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。

2. 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高風險疾病口腔照護計畫,若再有剩餘則回歸一般服務費用總額,並依112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: 16,970,969

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 16,970,969

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 20,000,000－ 16,970,969= 3,029,031

第2季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+ 3,029,031= 23,029,031

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2季預算－第2季暫結金額= 23,029,031－ 0= 23,029,031

第3季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+23,029,031= 43,029,031

已支用點數: 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 43,029,031－ 0= 43,029,031

第4季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+43,029,031= 63,029,031

已支用點數: 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額= 63,029,031－ 0= 63,029,031

全年合計: 預算=80,000,000

全年已支用點數: 16,970,969

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 16,970,969

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 80,000,000－ 16,970,969

= 63,029,031 (E5)

註: 1. 依據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，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。

2. 移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」專款0.5億元。每季移撥12,500,000元(R)。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

5. 全年合計：

全年預算380,000,000元

第1季:預算= 380,000,000/ 4 = 95,000,000

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 46,494,661(J29)+ 16,970,969+ 12,500,000(R) = 83,465,630

未支用金額: 第1季預算—第1季已暫結金額= 95,000,000— 83,465,630 = 11,534,370

第2季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 11,534,370 = 106,534,370

已暫結金額: 0(Z)+ 0(K29)+ 0+ 0(R) = 0

未支用金額: 第2季預算—第2季已暫結金額= 106,534,370— 0 = 106,534,370

第3季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 106,534,370 = 201,534,370

已暫結金額: 0(Z)+ 0(L29)+ 0+ 0(R) = 0

未支用金額: 第3季預算—第3季已暫結金額= 201,534,370— 0 = 201,534,370

第4季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 201,534,370 = 296,534,370

已暫結金額: 0(Z)+ 0(M29)+ 0+ 0(R) = 0

未支用金額: 第4季預算—第4季已暫結金額= 296,534,370— 0 = 296,534,370

全年合計:預算= 380,000,000

全年已暫結金額: 83,465,630

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已暫結金額

= 380,000,000 — 83,465,630

= 296,534,370

註：

1. 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高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依112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4項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：第1季至第3季為0(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 = 323,800,000

第1季:

預算=323,800,000/4= 80,950,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:	點數	10,075,188(J0)	收入	19,124,651(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:			已支用點數	3,374,970(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	1,535(J6)	加成已支用點數	303(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	25,669,287(J7)	加成已支用點數	5,161,661(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	37,691,850(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	8,183(J11)	加成已支用點數	1,640(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	18,171,028(J12)	加成已支用點數	3,698,486(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				60,004,098(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)

= 69,053,561

未支用金額

= 第1季預算 — 暫結金額

= 11,896,439

※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＝ 323,800,000/4 + 11,896,439＝ 92,846,439

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1:	點數	0(K0)	收入	0(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	0(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	0(K6)	加成已支用點數	0(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	0(K7)	加成已支用點數	0(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	0(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	0(K11)	加成已支用點數	0(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	0(K12)	加成已支用點數	0(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				0(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)

＝ 0

未支用金額

＝ 第2季預算 — 暫結金額

＝ 92,846,439

※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＝ 323,800,000/4 + 92,846,439＝173,796,439

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1:	點數	0(L0)	收入	0(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:			已支用點數	0(L2)
執業計畫診所之品質獎勵費用L13:			已支用點數	0(L13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L6)	加成已支用點數	0(L3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L7)	加成已支用點數	0(L4)
巡迴計畫之品質獎勵費用L14:			已支用點數	0(L14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)L5:			已支用點數	0(L5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(L11)	加成已支用點數	0(L8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(L12)	加成已支用點數	0(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):				0(L10)

暫結金額

＝ 執業服務之定額給付收入 (L1)+1元/點× (L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14已支用點數)

＝ 0

未支用金額

＝ 第3季預算 — 暫結金額

＝ 173,796,439

※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＝ 323,800,000/4 + 173,796,439＝254,746,439

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

暫結金額

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

＝ 0

未支用金額

＝ 第4季預算 — 暫結金額

＝ 254,746,439

※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=323,800,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	10,075,188(N0)	收入	19,124,651(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	3,374,970(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	1,535(N6)	加成已支用點數	303(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	25,669,287(N7)	加成已支用點數	5,161,661(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	0(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	37,691,850(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	8,183(N11)	加成已支用點數	1,640(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	18,171,028(N12)	加成已支用點數	3,698,486(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				60,004,098(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)
= 69,053,561 + 0 + 0 + 0 = 69,053,561

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 254,746,439

※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「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」，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。
- 「114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」巡迴計畫規定，屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫、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(P3601C)、支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、支付標準「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)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。
- 社區醫療站及巡迴點牙醫醫療服務：依據「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」，社區醫療站及巡迴點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，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 = 855,900,000

(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。)

第1季：預算= 855,900,000/4= 213,975,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,958,985(V01)	3,941,354(VF01)	17,631(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	49,313,049(V02)	47,892,528(VF02)	1,420,521(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	32,433,704(V03)	31,781,606(VF03)	652,098(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：	33,783,113(V04)	33,282,123(VF04)	500,990(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,083,197(V05)	12,762,994(VF05)	320,203(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,747,619(V06)	1,648,139(VF06)	99,480(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：	17,209,081(V07)	17,208,683(VF07)	398(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,550,284(V08)	12,550,027(VF08)	257(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：	17,752,686(V09)	17,750,781(VF09)	1,905(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	679,226(V10)	679,184(VF10)	42(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	64,211(V11)	64,211(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	997,867(V12)	997,867(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	472,654(V13)	472,612(VF13)	42(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)：	14,419,200(V14)	14,419,200(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：	748,950(V15)	748,900(VF15)	50(VN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	26,074(V16)	26,074(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	340,800(V17)	340,800(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	120,688(V18)	120,598(VF18)	90(VN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	76,866(V19)	76,866(VF19)	0(VN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	133,962(V20)	133,933(VF20)	29(VN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	18,798(V21)	18,798(VF21)	0(VN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	7,039(V22)	7,039(VF22)	0(VN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,970,837(V23)	1,970,837(VF23)	0(VN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,572,519(V24)	2,572,519(VF24)	0(VN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	508,602(V25)	508,602(VF25)	0(VN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,098,747(V26)	1,098,747(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)居家居整病人牙醫醫療服務：	162,872(V28)	162,872(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	206,251,630(V99)	203,237,894(VF99)	3,013,736(VN99)

暫結金額

= 1元/點×已支用點數= 206,251,630

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額= 7,723,370

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 855,900,000/4＋ 7,723,370＝ 221,698,370

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W03)	0(WF03)	0(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：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W05)	0(WF05)	0(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W06)	0(WF06)	0(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：	0(W07)	0(WF07)	0(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W08)	0(WF08)	0(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：	0(W09)	0(WF09)	0(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W10)	0(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W11)	0(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(W12)	0(WF12)	0(WN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(W13)	0(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)：	0(W14)	0(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：	0(W15)	0(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W16)	0(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(W17)	0(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W18)	0(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W19)	0(WF19)	0(WN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(W20)	0(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(22)醫療團巡迴計畫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：	0(W23)	0(WF23)	0(WN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W24)	0(WF24)	0(WN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W25)	0(WF25)	0(WN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(W26)	0(WF26)	0(WN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(W28)	0(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	0(W99)	0(WF99)	0(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 221,698,370		

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 855,900,000/4＋ 221,698,370＝ 435,673,370

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X07)	0(XF07)	0(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X08)	0(XF08)	0(XN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X09)	0(XF09)	0(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X10)	0(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X11)	0(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(X12)	0(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(X13)	0(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)：	0(X14)	0(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：	0(X15)	0(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X16)	0(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X18)	0(XF18)	0(XN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X19)	0(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X20)	0(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)醫療團巡迴計畫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：	0(X23)	0(XF23)	0(XN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X24)	0(XF24)	0(XN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X25)	0(XF25)	0(XN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(X26)	0(XF26)	0(XN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X27)	0(XF27)	0(XN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(X28)	0(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	0(X99)	0(XF99)	0(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0	＝ 第3季預算 － 暫結金額＝ 435,673,370		

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 855,900,000/4＋ 435,673,370＝ 649,648,370

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)居家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y30)	0(YF30)	0(YN30)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0	＝ 第4季預算－暫結金額＝ 649,648,370		

全年合計：全年預算＝ 855,900,000	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,958,985(Z01)	3,941,354(ZF01)	17,631(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	49,313,049(Z02)	47,892,528(ZF02)	1,420,521(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	32,433,704(Z03)	31,781,606(ZF03)	652,098(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：	33,783,113(Z04)	33,282,123(ZF04)	500,990(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,083,197(Z05)	12,762,994(ZF05)	320,203(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,747,619(Z06)	1,648,139(ZF06)	99,480(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：	17,209,081(Z07)	17,208,683(ZF07)	398(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,550,284(Z08)	12,550,027(ZF08)	257(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：	17,752,686(Z09)	17,750,781(ZF09)	1,905(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	679,226(Z10)	679,184(ZF10)	42(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	64,211(Z11)	64,211(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	997,867(Z12)	997,867(ZF12)	0(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	472,654(Z13)	472,612(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)：	14,419,200(Z14)	14,419,200(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	748,950(Z15)	748,900(ZF15)	50(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	26,074(Z16)	26,074(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	340,800(Z17)	340,800(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	120,688(Z18)	120,598(ZF18)	90(ZN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	76,866(Z19)	76,866(ZF19)	0(ZN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	133,962(Z20)	133,933(ZF20)	29(ZN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	18,798(Z21)	18,798(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	7,039(Z22)	7,039(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,970,837(Z23)	1,970,837(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,572,519(Z24)	2,572,519(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	508,602(Z25)	508,602(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,098,747(Z26)	1,098,747(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)家居整病人牙醫醫療服務：	162,872(Z28)	162,872(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z30)	0(ZF30)	0(ZN30)
(99)合計	206,251,630(Z99)	203,237,894(ZF99)	3,013,736(ZN99)
全年預算＝ 855,900,000			
全年已支用點數＝ 第1-4季已支用點數			
＝ 206,251,630 + 0 + 0 + 0			＝ 206,251,630
全年已結算金額＝ 206,251,630 + 0 + 0 + 0			＝ 206,251,630

=====

全年由一般服務部門支應之預算＝ 0

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

＝ 855,900,000 －（ 206,251,630 － 0）

＝ 855,900,000 － 206,251,630

＝ 649,648,370

註：

依據「114年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」點值結算方式如下：

1. 本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
2. 全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元，另前述屬移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。
3. 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；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。

(三)12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫

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：37,191,095

暫結金額：1元/點×已支用點數＝37,191,095

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝42,875,000－37,191,095＝5,683,905

第2季:預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝171,500,000/4＋5,683,905＝48,558,905

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2季預算－第2季暫結金額＝48,558,905－0＝48,558,905

第3季:預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝171,500,000/4＋48,558,905＝91,433,905

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝91,433,905－0＝91,433,905

第4季:預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝171,500,000/4＋91,433,905＝134,308,905

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝134,308,905－0＝134,308,905

全年合計:預算＝171,500,000

已支用點數：37,191,095

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝37,191,095

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝171,500,000－37,191,095

＝134,308,905

註:依據「114年度全民健康保險12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」,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：25,134,582

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 25,134,582

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= $36,200,000-25,134,582=11,065,418$ 第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= $144,800,000/4+11,065,418=47,265,418$

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2季預算－第2季暫結金額= $47,265,418-0=47,265,418$ 第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= $144,800,000/4+47,265,418=83,465,418$

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= $83,465,418-0=83,465,418$ 第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= $144,800,000/4+83,465,418=119,665,418$

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額= $119,665,418-0=119,665,418$

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數：25,134,582

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 25,134,582

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= $144,800,000-25,134,582$

= 119,665,418

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＝ 2,800,000,000元

第1季:預算＝ 2,800,000,000/4＝ 700,000,000

已支用點數： 816,595,082

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 816,595,082

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝ 700,000,000－ 816,595,082＝ -116,595,082

浮動點值＝(第1季預算－非浮動點數)／浮動點數＝ (700,000,000－0)／ 816,595,082＝ 0.85721800

第2季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 2,800,000,000/4＋ 0＝ 700,000,000

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2季預算－第2季暫結金額＝ 700,000,000－ 0＝ 700,000,000

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 2,800,000,000/4＋ 700,000,000＝ 1,400,000,000

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 1,400,000,000－ 0＝ 1,400,000,000

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 2,800,000,000/4＋ 1,400,000,000＝ 2,100,000,000

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝ 2,100,000,000－ 0＝ 2,100,000,000

全年合計:預算＝ 2,800,000,000元

已支用點數： 816,595,082

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝ 700,000,000

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝ 2,800,000,000－ 700,000,000

＝ 2,100,000,000

註：

1. 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；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。
2. 「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數400點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。
3. 依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定「114年度一般服務費用之地區預算分配方式」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高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額。

(六)特定疾病病人牙科就醫安全計畫

全年預算＝ 307,100,000元

第1季:預算＝ 307,100,000/4＝ 76,775,000

已支用點數： 67,309,648

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 67,309,648

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝ 76,775,000－ 67,309,648＝ 9,465,352

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 307,100,000/4＋ 9,465,352＝ 86,240,352

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2季預算－第2季暫結金額＝ 86,240,352－ 0＝ 86,240,352

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 307,100,000/4＋ 86,240,352＝ 163,015,352

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 163,015,352－ 0＝ 163,015,352

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 307,100,000/4＋ 163,015,352＝ 239,790,352

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝ 239,790,352－ 0＝ 239,790,352

全年合計:預算＝ 307,100,000元

已支用點數： 67,309,648

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝ 67,309,648

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝ 307,100,000－ 67,309,648

＝ 239,790,352(E6)

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。

(七)非齒源性口腔疼痛處置(114年新增項目)

全年預算＝ 14,400,000元

第1季:預算＝ 14,400,000/4＝ 3,600,000

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＝ 3,600,000－ 0＝ 3,600,000

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 14,400,000/4＋ 3,600,000＝ 7,200,000

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2季預算－第2季暫結金額＝ 7,200,000－ 0＝ 7,200,000

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 14,400,000/4＋ 7,200,000＝ 10,800,000

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 10,800,000－ 0＝ 10,800,000

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 14,400,000/4＋ 10,800,000＝ 14,400,000

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝ 14,400,000－ 0＝ 14,400,000

全年合計:預算＝ 14,400,000元

已支用點數： 0

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝ 0

全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額

＝ 14,400,000－ 0

＝ 14,400,000(E6)

註：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；若當季預算不足，則採浮動點值結算。

(八)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+114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%)+ 116,382,605

= (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%+ 95,800,000

= 26,806,674+ 28,723,750+ 30,832,102+ 30,020,079+ 95,800,000

= 212,182,605

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.106年編列之品質保證保留款預算	26,806,674	28,723,750	30,832,102	30,020,079	116,382,605
2.114年編列之品質保證保留款預算	23,950,000	23,950,000	23,950,000	23,950,000	95,800,000
3.合計	50,756,674	52,673,750	54,782,102	53,970,079	212,182,605

※衛生福利部114年114年1月9日衛部健字第1143360008A公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，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114年度之品質保證保留款(95.8百萬元)合併運用(計212.2百萬元)。

註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

三、各分區一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額：
 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100% × 112年各季人口風險因子(R_112)(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. 114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, 430, 501, 316	12, 247, 585, 050	13, 154, 191, 865	12, 801, 125, 862	49, 633, 404, 093
2. 112年人口風險因子(R_112)	臺北分區	0. 37056	0. 37139	0. 37171	0. 37181	
	北區分區	0. 16651	0. 16598	0. 16655	0. 16657	
	中區分區	0. 18100	0. 18079	0. 18092	0. 18071	
	南區分區	0. 12521	0. 12519	0. 12475	0. 12466	
	高屏分區	0. 13752	0. 13745	0. 13692	0. 13710	
	東區分區	0. 01920	0. 01920	0. 01915	0. 01915	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
3. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100%×(R_112)(註1、2)	臺北分區	4, 235, 686, 568	4, 548, 630, 612	4, 889, 544, 658	4, 759, 586, 607	18, 433, 448, 445
	北區分區	1, 903, 292, 774	2, 032, 854, 167	2, 190, 830, 655	2, 132, 283, 535	8, 259, 261, 131
	中區分區	2, 068, 920, 738	2, 214, 240, 901	2, 379, 856, 392	2, 313, 291, 455	8, 976, 309, 486
	南區分區	1, 431, 213, 070	1, 533, 275, 172	1, 640, 985, 435	1, 595, 788, 350	6, 201, 262, 027
	高屏分區	1, 571, 922, 541	1, 683, 430, 565	1, 801, 071, 950	1, 755, 034, 356	6, 811, 459, 412
	東區分區	219, 465, 625	235, 153, 633	251, 902, 775	245, 141, 559	951, 663, 592
	小計	11, 430, 501, 316	12, 247, 585, 050	13, 154, 191, 865	12, 801, 125, 862	49, 633, 404, 093

