



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 115 年第 1 次研商議事會議

115 年 3 月 3 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」

115 年第 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

PDF 頁碼

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1	15
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1	21
三、114 年第 3 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1	53
四、有關 114 年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,規劃於 114 年第 4 季執行。	報 4-1	93

肆、討論事項

PDF 頁碼

一、有關「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」預期效益之評估指標監測值,請討論案。	討 1-1	100
--	-------	-----

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額

114 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 11 月 25 日下午 2 時

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：龐副署長一鳴

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
余代表政明	余政明	陳代表少卿	陳少卿
吳代表迪	吳迪	陳代表世岳	陳世岳
吳代表志浩	吳志浩	陳代表淑華	陳淑華
吳代表享穆	吳享穆	黃代表立賢	黃立賢
吳代表明彥	吳明彥	黃代表智嘉	黃智嘉
李代表口榮	李口榮	楊代表文甫	楊文甫
季代表麟揚	季麟揚	葉代表育敏	葉育敏
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	徐慧伊(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	范景章	蔡代表佩龍	蔡佩龍
徐代表邦賢	徐邦賢	鄭代表力嘉	(請假)
翁代表德育	翁德育	謝代表喬均	謝喬均
張代表育超	(請假)	簡代表志成	簡志成
張代表禹斌	(請假)	羅代表文良	羅文良
許代表慧瑩	許慧瑩	羅代表界山	羅界山
連代表新傑	連新傑	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	方嘉昀
(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 邵格蘊、許家禎、潘佩筠 李莉君、施奕含
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
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*、方亞芸*、廖智強* 林耿揚*
本署中區業務組	楊惠真*、林裕能*、戴秀容* 柯依鳳*、陳蕙歆*、周宛儀* 廖錦善*
本署南區業務組	黃紫雲*、賴文琳*、林聖哲* 高宜聲*、盧靜宜*、秦莉英* 李昕璇*、李岳勳*、劉乃慈* 胡瓊文*
本署高屏業務組	李金秀*、黃皓綱*、侯志遠* 吳孜威*、廖子喬*、游燕資*
本署東區業務組	羅亦珍*、劉翠麗*、鄭婷婷* 高慶翔*、張瑩媛*
本署醫審及藥材組	葉雅婷、陳力瑄
本署醫務管理組	劉林義、黃珮珊、賴彥壯 林右鈞、洪于淇、黃瓊萱 王智廣、賴姿秀、李羿萱 廖慈珊、李珮芳、張祐禎

許洋騰、李柏諺、連又旻
簡采依

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄(決定：洽悉)。

參、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、序號3「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』」繼續列管，其餘解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：牙醫門診總額執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114年第2季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、114年第2季各分區一般服務點值確認如下：

結算年 季別	點值類別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
114Q2	浮動點值	0.95221473	1.03655109	1.03146247	1.07081535	1.06367691	1.15181014	1.01378366
	平均點值	0.95431779	1.04292711	1.03073908	1.07160072	1.06444626	1.15000000	1.01370100

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。

決定：確認114年第2季牙醫門診總額點值結算，餘洽悉。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年度牙醫門診總額預算四季重分配暨點值保障項目案。

決定：

一、洽悉。

二、採 111-113 年之各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率，各季預算占率如下：第 1 季 24.301362%、第 2 季 24.321297%、第 3 季 25.740679%、第 4 季 25.636662%。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年「全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議」召開會議時程案。

決定：115年會議時間如下，請各位代表預留時間：

會議次別	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	3 月 3 日 星期二 (下午)	5 月 26 日 星期二 (下午)	8 月 25 日 星期二 (下午)	11 月 24 日 星期二 (下午)	12 月 8 日 星期二 (下午)

肆、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：有關115年度牙醫門診總額地區預算分配，提請討論。

決議：通過115年度牙醫門診總額地區預算分配(附件1)，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥2.7億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥0.8億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥0.3億元，共3.8億元。

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：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(下稱支付標準)，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件2)，修訂重點如下：

一、修訂支付標準文字：

- (一) 於牙醫醫療資源不足地區之巡迴醫療，執行乳牙玻璃離子體充填(89011C)治療頻率由一年一次縮短為半年一次。
- (二) 修訂牙醫急症處置-每次門診限申報一次(92093B、92094C)之適應症。
- (三) 附表3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則醫療費用不列入計算之範圍。

二、調升支付標準點數：

- (一) 調升90004C(齒內治療緊急處理)，自150點調升為300點。
- (二) 調升(92093B)牙醫急症處置-每次門診限申報一次，自1,500點調升為3,000點。
- (三) 調升(90003C)恆牙根管治療(三根)自4,290點調升為4,530點、(90019C)恆牙根管治療四根自5,720點調升為6,000點、(90020C)恆牙根管治療五根(含以上)自7,130點調升為7,500點。
- (四) 調升感管診察費00305C~00310C、00315C~00317C及「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(下稱牙特計畫)

之感管診察費00318C、00311C~00314C，調升16點(牙特計畫之感管診察費費用由牙特計畫專款支應)。

(五) 原92094C(週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次)拆分為「週六牙醫門診疼痛緊急處理-每次門診限申報一次(92094C)」及「週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次(92133C)」，並刪除醫師看診天數上限、不得併報非緊急診療項目等規定，修訂適應症等文字。

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

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「115年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件3)，修訂重點如下：

- (一)修訂計畫預算及相關條文。
- (二)執行目標之執行計畫院所數占率提高至6成。
- (三)修訂同一療程申報之文字規定。
- (四)修訂醫師自我考評表-十、失智症注意事項。

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「115年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件4)，修訂重點如下：

一、修訂115年執行目標：

- (一)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達225萬人次、照護人數不低於99萬人。

(二)「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於270萬人次、照護人數不低於143萬人。

二、配合 ICD-10-CM 2023 年改版，修訂牙周病之診斷碼。

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：修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案，提請討論。

決議：

一、本案修訂通過(附件 5)，修訂重點如下：

(一)增修醫療團牙醫醫療服務：

1. 新增「失能老人」適用對象條件：年滿80以上長者。
2. 修訂醫療團論次點數自每小時2,400點調升至3,000點。
3. 修訂特定需求者牙醫醫療服務每位牙醫師每診4人次，每日最多2診8人次為限，且每月以80人次為限。

(二)增修居家牙醫醫療服務：

1. 擴大收案條件：放寬至所有「長期照顧服務申請及給付辦法」補助對象。
2. 修訂每位牙醫師每診4人次，每日最多2診8人次為限，且每月以80人次為限。
3. 新增居家個案得以2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務，且每位居家個案每年以申報3次為限，每次支付點數3,400點。
4. 增修給付項目及支付標準：
 - (1)新增山地離島及醫療資源不足之牙醫師訪視費及醫療服務費。
 - (2)修訂居家醫療服務費支付點數自 5,700 點調升至 6,800 點；其他病人自 3,800 點調升至 4,500 點。
 - (3)查「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」已於 115 年度總額預算協定增加經費，作為調升訪視費及相關支付

點數，俟其調整後，配合調整牙醫師訪視費。

(三)有關相關單位建議新增醫療團服務場域一節，案內相關單位建議服務需求之名單(附件 6)，轉請社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會研議納入計畫之可行性。

二、本案依程序提案至共擬會議報告。

第六案

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「115 年全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫」案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件 7)，修訂重點如下：

- 一、修訂計畫名稱為「青少年口腔提升照護試辦計畫」。
- 二、修訂年度執行目標達 619,000 服務人次及全年經費 240 百萬元。
- 三、評估指標修訂為提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。
- 四、配合 ICD-10-CM 2023 年改版修訂收案條件之診斷碼。

第七案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：因花蓮縣光復鄉馬太鞍溪堰塞湖洪災影響，巡迴醫療業務執行困難及負擔增加，建請調整災害期間巡迴醫療論次支付點數由二級提高為三級，以反映實際作業風險與工作量，擬請討論。

決議：同意調整「花蓮縣光復鄉大進國小」災害期間巡迴醫療服務論次支付點數，由現行二級提高為三級。另請東區業務組可視花蓮縣光復鄉巡迴醫療需求，逕提共管會議通過後執行。

第八案

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「115年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件 8)，修訂重點如下：

一、調整施行地區分級：

(一)台中市新社區福民國小(1→2 級地區)

(二)雲林縣古坑鄉草嶺國小(1→2 級地區)

(三)嘉義縣阿里山鄉達邦衛生室、山美衛生室、阿里山衛生所
(3→4 級地區)

(四)高雄市六龜區寶來里巡迴點(2→3 級地區)

二、增列「因天災等造成醫缺巡迴繞路、增加交通路程與風險，或合併緊急醫療救助」之情形，得以升一級計算論次支付點數(四級地區以假日論次計算)，適用起迄日由分區共管會議決定。

三、修訂文字說明，巡迴及執業計畫須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」等規定。另有關執業計畫之感染管制規範配合調整之建議，請牙全會於 115 年第 1 次會議提案修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，以利討論。

第九案

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「115年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」案，提請討論。

決議：本案修訂通過，修訂對照表如附件 9。

第十案

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「115年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件 10)，修訂重點如下：

一、修訂適用鄉鎮篩選條件。

二、修訂核發原則：

(一)當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 4%；其餘分區，加計 2%。

(二)當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。

(三)當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 11 項，擬解除列管計 9 項，繼續列管計 2 項。