(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－扣減與牙醫門診總額特殊醫療服務計畫重複之預算(B6)〕× R_112(四捨五入至整數位)
 ＋前一年分區保留款分配後結餘款(T)＋114年4項一般服務移撥專用費用支應高風險疾病口腔照護計畫預算
 不足款後之剩餘款(E11)

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)		23.946284%	24.753232%	25.542684%	25.757800%	100%
2. 112年人口風險因子(R_112)	臺北分區	0.37056	0.37139	0.37171	0.37181	
	北區分區	0.16651	0.16598	0.16655	0.16657	
	中區分區	0.18100	0.18079	0.18092	0.18071	
	南區分區	0.12521	0.12519	0.12475	0.12466	
	高屏分區	0.13752	0.13745	0.13692	0.13710	
	東區分區	0.01920	0.01920	0.01915	0.01915	
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)
3. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)＝ (D2)×Ra×(R_112) (註1、2)	臺北分區	4,404,237,483	4,562,849,878	4,712,429,192	4,753,931,892	18,433,448,445
	北區分區	1,979,030,611	2,039,208,979	2,111,471,529	2,129,550,012	8,259,261,131
	中區分區	2,151,249,418	2,221,162,738	2,293,650,129	2,310,247,201	8,976,309,486
	南區分區	1,488,165,413	1,538,068,274	1,581,543,520	1,593,484,820	6,201,262,027
	高屏分區	1,634,474,144	1,688,693,060	1,735,831,172	1,752,461,036	6,811,459,412
	東區分區	228,198,833	235,888,736	242,778,023	244,798,000	951,663,592
	小計	11,885,355,902	12,285,871,665	12,677,703,565	12,784,472,961	49,633,404,093
4. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I)(註3)		0	0	0	0	0
5. 各分區支應「全民健康保險牙醫 門診總額特殊醫療服務計畫」 預算不足款(I) BI＝ I × R_112(註3)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0

程式代號：RGBI3408R01

114年第 1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:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

列印日期：114/08/25

頁次：27

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
6. 113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	11,275,888	0	0	0	11,275,888
	小計	11,275,888	0	0	0	11,275,888
7. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註4)	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
8. 全年114年4項一般服務移撥專用費用 支應高風險疾病口腔照護計畫 預算不足款後之結餘款(E11) (註5、註6及頁次7)(第4季計算)						0
9. 各分區114年4項一般服務移撥 專用費用支應高風險疾病口腔 照護計畫預算不足款後之結餘 款(BE11) (BE11=(E11)×R_112) (第4季計算)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
	小計				0	0
10. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)+(T)+(Z) +(BE11)	臺北分區	4,404,237,483	4,562,849,878	4,712,429,192	4,753,931,892	18,433,448,445
	北區分區	1,979,030,611	2,039,208,979	2,111,471,529	2,129,550,012	8,259,261,131
	中區分區	2,156,249,418	2,226,162,738	2,298,650,129	2,315,247,201	8,996,309,486
	南區分區	1,488,165,413	1,538,068,274	1,581,543,520	1,593,484,820	6,201,262,027
	高屏分區	1,636,974,144	1,691,193,060	1,738,331,172	1,754,961,036	6,821,459,412
	東區分區	239,474,721	235,888,736	242,778,023	244,798,000	962,939,480
	小計	11,904,131,790	12,293,371,665	12,685,203,565	12,791,972,961	49,674,679,981

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R01

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：114/08/25

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 28

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額各別加總後與分區一般服務預算總額(D2)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額＝ 分區一般服務預算總額 (D2)減去前五分區一般服務預算總額。
2. 為避免調整後各季各分區一般服務預算總額個別加總後(加總BD1)與調整前各季各分區一般服務預算總額加總(加總BD)產生之數元誤差，故調整後第4季各分區一般服務預算總額(BD1_q4)＝調整前全年各分區一般服務預算總額(加總BD)減去第1-3季調整後各分區一般服務預算總額(BD1_q1、BD1_q2、BD1_q3)＝加總BD－BD1_q1－BD1_q2－BD1_q3。
3. 依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定略以，114年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.5億元用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，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112年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
4. 依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定略以，114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。
5. 依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定略以，114年度牙醫門診總額一般服務預算移撥3.8億元作為特定用途移撥款，用於醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用、特殊醫療服務計畫、弱勢鄉鎮醫療服務及該投保人口就醫率全國最高二區之保障款等4項定特用途，移撥經費若有剩餘優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。
6. 「114年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」全年經費為28億元，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。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；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。

四、各分區一般服務浮動點值之計算

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	3,620,641,215(BF)	0.96354110	-----	31,681,192	289,742
	2-北區分區	373,447,886	0.96354110	359,832,387	3,117,037	
	3-中區分區	220,472,441	0.96354110	212,434,258	1,926,207	
	4-南區分區	130,513,953	0.96354110	125,755,558	1,152,010	
	5-高屏分區	174,005,282	0.96354110	167,661,241	1,304,985	
	6-東區分區	21,391,642	0.96354110	20,611,726	261,431	
	7-合計	4,540,472,419(GF)		886,295,170(AF)	39,442,862(BG)	289,742(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	238,949,147	1.05211226	251,401,327	2,425,935	
	2-北區分區	1,413,527,206(BF)	1.05211226	-----	4,663,892	59,856
	3-中區分區	98,099,039	1.05211226	103,211,202	852,428	
	4-南區分區	63,681,528	1.05211226	67,000,116	533,532	
	5-高屏分區	38,716,153	1.05211226	40,733,739	298,273	
	6-東區分區	4,086,528	1.05211226	4,299,486	52,939	
	7-合計	1,857,059,601(GF)		466,645,870(AF)	8,826,999(BG)	59,856(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	72,703,817	1.03327495	75,123,033	721,972	
	2-北區分區	42,012,716	1.03327495	43,410,687	380,432	
	3-中區分區	1,890,693,724(BF)	1.03327495	-----	16,006,367	84,146
	4-南區分區	43,009,237	1.03327495	44,440,367	422,978	
	5-高屏分區	30,336,793	1.03327495	31,346,248	251,314	
	6-東區分區	2,830,052	1.03327495	2,924,222	34,837	
	7-合計	2,081,586,339(GF)		197,244,557(AF)	17,817,900(BG)	84,146(BJ)

程式代號：RGBI3408R01

114年第 1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:114/01－114/03

核付截止日期:114/06/30

列印日期：114/08/25

頁 次： 30

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	56,770,396	1.07537213	61,049,302	630,142	
	2-北區分區	26,522,543	1.07537213	28,521,604	244,078	
	3-中區分區	65,250,955	1.07537213	70,169,058	594,585	
	4-南區分區	1,151,641,323(BF)	1.07537213	-----	11,095,646	95,905
	5-高屏分區	64,421,863	1.07537213	69,277,476	523,409	
	6-東區分區	2,316,832	1.07537213	2,491,457	34,007	
	7-合計	1,366,923,912(GF)		231,508,897(AF)	13,121,867(BG)	95,905(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	41,310,331	1.06547107	44,014,963	436,282	
	2-北區分區	17,720,824	1.06547107	18,881,025	165,981	
	3-中區分區	30,177,584	1.06547107	32,153,343	277,802	
	4-南區分區	64,925,854	1.06547107	69,176,619	535,026	
	5-高屏分區	1,387,600,936(BF)	1.06547107	-----	-14,078,567	33,728
	6-東區分區	3,533,248	1.06547107	3,764,574	41,575	
	7-合計	1,545,268,777(GF)		167,990,524(AF)	-12,621,901(BG)	33,728(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	13,518,323	1.15179140	15,570,288	147,609	
	2-北區分區	4,414,491	1.15179140	5,084,573	61,229	
	3-中區分區	4,588,496	1.15179140	5,284,990	52,183	
	4-南區分區	2,923,762	1.15179140	3,367,564	39,107	
	5-高屏分區	6,569,280	1.15179140	7,566,440	54,596	
	6-東區分區	149,867,388(BF)	1.15179140	-----	1,799,255	11,352
	7-合計	181,881,740(GF)		36,873,855(AF)	2,153,979(BG)	11,352(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 = [4,404,237,483 — 886,295,170 — 39,442,862 — 289,742] / 3,620,641,215 = 0.96066125

北區分區 = [1,979,030,611 — 466,645,870 — 8,826,999 — 59,856] / 1,413,527,206 = 1.06364977

中區分區 = [2,156,249,418 — 197,244,557 — 17,817,900 — 84,146] / 1,890,693,724 = 1.02666169

南區分區 = [1,488,165,413 — 231,508,897 — 13,121,867 — 95,905] / 1,151,641,323 = 1.07971008

高屏分區 = [1,636,974,144 — 167,990,524 — -12,621,901 — 33,728] / 1,387,600,936 = 1.06772182

東區分區 = [239,474,721 — 36,873,855 — 2,153,979 — 11,352] / 149,867,388 = 1.33741929

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

— 核定非浮動點數(BG)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [11,904,131,790 — 68,741,706 — 574,729] / 11,573,192,788 = 1.02260591

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 = [4,404,237,483] / [4,540,472,419 + 39,442,862 + 289,742] = 0.96158086

北區分區 = [1,979,030,611] / [1,857,059,601 + 8,826,999 + 59,856] = 1.06060418

中區分區 = [2,156,249,418] / [2,081,586,339 + 17,817,900 + 84,146] = 1.02703565

南區分區 = [1,488,165,413] / [1,366,923,912 + 13,121,867 + 95,905] = 1.07827003

高屏分區 = [1,636,974,144] / [1,545,268,777 + -12,621,901 + 33,728] = 1.06804649

東區分區 = [239,474,721] / [181,881,740 + 2,153,979 + 11,352] = 1.30116019

5. 一般服務全區平均點值

= [11,904,131,790] / [11,573,192,788 + 68,741,706 + 574,729] = 1.02247132

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	＝〔 4,404,237,483＋ 396,704,629＋ 5,322,437＋ 2,100,626〕	
	／〔 4,540,472,419＋ 39,442,862＋ 289,742＋ 421,954,484＋ 5,322,437〕	＝0.96023615
北區分區	＝〔 1,979,030,611＋ 154,265,808＋ 3,215,886＋ 2,100,139〕	
	／〔 1,857,059,601＋ 8,826,999＋ 59,856＋ 158,911,768＋ 3,056,606〕	＝1.05458691
中區分區	＝〔 2,156,249,418＋ 240,600,032＋ 11,579,000＋ 2,430,569〕	
	／〔 2,081,586,339＋ 17,817,900＋ 84,146＋ 251,956,514＋ 11,206,172〕	＝1.02040418
南區分區	＝〔 1,488,165,413＋ 139,508,910＋ 5,910,968＋ 5,503,909〕	
	／〔 1,366,923,912＋ 13,121,867＋ 95,905＋ 147,018,759＋ 5,496,691〕	＝1.06944284
高屏分區	＝〔 1,636,974,144＋ 185,885,472＋ 14,190,149＋ 3,910,728〕	
	／〔 1,545,268,777＋ -12,621,901＋ 33,728＋ 194,988,160＋ 13,318,244〕	＝1.05742345
東區分區	＝〔 239,474,721＋ 38,732,339＋ 6,276,220＋ 924,998〕	
	／〔 181,881,740＋ 2,153,979＋ 11,352＋ 37,656,450＋ 5,449,883〕	＝1.25645609
全區	＝〔11,904,131,790＋ 1,155,697,190＋ 46,494,660＋ 16,970,969〕	
	／〔11,573,192,788＋ 68,741,706＋ 574,729＋ 1,212,486,135＋ 43,850,033〕	＝1.01740072

註：1. 專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案支付金額＋牙醫門診總額特殊醫療服務計畫＋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＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋非齒源性口腔疼痛處置

2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋114年品質保證保留款預算/4。

=====

五、修正後一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額 11,885,355,902(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)×Ra－扣減與牙醫門診總額特殊醫療服務計畫重複之預算(B6)〕×R_112(四捨五入至整數位)
 +前一年分區保留款分配後結餘款(T)+114年4項一般服務移撥專用費用支應高風險疾病口腔照護計畫預算
 不足款後之剩餘款(E11)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,404,237,483
調整後北區分區一般服務預算總額	=	1,979,030,611
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,156,249,418
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,488,165,413
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,636,974,144
調整後東區分區一般服務預算總額	=	239,474,721

總計		11,904,131,790
----	--	----------------

(二)保留款：

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

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

$$\text{臺北分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款}(T1) = 239,474,721 - [(181,881,740 + 2,153,979 + 11,352) \times 1.15] = 27,820,589$$

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

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

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

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

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

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

$$\text{東區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款}(P) + \text{當季保留款}(T1) = 27,820,589$$

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

$$\text{修正後臺北分區一般服務預算總額} = 4,404,237,483(BD2) - 0 = 4,404,237,483$$

$$\text{修正後北區分區一般服務預算總額} = 1,979,030,611(BD2) - 0 = 1,979,030,611$$

$$\text{修正後中區分區一般服務預算總額} = 2,156,249,418(BD2) - 0 = 2,156,249,418$$

$$\text{修正後南區分區一般服務預算總額} = 1,488,165,413(BD2) - 0 = 1,488,165,413$$

$$\text{修正後高屏分區一般服務預算總額} = 1,636,974,144(BD2) - 0 = 1,636,974,144$$

$$\text{修正後東區分區一般服務預算總額} = 239,474,721(BD2) - 27,820,589 = 211,654,132$$

總計

11,876,311,201

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、修正後各分區一般服務點值之計算

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 =[4,404,237,483 — 886,295,170 — 39,442,862 — 289,742]／ 3,620,641,215 = 0.96066125

北區分區 =[1,979,030,611 — 466,645,870 — 8,826,999 — 59,856]／ 1,413,527,206 = 1.06364977

中區分區 =[2,156,249,418 — 197,244,557 — 17,817,900 — 84,146]／ 1,890,693,724 = 1.02666169

南區分區 =[1,488,165,413 — 231,508,897 — 13,121,867 — 95,905]／ 1,151,641,323 = 1.07971008

高屏分區 =[1,636,974,144 — 167,990,524 — -12,621,901 — 33,728]／ 1,387,600,936 = 1.06772182

東區分區 =[211,654,132 — 36,873,855 — 2,153,979 — 11,352]／ 149,867,388 = 1.15178458

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)

=[11,876,311,201 — 68,741,706 — 574,729]／11,573,192,788 = 1.02020203

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 =[4,404,237,483]／[4,540,472,419 + 39,442,862 + 289,742] = 0.96158086

北區分區 =[1,979,030,611]／[1,857,059,601 + 8,826,999 + 59,856] = 1.06060418

中區分區 =[2,156,249,418]／[2,081,586,339 + 17,817,900 + 84,146] = 1.02703565

南區分區 =[1,488,165,413]／[1,366,923,912 + 13,121,867 + 95,905] = 1.07827003

高屏分區 =[1,636,974,144]／[1,545,268,777 + -12,621,901 + 33,728] = 1.06804649

東區分區 =[211,654,132]／[181,881,740 + 2,153,979 + 11,352] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

=[11,876,311,201]／[11,573,192,788 + 68,741,706 + 574,729] = 1.02008175

=====					
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	＝〔	4,404,237,483＋	396,704,629＋	5,322,437＋	2,100,626〕
	／〔	4,540,472,419＋	39,442,862＋	289,742＋	421,954,484＋
					5,322,437〕＝0.96023615
北區分區	＝〔	1,979,030,611＋	154,265,808＋	3,215,886＋	2,100,139〕
	／〔	1,857,059,601＋	8,826,999＋	59,856＋	158,911,768＋
					3,056,606〕＝1.05458691
中區分區	＝〔	2,156,249,418＋	240,600,032＋	11,579,000＋	2,430,569〕
	／〔	2,081,586,339＋	17,817,900＋	84,146＋	251,956,514＋
					11,206,172〕＝1.02040418
南區分區	＝〔	1,488,165,413＋	139,508,910＋	5,910,968＋	5,503,909〕
	／〔	1,366,923,912＋	13,121,867＋	95,905＋	147,018,759＋
					5,496,691〕＝1.06944284
高屏分區	＝〔	1,636,974,144＋	185,885,472＋	14,190,149＋	3,910,728〕
	／〔	1,545,268,777＋	-12,621,901＋	33,728＋	194,988,160＋
					13,318,244〕＝1.05742345
東區分區	＝〔	211,654,132＋	38,732,339＋	6,276,220＋	924,998〕
	／〔	181,881,740＋	2,153,979＋	11,352＋	37,656,450＋
					5,449,883〕＝1.13398120
全 區	＝〔	11,876,311,201＋	1,155,697,190＋	46,494,660＋	16,970,969〕
	／〔	11,573,192,788＋	68,741,706＋	574,729＋	1,212,486,135＋
					43,850,033〕＝1.01524389

註：1. 專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案支付金額＋牙醫門診總額特殊醫療服務計畫＋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＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋非齒源性口腔疼痛處置
 2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋114年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 - 費用年月113/12(含)以前:於114/04/01～114/06/30期間核付者。
 - 費用年月114/01～114/03:於114/01/01～114/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年牙醫總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 1 月 5 日健保醫字第 1120126463 號公告「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款)(附件 1，頁次報 4-2)辦理。
- 二、依前揭方案規定，經核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。
- 三、113 年牙醫門診總額品質保證保留款核發作業辦理結果摘要如下(詳附件 2，頁次報 4-9)：
 - (一)113 年計 6,496 家(89.0%)院所符合獎勵條件且核發品保款，800 家(11.0%)牙醫院所未領取品保款(787 家不符核發資格、12 家指標達成率為 0%、1 家達成指標惟核算基礎點數為 0，故實際領取金額為 0)。
 - (二)113 年預算為 164,182,605 元，扣除 112 年申復核發金額 0 元後，可支用預算為 164,182,605 元。每家牙醫院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 164,182,685 元，與預算相差 80 元，由本署健保基金支應。
 - (三)113 年品保款業於 114 年 7 月 21 日前完成撥款作業。

決定：

113 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案

中華民國 113 年 1 月 5 日健保醫字第 1120126463 號公告

壹、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。

貳、預算來源

全民健康保險年度牙醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

參、方案目的

本方案之實施，在於提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫門診特約醫療院所。

肆、核發資格

牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付且無下列任一項情形者，惟醫院層級院所當年度須執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，得核發品質保證保留款，另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即視為不同開業主體，分別計算：

一、醫療行為異常暨違規院所：

(一)牙醫相關部門有異常醫療行為模式，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)之牙醫門診醫療服務審查分會輔導後，認其情節重大，經決議提牙醫全聯會報備者。

(二)保險醫事服務機構有下列違規情事可歸因於牙醫相關部門者：

1. 依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(以下稱特管辦法)第三十六條處以違約記點或第三十七條予以扣減其十倍醫療費用者。
2. 三年內依特管辦法第三十八條或第三十九條予以停止特約者。
3. 五年內依特管辦法第四十條、第四十四條或第四十五條予以停止特約、終止特約者。

[註]：上述 2、3 點之違規期間以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)，倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

二、院所全年度未每月申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者。

伍、核發原則：

一、專業獎勵：共四項指標，核算基礎為 70%，詳附表 1。

二、政策獎勵：共七項指標，核算基礎為 30%，詳附表 2。

三、加計獎勵：共一項指標，核算基礎為 2%，詳附表 3。

[註]：前開三獎勵之核算基礎總計以 100%為上限

四、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。

陸、預算分配與支用

一、品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次，並以申請點數(受理日於次年 1 月 31 日前，且不含診察費、藥費、藥事服務費)乘以平均核付率比例計算之，公式如下：

(一) 該院所核算基礎點數= 該院所申請點數(不含診察費、藥費、藥事服務費) × 平均核付率(該院所核定點數/該院所申請點數) × Σ 核算基礎比率

(二) 該院所核發品質保證保留款金額= (該院所核算基礎點數/ Σ 各院所核算基礎點數) × 當年度品質保證保留款

二、保險人依牙醫全聯會提供本方案第肆點第一項第(一)款之特約醫療院所名單，以及衛生福利部口腔健康司(以下稱口腔司)、衛生福利部國

民健康署提供符合本方案附表 2 政策獎勵指標(三)及附表 3 加計獎勵指標(一)之牙醫門診特約醫療院所資料，彙總辦理結算作業。

柒、其他事項

辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季牙醫門診總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-專業獎勵指標

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

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
	b.分子：醫療院所就醫者根管治療後，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。 c.分母：同時期各醫療院所申報根管治療之恆牙顆數。 d.計算：1-(分子/分母) x100%。 e.該院所該年須有 12 個月的申報資料。 2.恆牙根管治療未完成率<30%。 [註]a.定義：恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根以上除以根管開擴及清創。 b.計算公式：[1-(90001C + 90002C + 90003C + 900019C + 90020C)/90015C]。 3.院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90098C)且其中 1 例同時同案件下申報應含橡皮障防濕裝置(90012C)。			
(四) 全口牙 結石清除	分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準： 1.全口牙結石清除比率>20 %。 [註]a.分子：醫療院所申報 12 歲(含)以上全口牙結石清除術(醫令代碼 91004C + 91005C + 91017C + 91089C + 91090C)的人數。 b.分母：醫療院所牙醫門診病人數(12 歲(含)以上之病人數)。 c.計算：分子/分母 x100 %。 2.施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率>20%。 [註] a.分子：當年施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(醫令代碼 併同 91004C 之 91014C+91017C+91089C+91090C+併同 91004C 之 P7101C)的人數。 b.分母：全部全口牙結石清除人數。 c.計算：分子/分母 x100 %。 3.該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 12 件(含)以上。	20%	V	V
核算基礎小計		70%		

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-政策獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
(一) 牙周病顧本計畫	該院所當年度特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)及牙周病支持性治療(91018C)合計申報件數在 15 件(含)以上。	3%	V	V
(二) 牙周病統合照護品質	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上，且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%。	5%	V	V
(三) 口腔癌篩檢	醫院當年度資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 12 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫。	10%	V	
(四) 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	該院所須同時符合下列二項條件： 1. 每月於健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network ,VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。 2. 當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數 ≥ 1 件（不含預防保健案件）。 [註]週日及國定假日之定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 所訂。	3%		V
(五) 月平均初核核減率	112 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者。	5%		V
(六) 特殊醫療服務計畫	1.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上。	2%	V	V
	2.該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上。	2%		V
(七) 氟化物治療	該院所當年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 30 件(含)以上。	10%	V	V
核算基礎小計			30%	30%

牙醫門診總額品質保證保留款實施方案-加計獎勵指標

指標項目	操作型定義	核算 基礎	適用院所層級別	
			醫院	基層
口 腔 癌 篩 檢、戒菸治 療服務	該院所當年度口腔癌篩檢資料上傳【含紙本交付衛生局(所)並成功上傳】至少 4 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫，或提供戒菸治療服務。	2%		V

表 1、113 年牙醫門診總額品質保證保留款預算數

年度	106 年	113 年	合計
預算	116,382,605	47,800,000	164,182,605

年度	112 年
申復金額	0

年度	總計
可支用預算	164,182,605

註：

1. 本預算係由原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。
2. 112 年牙醫品質保證保留款發放後之申復核發金額將自 113 年牙醫品質保留款項下優先支應。

表 2、113 年牙醫門診總額品質保證保留款指標核發及不核發家數統計

分區	各分區 院所家數 (A)=(B)+(C)+(D)	符合獎勵條件 且領取品保款 院所家數(B)	核發金額	未領取品保款			核發院所 家數百分比 (F)=(B)/(A)	不核發院所 家數百分比 (G)=(C+D+E)/(A)
				不符核發 資格 院所家數 (C)	指標達成 率為 0% 院所家數 (D)	達成指標 但未領取 品保款 院所家數 (E)		
臺北	2,826	2,489	58,681,865	334	3	-	88.1%	11.9%
北區	1,006	863	25,917,574	141	2	-	85.8%	14.2%
中區	1,409	1,267	33,139,281	137	5	-	89.9%	10.1%
南區	862	803	20,765,697	58	-	1	93.2%	6.8%
高屏	1,063	952	22,768,822	109	2	-	89.6%	10.4%
東區	130	122	2,909,446	8	-	-	93.8%	6.2%
總計	7,296	6,496	164,182,685	787	12	1	89.0%	11.0%

註：

1. 每家院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發 164,182,685 元，與預算相較差距 80 元。
2. 核發品保款資格：牙醫門診特約醫療院所之當年度每月醫療費用已辦理第一次暫付者，且非醫療行為異常暨違規院所及不符合加強感染管制院所者，得核發品質保證保留款。
3. 核發獎勵指標：分為專業獎勵共四項指標，核算基礎為 70%，詳方案附表 1；政策獎勵共六項指標，核算基礎為 30%，詳方案附表 2；加計獎勵指標共 1 項指標，核算基礎 2%，詳方案附表 3；前開三獎勵之核算基礎總計以 100% 為上限。
4. 達成指標但未領取品保款院所家數(E)：院所達成指標惟核算基礎點數為 0，故實際領取品保款金額為 0。

表 3、113 年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--分區別

核發比率 分區別		不予核發	0% < X < 20%	20% ≤ X < 40%	40% ≤ X < 60%	60% ≤ X < 80%	80% ≤ X < 100%	全部核發	總計
台北	家數	337	77	460	730	622	575	25	2,826
	家數占率	11.9%	2.7%	16.3%	25.8%	22.0%	20.3%	0.9%	100%
	核發金額	-	56,289	1,761,399	6,240,271	13,763,698	31,448,303	5,411,905	58,681,865
	金額占率	0%	0.10%	3.0%	10.6%	23.5%	53.6%	9.2%	100%
北區	家數	143	26	125	230	237	228	17	1,006
	家數占率	14.2%	2.6%	12.4%	22.9%	23.6%	22.7%	1.7%	100%
	核發金額	-	40,250	700,802	2,728,711	6,079,558	14,533,628	1,834,625	25,917,574
	金額占率	0%	0.16%	2.7%	10.5%	23.5%	56.1%	7.1%	100%
中區	家數	142	43	252	382	286	254	50	1,409
	家數占率	10.1%	3.1%	17.9%	27.1%	20.3%	18.0%	3.5%	100%
	核發金額	-	43,365	1,219,067	3,850,880	7,685,170	13,872,264	6,468,535	33,139,281
	金額占率	0%	0.13%	3.7%	11.6%	23.2%	41.9%	19.5%	100%
南區	家數	58	29	165	226	197	171	16	862
	家數占率	6.7%	3.4%	19.1%	26.2%	22.9%	19.8%	1.9%	100%
	核發金額	-	24,459	868,495	2,329,066	5,311,545	10,152,452	2,079,680	20,765,697
	金額占率	0%	0.12%	4.2%	11.2%	25.6%	48.9%	10.0%	100%
高屏	家數	111	37	217	312	197	166	23	1,063
	家數占率	10.4%	3.5%	20.4%	29.4%	18.5%	15.6%	2.2%	100%
	核發金額	-	37,963	1,013,998	3,456,275	5,918,980	8,816,840	3,524,766	22,768,822
	金額占率	0%	0.17%	4.5%	15.2%	26.0%	38.7%	15.5%	100%
東區	家數	8	5	18	31	42	22	4	130
	家數占率	6.2%	3.8%	13.8%	23.8%	32.3%	16.9%	3.1%	100%
	核發金額	-	1,212	79,558	352,427	1,230,638	1,048,132	197,479	2,909,446
	金額占率	0%	0.04%	2.7%	12.1%	42.3%	36.0%	6.8%	100%
總計	家數	799	217	1,237	1,911	1,581	1,416	135	7,296
	家數占率	11.0%	3.0%	17.0%	26.2%	21.7%	19.4%	1.9%	100%
	核發金額	-	203,538	5,643,319	18,957,630	39,989,589	79,871,619	19,516,990	164,182,685
	金額占率	0%	0.12%	3.4%	11.5%	24.4%	48.6%	11.9%	100%

註：不予核發包含 0% 及不符資格，全部核發為 100%。

表 4、113 年品質保證保留款核發比率院所數及核發金額--層級別

核發比率 層級		不予核發	0% < X < 20%	20% ≤ X < 40%	40% ≤ X < 60%	60% ≤ X < 80%	80% ≤ X < 100%	全部核發	總計
醫學中心	家數	-	-	-	-	-	7	15	22
	家數占率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	31.8%	68.2%	100%
	核發金額	-	-	-	-	-	2,190,057	6,456,576	8,646,633
	金額占率	0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%	25.3%	74.7%	100%
區域醫院	家數	4	1	3	11	6	33	14	72
	家數占率	5.6%	1.4%	4.2%	15.3%	8.3%	45.8%	19.4%	100%
	核發金額	-	525	34,444	254,331	374,445	2,886,635	3,072,908	6,623,288
	金額占率	0%	0.01%	0.5%	3.8%	5.7%	43.6%	46.4%	100%
地區醫院	家數	22	2	9	12	17	19	7	88
	家數占率	25.0%	2.3%	10.2%	13.6%	19.3%	21.6%	8.0%	100%
	核發金額	-	1,036	36,671	86,013	420,468	1,123,469	997,684	2,665,341
	金額占率	0%	0.04%	1.4%	3.2%	15.8%	42.2%	37.4%	100%
基層診所	家數	773	214	1,225	1,888	1,558	1,357	99	7,114
	家數占率	10.9%	3.0%	17.2%	26.5%	21.9%	19.1%	1.4%	100%
	核發金額	-	201,977	5,572,204	18,617,286	39,194,676	73,671,458	8,989,822	146,247,423
	金額占率	0%	0.14%	3.8%	12.7%	26.8%	50.4%	6.1%	100%
總計	家數	799	217	1,237	1,911	1,581	1,416	135	7,296
	家數占率	11.0%	3.0%	17.0%	26.2%	21.7%	19.4%	1.9%	100%
	核發金額	-	203,538	5,643,319	18,957,630	39,989,589	79,871,619	19,516,990	164,182,685
	金額占率	0%	0.12%	3.4%	11.5%	24.4%	48.6%	11.9%	100%