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
1	114_3_報 (6): 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」案。	一、為利評估醫療成本效益及瞭解院所收取自費情形，本項目納入醫療科技評估(HTA)，並請醫療院所依規定申報虛擬醫令代碼。 二、院所開始申報前開虛擬醫令代碼之起日，請牙全會攜回評估。	一、本署業於 114 年 9 月 18 日檢送會議紀錄並請牙全會就院所開始申報前開虛擬醫令代碼之起日進行評估。 二、將俟牙全會研議後再議，建議先解除列管。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	114_4_討 (1): 115 年度牙醫門診總額地區預算分配。	通過 115 年度牙醫門診總額地區預算分配，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2.7 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，共 3.8 億元。	本署業於 114 年 12 月 14 日以健保醫字第 1140666266B 號報衛生福利部全民健康保險會備查。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	114_4_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、修訂支付標準文字： (一) 於牙醫醫療資源不足地區之巡迴醫療，執行乳牙玻璃離子體充填(89011C)治療頻率由一年一次縮短為半年一次。 (二) 修訂牙醫急症處置-每次門診限申報一次(92093B、92094C)之適應症。 (三) 附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則醫療費用不列入計算之範圍。 二、調升支付標準點數： (一) 調升 90004C(齒內治療緊急處	一、本案業於 114 年 12 月 24 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱支付標準共擬會議)114 年第 4 次會議報告，並於 115 年 2 月 6-13 日以健保醫字第 1150660479A 號函預告完成。 二、案內診療項目之支付標準(週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次)編號為 92133C，誤植為 92113C，將一併修	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		<p>理)，自 150 點調升為 300 點。</p> <p>(二) 調升(92093B)牙醫急症處置-每次門診限申報一次，自 1,500 點調升為 3,000 點。</p> <p>(三) 調升(90003C)恆牙根管治療(三根)自 4,290 點調升為 4,530 點、(90019C)恆牙根管治療四根自 5,720 點調升為 6,000 點、(90020C)恆牙根管治療五根(含以上)自 7,130 點調升為 7,500 點。</p> <p>(四) 調升感管診察費 00305C~00310C、 00315C~00317C 及「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(下稱牙特計畫)之感管診察費 00318C、 00311C~00314C，調升 16 點(牙特計畫之感管診察費費用由牙特計畫專款支應)。</p> <p>(五) 原 92094C(週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次)拆分為「週六牙醫門診疼痛緊急處理-每次門診限申報一次(92094C)」及「週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次(92133C)」，並刪除醫師看診天數上限、不得併報非緊急診療項目等規定，修訂適應症等文字。</p> <p>三、本案依程序提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)報告。</p>	<p>正。</p> <p>三、後續擬依程序報衛生福利部核定。</p>		
4	114_4_討(3)：修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙	<p>本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>一、修訂計畫預算及相關條文。</p> <p>二、執行目標之執行計畫院所數占率提高至 6 成。</p> <p>三、修訂同一療程申報之文字規定。</p> <p>四、修訂醫師自我考評表-十、失智症注</p>	<p>本署業於 115 年 1 月 15 日以健保醫字第 1150100609 號公告，自 115 年 1 月 1 日生效。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
	科就醫安全計畫」。	意事項。			
5	114_4_討(4)：修訂「115年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」。	<p>本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>一、修訂115年執行目標：</p> <p>(一)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達225萬人次、照護人數不低於99萬人。</p> <p>(二)「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於270萬人次、照護人數不低於143萬人。</p> <p>二、配合ICD-10-CM 2023年改版，修訂牙周病之診斷碼。</p>	本署業於115年1月15日以健保醫字第1150100609A號公告，自115年1月1日生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管
6	114_4_討(5)：修訂「115年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。	<p>一、本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>(一)增修醫療團牙醫醫療服務：</p> <p>1. 新增「失能老人」適用對象條件：年滿80以上長者。</p> <p>2. 修訂醫療團論次點數自每小時2,400點調升至3,000點。</p> <p>3. 修訂特定需求者牙醫醫療服務每位牙醫師每診4人次，每日最多2診8人次為限，且每月以80人次為限。</p> <p>(二)增修居家牙醫醫療服務：</p> <p>1. 擴大收案條件：放寬至所有「長期照顧服務申請及給付辦法」補助對象。</p> <p>2. 修訂每位牙醫師每診4人次，每日最多2診8人次為限，且每月以80人次為限。</p> <p>3. 新增居家個案得以2個月內多執行1次居家牙醫醫療服務，且每位居家個案每年以申報3次為限，每次支付點數3,400點。</p> <p>4. 增修給付項目及支付標準：</p> <p>(1)新增山地離島及醫療資源不足之牙醫師訪視費及醫療服務費。</p> <p>(2)修訂居家醫療服務費支付</p>	本案業經114年12月24日支付標準共擬會議114年第4次會議報告通過，並於115年1月28日以健保醫字第1150660335號函報衛生福利部核定通過，後續擬依程序辦理計畫公告，並自115年1月1日生效。	<input type="checkbox"/> 解除列管	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議	
		<p>點數自 5,700 點調升至 6,800 點；其他病人自 3,800 點調升至 4,500 點。</p> <p>(3)查「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」已於 115 年度總額預算協定增加經費，作為調升訪視費及相關支付點數，俟其調整後，配合調整牙醫師訪視費。</p> <p>(三)有關相關單位建議新增醫療團服務場域一節，案內相關單位建議服務需求之名單，轉請社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會研議納入計畫之可行性。</p> <p>二、本案依程序提案至共擬會議報告。</p>			
7	114_4_討(6)：修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升照護試辦計畫」。	<p>本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>一、修訂計畫名稱為「青少年口腔提升照護試辦計畫」。</p> <p>二、修訂年度執行目標達 619,000 服務人次及全年經費 240 百萬元。</p> <p>三、評估指標修訂為提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。</p> <p>四、配合 ICD-10-CM 2023 年改版修訂收案條件之診斷碼。</p>	本署業於 115 年 1 月 15 日以健保醫字第 1150100609B 號公告，自 115 年 1 月 1 日起生效。	■ 解除列管	□ 繼續列管
8	114_4_討(7)：因花蓮縣光復鄉馬太鞍溪堰塞湖洪災影響，巡迴醫療業務執行困難及負擔增加，建請調整災害期間巡迴醫療論次支付點數由二級提高為三級，以反映實際作業風險與工作量。	同意調整「花蓮縣光復鄉大進國小」災害期間巡迴醫療服務論次支付點數，由現行二級提高為三級。另請東區業務組可視花蓮縣光復鄉巡迴醫療需求，逕提共管會議通過後執行。	<p>一、本案業經 114 年 12 月 4 日 114 年第 2 次牙醫門診總額東區共管會議決議通過。</p> <p>二、另於 115 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已增列「因天災或合併緊急醫療救助之情形，得以升一級計算論次支付點數」規定，規範後續類此案件執行方式，並於 115 年 1 月 16 日公告。</p>	■ 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	
9	114_4_討(8)：修訂「115年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」。	<p>本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>一、調整施行地區分級：</p> <p>(一) 台中市新社區福民國小(1→2 級地區)</p> <p>(二) 雲林縣古坑鄉草嶺國小(1→2 級地區)</p> <p>(三) 嘉義縣阿里山鄉達邦衛生室、山美衛生室、阿里山衛生所(3→4 級地區)</p> <p>(四) 高雄市六龜區寶來里巡迴點(2→3 級地區)</p> <p>二、增列「因天災等造成醫缺巡迴繞路、增加交通路程與風險，或合併緊急醫療救助」之情形，得以升一級計算論次支付點數(四級地區以假日論次計算)，適用起迄日由分區共管會議決定。</p> <p>三、修訂文字說明，巡迴及執業計畫須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」等規定。另有關執業計畫之感染管制規範配合調整之建議，請牙全會於 115 年第 1 次會議提案修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，以利討論。</p>	<p>一、本署業於 115 年 1 月 16 日以健保醫字第 1150100608 號公告，自 115 年 1 月 1 日生效。</p> <p>二、有關修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」事宜，俟牙全會提案後再討論，本案建議先解除列管。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管
10	114_4_討(9)：修訂「115年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」。	<p>本案修訂通過，修訂計畫年份及相關條文。</p>	<p>本署業於 115 年 1 月 19 日以健保醫字第 1150660189 號公告，自 115 年 1 月 1 日生效。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管
11	114_4_討(10)：修訂「115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」。	<p>本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>一、修訂適用鄉鎮篩選條件。</p> <p>二、修訂核發原則：</p> <p>(一) 當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低</p>	<p>本署業於 115 年 1 月 14 日以健保醫字第 1150100366 號公告，自 115 年 1 月 1 日生效。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管	<input type="checkbox"/> 繼續列管

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
		<p>之分區，加計 4%；其餘分區，加計 2%。</p> <p>(二) 當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。</p> <p>(三) 當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%。</p>		

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

- 01 115年總額協定重點
- 02 114年第4季點值預估
- 03 牙醫總額近5年醫療供給及利用概況
- 04 114年第3季牙醫總額各計畫及專款執行情形
- 05 其他參考資料

2

115年總額協定重點

3

115年總額協定結果 (1/3)



◆ 總金額584億元，較114年增加30.4億元，成長率為5.5%。

◆ 協定重點

一、一般服務：

違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(減少1.5百萬元)

- ▶ 於116年度總額加回本項違規扣款金額。

二、專款項目：

(一)醫療資源不足地區改善方案(全年經費323.8百萬元)

(二)牙醫特殊醫療服務計畫(全年經費955.9百萬元)