註：不予核發包含 0%及不符資格，全部核發為 100%。

表 5、113 年牙醫品保款各項指標符合院所數--分區別

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
■ 核發本方案品保款								
	符合	2,489	863	1,267	803	952	122	6,496
		88.1%	85.8%	89.9%	93.2%	89.6%	93.8%	89.0%
	不符合	337	143	142	59	111	8	800
		11.9%	14.2%	10.1%	6.8%	10.4%	6.2%	11.0%
■ 符合本方案核發資格院所之各項指標分析(含專業、政策及加計指標)								總家數：6,496
◎ 專業獎勵：核發基礎為 70%，採累計方式。								
1	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 15%。	2,190	790	1,152	677	866	103	5,778
		77.5%	78.5%	81.8%	78.5%	81.5%	79.2%	79.2%
1A	65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率≤7%。	2,739	995	1,382	799	977	117	7,009
		96.9%	98.9%	98.1%	92.7%	91.9%	90.0%	96.1%
1B	院所須有 2 年的申報資料，故開業未滿 2 年的院所(於 111 年 1 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,450	873	1,274	792	981	124	6,494
		86.7%	86.8%	90.4%	91.9%	92.3%	95.4%	89.0%
1C	院所該年 65 歲(含)以上老人恆牙牙冠填補顆數須達 20 顆。	2,540	889	1,270	790	1,010	120	6,619
		89.9%	88.4%	90.1%	91.6%	95.0%	92.3%	90.7%
2	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率分為下列 3 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 15%。	868	513	616	366	409	60	2,832
		30.7%	51.0%	43.7%	42.5%	38.5%	46.2%	38.8%
2A	4 歲以上自家乳牙 545 天再補率≤10%。	2,694	993	1,381	796	933	114	6,911
		95.3%	98.7%	98.0%	92.3%	87.8%	87.7%	94.7%
2B	院所須有 1 年半的申報資料，故開業未滿 1 年半的院所(111 年 7 月 1 日(含)之後開業院所)無法領取。	2,495	892	1,289	803	988	125	6,592
		88.3%	88.7%	91.5%	93.2%	92.9%	96.2%	90.4%
2C	院所該年乳牙填補顆數須達 60 顆。	1,002	569	691	443	526	72	3,303
		35.5%	56.6%	49.0%	51.4%	49.5%	55.4%	45.3%
3	恆牙根管治療分為下列 4 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	1,298	491	536	381	389	56	3,151
		45.9%	48.8%	38.0%	44.2%	36.6%	43.1%	43.2%
3A	恆牙根管治療完成半年後的保存率≥95%。	2,390	862	1,242	764	914	114	6,286
		84.6%	85.7%	88.1%	88.6%	86.0%	87.7%	86.2%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
3B	恆牙根管治療未完成率＜30%。	2,713	985	1,391	823	1,037	124	7,073
		96.0%	97.9%	98.7%	95.5%	97.6%	95.4%	96.9%
3C	院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理(90091C-90097C)且其中 1 例應含橡皮障防濕裝置(90012C)。	1,536	562	626	451	450	61	3,686
		54.4%	55.9%	44.4%	52.3%	42.3%	46.9%	50.5%
3D	根管治療點數佔總點數之百分比須大於 5%者。	2,480	902	1,181	732	891	110	6,296
		87.8%	89.7%	83.8%	84.9%	83.8%	84.6%	86.3%
4	全口牙結石清除分為下列 3 項次指標，每項指標皆需達到符合標準，獎勵 20%。	2,051	695	965	548	648	96	5,003
		72.6%	69.1%	68.5%	63.6%	61.0%	73.8%	68.6%
4A	全口牙結石清除比率＞20%。	2,793	982	1,380	840	1,045	124	7,164
		98.8%	97.6%	97.9%	97.4%	98.3%	95.4%	98.2%
4B	施行全口牙結石清除，且併同牙周疾病控制基本處置(91014C)的執行率＞20%。	2,335	809	1,076	595	725	99	5,639
		82.6%	80.4%	76.4%	69.0%	68.2%	76.2%	77.3%
4C	該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 12 件(含)以上。	2,289	834	1,166	720	827	112	5,948
		81.0%	82.9%	82.8%	83.5%	77.8%	86.2%	81.5%
◎ 政策獎勵：核發基礎為 30%，採累計方式。								
5	該院所當年度特定保存治療（91015C、91016C、91091C）及牙周病支持性治療（91018C）合計申報件數在 15 件(含)以上，獎勵 3%。	1,097	403	484	315	360	48	2,707
		38.8%	40.1%	34.4%	36.5%	33.9%	36.9%	37.1%
6	該院所當年度第 3 階段診療項目申報件數在 10 件(含)以上，且占第 1 階段診療項目申報件數之比率至少達 50%，獎勵 5%。	1,109	396	477	309	358	47	2,696
		39.2%	39.4%	33.9%	35.8%	33.7%	36.2%	37.0%
7	醫院當年度資料上傳(含紙本交付衛生局(所)並成功上傳)至少 12 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫，獎勵 10%(醫院適用)。	31	15	21	18	25	6	116
		63.3%	51.7%	65.6%	69.2%	75.8%	46.2%	63.7%
8	每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務，分為下列 2 項次指標，每項次指標皆需達到符合標準，獎勵 3%(診所適用)。	769	272	470	375	391	37	2,314
		27.7%	27.8%	34.1%	44.9%	38.0%	31.6%	32.5%
8A	每月於健保資訊網服務系統(VPN)之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。	914	310	495	399	416	44	2,578
		32.3%	30.8%	35.1%	46.3%	39.1%	33.8%	35.3%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
8B	週日或國定假日有提供牙醫醫療服務當年度週日及國定假日申報健保醫療費用之件數≥1件（不含預防保健案件）。	2,237	820	1,260	762	938	100	6,117
		79.2%	81.5%	89.4%	88.4%	88.2%	76.9%	83.8%
9	112 年月平均初核核減率小於(等於)全國 95 百分位者，獎勵 5%(診所適用)。	2,624	923	1,305	817	1,005	116	6,790
		94.5%	94.5%	94.8%	97.7%	97.6%	99.1%	95.4%
10A	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 1 件(含)以上，獎勵 2%(醫院、診所適用)。	254	126	267	159	166	48	1,020
		9.0%	12.5%	18.9%	18.4%	15.6%	36.9%	14.0%
10B	該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在 10 件(含)以上，獎勵 2%(診所適用)。	170	89	192	117	120	33	721
		6.1%	9.1%	13.9%	14.0%	11.7%	28.2%	10.1%
11	該院所當年度高風險疾病患者牙結清除- 全口(91090C)申報數 12 件(含)以上，獎勵 10%(醫院、診所適用)。	1,870	656	872	539	619	99	4,655
		66.2%	65.2%	61.9%	62.5%	58.2%	76.2%	63.8%
◎ 加計獎勵：共一項指標，核發基礎為 2%。								
12	下列 2 項指標任一達標，即可加計獎勵 2%(基層適用)	160	100	168	96	73	21	618
		5.8%	10.2%	12.2%	11.5%	7.1%	17.9%	8.7%
12A	當年度資料上傳(含紙本交付衛生局(所)並成功上傳)至少 4 筆至口腔司口腔癌篩檢資料庫。	154	94	163	95	69	21	596
		5.5%	9.6%	11.8%	11.4%	6.7%	17.9%	8.4%
12B	當年度提供戒菸治療服務。	11	7	7	3	7	0	35
		0.4%	0.7%	0.5%	0.4%	0.7%	0.0%	0.5%
■ 不符本方案核發品保款院所之原因分析								
總家數：800								
◎ 不予核發資格								
0	不符合加強感染管制院所(申報感染管制診察費月數少於 12 個月者)。	252	78	84	44	80	7	545
		8.9%	7.8%	6.0%	5.1%	7.5%	5.4%	7.5%
1	本年度 12 月有 1 個(含)月以上費用未辦理第一次暫付者。	283	102	117	46	91	7	646
		10.0%	10.1%	8.3%	5.3%	8.6%	5.4%	8.9%

原因別		分區別						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
2	本年度內經中央健康保險署違約記點者(一年內)處分日期: 113/01/01 - 113/12/31。	0	0	2	0	2	0	4
		0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.1%
3	本年度內經中央健康保險署處以扣減其十倍醫療費用者。處分日期:113/01/01 - 113/12/31。	2	5	2	1	0	0	10
		0.1%	0.5%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
4	經中央健康保險署停止特約者(三年內)處分起迄日: 111/01/01 - 113/12/31。	14	10	4	0	6	0	34
		0.5%	1.0%	0.3%	0.0%	0.6%	0.0%	0.5%
5	經中央健康保險署終止特約者(五年內)處分起迄日: 109/01/01 - 113/12/31。	1	2	1	0	1	0	5
		0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
6	特約醫療院所所有異常醫療行為模式，經分區委員會輔導後，認其情節重大經決議提中華民國牙醫師公會全國聯合會報備者。	0	0	20	4	15	0	39
		0.0%	0.0%	1.4%	0.5%	1.4%	0.0%	0.5%
7	醫院層級院所當年度未執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。	11	4	2	2	1	1	21
		22.4%	13.8%	6.3%	7.7%	3.0%	7.7%	11.5%
◎ 符合核發資格，未領取品保款								
	指標達成率為 0%	3	2	5	0	2	0	12
		0.1%	0.2%	0.4%	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%
	達成指標，實際領取金額為 0 (註)	0	0	0	1	0	0	1
		0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.01%

註：依據 113 年品保款方案，「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」(稱 IDS)、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱特殊醫療服務計畫)及「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」不列入本方案指標之計算，惟屬牙醫特殊專案醫療服務項目(案件分類 16)之案件，列入政策獎勵之特殊醫療服務計畫指標計算。該院所皆申報專款案件，無一般案件，爰雖達成指標，實際領取金額為 0。

報告事項第五案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫通則三、轉診醫師資格迄日訂定案。

說明：

一、依據社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)114年8月4日牙全岳字第00211號函(附件1，頁次報5-3)暨衛生福利部114年4月30日衛部保字第1140116887號令(附件2，頁次報5-4)辦理。

二、查支付標準第三部牙醫通則三、規範牙醫師符合相關資格者，其相關診療項目得申報30%加成費用。其中有關「醫師資格」第3點規定，前經公告由「以醫師為單位」修正為「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位」，其前一年符合案內轉診範圍之申報量達規定標準者得申報加成費用，並自114年5月1日公告生效。

三、前開醫師資格之修正，業於114年5月1日公告生效，爰不符合修正後之規定者，理應自114年5月1日起失效，轉診加成資格之迄日應維護114年4月30日，惟牙全會來函建議如下：

(一)醫師資格之迄日：

1. 考量今年修訂醫師資格之條件，為利牙醫有充足緩衝及適應的時間，建議114年5月1日之前通過者，迄日維護至114年12月31日。

2. 114年5月1日之後通過者，每年迄日維護至次年6月30日。

(二)另已核定資格如次年繼續符合資格，得繼續沿用；不符合資格由本署逕行通知。

四、本署意見：

(一)查前開名單之產製，爰例由本署依支付標準規定(附表3.3.4，頁次報5-7)於每年4月(前一年資料申報完成轉檔時)產製後，

牙全會據以公告並請符合之院所醫師向該會提出申請，經該會初步審核後，將名單送本署分區業務組核定，流程如附件3(頁次報5-11)。

(二)依衛生福利部「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院名單(下稱牙科教學醫院，計40家，附件4，頁次報5-12)，重整符合申請轉診加成之醫師人數如下：

1. 查114年5月1日之前通過屬醫師資格第3點者有592位，其中符合修訂後之條件者有38位(554位不符合)。
2. 114年符合依附表3.3.4規定者有3,070位，其中符合修訂後之條件者375位(2,695位不符合)。

(三)有關牙全會建議符合申報轉診加成費用醫師資格迄日一節，考量院所須於本署名單產製後，須經申請審核後能申報轉診加成費用，而前開修訂114年5月1日甫公告，研擬同意牙全會所請。

(四)有關牙全會建議由本署通知不符合資格者一節，建議比照其他牙醫專款計畫，由本署分區業務組將核定結果函送院所及副知署本部及牙全會，並請牙全會通知不符合院所名單。

決 定：

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：李莉君(02)25000133 轉 262

電子郵件信箱：chun262@cda.org.tw

受文者：詳如正、副本收受者

發文日期：中華民國 114 年 8 月 4 日

發文字號：牙全岳字第 00211 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關「全民健康保險牙醫門診總額分科轉診加成」核定院所及醫師迄日維護日期，本會建議詳如說明段，敬請 查照。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議會後討論辦理。
- 二、有關全民健康保險醫療給付項目及支付標準第三部牙醫通則三、(一)醫師資格 3. 修訂內容，自 114 年 5 月 1 日生效。
- 三、依旨揭辦法之醫師資格 3. 通過核定之醫師，其轉診加成資格迄日維護，本會建議：於 114 年 5 月 1 日之前通過者(計算前一年度，即 113 年度符合者)，迄日維護至 114 年 12 月 31 日；另於 114 年 5 月 1 日之後通過者，每年迄日維護日期至次年 6 月 30 日，又已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用；不符合資格者，由 貴署逕行通知。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全國會
校對章(266)

理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

第一頁 共一頁

總收文 114 年 8 月 5 日收到

健保醫字

中央健康保險署

署 1140055784

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年4月30日
發文字號：衛部保字第1140116887號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百十四年五月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長邱泰源

第三部 牙醫

通則：

- 一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。
- 二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。
- 三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。

(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

- 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。
- 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第7項範圍。
- 3.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以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

- 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
- 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。
- 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
- 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
- 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。
- 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。
- 7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。

(三)轉診加成規範：

- 1.轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；屬同一療程之診療項目於該療程期間皆得申報加成。
- 2.申報轉診加成之院所及醫師規範：
 - (1)轉出及接受轉診不得為同一醫師。
 - (2)基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：
 - A.非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：

(a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。

(b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。

B. 屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。

3.同一病人之轉出每次限轉診一種科別。

4.基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。

(四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

四、「五歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於六十個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

五、「高齡病人根管治療難症處理」：治療六十五歲以上病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。

六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

七、牙周炎病人收取自費規範：

(一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：

1.牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠（激進型牙周病病人及頑固型牙周病病人適用）。

2.因美容目的而作的牙周整形手術。

3.牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。

4.牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。

(二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。

八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12及B6)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。

九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

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

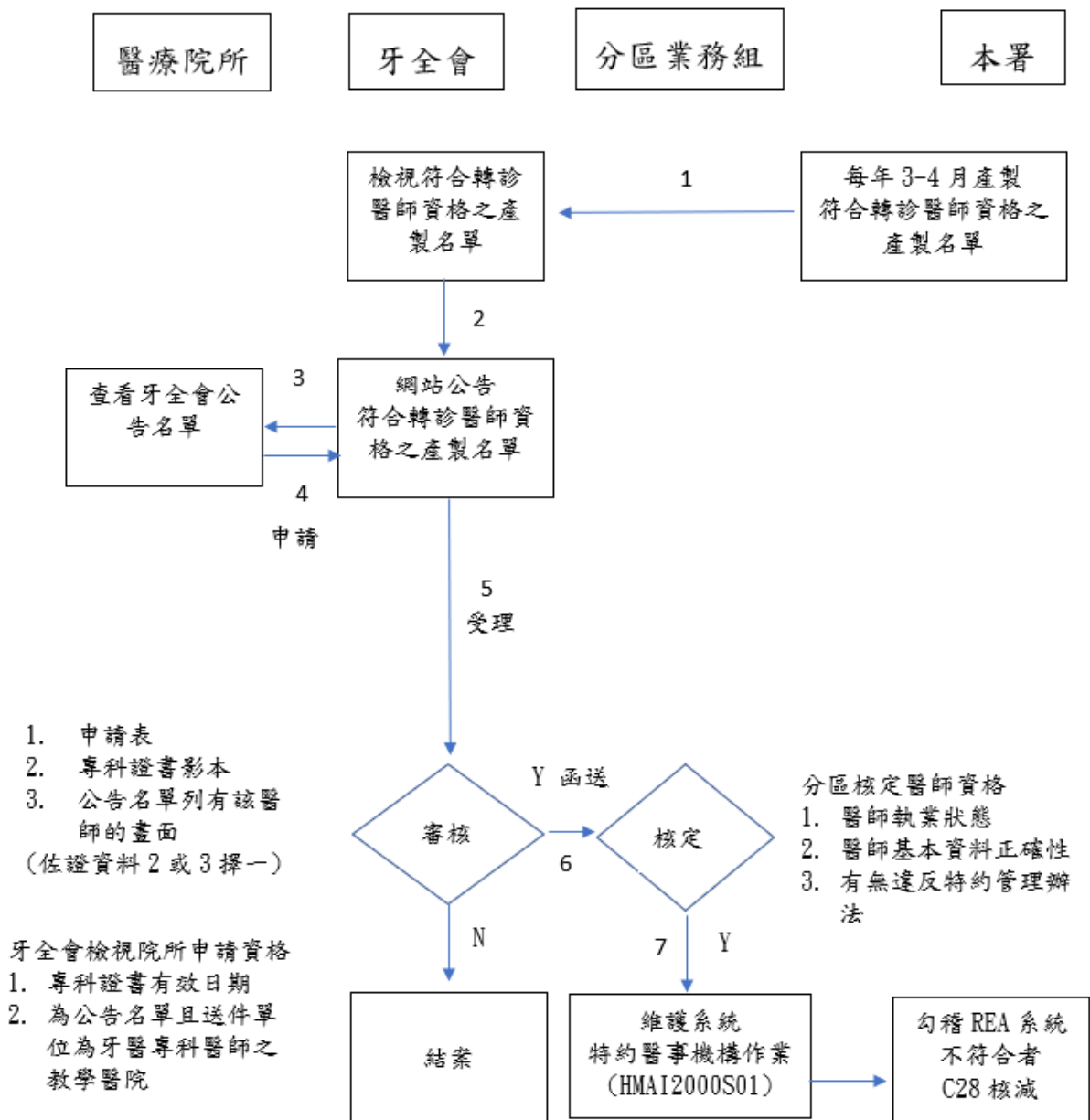
項目	說 明
一、邏輯定義	1.具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項 (醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

修訂內容	原內容
三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。 (一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用： 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第7項範圍。 3.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以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。 (二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目： 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除	三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。 (一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用： 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第7項範圍。 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。 (二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目： 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及

修訂內容	原內容
91001C、91003C、91004C、91088C 外) ，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科 (除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、 92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、 92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、 92070B、92097C、92098C、92161B。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。 7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 之適用對象，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療 者，不限科別皆得申報轉診加成。 (三)轉診加成規範： 1.轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一 百八十天內；屬同一療程之診療項目於該療程期間 皆得申報加成。 2.申報轉診加成之院所及醫師規範： (1)轉出及接受轉診不得為同一醫師。 (2)基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範： A.非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適	91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外) ，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面 外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、 92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、 92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、 92070B、92097C、92098C、92161B。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。 7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務 計畫之適用對象，參與該計畫醫師於院所執行 轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。 (三)轉診加成規範： 1.轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日 起一百八十天內；屬同一療程之診療項目於該 療程期間皆得申報加成。 2.申報轉診加成之院所及醫師規範： (1)轉出及接受轉診不得為同一醫師。

修訂內容	原內容
用鄉鎮之基層院所： (a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。 (b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。 B.屬附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。 3.同一病人之轉出每次限轉診一種科別。 4.基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。 (四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。	(2)基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範： A.非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所： (a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。 (b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。 B.屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。 3.同一病人之轉出每次限轉診一種科別。 4.基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。 (四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫
通則三附表 3.3.4 符合轉診醫師資格之產製名單核定流程圖



附表 3.3.4 具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院名單

序號	分區別	機構名稱	醫療機構代碼	口腔顎面	兒童牙科	牙體復形	口腔病理	牙周病科	牙髓病科
1	台北	國立臺灣大學醫學附設醫院	0401180014	V		V	V	V	V
2	台北	國立臺灣大學醫學附設醫院兒童醫院	0401180023		V				
3	台北	國立陽明交通大學附設醫院	0434010518	V					
4	台北	三軍總醫院附設民眾診療服務處	0544010331	V	V	V		V	V
5	台北	臺北榮民總醫院	0601160016	V	V			V	V
6	台北	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	1101020018		V			V	V
7	台北	財團法人臺灣基督長老教會馬偕紀念醫院	1101100011	V	V				V
8	台北	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	1101150011	V		V		V	V
9	台北	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	1131010011	V				V	
10	台北	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院	1131050515	V				V	
11	台北	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院	1131090019		V				
12	台北	財團法人臺灣基督長老教會馬偕紀念醫院淡水分院	1131100010	V					
13	台北	國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院	1131110516						V
14	台北	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	1231050017						V
15	台北	臺北醫學大學附設醫院	1301170017	V	V	V	V	V	V
16	台北	臺北市立萬芳醫院(委託財團法人臺北醫學大學辦理)	1301200010	V	V			V	V
17	台北	衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)	1331040513	V	V			V	V
18	北區	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹台大分院	0412040012					V	
19	北區	長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院	1101010012		V			V	
20	北區	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	1132070011	V	V			V	V
21	北區	長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院	1132071036		V	V		V	
22	中區	臺中榮民總醫院	0617060018	V	V			V	V
23	中區	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	0936060016		V				

序號	分區別	機構名稱	醫療機構代碼	口腔顎面	兒童牙科	牙體復形	口腔病理	牙周病科	牙髓病科
24	中區	秀傳醫療財團法人秀傳紀念醫院	0937010019	V	V				V
25	中區	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	1137010024	V				V	V
26	中區	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教兒童醫院	1137010042		V				
27	中區	中山醫學大學附設醫院	1317040011	V		V	V	V	V
28	中區	中國醫藥大學附設醫院	1317050017	V	V			V	V
29	南區	臺南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)	0905320023			V			V
30	南區	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	1122010012	V				V	V
31	南區	財團法人天主教聖馬爾定醫院	1122010021	V					
32	南區	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	1140010510					V	
33	南區	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	1141090512	V					V
34	南區	奇美醫療財團法人奇美醫院	1141310019	V				V	V
35	南區	國立成功大學醫學院附設醫院	0421040011	V	V	V	V	V	V
36	高屏	高雄榮民總醫院	0602030026	V				V	V
37	高屏	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	1142100017	V	V			V	
38	高屏	義大醫療財團法人義大醫院	1142120001	V				V	
39	高屏	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	1302050014	V	V	V	V	V	V
40	東區	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	1145010010	V			V		V
			合計	28	20	9	6	26	25

報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關「根管治療使用顯微鏡」納入醫療科技評估(HTA)，請依本署申報規定正確申報虛擬醫令代碼「N21908」。

說明：

- 一、依據社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)114年3月28日牙全仁字第02511號函(附件1，頁次報6-3頁)辦理。
- 二、針對「『顯微根管治療』納入本保險醫療給付項目及支付標準新診療項目之可行性」一節，牙全會表示不建議納入本保險給付，意見如下：
 - (一) 本案診療項目係根管治療使用顯微鏡，目前於牙髓病治療沒有特定適應症，不易舉證及查核，同時顯微鏡相關設備與精密程度與價格落差極大，不易訂定硬體規格。
 - (二) 現行健保制度已支付根管治療費用，對於牙醫師可依循現有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)申報費用；惟顯微鏡屬於選擇治療內容，未含括於支付標準中。
 - (三) 承上，若病人願意自行負擔顯微鏡輔助檢查相關費用，得選擇相關自費項目，建議參考各縣市衛生局的自費項目與標準。
- 三、本署說明：

- (一) 依據本署98年12月30日以健保醫字第0980096977號函(附件2，頁次報6-5頁)略以，依支付標準第三部牙醫，業訂有根管治療項目及難症特別處理費用，且第一部總則六(原函為「五」，現行支付標準已修正為「六」)，亦訂有各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列項目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經健保署報由中央主管機關核定後實施之規定，故該項治療未提報新診療法前，為避免院所施行，造成病人的負擔，及可能收取

自費又向本保險申報根管治療費用之情事，仍應以難症特別處理費支付為宜，不得向民眾收取自費。

(二) 查支付標準第三部牙醫訂有90001C～90003C、90019C、90020C「恆牙根管治療(單根至五根以上)」，亦依不同部位及根管數訂有90091C~90098C「難症特別處理」項目(附件3，頁次報6-6頁)。

四、本案經詢專家學者及社團法人中華牙醫學會表示意見(附件4，頁次報6-11頁)，皆不建議納入健保給付，認為現行健保財務恐無法提供合理給付外，恐造成牙髓病專科醫師得不到合理報酬，而不願加入此專科教育訓練，且以顯微鏡進行根管治療的成效無法以顯微鏡影像或是X光片進行舉證。

五、為利評估醫療成本效益及瞭解院所收取自費情形，本項目擬納入醫療科技評估(HTA)，並請醫療院所依下列規定申報：

(一)「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」規範於「醫令類別」申報「H」醫療科技評估(自費診療項目)。

(二)各保險醫事服務機構實施支付標準未列項目規範可參考本署網站(首頁\健保服務\健保藥品與特材及醫療服務\醫療服務\支付標準相關法規及規範\支付標準未列項目之特約院所執行未列項目之門診/住診醫療費用點數申報格式及填表說明)。

(三)本項目虛擬醫令代碼為「N21908」，亦公告於本署網站(首頁\健保服務\健保藥品與特材及醫療服務\醫療服務\醫療科技評估專區\虛擬醫令代碼)。

六、考量本項目係牙醫門診總額首例納入醫療科技評估，請牙全會協助宣導會員，自費用年月114年10月1日起，依循辦理上開申報事宜。

決定：

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：許家禎(02)25000133 轉 266

電子郵件信箱：xenia0429@cda.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 3 月 28 日

發文字號：牙全仁字第 02511 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

收文 114 年 3 月 31 日收到

保醫字

中央健康保險署

1140052353

主旨：有關「顯微根管治療」納入全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目之可行性，本會意見詳如說明段，敬請查照。

說明：

- 一、依據本會第 15 屆第 13 次牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議辦理。
- 二、本會業於 112 年 5 月 8 日牙全彥字第 01232 號函(諒達)檢送相關意見。
- 三、重申「顯微根管治療」不建議納入健保給付，相關說明如下：
 - (一)、所謂「顯微根管治療」是「根管治療使用顯微鏡」的含意，目前在牙髓病治療沒有特定適應症，但是能提供清晰的影像，協助牙醫師診斷與輔助治療的工具。
 - (二)、顯微鏡在牙髓病的臨床應用與相關適應症，不易舉證與查核，同時顯微鏡相關設備精密程度與價格，落差極大不易規定硬體格式，貿然納入健保，容易落入圖利特定廠商口實。
 - (三)、現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準沒有涵蓋顯微鏡。
 - (四)、現行健保制度已由全民健保支付根管治療費用，對於一般病人牙痛，牙醫師根管治療依循現有支付標準表

處理，保障民眾就醫權益。顯微鏡屬於選擇治療內容，若個人願意自行負擔顯微鏡輔助檢查或治療等相關費用，建議參考各縣市衛生局的自費項目與標準（如台北市衛生局牙科自費標準），選擇相關自費服務項目。若有收費與治療項目疑慮，亦可參考中華民國牙髓病學會（<http://www.aeroc.org.tw/index.asp>）網頁民眾專區。諮詢其他牙髓病科專科醫師服務。

- (五)、為避免民眾誤解顯微鏡自費項目與健保服務給付項目，有重複收費的疑慮。牙醫師收取費用前應詳細說明與健保給付的差異，同時請病患簽署自費同意書與顯微鏡使用說明書。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全副會
統對章1265

理事長 江錫仁

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療 服務審查執行會 主委決行

副本

檔 號：
保存年限：

900091C

90097C

本部
經則5

中央健康保險局 函

機關地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：簡素珠(02)27065866轉2651
電子信箱：A110061@mail.nhi.gov.tw

受文者：本局醫務管理處

發文日期：中華民國98年12月30日
發文字號：健保醫字第0980096977號
送別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：關於 貴會回復本局前函詢患者接受顯微鏡根管治療，醫院收取自費乙事，本局意見如說明，請 查照。

說明：

- 一、復 貴會98年11月30日牙全輝字第1625號函。
- 二、貴會表示，顯微鏡根管治療利用顯微鏡等新科技項目輔助複雜性根管治療，針對少數牙齒根管細小及阻塞、根管彎曲、根管穿孔、斷裂器械、有額外根管或是複雜根管系統（如C形根管、分叉根管...等）進行根管治療，屬自費項目。惟現行全民健康保險醫療費用支付標準第三部牙醫，業訂有根管治療項目及難症特別處理費用，且第一部總則五亦訂有各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經健保局報由中央主管機關核定後實施之規定，故該項治療未提報新療法前，為避免院所施行，造成病人的負擔，及可能收取自費又向本保險申報根管治療費用之情事，仍應以難症特別處理費支付為宜。
- 三、副本抄送各分局，請轉知所轄相關醫療院所，顯微鏡根管治療未公告新增前，牙醫師施行後，應依支付標準所訂之根管治療項目及難症特別處理費用申報給付，不得向民眾收取自費。

正本：中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：本局各分局、本局醫審暨藥材小組、本局醫務管理處

中央健康保險局
經 辦 章 (2)

總經理 鄭守夏

本案依分層負責規定授權處室主管決行

第 1 頁 共 1 頁

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第一部 總則

- 一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。
- 二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院除第一部第四點外，其餘依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽訂合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：
 - (一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構（以下稱基層院所）。
 - (二)特約藥局。
- 三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。
- 四、依據主管機關公告之「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」規定，屬「應申請區域醫院評鑑」之地區醫院，且經評鑑結果未達區域醫院合格基準者，依下列支付方式辦理：
 - (一)自地區醫院評鑑合格之日起一年內：依地區醫院點數申報，且不得適用地區醫院加成規範及特定保障項目；如其醫院評鑑基準「適當的護病比」符合區域醫院評鑑標準者，依區域醫院點數申報。
 - (二)自地區醫院評鑑合格之日起逾一年：未達區域醫院合格基準者，依地區醫院點數申報，且不得適用地區醫院加成規範及特定保障項目。
- 五、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。
- 六、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所定點數申報，但新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。
- 七、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1240
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2440
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	4290
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	5720
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001C、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者支付。	v	v	v	v	7130
90004C	齒內治療緊急處理 Management of endodontic emergencies 註： 1.需記載具體處置內容。 2.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	150
90005C	乳牙斷髓處理 Pulpotomy of primary tooth 註： 1.需附治療前X光片以為審核（X光片費用已內含）。 2.六十天內，不得再申報90015C。 3.麻醉費用內含。	v	v	v	v	830
90006C	去除縫成牙冠 Removal of s-p crown 註： 1.申報費用時，需附治療前X光片及治療後X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)以為審核（X光片或相片費用已內含），合併拔牙的切除牙橋處置，可免附術後X光	v	v	v	v	240

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	片。 2.此項不得申請轉診加成。					
90007C	去除全鑲面牙冠 Removal of full veneer 註： 1.需附治療前X光片及治療後X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)以為審核(X光片或相片費用已內含)，合併拔牙的切除牙橋處置，可免附術後X光片或相片。 2.申報 90007C 後不得另行申報OD。(覆髓除外)。 3.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	800
90008C	去除釘柱-每一釘柱Removal of post 註：申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核(X光片費用已內含)。	v	v	v	v	1235
90091C	難症特別處理Management of endodontic difficult case，範圍如下所列各項： — 大白齒(C-Shaped)根管	v	v	v	v	1000
90092C	— 有額外根管者 (1)前牙及下顎小白齒有超過一根管者。 (2)上顎小白齒有超過二根管者。 (3)大白齒有超過三根管者。 (4)以實際超過根管數計算。	v	v	v	v	1000
90093C	— 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折(非同一醫療院所)，以根管數計算。	v	v	v	v	1000
90094C	— 根管重新治療在X光片上root canal內顯現出radioopaque等有obstruction之根管等個案，以根管數計算。	v	v	v	v	1500
90095C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(雙根管)	v	v	v	v	1600
90096C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(三根管)	v	v	v	v	2400
90097C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(四根管)	v	v	v	v	3200
90098C	— 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管)	v	v	v	v	4000
	上列支付項目90091C-90098C申報說明如下列： 註： 1. 90091C-90094C須檢附術前或術後舉證之X光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之X光片(X光片費用已內含)。 2.GP過度充填(over filling)不得申報90095C~ 90098C。					
90010C	根尖逆充填術 Root-end filling	v	v	v	v	900

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
	註：以根管數計算，需檢附術後X光片(X光片費用已內含)。					
90011C	牙齒再植術 Intentional tooth replantation 註：不包括根管治療，需檢附術前及術後X光片以為審核(X光片費用已內含)。	v	v	v	v	1000
90012C	橡皮障防濕裝置 Rubber dam isolation 註： 1.銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體充填時，橡皮障防濕裝置視病情需要使用。 2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。(X光片或相片費用已內含)。	v	v	v	v	150
90013C	根尖成形術或根尖生成術 Apexification or Apexogenesis — 前牙 Anterior tooth	v	v	v	v	500
90014C	— 後牙 Posterior tooth 註： 1.限開根尖式根管者(open apex)。 2.處置完成(根尖成形)後需檢附術前、術後X光片(術後X光片費用另計)申報，處置完成前之追蹤檢查，每三個月可視需要申報診察費及X光費用。	v	v	v	v	1000