(三)青少年口腔提升照護試辦計畫(全年經費240.0百萬元)

(四)超音波根管沖洗計畫(全年經費144.8百萬元)：

- ▶ 請本署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於115年提出是否納入一般服務之評估結果。

4

115年總額協定結果 (2/3)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(五)高風險疾病口腔照護計畫(全年經費4,255.8百萬元)：

- ▶ 請本署在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於115年4月前提出專案報告。
- ▶ 專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋部分之費用，請本署回歸一般服務支應。
- ▶ 本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請本署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第4年(115年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

5

115年總額協定結果 (3/3)



◆ 協定重點

二、專款項目：

(六)特定疾病病人牙科就醫安全計畫(全年經費424.4百萬元)：

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

(七)非齒源性口腔疼痛處置(全年經費14.4百萬元)：

- ▶ 本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請本署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(八)品質保證保留款(全年經費97百萬元)：

- ▶ 本項專款額度97百萬元(增加1.2百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計213.4百萬元)。

6

牙醫門診一般服務項目及成長率



項目		成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		2.471%	1,251.9
投保人口預估成長率		0.320%	
人口結構改變率		0.251%	
醫療服務成本指數改變率		1.893%	
協商因素成長率		-0.003%	-1.5
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-1.5
一般服務成長率	增加金額	2.468%	1,250.4
	總金額		51,912.4

7

牙醫門診專款項目及成長率



項目		成長率(%)或金額 (百萬元)	預估增加金額 (百萬元)
專款項目(全年計畫經費)			
醫療資源不足地區改善方案		323.8	0.0
牙醫特殊醫療服務計畫		955.9	150.0
青少年口腔提升照護試辦計畫		240.0	68.5
超音波根管沖洗計畫		144.8	0.0
高風險疾病口腔照護計畫		4,255.8	1,455.8
特定疾病病人牙科就醫安全計畫		424.4	117.3
非齒源性口腔疼痛處置		14.4	0.0
品質保證保留款		97.0	1.2
專款金額		6,456.1	1,792.8
較基期成長率 (一般服務+專款)	增加金額	5.500%	3,043.2
	總金額		58,368.5

8

114年第4季點值預估

01 點值預估假設

02 114年第4季點值預估

9

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. 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113年得出每季各月之費用占率。
4. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採112下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

10

114年第4季點值預估



114年【牙醫門診總額】就醫分區點值推估

月份	就醫分區	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4季	臺北	4,757	0	42	4,783	0.9946	0.9860
	北區	2,131	0	18	1,987	1.0725	1.0632
	中區	2,317	0	20	2,188	1.0518	1.0494
	南區	1,595	0	14	1,450	1.0940	1.0894
	高屏	1,756	0	13	1,630	1.0697	1.0685
	東區	245	0	2	194	1.2734	1.2484
	合計	12,801	0	109	12,232	1.0376	1.0373

註：113Q4結算全國浮動點值為1.0039、平均點值為1.0039

11

牙醫總額近5年醫療供給及利用概況

12

牙醫診所數【分區別】



◆ 110年-114年

114年牙醫診所數6,999家，成長率0.52%。各分區以臺北成長率1.1%最高。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110年12月	2,637	902	1,320	811	1,013	111	6,794	0.40%
111年12月	2,663	926	1,320	815	1,004	111	6,839	0.66%
112年12月	2,677	941	1,339	818	1,007	111	6,893	0.79%
113年12月	2,696	972	1,354	828	1,003	110	6,963	1.02%
114年12月	2,726	978	1,352	831	1,002	110	6,999	0.52%
增減家數	30	6	-2	3	-1	0	36	
成長率	1.1%	0.6%	-0.1%	0.4%	-0.1%	0.0%	0.5%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

13

牙醫師執業數【分區別】



◆ 110年-114年

114年牙醫師執業人數16,925人，成長率1.7%。各分區以北區成長率2.3%最高。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110年12月	6,552	2,253	2,825	1,683	2,217	217	15,747	2.1%
111年12月	6,645	2,325	2,865	1,708	2,245	224	16,012	1.7%
112年12月	6,751	2,378	2,930	1,753	2,268	223	16,303	1.8%
113年12月	6,844	2,470	3,039	1,794	2,275	219	16,641	2.1%
114年12月	6,946	2,528	3,106	1,823	2,305	217	16,925	1.7%
增減人數	102	58	67	29	30	-2	284	
成長率	1.5%	2.3%	2.2%	1.6%	1.3%	-0.9%	1.7%	

註：增減牙醫師人數及成長率係與前一年同期比較。

14

牙醫師執業數【層級別】



◆ 110年-114年

114年牙醫師執業人數以基層最多(14,617人)；成長率以醫學中心4.7%最高。

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12月	1,222	811	274	13,440	15,747	-2.5%	2.0%	8.3%	2.4%
111年12月	1,218	794	278	3,722	16,012	-0.3%	-2.1%	1.5%	2.1%
112年12月	1,223	754	267	4,059	16,303	0.4%	-5.0%	-4.0%	2.5%
113年12月	1,311	687	254	14,389	16,641	7.2%	-8.9%	-4.9%	2.3%
114年12月	1,373	671	264	14,617	16,925	4.7%	-2.3%	3.9%	1.6%
增減人數	62	-16	10	228	284				

註：增減牙醫師人數及成長率係與前一年同期比較。

15

就診牙醫人數【分區別】



◆ 110-114年

單位：千人

114年就診牙醫人數1,198.8萬人，成長率1.1%。各分區以北區成長率1.9%最高。

年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
110	3,792	1,773	2,200	1,420	1,646	196	10,799	-3.6%
111	3,943	1,847	2,268	1,452	1,681	196	11,150	3.2%
112	4,197	1,978	2,376	1,505	1,754	200	11,759	5.5%
113	4,227	2,008	2,395	1,512	1,762	199	11,861	0.9%
114	4,266	2,045	2,415	1,521	1,777	199	11,988	1.1%
增減人數	40	37	20	9	15	0	127	
成長率	0.9%	1.9%	0.8%	0.6%	0.9%	0.1%	1.1%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

16

近5年牙醫申報件數



◆ 110-114年

114年牙醫申報件數35.85百萬元，成長率1.1%。各分區以北區成長率2.4%最高。

年度	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率	件數 (百萬)	成長率
110年	10.88	-8.1%	4.89	-4.9%	6.30	-4.3%	4.25	-4.8%	5.04	-4.0%	0.54	-6.8%	31.90	-5.8%
111年	11.45	5.2%	5.10	4.3%	6.51	3.4%	4.34	2.1%	5.17	2.5%	0.54	-0.6%	33.11	3.8%
112年	12.30	7.4%	5.48	7.4%	6.82	4.6%	4.49	3.5%	5.40	4.5%	0.56	3.2%	35.04	5.8%
113年	12.41	0.9%	5.58	2.0%	6.91	1.4%	4.54	1.0%	5.43	0.7%	0.56	0.1%	35.43	1.1%
114年	12.58	1.3%	5.72	2.4%	6.97	0.9%	4.54	0.1%	5.47	0.6%	0.56	0.7%	35.85	1.1%

註：成長率係與前一年度比較。

17

近5年牙醫申報醫療點數



◆ 110-114年

114年牙醫申報醫療點數54,427百萬點，成長率3.6%。各分區以東區成長率5.2%最高。

年度	臺北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區	
	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率
110年	15,240.4	-6.9%	7,130.6	-4.4%	8,945.5	-1.6%	5,850.8	-4.5%	6,837.0	-2.7%	796.7	-6.5%	44,801.1	-4.5%
111年	16,267.1	6.7%	7,444.1	4.4%	9,349.2	4.5%	5,964.1	1.9%	7,057.3	3.2%	803.7	0.9%	46,885.6	4.7%
112年	17,525.5	7.7%	7,982.5	7.2%	9,864.8	5.5%	6,253.7	4.9%	7,311.4	3.6%	839.3	4.4%	49,777.3	6.2%
113年	18,434.1	5.2%	8,376.4	4.9%	10,432.9	5.8%	6,647.4	6.3%	7,737.5	5.8%	903.2	7.6%	52,531.5	5.5%
114年	19,066.1	3.4%	8,767.6	4.7%	10,834.3	3.8%	6,850.9	3.1%	7,958.0	2.8%	950.1	5.2%	54,427.0	3.6%

18

近5年牙醫分項費用



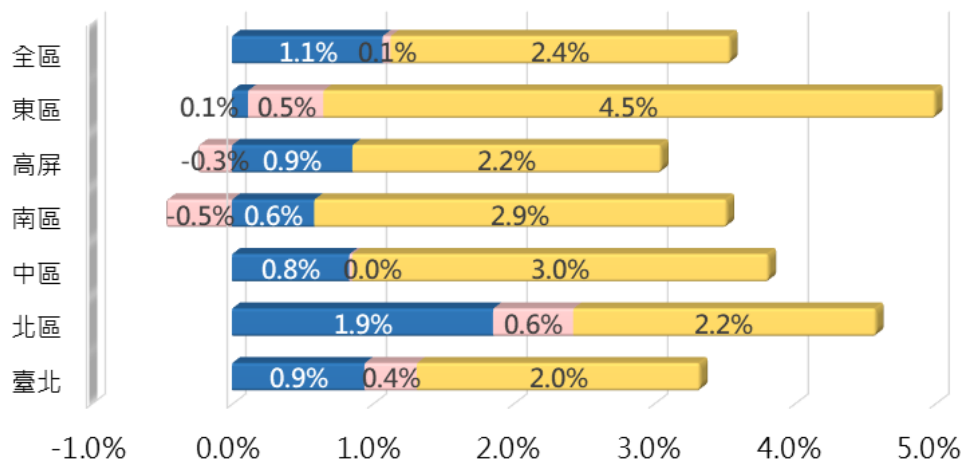
◆ 110-114年

114年牙醫分項費用，以診療費成長率4.5%最高。

年度	藥費		藥事服務費		診察費		診療費		特殊材料費		醫療費用點數	
	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率
110年	388.3	-1.2%	309.7	8.9%	11,713.6	-3.3%	32,387.2	-5.1%	2.3	6.0%	44,801.1	-4.5%
111年	413.2	6.4%	332.2	7.2%	12,189.1	4.1%	33,948.7	4.8%	2.4	7.3%	46,885.6	4.7%
112年	431.3	4.4%	342.9	3.2%	13,101.0	7.5%	35,899.3	5.7%	2.8	13.0%	49,777.3	6.2%
113年	427.5	-0.9%	336.1	-2.0%	13,281.0	1.4%	38,484.0	7.2%	2.9	4.1%	52,531.5	5.5%
114年	431.6	0.9%	334.7	-0.4%	13,447.1	1.3%	40,210.8	4.5%	2.8	-0.8%	54,427.0	3.6%

19

114年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	0.9%	1.9%	0.8%	0.6%	0.9%	0.1%	1.1%
■ 每人就醫件數	0.4%	0.6%	0.0%	-0.5%	-0.3%	0.5%	0.1%
■ 每件就醫點數	2.0%	2.2%	3.0%	2.9%	2.2%	4.5%	2.4%

■ 點數成長率	3.4%	4.6%	3.8%	3.0%	2.8%	5.2%	3.6%
---------	------	------	------	------	------	------	------

20

114年第3季牙醫總額各計畫及專款執行情形

21

114年1-3季牙醫專款計畫執行情形



- ◆ 醫療資源不足地區改善方案：預算執行率66.3%。
- ◆ 牙醫特殊醫療服務計畫：預算執行率76.8%。
 - ❖ 114年第3季預算214百萬元，已支用點數228.3百萬點，浮動點值0.84498205，以一般服務預算支應0.97百萬元後，每點支付金額為0.95。
 - ❖ 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0.95計算。
- ◆ 12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫：預算執行率71.28%。
- ◆ 超音波根管沖洗計畫：預算執行率56.52 %
- ◆ 高風險疾病口腔照護計畫：預算執行率92.14 %
 - ❖ 114年第3季預算700百萬元，已支用點數899.7百萬點，採浮動點值0.77801057計算。
- ◆ 特定疾病病人牙科就醫安全計畫：預算執行率74.73 %
- ◆ 非齒源性口腔疼痛處置(114年新增)：自114年5月生效，預算執行率18.09 %

22

一般服務移撥專用相關預算執行情形



114年第3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	7,500	-	22,500	30,000	7,500
執行率	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%	75.0%	-	-
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	46,495	60,950	35,228	-	142,672	220,000	77,328
執行率	21.1%	27.7%	16.0%	0.0%	64.9%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	16,971	17,658	17,918	-	52,547	80,000	27,453
執行率	21.2%	22.1%	22.4%	0.0%	65.7%	-	-
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	12,500	12,500	-	0	50,000	50,000
執行率	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	-	-
合計	83,466	98,608	73,146	-	217,719	380,000	162,281

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。

23

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



114年第3季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					323,800	
1.執業服務之定額給付(論量)	19,125	20,282	18,890	-	58,296	27%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,375	4,003	3,281	-	10,658	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	0.3	-	0.9	0.0004%
5.巡迴醫療團服務之核實申報加成給付_非藥費(論量)	5,162	7,821	2,981	-	15,963	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	45,398	35,331	-	118,421	55%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	2	3	-	6.2	0.003%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,698	3,772	3,812	-	11,282	5%
暫結金額	69,054	81,277	64,297	-	214,627	100%
本季預算數(千元) (當季預算數+前季餘額)	80,950	92,846	92,520	109,173		
本季未支用金額	11,896	11,570	28,223	109,173		
各季執行占總預算比率(%)	21.3%	25%	20%		66.3%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

24

牙醫特殊醫療服務預算執行情形 (1/2)



114年第3季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率	
全年預算						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	3,739	4,623	-	12,321	1.87%	
2 自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	49,313	50,501	56,598	-	156,412	23.80%	
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	32,434	34,330	35,508	-	102,273	15.56%	
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	37,016	38,220	-	109,019	16.59%	
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	13,083	13,471	14,656	-	41,211	6.27%	
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,748	2,046	2,997	-	6,791	1.03%	
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	19,941	18,580	-	55,730	8.48%	
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	12,550	14,179	13,241	-	39,970	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	20,477	17,862	-	56,092	8.53%	
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	679	1,032	660	-	2,371	0.36%	
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	64	76	61	-	201	0.03%	
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	998	1,242	1,405	-	3,645	0.55%	
13 醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務	473	682	387	-	1,542	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	15,998	14,520	-	44,938	6.84%	
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	962	1,125	-	2,836	0.43%	
16 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	26	41	54	-	122	0.02%	

25

牙醫特殊醫療服務預算執行情形 (2/2)



114年第3季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
17 醫療團特定需求者(論次)	341	422	494	0	1,258	0.19%
18 醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務	121	162	168	0	450	0.07%
19 醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務	77	76	75	0	228	0.03%
20 醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務	134	146	153	0	433	0.07%
21 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	19	23	42	0	83	0.01%
22 醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務	7	4	7	0	18	0.00%
23 居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務	1,971	1,835	1,966	0	5,772	0.88%
24 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	2,573	2,667	2,949	0	8,189	1.25%
25 居家中度身心障礙牙醫醫療服務	509	425	426	0	1,359	0.21%
26 居家失能老人牙醫醫療服務	1,099	1,077	1,196	0	3,371	0.51%
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	201	281	0	644	0.10%
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	222,773	228,254	0	657,279	
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	213,975	221,698	212,900	198,621		100%
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	7,723	-1,075	-15,354	198,621		
執行占總預算比率	24.1%	26.0%	26.7%	0.0%	76.8%	

26

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3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	34,687	50,362	-	122,240	171,500
執行率	21.69%	20.23%	29.37%	-	71.28%	-

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。

27

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



114年第3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	27,904	28,804	-	81,843	144,800
執行率	17.36%	19.27%	19.89%	0.00%	56.52%	-

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。

28

高風險疾病口腔照護計畫預算執行情形



114年第3季

單位：千點

114年	第1季 ^{註2}	第2季 ^{註3}	第3季 ^{註4}	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	700,000	-	2,100,000	2,800,000
已支用點數 B	816,595	863,706	899,731	-	2,580,032	
執行率(A/C)	25.00%	25.00%	25.00%	-	75.00%	-
實際執行率(B/C)	29.16%	30.85%	32.13%	-	92.14%	-

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，預算執行數則以當季預算數呈現。
3. 114年第2季點值0.81046098，預算執行數則以當季預算數呈現。
4. 114年第3季點值0.77801057，預算執行數則以當季預算數呈現。

29

特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算執行情形



114年第3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 牙科就醫安全計畫	67,310	78,562	83,638	-	229,510	307,100
執行率	21.92%	25.58%	27.23%	-	74.73%	-

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。

30

非齒源性口腔疼痛處置



114年第3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)	-	651	1,954	-	2,605	14,400
執行率	-	4.52%	13.57%	-	18.09%	-

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。

31

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 114年第1-3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	201,396	-3.59%	1,942.0	-3.82%

- 預算執行率(註2)：60.30%
- 預算執行率(註3)：67.72%
- 服務人次執行率：67.13%
【201,396/300,000】

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)	86.1	3.86%	67.6	-2.34%	41.1	-5.96%	1,747.1	-4.17%	1,942.0	-3.82%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	730.3	340.0	361.9	210.9	267.7	31.1	1,942.0
成長率	-5.87%	1.70%	0.93%	-1.89%	-11.46%	-5.52%	-3.82%

備註：

1.資料擷自115/2/11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

32

其他參考資料

- 01 114年牙醫總額醫療供給及利用概況
- 02 114年第4季牙醫總額醫療供給及利用概況

114年牙醫總額醫療供給及利用概況

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 114年

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	1,326	5.6%	3.7%	2,284,949	9.0%	4.2%	1,723	3.3%
2區域醫院	981	-3.4%	2.7%	1,726,759	0.0%	3.2%	1,761	3.5%
3地區醫院	492	2.1%	1.4%	823,671	4.2%	1.5%	1,675	2.1%
4基層診所	33,048	1.1%	92.2%	48,922,162	3.5%	89.9%	1,480	2.4%
5交付機構	-	-	-	669,434	0.1%	1.2%	-	-
合計	35,847	1.1%		54,426,975	3.6%		1,518	2.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

35

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 114年

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫次數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	12,579	1.3%	4,266	0.9%	2.95	0.4%	19,066,076	3.4%	1,516	2.0%
北區	5,721	2.4%	2,045	1.9%	2.80	0.6%	8,767,565	4.6%	1,532	2.2%
中區	6,971	0.9%	2,415	0.8%	2.89	0.0%	10,834,293	3.8%	1,554	3.0%
南區	4,543	0.1%	1,521	0.6%	2.99	-0.5%	6,850,915	3.0%	1,508	2.9%
高屏	5,469	0.6%	1,777	0.9%	3.08	-0.3%	7,957,982	2.8%	1,455	2.2%
東區	563	0.7%	199	0.1%	2.99	0.5%	950,143	5.2%	1,688	4.5%
合計	35,847	1.1%	11,988	1.1%	2.99	0.1%	54,426,975	3.6%	1,518	2.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