附表 3.3.1 根管治療充填達根尖 2mm 申請給付原則

- 一、申報本項應使用橡皮障，如未使用橡皮障做治療者不予給付。
 - 二、應檢附至少一張標準照射法之根管充填X光片，其根尖影像需明確清楚，若有明顯扭曲變形或模糊不清者不得申報本項給付。
 - 三、根尖部份在X光片可明確清楚的顯示下，牙膠針不得短於根尖 2mm，亦不得超出根尖。多根管牙齒比照單根管之定義，按其充填根管數給付。
 - 四、根管充填的X光片上必須顯示出根管緻密而均質的型態，不得有明顯之充填縫隙，並且與原始X光片相比較，必須呈現出明顯清創、修形或充填程度之改善。
 - 五、根管充填的X光片上若發現有明顯可以充填而未充填或有充填而未達本原則標準之根管，即使其它已充填之根管達到標準，仍不得申報本項給付。但根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所操作時所斷裂）或在X光片上根管內顯現出非透光影像等有阻塞之根管等個案，以及有正當理由且病歷記載完整者不在此限。
 - 六、病歷應詳細記載病症之描述及診斷，以及根管充填的方法與材料。
- 僅由封填劑(sealer)、糊劑(paste)、氫氧化鈣(如vitapex)或馬來膠外任何能使X光片呈現放射線不透性的材料之根管充填，均不得申報本項給付。以側方充填法充填根管者，若僅以單支馬來膠或單支馬來膠加糊劑充填根管者，不得申報本項給付。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目專業意見徵詢表

序 號	本署徵詢項目	專業意見			
		A	B	C	D
1	顯微根管治療於牙髓病治療有無特定適應症？	「顯微根管治療」一詞並非正式的牙科治療術式，正確的名稱應該是「顯微鏡輔助根管治療」。顯微鏡為影像放大工具，相較於肉眼，在顯微鏡下進行任何的根管疾病診斷與治療步驟，都能獲得更多影像學上的資訊而有助於正確疾病診斷以及根管形態與解剖結構的辨識，可以更有效率的執行與完成治療操作步驟。因此使用顯微鏡應用於現今所有的根管治療步驟，在提升治療效率與治療成功率都具有實質且顯著的意義與價值，簡而言之所有類型的根管治療都是使用顯微鏡輔助治療的適應症。	沒有。任何牙髓病治療都可以使用顯微鏡。舉凡拆除牙釘、尋找根管開口、打通鈣化根管、移除斷裂器械、穿孔的處置等。	一般根管治療時，如果遇到根管形狀特異(包括開口微小)時，才需要顯微根管治療輔助，但占比在 10%以下。	鈣化、極細、找不到開口(orifice)、極度彎曲、二次根管治療。
2	本項尚未納入診療項目之前，可否依支付標準所定根管治療項目(90001C-90003C、90019C-90020C(單根至五根))及難症特別處理費(90091C-90098C)申報給付？	1. 申報根管治療項目(90001C-90003C、90019C-90020C)，無論是就治療步驟複雜度與所需時間而言，健保對於根管治療（不使用顯微鏡）給付明顯偏低，勉強僅能打平一般根管治療（不使用顯微鏡）的醫事成本，根本不足以支付「使用顯微鏡輔助根管治療」所產生的額外醫療成本（約 8000-15000 元/小時）。 2. 健保支付標準正面規範僅有 C 型大白齒、額外根管牙齒、根管彎曲與鈣化以及器械斷折病例，可以申報「難症特別處理費(90091C-90098C)」處置，給付點數也僅有 1000 點。「難症特別處理費」的低廉給付根本不敷所衍伸的醫療成本。同時對於髓腔鈣化、先前治療導致的根管路徑偏移、根管吸收穿孔、遺漏根管等常見的根管治療難症狀況，依現行規範均無法申報「難症特別處理費」。	根管治療項目(90001C-90003C、90019C-90020C(單根至五根))及難症特別處理費(90091C-90098C)裡頭並未明定包含顯微鏡使用費，因此建議不可行。	如果專科醫師研判必需施行顯微根管治療，醫師告知病人根管難症而需自費治療，且病人也同意自費治療，那麼此個案就不宜再申報健保給付。	不恰當
3	如允許院所收取自費，該費用是否已包含根管治療診療項目?如：90001C-90003C、90019C-90020C(單根至五根)。	如允許院所收取自費，該費用不包含根管治療診療項目。 根據北市衛生局核定之「臺北市醫療機構牙科收費標準表」的「1-31：顯微鏡檢查輔助複雜根管治療」與「1-35：超音波器械輔助根管治療」的規範與收費內容說明（詳見附件 P3-P4 黃底標示處），使用顯微鏡與超音波器械輔助根管治療收取的費用僅包括顯微鏡或超音波器械的使用費與操作技術費，不包含診察費、根管治療及根管難症處理費用。	根管治療項目(90001C-90003C、90019C-90020C(單根至五根))是基礎的根管治療，無論有沒有使用顯微鏡都應給付。因此建議為不包含。	如果已經申報以上的健保給付根管治療項目，則只能再收取使用工具的費用。	不予置評(No comment)
4	本項如由民眾自費，應收取自費價格約多少錢?該費用是否已含根管治療費用？	根據北市衛生局核定之「臺北市醫療機構牙科收費標準表」規範對於「1-31：顯微鏡檢查輔助複雜根管治療」的收費標準為 8000-15000 元/每根管，而「1-35：超音波器械輔助根管治療」的收費標準為 4000-8000 元/每根管。 建議收取自費價格可依照所在衛生局核定的標準收取，若部分縣市衛生局尚未完成相關費用收取規範公告，可依據該縣市生活物價水準並參考雙北衛生局核定的收費標準進行調整。	請參照各地方衛生局明定之價格。同上題，建議為不包含。	各地方公會已經有訂定顯微根管治療的收費標準。	依根管數或困難程度 15,000~35,000 元。

序 號	本署徵詢項目	專業意見			
		A	B	C	D
5	是否同意納入健保給付項目	☒ 不建議增列	☒ 不建議增列	☒ 不建議增列	☒ 不建議增列
	☒ 不建議納入健保給付項目理由	☐ 非臨床需要(如研究計畫、美容…等) ☒ 非本保險給付範圍 ☐ 現行已列項；診療代碼： ☒ 其他(請敘明)： 增列為健保給付項目，可預期將衍伸許多負面效應並導致後遺症，專業意見說明如下： 1. 在使用顯微鏡的適應症涵蓋所有類型根管治療前提下，現行健保財務明顯無法負擔將「使用顯微鏡」納入健保給付項目並給付合理費用。若仍強勢要以現行支付標準來給付「使用顯微鏡」額外衍伸的醫療人事成本，會壓縮自費給付空間，導致牙髓病科專科醫師的工作得不到合理的報酬，使得部分專科醫師轉為全自費醫療，民眾等待期延長，恐最終選擇拔除牙齒。長期更可能造成年輕醫師不願加入牙髓病專科醫療訓練，致使牙髓病醫療專業人力匱乏。 2. 使用顯微鏡進行根管治療的成效無法以顯微鏡影像或是 X 光片進行舉證，強行納入健保給付反而容易導致浮報和濫報的亂象叢生，就醫療品質控管與申報舉證的觀念切入，不適合納入健保給付。 3. 建議在現行健保支付標準對於根管治療與難症處理的給付下，讓民眾保有自行選擇是否付費「使用顯微鏡」輔助根管治療以獲得高品質醫療的就醫權益，兼顧使用者付費的原則，因為民眾需負擔顯微鏡使用的醫療費用，便會在意或監督醫師使用顯微鏡的醫療有效性，避免醫療資源的浪費。	☐ 非臨床需要(如研究計畫、美容…等) ☐ 非本保險給付範圍 ☐ 現行已列項；診療代碼： ☒ 其他(請敘明)： 1. 可比照現行心臟支架的給付方式，健保提供基本的治療，任何被保險人皆可使用；被保險人如有其他(如：顯微鏡)的需要，則可搭配自費選項。（即：根管治療項目（90001C-90003C、90019C-90020C）為健保基本項目，顯微鏡則為自費選項。） 2. 若顯微鏡納入健保，則一定要有配套措施（例如：適當地給付點數、有效的審查方法），否則可能會造成劣幣驅除良幣；申報健保顯微鏡趨於浮濫（但未達實效）、真正慎重使用顯微鏡的（例如：牙髓病專科）醫師則會轉移到自費診所。 3. 若顯微鏡納入健保，則牙髓病科致力於保存牙齒的治療方式與專科人力可能會更趨於弱勢，最終可能會造成治療計畫的改變（更傾向於拔掉患齒+植牙），使得病人增加不必要的經濟負擔，既非健保之目的，亦非民眾之福。	☐ 非臨床需要(如研究計畫、美容…等) ☒ 非本保險給付範圍 ☐ 現行已列項；診療代碼： ☒ 其他(請敘明)： 目前牙科總額不建議納入顯微根管治療的項目，顯微鏡可視為自費的輔助治療工具，因需求而異，亦無法確定何時可用及使用次數，且需要顯微鏡的根管治療占的比例很少，如果貿然開放健保給付，恐會有浪費健保的資源之虞。	☒ 非臨床需要(如研究計畫、美容…等) ☒ 非本保險給付範圍 ☐ 現行已列項；診療代碼： ☒ 其他(請敘明)：健保應給付於疾病或重症。

肆、討論事項

討論事項第一案

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「牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標及保留款機制作業方案」案，提請討論。

說明：

- 一、依據114年8月4日牙全會牙全岳字第00214號函辦理(附件1，頁次討1-2頁)。
- 二、為提升東區醫療服務，修訂方案第四項保留款之運用及第五項保留款之計算方式，方案修訂對照表詳附件2，頁次討1-7。

本署意見：

- 一、經統計113年各季結算平均點值大於1.15者僅東區分區，其保留款運用情形(附件3，頁次討1-14頁)如下：
 - (一)累計保留款：75,154,009元。
 - (二)保留款之分配：
 1. 該分區平均點值小於1.0元之補助款：未支用。
 2. 鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項：未支用。
 3. 鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務：補助38,897,614元。
 4. 鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項：補助24,980,507元。
 5. 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項：未支用。
 - (三)分配後之剩餘款11,275,888元，回歸東區次年(114年)第1季預算。
- 二、尊重牙全會修訂建議，擬依程序報衛生福利部核定。

決議：

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 8 月 4 日
發文字號：牙全岳字第 00214 號
連別：
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 3 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 8 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 陳世岳

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

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

修訂條文	原條文	備註
一、依據：全民健康保險牙醫門診總額 113 114 年度第 23 23 次研商議事會議決議。	一、依據：全民健康保險牙醫門診總額 113 年度第 2 次研商議事會議決議。	依會議修訂。
二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。	二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。	未修訂
三、保留款機制： (一)依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。 (二)以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。	三、保留款機制： (一)依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。 (二)以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。	未修訂
四、保留款之運用： (一)該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。 (二)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。 (三)鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診之醫療服務。 (四)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。 <u>(五)鼓勵該分區特殊醫療服務計畫之醫療服務獎勵款項。</u> (五) (六) 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款	四、保留款之運用： (一)該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。 (二)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。 (三)鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診之醫療服務。 (四)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。 (五)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。	為提升東區醫療服務，修訂保留款之運用條文。

修訂條文	原條文	備註
項。		
五、保留款運用之計算方式： (一)以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。 如保留款不足時，則依該分區院所結算點數，按比例分配。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以 3 年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者)，其核定點數(含部分負擔)以每點 1.3 元支付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 2.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週六、	五、保留款運用之計算方式： (一)以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。 如保留款不足時，則依該分區院所結算點數，按比例分配。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以 3 年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者)，其核定點數(含部分負擔)以每點 1.3 元支付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 2.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週六、	配合保留款之運用條文修訂，新增計算方式。

修訂條文	原條文	備註
週日及國定假日開診，每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 ※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含勞雇雙方排定之補假日)。 3.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.51.7 元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 <u>4.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區院所(不包含巡迴外展機構)「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之醫療服務屬「核實申</u>	週日及國定假日開診，每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 ※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含勞雇雙方排定之補假日)。 3.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.5 元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。	

修訂條文	原條文	備註
<u>報(含診察費)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.7 元支付鼓勵。</u>		
(三)前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第 1 季一般預算。	(三)前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第 1 季一般預算。	
六、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。	六、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。	未修訂

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

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	備註
一、依據：全民健康保險牙醫門診總額 113 <u>114</u> 年度第 23 <u>23</u> 次研商議事會議決議。	一、依據：全民健康保險牙醫門診總額 113 <u>114</u> 年度第 23 <u>23</u> 次研商議事會議決議。	一、依據：全民健康保險牙醫門診總額 113 年度第 2 次研商議事會議決議。	<u>牙全會說明：</u> 依會議修訂。
二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。	二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。	二、目標值：分區結算平均點值大於 1.15 元部分。	未修訂
三、保留款機制： (一)依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。 (二)以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。	三、保留款機制： (一)依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。 (二)以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。	三、保留款機制： (一)依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。 (二)以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。	未修訂
四、保留款之運用： (一)該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。 (二)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。 (三)鼓勵該分區週六、週日及	四、保留款之運用： (一)該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。 (二)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。 (三)鼓勵該分區週六、週日及	四、保留款之運用： (一)該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。 (二)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務執業計畫獎勵款項。 (三)鼓勵該分區週六、週日及	<u>牙全會說明：</u> 為提升東區醫療服務，修訂保留款之運用條文。 <u>本署說明：</u> 尊重牙全會修訂意見。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	備註
國定假日開診之醫療服務。 (四)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。 <u>(五)鼓勵該分區特殊醫療服務計畫之醫療服務獎勵款項。</u> (五六)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。	國定假日開診之醫療服務。 (四)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。 <u>(五)鼓勵該分區特殊醫療服務計畫之醫療服務獎勵款項。</u> (五六)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。	國定假日開診之醫療服務。 (四)鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務巡迴計畫獎勵款項。 (五)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。	
五、保留款運用之計算方式： (一)以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。 如保留款不足時，則	五、保留款運用之計算方式： (一)以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。 如保留款不足時，則	五、保留款運用之計算方式： (一)以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。 如保留款不足時，則	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	備註
依該分區院所結算點數，按比例分配。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以3年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者)，其核定點數(含部分負擔)以每點1.3元支付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定	依該分區院所結算點數，按比例分配。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以3年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者)，其核定點數(含部分負擔)以每點1.3元支付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定	依該分區院所結算點數，按比例分配。 (二)於年底結算時，該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區： 1.「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以3年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者)，其核定點數(含部分負擔)以每點1.3元支付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	備註
鼓勵金額比例分配。 2.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診，每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 ※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含	鼓勵金額比例分配。 2.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診，每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 ※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含	鼓勵金額比例分配。 2.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診，每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 ※假日係指行政院人事行政總處公布之放假日(包含週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及依勞動基準法及該法施行細則所訂勞動節(含	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	備註
勞雇雙方排定之補假日)。 3.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.5<u>1.7</u> 元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 <u>4.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區院所</u>	勞雇雙方排定之補假日)。 3.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.5<u>1.7</u> 元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。 <u>4.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區院所</u>	勞雇雙方排定之補假日)。 3.前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務，屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點 1.5 元支付鼓勵，餘款則補助論次計酬項目，最多補助到核定金額加成至 5 成；如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。	<u>牙全會說明：</u> 配合保留款之運用條文修訂，新增計算方式。 <u>本署說明：</u> 尊重牙全會修訂意見。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	備註
<u>(不包含巡迴外展機構)「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之醫療服務屬「核實申報(含診察費)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點1.7元支付鼓勵。</u>	<u>(不包含巡迴外展機構)「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之醫療服務屬「核實申報(含診察費)計酬方式之項目，其核定浮動點數補助至每點1.7元支付鼓勵。</u>		
(三)前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前	(三)前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前	(三)前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	備註
(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第1季一般預算。	(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第1季一般預算。	(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第1季一般預算。	
六、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。	六、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。	六、本方案由保險人與牙醫全聯會共同研訂後送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。	未修訂