36

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 114年

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	119	8.1%	24,055	8.8%	201	0.7%
2.牙醫急診	17	1.7%	39,731	1.6%	2,404	-0.1%
3.牙醫門診手術	56	0.8%	190,039	2.6%	3,392	1.8%
4.無牙醫鄉服務	174	5.1%	294,913	9.0%	1,694	3.7%
5.牙醫特殊醫療	216	9.1%	835,681	18.8%	3,870	8.8%
6.其他專案	35,265	1.0%	52,373,121	3.4%	1,485	2.3%
7.交付機構	-	-	669,434	0.1%	-	-
合計	35,847	1.1%	54,426,975	3.6%	1,518	2.4%

註：成長率係與前一年同期比較。

37

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】(1/2)



◆ 114年

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)	1	-64.2%	39	-44.2%	38	-62.9%
2.牙醫急診	31,296	4.6%	8,108	-8.7%	272	-9.1%
3.牙醫門診手術	122,796	6.1%	57,234	-2.6%	8,547	-6.5%
4.無牙醫鄉服務	1,453	18.8%	3,418	13.2%	10,725	59.9%
5.牙醫特殊醫療	191,857	16.7%	92,381	8.6%	54,315	15.3%
6.其他專案	1,937,546	8.6%	1,565,579	-0.4%	749,773	3.1%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-
合計	2,284,949	9.0%	1,726,759	0.0%	823,671	4.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

38

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】(2/2)



◆ 114年

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)	23,976	9.3%	-	-	24,055	8.8%
2.牙醫急診	55	539.2%	-	-	39,731	1.6%
3.牙醫門診手術	1,462	-6.0%	-	-	190,039	2.6%
4.無牙醫鄉服務	279,318	7.6%	-	-	294,913	9.0%
5.牙醫特殊醫療	497,127	22.2%	-	-	835,681	18.8%
6.其他專案	48,120,223	3.3%	-	-	52,373,121	3.4%
7.交付機構	-	-	669,434	0.1%	669,434	0.1%
合計	48,922,162	3.5%	669,434	0.1%	54,426,975	3.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

39

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】(1/2)



◆ 114年

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	9,418	13.1%	17,405	-0.5%	45,009	1.0%	25,313	9.2%
北區	5,100	30.6%	976	-7.0%	18,218	14.0%	18,808	7.7%
中區	2,818	5.4%	8,423	30.5%	45,553	-0.4%	81,997	8.9%
南區	3,227	-18.5%	6,172	-4.4%	27,970	8.4%	50,770	11.8%
高屏	3,282	6.8%	5,244	-19.2%	41,064	-2.2%	77,359	7.9%
東區	210	28.6%	1,512	29.0%	12,226	10.5%	40,666	8.1%
合計	24,055	8.8%	39,731	1.6%	190,039	2.6%	294,913	9.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

40

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】(1/2)



◆ 114年

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	258,993	17.9%	18,485,527	3.2%	224,410	-0.5%	19,066,076	3.4%
北區	132,375	12.3%	8,477,145	4.5%	114,944	2.2%	8,767,565	4.6%
中區	179,940	20.6%	10,378,624	3.6%	136,938	0.2%	10,834,293	3.8%
南區	90,486	22.8%	6,588,104	2.8%	84,186	-0.4%	6,850,915	3.0%
高屏	136,700	18.8%	7,598,283	2.6%	96,050	-0.6%	7,957,982	2.8%
東區	37,186	32.4%	845,438	4.1%	12,907	-1.7%	950,143	5.2%
合計	835,681	18.8%	52,373,121	3.4%	669,434	0.1%	54,426,975	3.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

41

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】(1/2)



◆ 114年

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	151,934	1.0%	112,098	-0.8%	4,727,012	1.3%
北區	69,285	2.0%	55,134	1.4%	2,167,050	2.2%
中區	85,944	1.1%	68,574	-0.7%	2,647,873	0.9%
南區	57,160	-0.3%	43,660	-1.1%	1,685,630	0.6%
高屏	57,545	-0.7%	48,356	-1.1%	2,001,299	1.0%
東區	9,734	3.4%	6,902	-0.9%	218,196	1.5%
總計	431,601	0.8%	334,722	-0.5%	13,447,060	1.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

42

申報醫療費用點數【費用分類 + 分區別】(2/2)



◆ 114年

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	14,074,117	4.1%	915	-4.3%	19,066,076	3.4%
北區	6,475,981	5.5%	115	16.3%	8,767,565	4.6%
中區	8,030,964	4.9%	939	3.3%	10,834,293	3.8%
南區	5,063,891	4.0%	574	-3.4%	6,850,915	3.0%
高屏	5,850,582	3.5%	201	-14.9%	7,957,982	2.8%
東區	715,215	6.5%	97	40.3%	950,143	5.2%
總計	40,210,750	4.4%	2,842	-0.8%	54,426,975	3.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

43

申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】(1/2)



◆ 114年

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	37,100	11.2%	14,599	3.7%	525,780	7.2%
區域醫院	20,258	-7.0%	11,664	-5.4%	390,439	-2.4%
地區醫院	6,054	-4.2%	4,942	-2.9%	185,231	3.3%
基層診所	1,300	-4.2%	998	-6.0%	12,345,611	1.1%
交付機構	366,887	0.5%	302,519	-0.4%	-	-
總計	431,601	0.8%	334,722	-0.5%	13,447,060	1.2%

註：成長率係與前一年同期比較。

44

申報醫療費用點數【費用分類 + 層級別】(2/2)



◆ 114年

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	1,705,727	9.6%	1,743	5.6%	2,284,949	9.0%
區域醫院	1,303,415	0.9%	982	-10.1%	1,726,759	0.0%
地區醫院	627,329	4.6%	115	-3.2%	823,671	4.2%
基層診所	36,574,253	4.3%	-	-	48,922,162	3.5%
交付機構	-	-	1.1	-63.9%	669,434	0.1%
總計	40,210,750	4.4%	2,842	-0.8%	54,426,975	3.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

45

114年醫療服務供給 & 利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (114年12月)	2,726	978	1,352	831	1,002	110	6,999
成長率	1.1%	0.6%	-0.1%	0.4%	-0.1%	0.0%	0.5%
醫師數 (114年12月)	6,946	2,528	3,106	1,823	2,305	217	16,925
成長率	1.5%	2.3%	2.2%	1.6%	1.3%	-0.9%	1.7%
人口數 (千)	7,446	3,939	4,547	3,238	3,608	521	23,299
人口數 (成長率)	-0.79%	0.40%	-0.26%	-0.61%	-0.58%	-0.85%	-0.43%
每位醫師照護人口數	1,072	1,558	1,464	1,776	1,565	2,402	1,377
每萬人口醫師數	9.33	6.42	6.83	5.63	6.39	4.16	7.26
申報件數 (千)	3,155	1,446	1,761	1,160	1,394	146	9,061
成長率	0.7%	1.6%	0.7%	0.4%	2.1%	2.7%	1.0%
申報醫療費用 (百萬)	4,810	2,232	2,767	1,760	2,038	248	13,855
成長率	1.9%	3.8%	2.6%	2.4%	3.4%	6.1%	2.7%
平均每件申報醫療費用點數	1,525	1,544	1,571	1,517	1,462	1,702	1,529
成長率	1.2%	2.2%	1.9%	1.9%	1.2%	3.4%	1.6%

註1：人口數來源為114年12月戶政統計，成長率為較113年同期相較。

註2：診所家數及醫師數成長率係與前一年同期比較。

註3：不含代辦案件，資料期間為114年1-12月。

註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較

46

114年費用成長因素



- ❖ 整體醫療點數成長(3.6%)，東區成長(5.2%)最高。
- ❖ 就醫件數：全區成長(1.1%)，北區成長(2.4%)最高。
- ❖ 就醫人數：全區成長(1.1%)，北區成長(1.9%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區成長(0.1%)，北區成長(0.6%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(2.4%)，東區成長(4.5%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區成長(2.5%)，東區成長(5.1%)最高。

分區別	醫療點數	就醫件數	就醫人數	每人 就醫件數	每件 就醫點數	每人 就醫點數
臺北	3.4%	1.3%	0.9%	0.4%	2.0%	2.4%
北區	4.6%	2.4%	1.9%	0.6%	2.2%	2.7%
中區	3.8%	0.9%	0.8%	0.0%	3.0%	3.0%
南區	3.0%	0.1%	0.6%	-0.5%	2.9%	2.4%
高屏	2.8%	0.6%	0.9%	-0.3%	2.2%	1.9%
東區	5.2%	0.7%	0.1%	0.5%	4.5%	5.1%
全區	3.6%	1.1%	1.1%	0.1%	2.4%	2.5%

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(114.2.10擷取)
- 2：件數：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。
- 3：人數：依身分證號與生日歸戶計數。
- 4：醫療點數：申請點數+部分負擔金額。
- 5：分區別：以案件申報之醫療機構所在分區歸類。

114年第4季牙醫總額醫療供給及利用概況

就診牙醫人數【分區別】



◆ 114年第4季

單位：千人

114年第4季就診牙醫人數560.5萬人，成長率2.3%。各分區以高屏成長率3.3%最高。

年別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
112Q4	1,901	858	1,064	684	823	87	5,379	5.3%
113Q4	1,933	880	1,086	698	828	87	5,477	1.8%
114Q4	1,968	901	1,109	717	856	90	5,605	2.3%
增減人數	35	22	23	19	28	2	128	
成長率	1.8%	2.5%	2.1%	2.7%	3.3%	2.5%	2.3%	

註1：增減人數及成長率係與前一年同期比較。

註2：就診牙醫人數係以ID與生日歸戶，故各分區就診人數加總不等於總計人數。

49

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 114年第4季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	336	4.0%	3.7%	582,885	6.2%	4.2%	1,736	2.2%
2區域醫院	248	0.0%	2.7%	440,331	2.4%	3.2%	1,776	2.4%
3地區醫院	124	1.9%	1.4%	209,424	3.7%	1.5%	1,683	1.8%
4基層診所	8,353	0.9%	92.2%	12,455,317	2.5%	89.9%	1,491	1.6%
5交付機構	-	-	-	167,207	0.6%	1.2%	-	-
合計	9,061	1.0%		13,855,164	2.7%		1,529	1.6%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：本表以各醫院114年12月當下之層級歸類。

50

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 114年第4季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	3,155	0.7%	1,968	1.8%	1.60	-1.2%	4,810,370	1.9%	1,525	1.2%
北區	1,446	1.6%	901	2.5%	1.60	-0.9%	2,232,140	3.8%	1,544	2.2%
中區	1,761	0.7%	1,109	2.1%	1.59	-1.4%	2,766,679	2.6%	1,571	1.9%
南區	1,160	0.4%	717	2.7%	1.62	-2.2%	1,759,572	2.4%	1,517	1.9%
高屏	1,394	2.1%	856	3.3%	1.63	-1.2%	2,038,310	3.4%	1,462	1.2%
東區	146	2.7%	90	2.5%	1.62	0.1%	248,093	6.1%	1,702	3.4%
合計	9,061	1.0%	5,605	2.3%	1.62	-1.3%	13,855,164	2.7%	1,529	1.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

51

醫療服務價量比較【案件分類】



◆ 114年第4季

案件分類	申報件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
1.一般案件(簡表)	29	-1.9%	5,779	-4.1%	200	-2.2%
2.牙醫急診	4	0.9%	9,926	-0.4%	2,385	-1.3%
3.牙醫門診手術	14	-0.3%	46,862	2.8%	3,394	3.1%
4.無牙醫鄉服務	54	5.9%	93,494	9.0%	1,745	3.0%
5.牙醫特殊醫療	57	9.0%	222,779	11.7%	3,891	2.5%
6.其他專案	8,904	1.0%	13,309,118	2.5%	1,495	1.5%
7.交付機構	-	-	167,207	0.6%	-	0.0%
合計	9,061	1.0%	13,855,164	2.7%	1,529	1.6%

註：成長率係與前一年同期比較。

52

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】(1/2)



◆ 114年第4季

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	-55.0%	8	-48.2%	16	12.1%
2.牙醫急診	7,714	-1.8%	2,114	2.6%	84	102.9%
3.牙醫門診手術	29,505	1.2%	14,788	7.8%	2,265	-3.2%
4.無牙醫鄉服務	413	29.6%	1,141	6.6%	2,821	17.5%
5.牙醫特殊醫療	49,645	4.7%	25,021	10.1%	14,378	12.4%
6.其他專案	495,608	6.8%	397,259	1.8%	189,861	3.0%
7.交付機構	-	-	-	-	-	-
合計	582,885	6.2%	440,331	2.4%	209,424	3.7%

註：成長率係與前一年同期比較。

53

申報醫療費用點數【案件分類+層級別】(2/2)



◆ 114年第4季

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)	5,755	-4.1%	-	-	5,779	-4.1%
2.牙醫急診	14		-	-	9,926	-0.4%
3.牙醫門診手術	304	-22.7%	-	-	46,862	2.8%
4.無牙醫鄉服務	89,119	8.7%	-	-	93,494	9.0%
5.牙醫特殊醫療	133,735	14.8%	-	-	222,779	11.7%
6.其他專案	12,226,391	2.4%	-	-	13,309,118	2.5%
7.交付機構	-	-	167,207	0.6%	167,207	0.6%
合計	12,455,317	2.5%	167,207	0.6%	13,855,164	2.7%

註：成長率係與前一年同期比較。

54

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】(1/2)



◆ 114年第4季

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	2,238	-1.1%	4,496	1.6%	11,292	3.6%	8,843	3.1%
北區	1,289	23.6%	285	11.0%	4,856	28.7%	6,351	10.3%
中區	628	-19.6%	2,022	2.7%	10,861	-0.6%	23,452	6.4%
南區	732	-32.8%	1,550	1.8%	7,192	7.7%	18,874	15.1%
高屏	834	2.6%	1,178	-21.8%	9,523	-5.6%	22,827	10.0%
東區	58	43.0%	396	39.5%	3,137	-3.2%	13,146	7.6%
合計	5,779	-4.1%	9,926	-0.4%	46,862	2.8%	93,494	9.0%

註：成長率係與前一年同期比較。

55

申報醫療費用點數【案件分類+分區別】(2/2)



◆ 114年第4季

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	68,501	9.9%	4,659,543	1.8%	55,458	-0.8%	4,810,370	1.9%
北區	34,611	6.7%	2,155,893	3.7%	28,854	2.1%	2,232,140	3.8%
中區	48,486	12.4%	2,646,793	2.4%	34,438	0.4%	2,766,679	2.6%
南區	24,152	13.3%	1,685,854	2.1%	21,219	0.8%	1,759,572	2.4%
高屏	36,375	12.0%	1,943,585	3.3%	23,988	1.8%	2,038,310	3.4%
東區	10,655	37.9%	217,450	5.0%	3,251	2.6%	248,093	6.1%
合計	222,779	11.7%	13,309,118	2.5%	167,207	0.6%	13,855,164	2.7%

註：成長率係與前一年同期比較。

56

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】(1/2)



◆ 114年第4季

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	37,838	1.2%	27,691	-1.3%	1,186,151	0.6%
北區	17,346	2.2%	13,875	1.9%	547,633	1.3%
中區	21,664	1.2%	17,199	-0.6%	668,895	0.6%
南區	14,439	1.3%	11,021	0.0%	430,971	0.9%
高屏	14,366	1.5%	12,069	1.4%	511,099	2.5%
東區	2,544	8.9%	1,744	2.8%	56,584	2.7%
總計	108,198	1.6%	83,600	0.0%	3,401,333	1.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

57

申報醫療費用點數【費用分類+分區別】(2/2)



◆ 114年第4季

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	3,558,447	2.3%	243	-0.3%	4,810,370	1.9%
北區	1,653,257	4.7%	29	26.8%	2,232,140	3.8%
中區	2,058,737	3.3%	183	-29.9%	2,766,679	2.6%
南區	1,302,978	2.9%	163	14.5%	1,759,572	2.4%
高屏	1,500,725	3.8%	50	22.0%	2,038,310	3.4%
東區	187,191	7.2%	29	45.6%	248,093	6.1%
總計	10,261,336	3.3%	697	-4.6%	13,855,164	2.7%

註：成長率係與前一年同期比較。

58

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】(1/2)



◆ 114年第4季

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	9,545	7.2%	3,685	1.6%	133,169	4.5%
區域醫院	5,111	2.0%	2,905	-1.9%	99,017	0.7%
地區醫院	1,549	0.7%	1,238	-0.3%	46,878	2.3%
基層診所	321	0.6%	237	-4.9%	3,122,270	0.9%
交付機構	91,672	1.0%	75,535	0.0%	-	-
總計	108,198	1.6%	83,600	0.0%	3,401,333	1.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

59

申報醫療費用點數【費用分類+層級別】(2/2)



◆ 114年第4季

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	436,116	6.8%	371	-12.5%	582,885	6.2%
區域醫院	333,004	3.0%	293	6.1%	440,331	2.4%
地區醫院	159,727	4.2%	33	12.2%	209,424	3.7%
基層診所	9,332,490	3.1%	-	-	12,455,317	2.5%
交付機構	-	-	0.1	-93.9%	167,207	0.6%
總計	10,261,336	3.3%	697	-4.6%	13,855,164	2.7%

註：成長率係與前一年同期比較。

60

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114年第3季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、114年第3季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、114年第3季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算報表詳附件，頁次報3-3頁)：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.92830551	0.93361386	0.92956244
北區	0.99715981	1.00635762	1.00001026
中區	1.01373012	1.01525909	1.00339286
南區	1.06538144	1.06568987	1.05233395
高屏	1.06069558	1.06050849	1.04415465
東區	1.15177910	1.15000000	1.12377133
全區	0.99515781	0.99519604	0.98708634

註：專款點數不含品質保證保留款及獎勵金。

- 三、檢附113年第3季點值結算資料供參。

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

註：專款點數不含品質保證保留款及獎勵金。

- 四、全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫全年預算8.559億元，依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；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。本季預算214百萬元，已支用點數228.3百萬點，浮動點值0.84498205，以一般服務預算支應0.97百萬元後，每點支付金額為0.95。
- 五、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115年3月15日起暫付、核付之牙醫門診總額費用依114年第3季點值辦理，並於115年3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)

$$= 114\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times 107-108、112\text{年各季核定點數平均占率}(Ra) \\ \times \text{該區}112\text{年各季人口風險因子}(R_{112}) \\ = 12,677,703,565$$