113 年東區分區保留款補助金額運用情形

序號		項目	補助金額 B	剩餘金額 C=前一項剩餘 金額(C)—(B)
1	第 1 階段 分配	該分區每季結算平均點值小於 1 元時，由分區保留款補助該季分區預算，最高補助至平均點值 1.0 元為限。	0	75,154,009
2	第 2 階段 分配	該分區牙醫師至醫療資源不足地區執業服務計畫：經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核，則以 3 年內最近一次考核成績為依據，且該院所申報點數較前一年不超過±20%者)，其核定點數(含部分負擔)以每點 1.3 元支付鼓勵。	0	75,154,009
3	第 3 階段 分配	鼓勵該分區週六、週日及國定假日開診，每件醫療點數週六加計 50%、週日及國定假日加計 100%。	38,897,614	36,256,395
4	第 4 階段 分配	(1)「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數加計 2 成部分之補助款。 ※112 年巡迴服務每件加計 2 成之點數，由專款預算支應，本項之補助款係以醫療資源不足地區全年結算浮動點值補助至每點點值 1.5 元計算。	2,618,681	33,637,714
5		(2)「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數補助款。 ※112 年巡迴服務每件加計 2 成前之浮動點數(論量)，由一般服務預算支應，本項之補助款係以當季結算之點值補助至每點點值 1.5 元計算。	9,703,026	23,934,688
6	第 5 階段 分配	該分區牙醫師至醫療資源不足地區巡迴服務計畫「論次計酬」方式者：最多補助到核定金額加成至 5 成。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。	12,658,800	11,275,888
7	第 6 階段 分配	補助全國醫療資源不足區之醫療服務，依「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值每點 1 元為限。 (1)補助全國醫療資源不足地區之醫療服務之浮動點數(專款部分)	0	11,275,888
8		(2)補助全國之醫療服務浮動點數(論量部分)	0	11,275,888
9	回歸 114 年第 1 季一般預算			11,275,888

討論事項第二案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：有關丹娜絲颱風造成之損害補償方案，提請討論。

說明：

- 一、依據 114 年 8 月 4 日牙全會牙全岳字第 00214 號函辦理(附件 1，頁次討 2-2 頁)。
- 二、因丹娜絲颱風於南區造成的風災損害，補償方案如下：
南區(雲嘉南)風災期間，看診者獎勵，診察費加計 3 成，由 114 年第 3 季地區牙醫總額預算支付。
(一)114 年 7 月 7 日：南區(雲嘉南)停班有看診牙醫院所。
(二)114 年 7 月 8 日、9 日、10 日、11 日：公告停班地區有看診牙醫診所；其他地區由公會認定後提供名單後經審查分會確定提供名單，認定原則以實際影響看診者(如停水等相關因素)。

本署意見：

- 一、本案係屬分區共管會議共識且由牙醫總額各分區地區預算支應，本署尊重。
- 二、查 114 年第 3 季結算之傳票截止日為 114 年 12 月 31 日，請各分區共管會議訂定受災區域、時段、補助範圍及操作型定義，並由各分區業務組協助計算後於 114 年 12 月 31 日前完成補付作業。

決議：

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：邵格蕓(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 8 月 4 日

發文字號：牙全岳字第 00214 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 3 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 8 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 陳世岳

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

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 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，提請討論。

說明：

一、依據 114 年 8 月 12 日牙全會牙全岳字第 00251 號函辦理(附件 1，頁次討 3-2 頁)。

二、牙全會建議指標參考值調整如下：

(一)「牙齒填補保存率—1 年以內(2 年以內、恆牙 2 年以內、乳牙 1 年 6 個月以內)、同院所 90 日以內根管治療完成率、恆牙根管治療 6 個月以內保存率、6 歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率、院所加強感染管制診察費申報率、牙周病統合治療方案後之追蹤治療率」，參考值計算式由原「以最近 3 年全國平均值*(1-10%)」調整為「以最近 3 年全國平均值*(1-8%)」。

(二)「牙體復形同牙位再補率—1 年以內(2 年以內)」參考值，維持原參考值「牙體復形同牙位再補率—1 年以內」<2.5%；「牙體復形同牙位再補率—2 年以內」<4.6%。

本署意見：

本案依牙全會專業所提建議提高指標參考值，本署尊重，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 2，頁次討 3-3 頁)。

決議：

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：邵格蘊(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 8 月 12 日

發文字號：牙全岳字第 00251 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 3 次研商議事會議新增本會提案，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 8 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長 陳世岳

出國

常務理事江錫仁代行

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

附表 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

修正如畫底線及刪除線

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
3. 專業醫療服務品質					
牙體復形同牙位再補率- 一年以內	每季 每年	< 2.5%	資料分析	保險人	1. 定義：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填，乳牙及恆牙一或二年內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補。 2. 計算公式：【一（二）年內自家重覆填補顆數／一（二）年內填補顆數】
牙體復形同牙位再補率- 二年以內	每季 每年	< 4.6%			
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 $\times (1-10\%)(1-8\%)$ 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。

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 $\times(1-10\%)(1-8\%)$ 作為參考值	資料分 析	保險人	2. 公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤 1 年或 2 年（365 天或 730 天）內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※排除「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※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，
---------------	----------	---	----------	-----	--

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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 $\times (1-10\%)(1-8\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一院所同一保險對象於統計時間內執行過根管開擴及清創醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 3 個月（90 天）內是否於同院所執行根管治療醫令比率。 2. 公式說明： 分子：以分母之牙位追蹤其 3 個月（90 天）內於同院所執行根管治療單根(90001C)、雙根(90002C)、三根以上(90003C)、恆牙根管治療(四根)(90019C)、恆牙根管治療(五根(含)以上)(90020C)、乳牙根管治療(90016C)、乳牙多根管治療(90018C)之牙位數。 分母：依同院所同病患同牙位歸戶，統計執行根管開擴及清創(90015C)之牙位數。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率	每季 每年	以最近3年 全國平均值 x(1-10%)作 為參考值	資料分 析	保險人	1. 資料範圍：當季 12 歲（含）以上就醫人數。 2. 公式說明： 分子：當季 12 歲（含）以上就醫人口中 執行牙結石清除－全口醫令之人 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。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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 $\times (1-10\%)(1-8\%)$ 作為參 考之下限值	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 $\times (1-10\%)(1-8\%)$ 作為參 考值	資料分 析	保險人	1. 分子定義：申報符合牙醫門診加強感染管制實施 方案之牙科門診診察費的院所數 2. 分母定義：申報總院所數 3. 指標計算：分子 / 分母

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

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 $\times (1-10\%)(1-8\%)$ 作為參 考值	資料分 析	保險人	1.資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI牙位表示法之內的牙位資料，成人32顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤2年內是否重新填補比率。 2.公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤2年(730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※排除「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※恆牙牙位：11-19、21-29、31-39、41-49
--------------------	----------	--	----------	-----	---

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					3. 指標計算：1－（分子 / 分母）

牙齒填補保存率-乳牙一年六個月以內	每季 每年	以最近3年全國平均值 $\times (1-10\%)(1-8\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1.資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI牙位表示法之內的牙位資料，小孩20顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤1年半內是否重新填補比率。 2.公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤1年半(545 天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89014C、89015C。 ※排除「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C、89114C、89115C。 ※乳牙牙位：51-55、61-65、71-75、81-85
-------------------	----------	--	------	-----	--

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					3.指標計算： $[1-(\text{分子}/\text{分母})]\times 100\%$ 。
恆牙根管治療六個月以內保存率	每季 每年	以最近3年全國平均值 $\times (1-10\%)(1-8\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1.資料範圍：醫事機構往後追溯半年所有根管治療醫令。 2.公式說明： 分子：醫事機構就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 分母：同時期各醫事機構申報 RCF 之顆數。 3.指標計算： $[1-(\text{分子}/\text{分母})]\times 100\%$ 。
醫療費用核減率	每季	暫不訂定	資料分析	保險人	1.資料範圍：全民健保門住診醫療費用統計檔。 2.公式說明：初核核減率＝(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： $(\text{分子}/\text{分母})\times 100\%$ 。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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 $\times (1-10\%)(1-8\%)$ 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) $\times 100\%$ 。
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	$\leq 75\%$	資料分析	主管機關	早發性幼兒齲齒(Early childhood caries, ECC) 定義：出現於71個月前兒童任何一面或以上的乳牙有齲齒(有或無窩洞)、缺失(因齲齒)或填補者。
四歲兒童乳牙齲齒盛行率	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 89\%$	資料分析	主管機關	乳牙齲齒盛行率：調查人口中乳牙已罹患一顆(含)以上齲齒者除以總樣本數之百分率。
五歲兒童乳牙齲齒盛行率	依主管機關(衛生福利部口腔健康司)辦理調查時程	$\leq 89\%$	資料分析	主管機關	乳牙齲齒盛行率：調查人口中乳牙已罹患一顆(含)以上齲齒者除以總樣本數之百分率。

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

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「牙醫門診加強感染管制實施方案」案，提請討論。

說明：

- 一、依據114年5月27日本會議前次(114年第2次)研商議事會議紀錄及114年5月29日社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)電子郵件(附件1，頁次討4-4頁)辦理。
- 二、前次會議決議重點如下：
 - (一)申報感染管制門診診察費院所維持每年實地訪查，訪查抽樣比例調整為4%-6%。
 - (二)院所經依「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」查為不合格，是否核扣外展點感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額一節，牙全會建議由分區共管會議討論決定。
 - (三)外展點之訪查另行討論。
- 三、有關院所經抽訪不合格，是否核扣外展點門診診察費差額，牙全會建議由分區共管會議討論決定一節，經洽本署分區業務組表示，各分區作業不一，恐有爭議，建議仍應訂定一致性標準。因外展點之器械係由院所攜帶至外展點使用，建議如屬消毒類且與院所提供外展點醫療服務相關者（牙醫院所感染管制SOP 作業考評表中屬「A. 硬體設備方面」之第3項目及「B. 軟體方面」之第 7、8、9、12項目）(附件2，頁次討4-14頁)者，院所如經抽訪不合格，則其外展點所提供醫療服務申報之門診診察費差額亦應一併扣除。
- 四、有關外展點之訪查一節，說明如下：
 - (一)查110年(含)以前院所抽訪比率為6%-8%，外展點之抽訪比率以4%為原則。
 - (二)109年總額公告「全面提升感染管制品質」(5億元)之協定事項略以，本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算，用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高抽樣訪查的有效

性，另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。

(三)配合前開公告，牙全會於110年就所有院所進行書面審查，而外展點於111年至113年全面書面審查，考量全面實地訪查需耗費相當人力及經費，本次提案，牙全會建議外展點維持採書面審查。惟經洽本署各分區業務組，部分分區業務組表示，為保障民眾就醫安全，外展點仍應維持實地抽訪。

(四)為保障民眾就醫安全及符合109年總額公告協定事項之規定，研擬維持實地抽訪，惟考量外展點部分地區路途遙遠，必要時得以視訊方式進行訪查。

(五)查113年共1,015個外展點(不含矯正機關)，如以抽訪比例4%計算，應訪查外展點數為41個，如含院所部分之實地抽訪共316個(附表)。

表 1、113 年外展點數

分區別 類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
特殊醫療	41	33	43	20	31	6	174
巡迴醫療	83	66	170	202	148	172	841
矯正機關	8	10	8	10	2	6	44
合計(不含矯正機關)(A)	124	99	213	222	179	178	1,015
4%抽訪數(B)	5	4	9	9	7	7	41

註：因矯正機關實地訪查有其困難性，故不列入統計。

表 2、113 年牙醫特約院所數

分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
特約數 (含新設立)(C)	2,696	972	1,354	828	1,003	110	6,963
應抽訪數 (4%) (D)	107	38	54	33	40	4	276

表 3、113 年牙醫特約院所數及外展點數合計

分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
特約院所數 (含新設立)(C)	2,696	972	1,354	828	1,003	110	6,963
外展點數(A) (不含矯正機關)	124	99	213	222	179	178	1,015
合計數 (A+C)	2,820	1,071	1,567	1,050	1,182	288	7,978
合計應抽訪數 (4%) (B+D)	112	42	63	42	47	11	317

五、彙整本方案修訂對照表如附件3(頁次討4-7頁)，修正後方案如附件4(頁次討4-22頁)。

決 議：

寄件者: 全聯會- < >cda.org.tw >
寄件日期: 2025年5月29日星期四 上午 10:07
收件者:
副本:

主旨: 牙醫門診加強感染管制實施方案對照表_1140528
附件: 修訂牙醫門診加強感染管制實施方案對照表_1140528N.DOCX

重要性: 高

郵件標幟: 待處理
標幟狀態: 已標幟

您好：

依據 114-2 研商議事會議

已協助貴署將會議決議修訂於附件對照表中，請參考。

以上

牙全會

牙醫師公會全國聯合會

電話：(02)2500-0133

傳真：(02)2500-0126

統編：04140685

修訂牙醫門診加強感染管制實施方案對照表 114.05.28

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

牙全會建議修訂條文	原條文	說明
	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）。	
	三、監控方式 (一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。 (二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。	
(三)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： 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(如院所執行牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務，是否核扣外展點感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，由保險人分區業務組與分會之共管會議討論)，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理) 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，並由保險人分區業務組依「全民健康保險醫	(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： 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) 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	114-2 研商會議建議外展點如使用院所攜出之器械，院所查訪為不合格時，外展點應一併核扣診察費之差額，惟外展點模式各異，故是否核扣將由共管會議討論之

牙全會建議修訂條文	原條文	說明
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。 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)。	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。 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)。	
	四、感染管制 SOP 審查標準 (一)依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C,不符合 C 則為 D,任一項目得 D 則不合格。 (二)每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查,至於分區業務組是否參加評分,由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員,需於訪查前參加審查共識營,評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組,可填具訪查紀錄,如發現有不適當者,可當場提醒醫師或提共管會檢討。 (三)請依考評表內之評分標準進行查核。	
(四)訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理,惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 <u>4%-6%</u>6%-8%為原則(內含<u>當本</u>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查時程內進行實地訪查。	(四)訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理,惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則(內含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查時程內進行實地訪查。	1. 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。 2. 方案行之有年且執行穩

牙全會建議修訂條文	原條文	說明
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。	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。	定，複查後合格率99%↑。 →建議降低抽訪比例。
	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。	
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： <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> <u>(二)</u>依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業細則」(附件3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業考評表」(附件4)執行。	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： (一)依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業細則」(附件3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業考評表」(附件4)執行。	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。

牙全會建議修訂條文	原條文	說明
<u>(三)外展點抽樣訪查比例：</u> <u>1.由分區共管會討論結果辦理，以 4%為原則(內含當年度新申請之外展點)，未抽樣過之外展點優先抽樣，保險人分區業務組函知抽樣外展點之院所，於規定期限內至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：</u> <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> <u>A.以每人每點為單位上傳。</u> <u>B.共同上傳：</u> <u>a.醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。</u> <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> <u>C.特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。</u> <u>D.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> <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> <u>2.114 年起新申請之外展點，須檢附(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</u>	(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。	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。

牙全會建議修訂條文	原條文	說明
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 VPN 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)，上傳方式同本方案六、(三)、1，由保險人所轄分區業務組進行評核。院所於上傳外展點感染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>		
(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	(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	整併條文

牙全會建議修訂條文	原條文	說明
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： 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： (1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳： A.以每人每點為單位上傳。 B.共同上傳： a. 醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。 b. 執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。 (2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。 (3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3. 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。 4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送	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： 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： (1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳： A.以每人每點為單位上傳。 B.共同上傳： a. 醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。 b. 執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。 (2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。 (3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3. 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。 4. 109 年已完成感染管制實地訪查之外展點無須提送	

牙全會建議修訂條文	原條文	說明
感染管制書面評核資料。	感染管制書面評核資料。	
(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。	(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。	已於新條文(三)3.明確定義，院所於上傳外展點感染管制書面評核資料後次月開始申報感染管制門診診察費。
(五)感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或 <u>新申請之外展點未於當年度12月31日前</u> 提送書面評核資料者應全面進行實地訪查(<u>離島地區及矯正機關另由保險人分區業務組與分會之共管會議討論可行方式</u>)，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</u> 年度外展實地訪查優先名單。	(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。	1.配合刪除方案年度，同步刪除相關年限，修訂為當年度。 2.依114-2研商會議，考量離島及矯正機關之特殊性，如何進行實地訪查另由分區共管會議討論
	(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： 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	