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

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

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		113年		113年		114年		114年4項	114年調整前各	支應牙醫特
	112年各季	111年各季校	違反特管	調整前各季	112年各季校	違反特管	調整前各季	106年編列	一般服務	季一般服務醫	殊醫療服務
	一般服務醫療	正投保人口預	辦法之扣	一般服務醫療	正投保人口預	辦法之扣	一般服務醫療	之品質保證	移撥專用	療給付費用分	計畫預算
	給付費用總額	估成長率差值	款(註1)	給付費用總額	估成長率差值	款(註2)	給付費用總額	保留款預算	費用	配至各分區預算	不足款
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(G1)	(C1)	(F)	(D2)	(I)
				= (A1 + B1 + B2) ×			= (G0 + B3 + B4) ×			= G1 - C1 - F	
				(1 + 2.055%)			(1 + 2.676%)				
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	9,673,221
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	9,673,221

註：

1. 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。

2. 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。

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

※依據衛生福利部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)。

4. 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	1,528(K6)	暫結金額	1,528(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	38,878,236(K7)	暫結金額	41,460,986(K27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	9,964(K11)	暫結金額	9,964(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	18,507,993(K12)	暫結金額	19,477,314(K22)
(3)小計	加成前點數	57,397,721(K19)	暫結金額	60,949,792(K29)

暫結金額 = 60,949,792

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 2,555,547

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: 17,658,147

暫結金額 : 1元/點×已支用點數 = 17,658,147

未支用金額: 第2季預算-第2季暫結金額= 23,029,031- 17,658,147= 5,370,884

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+ 5,370,884= 25,370,884

已支用點數: 17,917,593

暫結金額 : 1元/點×已支用點數 = 17,917,593

未支用金額: 第3季預算-第3季暫結金額= 25,370,884- 17,917,593= 7,453,291

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+ 7,453,291= 27,453,291

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= 27,453,291- 0= 27,453,291

全年合計:預算=80,000,000

全年已支用點數: 52,546,709

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 52,546,709

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 80,000,000 - 52,546,709

= 27,453,291 (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 + 前一季未支用金額 = $380,000,000 / 4 + 11,534,370 = 106,534,370$

已暫結金額： $7,500,000(Z) + 60,949,792(K29) + 17,658,147 + 12,500,000(R) = 98,607,939$

未支用金額：第2季預算 - 第2季已暫結金額 = $106,534,370 - 98,607,939 = 7,926,431$

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $380,000,000 / 4 + 7,926,431 = 102,926,431$

已暫結金額： $7,500,000(Z) + 35,227,931(L29) + 17,917,593 + 12,500,000(R) = 73,145,524$

未支用金額：第3季預算 - 第3季已暫結金額 = $102,926,431 - 73,145,524 = 29,780,907$

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $380,000,000 / 4 + 29,780,907 = 124,780,907$

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 = $124,780,907 - 0 = 124,780,907$

全年合計：預算 = 380,000,000

全年已暫結金額： 255,219,093

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額

= $380,000,000 - 255,219,093$

= 124,780,907 (E11)

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	10,740,425(K0)	收入	20,281,536(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	4,002,600(K2)
執業計畫診所之品質獎勵費用K13:			已支用點數	0(K13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,528(K6)	加成已支用點數	302(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	38,878,236(K7)	加成已支用點數	7,820,597(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	45,398,150(K5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	9,964(K11)	加成已支用點數	1,996(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	18,507,993(K12)	加成已支用點數	3,771,688(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				71,735,758(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)

= 81,276,869

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 11,569,570

※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 + 11,569,570= 92,519,570

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1:	點數	10,089,386(L0)	收入	18,890,171(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:			已支用點數	3,280,600(L2)
執業計畫診所之品質獎勵費用L13:			已支用點數	0(L13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,376(L6)	加成已支用點數	271(L3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	14,682,314(L7)	加成已支用點數	2,980,891(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	35,330,900(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	12,732(L11)	加成已支用點數	2,546(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	18,685,662(L12)	加成已支用點數	3,811,602(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):				55,496,196(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)

= 64,296,981

未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額

= 28,222,589

※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 + 28,222,589=109,172,589

(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
= 109,172,589

※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	30,904,999(N0)	收入	58,296,358(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2:			已支用點數	10,658,170(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13:			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	4,439(N6)	加成已支用點數	876(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	79,229,837(N7)	加成已支用點數	15,963,149(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	118,420,900(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	30,879(N11)	加成已支用點數	6,182(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	55,364,683(N12)	加成已支用點數	11,281,776(N9)
(5)小計已支用點數(N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14):				187,236,052(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 + 81,276,869 + 64,296,981 + 0 = 214,627,411

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 109,172,589

※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)先天性唇顎裂及顛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)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)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,739,156(W01)	3,738,655(WF01)	501(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	50,501,158(W02)	49,034,812(WF02)	1,466,346(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,330,359(W03)	33,563,898(WF03)	766,461(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：	37,015,881(W04)	36,540,582(WF04)	475,299(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,471,170(W05)	13,226,028(WF05)	245,142(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,045,723(W06)	1,958,046(WF06)	87,677(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：	19,941,058(W07)	19,940,656(WF07)	402(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,179,189(W08)	14,178,603(WF08)	586(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：	20,476,862(W09)	20,475,008(WF09)	1,854(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,031,883(W10)	1,031,883(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	76,128(W11)	76,128(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,242,463(W12)	1,242,343(WF12)	120(WN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	681,994(W13)	681,952(WF13)	42(WN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	15,998,400(W14)	15,998,400(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	961,994(W15)	961,994(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	41,393(W16)	41,393(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	422,400(W17)	422,400(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：	161,738(W18)	161,738(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	76,070(W19)	76,041(WF19)	29(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：	146,226(W20)	146,226(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,923(W21)	22,923(WF21)	0(WN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	4,457(W22)	4,457(WF22)	0(WN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,834,959(W23)	1,834,959(WF23)	0(WN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,667,492(W24)	2,667,492(WF24)	0(WN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	425,098(W25)	425,098(WF25)	0(WN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,076,535(W26)	1,076,535(WF26)	0(WN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	200,517(W28)	200,517(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	222,773,226(W99)	219,728,767(WF99)	3,044,459(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 222,773,226	＝ 第2季預算－暫結金額＝ -1,074,856		

=====

※第2季浮動每點支付金額

= (第2季預算—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費用) / 浮動點數
[第2季預算—1元/點×(WF01+WF02+WF03+WF07+WF08+WF15+WF16+WF18+WF19+WF23+WF24+WN99)]

WF04+WF05+WF06+WF09+WF10+WF11+WF12+WF13+WF14+WF17+WF20+WF21+WF22+WF25+WF26+WF27+WF28+WF29+WF30

= 0.98850772

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 855,900,000/4+

0＝ 213,975,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	4,622,730(X01)	4,622,307(XF01)	423(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	56,598,189(X02)	55,012,189(XF02)	1,586,000(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	35,508,459(X03)	34,804,016(XF03)	704,443(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：	38,219,702(X04)	37,657,192(XF04)	562,510(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,656,328(X05)	14,261,986(XF05)	394,342(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,997,489(X06)	2,700,586(XF06)	296,903(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：	18,580,183(X07)	18,579,846(XF07)	337(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,240,930(X08)	13,240,702(XF08)	228(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：	17,861,521(X09)	17,859,094(XF09)	2,427(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	660,245(X10)	660,245(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	60,688(X11)	60,688(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,404,742(X12)	1,404,742(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	387,416(X13)	387,306(XF13)	110(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)：	14,520,000(X14)	14,520,000(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：	1,125,194(X15)	1,125,070(XF15)	124(XN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	54,066(X16)	54,066(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	494,400(X17)	494,400(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：	167,571(X18)	167,424(XF18)	147(XN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	74,871(X19)	74,871(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：	153,240(X20)	153,123(XF20)	117(XN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	41,685(X21)	41,685(XF21)	0(XN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	6,677(X22)	6,677(XF22)	0(XN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,965,794(X23)	1,965,794(XF23)	0(XN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,949,169(X24)	2,949,169(XF24)	0(XN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	425,687(X25)	425,687(XF25)	0(XN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,195,726(X26)	1,195,726(XF26)	0(XN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X27)	0(XF27)	0(XN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	281,027(X28)	281,027(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	228,253,729(X99)	224,705,618(XF99)	3,548,111(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 228,253,729	＝ 第3季預算－暫結金額＝ -14,278,729		

※一般預算支應前第3季浮動每點支付金額

[第3季預算-1元/點×(XF01+XF02+XF03+XF07+XF08+XF15+XF16+XF18+XF19+XF23+XF24+XN99)]

=

XF04+XF05+XF06+XF09+XF10+XF11+XF12+XF13+XF14+XF17+XF20+XF21+XF22+XF25+XF26+XF27+XF28+XF29+XF30

= 0.84498205 < 0.95

※依據「114年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本計畫預算係按季均分及結算。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，另前述屬移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。

※浮動每點支付金額為0.95所需預算=1元/點×(XF01+XF02+XF03+XF07+XF08+XF15+XF16+XF18+XF19+XF23+XF24+XN99)

+0.95元/點×(XF04+XF05+XF06+XF09+XF10+XF11+XF12+XF13+XF14+XF17+XF20+XF21+XF22+XF25+XF26+XF27+XF28+

XF29+XF30)