牙全會建議修訂條文	原條文	說明
	該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理)。 3. 實地訪查不合格者，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。 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)。	
	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。	

牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表-本署建議院所不合格，其外展點一併核扣者

※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	納入 扣分	說明
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。	V	屬消毒類且與院所提供外展點醫療服務相關。
	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	納入 扣分	說明
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。		

項目	評分標準	納入 扣分	說明
* 3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02%漂白水 (NaOCl) 或 2.0%沖洗用戊二醛溶液 (glutaraldehyde) 或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors) 或合格管路消毒液沖洗管路 3 分鐘。		
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕等)，以覆蓋物覆蓋之。		
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。		
* 4. 門診結束後治療台消毒措施	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。	V	屬消毒類且與院所提供外展點醫療服務相關。
	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。	V	屬消毒類且與院所提供外展點醫療服務相關。
	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。	V	屬消毒類且與院所提供外展點醫療服務相關。
	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)。		

項目	評分標準	納入 扣分	說明
* 12. 一人一機	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。		
	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。	V	屬消毒類且與院所提供外展點醫療服務相關。
	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。		

註：

- *註記者，依原計畫六(六)規定，院所經實地訪查各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項規定辦理)。
- 其餘項目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展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。

修訂牙醫門診加強感染管制實施方案對照表

修訂條文(本署版本)	修訂條文(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	<u>牙全會說明</u> ： 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。
(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。	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		2.由牙醫全聯會製作牙醫院所感染管制 SOP 宣導資訊，並刊登牙醫全聯會網站予各牙醫院所查詢。	
(未修訂)	(未修訂)	(二)牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引，訂定「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，並於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。 (三)特約院所依本方案「牙醫院所感染管制 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)。	
(未修訂)	(未修訂)	三、監控方式 (一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
		(二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。	
(三)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： 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	(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： 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(如院所執行牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關等醫療服務，是否核扣外展點感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，	(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： 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	<u>牙全會說明：</u> 114-2 研商會議建議外展點如使用院所攜出之器械，院所查訪為不合格時，外展點應一併核扣診察費之差額，惟外展點模式各異，故是否核扣將由共管會議討論之。 <u>本署說明：</u> 1. 有關院所經抽訪不合格，是否核扣外展點診察費差額，牙全會建議由分區共管會議討論決定一節，分區業務組表示各分區作業不一，恐有爭議，建議仍應訂定一致的標準。 2. 另因外展點的器械係由院所攜帶至外展點使用，研擬建議如屬消毒類且與院所提供外展點醫療服務相關之不合格者，如牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表(附件 2，頁次討 4-14 頁)中屬「A. 硬體設備方面」之第項目及「B. 軟體

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理) 3. 屬「A.硬體設備方面」之第3項目及「B.軟體方面」之第7、8、9、12項目任一項不合格者，比照前款核扣其外展點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)。 4. 不合格者，自訪查該月起，院所(含外展點)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	<u>由保險人分區業務組與分會之共管會議討論</u>，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理) 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，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。 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	報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理) 3. 不合格者，自訪查該月起不得申報感染管制門診診察費，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。 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)。	方面」之第7、8、9、12項目，則外展點門診診察費差額則一併扣除。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
依前開辦法辦理，直至院所完成改善。 5. 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）。	報該項費用）。		
四、感染管制 SOP 審查標準 (一)依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。 (二)每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。 (三)請依考評表內之評分標準進行查核。	四、感染管制 SOP 審查標準 (一)依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。 (二)每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。 (三)請依考評表內之評分標準進行查核。	四、感染管制 SOP 審查標準 (一)依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。 (二)每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。 (三)請依考評表內之評分標準進行查核。	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
(四)訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 4%-6%<u>6%-8%</u> 為原則(內含<u>當本</u>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查時程內進行實地訪查。 4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。	(四)訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 4%-6%<u>6%-8%</u> 為原則(內含<u>當本</u>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查時程內進行實地訪查。 4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。	(四)訪查抽樣比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 6%-8%為原則(內含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查時程內進行實地訪查。 4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。	<u>牙全會說明：</u> 1. 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。 2. 方案行之有年且執行穩定，複查後合格率 99%↑，建議降低抽訪比例。 <u>本署說明：</u> 1. 經統計 113 年牙醫門診感染管制方案實地抽訪結果，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。 2. 依據本會議前次(114 年第 2 次)本會議決議，申報感染管制門診診察費院所維持每年實地訪查，訪查抽樣比例調整為 4%-6%。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
(未修訂)	(未修訂)	五、本方案之目標為牙科醫療院所全面執行加強感染管制實施方案。對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少2個感染管制學分；不配合輔導之院所，依全民健康保險相關法規辦理。	
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： (一)依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件4)執行。 (二)特約院所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，	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： <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> <u>(二)</u>依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件4)執行。 <u>(三)外展點抽樣訪查比例：</u> <u>1.由分區共管會討論結果辦理，以4%為原則(內</u>	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。 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： (一)依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件4)執行。 (二)特約院所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	牙全會說明： 1. 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。 2. 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。 本署說明： 1. 109年總額公告協定事項「全面提升感染管制品質」項目預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算，用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診費者，均應符合加強感染管制標準。 2. 查外展點於111年起全面書面審查，上傳期限業於113年6月30日截止，未有書面訪查不合格者。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
並於次月開始申報感染管制門診診察費。 (三) 外展點抽樣訪查比例： 1. 由分區共管會討論結果辦理實地訪查，以 4% 為原則(內含當年度新申請之外展點)，未抽樣過之外展點優先抽樣，離島地區及矯正機關另由保險人分區業務組與分會之共管會議討論可行方式，並於申請當年度 12 月 31 日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入次年度外展實地訪查優先名單。 2. 考量部分地區路途遙遠，必要時得以視訊方式進行訪查。 (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：	<u>含當年度新申請之外展點)，未抽樣過之外展點優先抽樣，保險人分區業務組函知抽樣外展點之院所，於規定期限內至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：</u> (1) <u>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> <u>A.以每人每點為單位上傳。</u> <u>B.共同上傳：</u> <u>a.醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。</u> <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</u>	費。 (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： 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： (1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳： A.以每人每點為單位上傳。 B.共同上傳： a. 醫療團提報符	3. 考量書面審查成效有限，經洽各分區業務組，部分分區仍建議維持實地抽訪，以保障民眾就醫安全。 4. 建議維持實地訪查，並以 4% 為原則，惟考量部分地區路途遙遠，必要時得以視訊方式進行訪查。 5. 查 113 年共 1,458 家外展點(不含矯正機關)，如以抽訪比例 4% 計算，應訪查家數為 59 家(詳頁次討 4-2 之附表)。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
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： (1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳： A.以每人每點為單位上傳。 B.共同上傳： a.醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。 b.執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。	<u>業計畫之院所評核結果。</u> <u>C.特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。</u> <u>D.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> <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> <u>2.114 年起新申請之外展點，須檢附(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</u>	合共用硬體設備之外展點。 b. 執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。 (2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。 (3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
(2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。 (3)前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。 2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行 VPN 系統人工建檔。 3. 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。 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。	<u>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 VPN 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)，上傳方式同本方案六、(三)、1，由保險人所轄分區業務組進行評核。院所於上傳外展點感染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> <u>(二)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：</u> <u>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</u>	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。 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。	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
	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： (1)巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳： A.以每人每點為單位上傳。 B.共同上傳： a.醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。 b.執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。 (2)特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。 (3)前述共同上傳之外展		

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
	點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。 2. 如院所所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。 3. 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。 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。		
(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	(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	(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	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
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。	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。	後，於次月起（如2月5日通過，則自3月起再申報該項費用），方得申報感染管制門診診察費。外展點如遇疫情影響、牙醫師人力調配、巡迴點不開放及其他不可抗力因素，至113年6月30日(含)前未能完成上傳外展點感染管制書面評核資料者，不在此限；並於排除上述不可抗力因素後，重新提送感染管制書面評核資料。	
(五)感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或未提送書面評核資料者應全面進行實地訪查，並於113年12月31日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入114年度外展實地訪查優先名單。	(五)感染管制書面評核不合格者(含有疑義)或 <u>新申請之外展點未於當年度12月31日前</u> 提送書面評核資料者應全面進行實地訪查 <u>(離島地區及矯正機關另由保險人分區業務組與分會之共管會議討論可行方式)</u> ，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</u> 年度外展實地訪查優先名單。	(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。	<u>牙全會說明：</u> 1. 配合刪除方案年度，同步刪除相關年限，修訂為當年度。 2. 依114-2研商會議，考量離島及矯正機關之特殊性，如何進行實地訪查另由分區共管會議討論 <u>本署說明：</u> 建議仍維持實地抽訪，以保障民眾就醫安全。
(四六)實地訪查為不合格（任一項目為X）之外展點，處理	(六)實地訪查為不合格（任一項目為X）之外展點，處理原	(六)實地訪查為不合格（任一項目為X）之外展點，處理原	<u>本署說明：</u> 編號配合修改。

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
原則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理)。 3. 實地訪查不合格者，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	則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理)。 3. 實地訪查不合格者，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	則如下： 1. 屬「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。 2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條第1項規定辦理)。 3. 實地訪查不合格者，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	

修訂條文(本署版本)	修訂條文(牙全會版本)	現行條文	說明
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。 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）。	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。 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）。	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。 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）。	
(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。	

113年度牙醫門診加強感染管制實施方案

108 年 5 月 3 日健保醫字第 1080005789 號公告修訂

108 年 9 月 27 日健保醫字第 1080013359 號公告修訂

109 年 2 月 13 日健保醫字第 1090001497 號公告修訂

109 年 9 月 21 日健保醫字第 1090013138 號公告修訂

110 年 3 月 10 日健保醫字第 1100032876 號公告修訂

111 年 6 月 23 日健保醫字第 1110109120 號公告修訂

112 年 7 月 19 日健保醫字第 1120662980 號公告修訂

113 年 4 月 26 日健保醫字第 1130661752 號公告修訂

114 年 0 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

一、目的：

本實施方案之目的，在於規範特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。

二、本方案實施方式：

(一)宣導教育方面：

1. 由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，以下稱牙醫全聯會）開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地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 宣導資訊，並刊登牙醫全聯會網站予各牙醫院所查詢。

(二)牙醫全聯會參採衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)牙科感染管制措施指引，訂定「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，並於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。

(三)特約院所依本方案「牙醫院所感染管制 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)。

三、監控方式

- (一)監控項目：依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」所定項目進行監控。
- (二)訪查評估：由牙醫全聯會及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，實地訪查前需召開審查共識營。另疾管署及各地衛生局亦得不定期訪查。
- (三)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：
 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)。
 3. 屬「A.硬體設備方面」之第 3 項目及「B.軟體方面」之第 7、8、9、12 項目任一項不合格者，比照前款核扣其外展點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)。
 4. ~~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。
 5. ~~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）。

四、感染管制 SOP 審查標準

(一)依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 16 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

(二)每組至少由二位審查醫藥專家及保險人分區業務組人員陪同參與實地訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於訪查前參加審查共識營，評分方式採共識決。另不參加評分之分區業務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。

(三)請依考評表內之評分標準進行查核。

(四)訪查抽樣比例：

1. 由分區共管會討論結果辦理，惟已申報感染管制門診診察費院所抽查比例以 ~~4%-6%~~~~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查時程內進行實地訪查。
4. 變更負責醫師而未異動醫事機構代碼，且簽署權利義務讓渡書之牙科醫療院所，得由分區業務組視情況不再重新進行感染管制實地訪查。

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。

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：

(一)依「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」(附件 3)及「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」(附件 4)執行。

(二)特約院所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。

(三)外展點抽樣訪查比例：

1. 由分區共管會討論結果辦理實地訪查，以 4%為原則(內含當年度新申請之外展點)，未抽樣過之外展點優先抽樣，離島地區及矯正機關另由保險人分區業務組與分會之共管會議討論可行方式，並於申請當年度 12 月 31 日(含)前完成，如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入次年度外展實地訪查優先名單。

2. 考量部分地區路途遙遠，必要時得以視訊方式進行訪查。

~~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：~~

~~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：~~

~~(1) 巡迴醫療之外展點，執行醫師可自行選擇下列之一方式上傳：~~

~~A.以每人每點為單位上傳。~~

~~B.共同上傳：~~

~~a.醫療團提報符合共用硬體設備之外展點。~~

~~b.執業計畫之外展點，由牙醫全聯會推派一位執業醫師上傳其外展點資料，代表執業計畫之院所評核結果。~~

~~(2) 特殊醫療之外展點：以每外展固定點為單位上傳。~~

~~(3) 前述共同上傳之外展點，倘若書評不合格且經實地訪查不合格者，~~

~~由該外展點之全體醫師共同承擔結果。~~

- ~~2. 如院所有特殊情況(如無法正常上傳)時，得以實體紙本書面紀錄和照片資料(媒體檔案格式)寄送保險人所轄分區業務組，由牙醫全聯會六區審查分會初步檢核資料正確性，並至所屬保險人所轄分區業務組工作站，進行VPN系統人工建檔。~~
- ~~3. 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。~~
- ~~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。~~

~~(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。~~

~~(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。~~

~~(四六)~~實地訪查為不合格(任一項目為X)之外展點，處理原則如下：

1. 屬「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6項目任一目不合格者，視情節輔導改善及核扣該外展上傳單位訪查該月感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。
2. 其餘各項任一點未符合者，則核扣該外展單位訪查該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追溯「12個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月1日起」追扣該差額(以追扣月份數較小者認定)(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第5條

第 1 項規定辦理)。

3. 實地訪查不合格者，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。
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)。

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。

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

● 牙科醫療廢棄物處理

步驟一：執行前需先考慮下列各項

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

依據上述各項再決定最適合診間之廢棄物作業流程計畫。

步驟二：垃圾分類

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

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

步驟三：不同之貯存容器與規定

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

7.一般垃圾則貯存在有蓋之垃圾桶內。

步驟四：垃圾之清除

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

● 牙科器械消毒及滅菌

一、牙科器械消毒及滅菌原則：

1. 醫療物品依器械/用物與人體組織接觸之感染風險，可分成三大類：

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

註：臨床使用消毒劑分類如下：

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

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

二、蒸氣滅菌：

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

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

4. 滅菌後器械之處置

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

(2) 貯存：

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

三、牙科手機之滅菌流程

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

● 教育及宣導

1. 醫療機構應宣導手部衛生、咳嗽禮儀及適當配戴口罩等，並於明顯處所張貼標示；醫療人員於診療過程中應適時提醒及提供相關防治訊息之衛教服務。
2. 醫療機構應訂有員工保健計畫，提供預防接種、體溫監測及胸部 X 光等必要之檢查或防疫措施；並視疫病防治需要，瞭解員工健康狀況，配合提供必要措施。

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

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

前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。

4. 醫療機構應訂有因應大流行或疑似大流行之虞感染事件之應變計畫，其內容應包含適當規劃病人就診動線，研擬醫護人員個人防護裝備（PPE）及其穿脫程序、不明原因發燒病人處理、傳染病個案隔離與接觸追蹤及廢棄物處理動線等標準作業程序。

附件 2 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

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

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

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

A. 硬體設備方面

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

B. 軟體方面

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

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

※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 26 條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。 ※ 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 29 條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。
實地訪查日期：____年____月____日____時____分
訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因) 說明：
審查醫藥專家簽章：
保險人所轄分區業務組陪同人員： (不參與感染管制 SOP 考評)

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

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

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

一、診療前

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

二、診療中

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

三、垃圾分類

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

四、尖銳物扎傷處理流程：制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。

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

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

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

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

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

A. 硬體設備方面

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

B. 軟體方面

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

註

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

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

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

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：☐合格 ☐不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽章：

保險人所轄分區業務組陪同人員：

(不參與感染管制 SOP 考評)

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

醫事服務機構代表醫師簽章：_____