=223,648,221

※一般預算支應後第3季浮動每點支付金額為0.95，由一般服務預算支應之預算(I)=223,648,221-第3季預算=223,648,221-213,975,000=9,673,221

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 855,900,000/4+

0＝ 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：	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)家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y30)	0(YF30)	0(YN30)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)

暫結金額

＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額

＝ 第4季預算 － 暫結金額＝ 213,975,000

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：	12,320,871(Z01)	12,302,316(ZF01)	18,555(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	156,412,396(Z02)	151,939,529(ZF02)	4,472,867(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	102,272,522(Z03)	100,149,520(ZF03)	2,123,002(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：	109,018,696(Z04)	107,479,897(ZF04)	1,538,799(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	41,210,695(Z05)	40,251,008(ZF05)	959,687(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	6,790,831(Z06)	6,306,771(ZF06)	484,060(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：	55,730,322(Z07)	55,729,185(ZF07)	1,137(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	39,970,403(Z08)	39,969,332(ZF08)	1,071(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：	56,091,069(Z09)	56,084,883(ZF09)	6,186(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,371,354(Z10)	2,371,312(ZF10)	42(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	201,027(Z11)	201,027(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	3,645,072(Z12)	3,644,952(ZF12)	120(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	1,542,064(Z13)	1,541,870(ZF13)	194(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)：	44,937,600(Z14)	44,937,600(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	2,836,138(Z15)	2,835,964(ZF15)	174(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	121,533(Z16)	121,533(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	1,257,600(Z17)	1,257,600(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：	449,997(Z18)	449,760(ZF18)	237(ZN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	227,807(Z19)	227,778(ZF19)	29(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：	433,428(Z20)	433,282(ZF20)	146(ZN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	83,406(Z21)	83,406(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	18,173(Z22)	18,173(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,771,590(Z23)	5,771,590(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	8,189,180(Z24)	8,189,180(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	1,359,387(Z25)	1,359,387(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	3,371,008(Z26)	3,371,008(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：	644,416(Z28)	644,416(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	657,278,585(Z99)	647,672,279(ZF99)	9,606,306(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 + 222,773,226 + 228,253,729 +	0 = 657,278,585		
全年已結算金額 = 206,251,630 + 221,698,370 + 213,975,000 +	0 = 641,925,000		

全年由一般服務部門支應之預算= 9,673,221

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 - (641,925,000 - 9,673,221)

= 855,900,000 - 632,251,779

= 223,648,221

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 + 前一季未支用金額 = 171,500,000/4 + 5,683,905 = 48,558,905

已支用點數： 34,686,849

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 34,686,849

未支用金額： 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 48,558,905 - 34,686,849 = 13,872,056

第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 171,500,000/4 + 13,872,056 = 56,747,056

已支用點數： 50,361,987

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 50,361,987

未支用金額： 第3季預算 - 第3季暫結金額 = 56,747,056 - 50,361,987 = 6,385,069

第4季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 171,500,000/4 + 6,385,069 = 49,260,069

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 = 49,260,069 - 0 = 49,260,069

全年合計:預算 = 171,500,000

已支用點數： 122,239,931

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數 = 122,239,931

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 171,500,000 - 122,239,931

= 49,260,069

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： 27,904,350

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 27,904,350

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額= 47,265,418- 27,904,350= 19,361,068

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 19,361,068= 55,561,068

已支用點數： 28,803,660

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 28,803,660

未支用金額：第3季預算-第3季暫結金額= 55,561,068- 28,803,660= 26,757,408

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 26,757,408= 62,957,408

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= 62,957,408- 0= 62,957,408

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數： 81,842,592

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 81,842,592

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 144,800,000 - 81,842,592

= 62,957,408

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： 863,705,983

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 863,705,983

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額 = 700,000,000－863,705,983 = -163,705,983

浮動點值 = (第2季預算－非浮動點數) / 浮動點數 = (700,000,000－0) / 863,705,983 = 0.81046098

第3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： 899,730,711

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 899,730,711

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額 = 700,000,000－899,730,711 = -199,730,711

浮動點值 = (第3季預算－非浮動點數) / 浮動點數 = (700,000,000－0) / 899,730,711 = 0.77801057

第4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4季預算－第4季暫結金額 = 700,000,000－0 = 700,000,000

全年合計:預算 = 2,800,000,000元

已支用點數： 2,580,031,776

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數 = 2,580,031,776

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 2,800,000,000－2,580,031,776

= 219,968,224

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。

衛生福利部中央健康保險署

(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： 78,561,869

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 78,561,869

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝ 86,240,352－ 78,561,869＝ 7,678,483

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 307,100,000/4＋ 7,678,483＝ 84,453,483

已支用點數： 83,638,090

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 83,638,090

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 84,453,483－ 83,638,090＝ 815,393

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 307,100,000/4＋ 815,393＝ 77,590,393

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＝ 77,590,393－ 0＝ 77,590,393

全年合計:預算＝ 307,100,000元

已支用點數： 229,509,607

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝ 229,509,607

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 307,100,000－ 229,509,607

＝ 77,590,393(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: 651,172

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 651,172

未支用金額: 第2季預算-第2季暫結金額= 7,200,000- 651,172= 6,548,828

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 14,400,000/4+ 6,548,828= 10,148,828

已支用點數: 1,954,247

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 1,954,247

未支用金額: 第3季預算-第3季暫結金額= 10,148,828- 1,954,247= 8,194,581

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 14,400,000/4+ 8,194,581= 11,794,581

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= 11,794,581- 0= 11,794,581

全年合計:預算= 14,400,000元

已支用點數: 2,605,419

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 2,605,419

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 14,400,000 - 2,605,419

= 11,794,581(E7)

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. 全民健康保險牙醫門診 總額特殊醫療服務計畫(B6)		0	0	0	0	0
3. 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	
4. 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)		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)
	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
5. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I)(註3)		0	0	9,673,221	0	9,673,221
6. 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	3,595,633	0	3,595,633
	北區分區	0	0	1,611,075	0	1,611,075
	中區分區	0	0	1,750,079	0	1,750,079
	南區分區	0	0	1,206,734	0	1,206,734
	高屏分區	0	0	1,324,457	0	1,324,457
	東區分區	0	0	185,243	0	185,243
	小計	0	0	9,673,221	0	9,673,221

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
7. 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
8. 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
9. 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	0
10. 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
11. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)-(BI)+(T)+(Z) +(BE11)	臺北分區	4,404,237,483	4,562,849,878	4,708,833,559	4,753,931,892	18,429,852,812
	北區分區	1,979,030,611	2,039,208,979	2,109,860,454	2,129,550,012	8,257,650,056
	中區分區	2,156,249,418	2,226,162,738	2,296,900,050	2,315,247,201	8,994,559,407
	南區分區	1,488,165,413	1,538,068,274	1,580,336,786	1,593,484,820	6,200,055,293
	高屏分區	1,636,974,144	1,691,193,060	1,737,006,715	1,754,961,036	6,820,134,955
	東區分區	239,474,721	235,888,736	242,592,780	244,798,000	962,754,237
	小計	11,904,131,790	12,293,371,665	12,675,530,344	12,791,972,961	49,665,006,760

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	3,998,847,987(BF)	0.95221473	-----	28,880,520	207,225
	2-北區分區	421,972,250	0.95221473	401,808,192	3,480,811	
	3-中區分區	238,690,186	0.95221473	227,284,311	2,041,680	
	4-南區分區	139,172,302	0.95221473	132,521,916	1,197,921	
	5-高屏分區	185,115,058	0.95221473	176,269,285	1,392,455	
	6-東區分區	22,346,620	0.95221473	21,278,781	317,855	
	7-合計	5,006,144,403(GF)		959,162,485(AF)	37,311,242(BG)	207,225(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	263,926,082	1.03655109	273,572,868	2,658,851	108,828
	2-北區分區	1,590,420,296(BF)	1.03655109	-----	13,183,529	
	3-中區分區	107,236,572	1.03655109	111,156,186	936,838	
	4-南區分區	70,484,249	1.03655109	73,060,525	578,551	
	5-高屏分區	41,997,146	1.03655109	43,532,187	337,229	
	6-東區分區	4,605,405	1.03655109	4,773,738	57,929	
	7-合計	2,078,669,750(GF)		506,095,504(AF)	17,752,927(BG)	108,828(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	78,899,989	1.03146247	81,382,378	771,481	38,589
	2-北區分區	47,436,642	1.03146247	48,929,116	424,222	
	3-中區分區	2,037,089,331(BF)	1.03146247	-----	15,054,901	
	4-南區分區	47,050,607	1.03146247	48,530,935	448,103	
	5-高屏分區	31,819,564	1.03146247	32,820,686	255,478	
	6-東區分區	3,052,527	1.03146247	3,148,567	36,784	
	7-合計	2,245,348,660(GF)		214,811,682(AF)	16,990,969(BG)	38,589(BJ)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	62,880,085	1.07081535	67,332,960	600,815	
	2-北區分區	29,220,173	1.07081535	31,289,410	268,623	
	3-中區分區	68,919,493	1.07081535	73,800,051	609,530	
	4-南區分區	1,238,698,049(BF)	1.07081535	-----	10,162,604	61,571
	5-高屏分區	68,331,076	1.07081535	73,169,965	543,376	
	6-東區分區	2,593,273	1.07081535	2,776,917	35,052	
	7-合計	1,470,642,149(GF)		248,369,303(AF)	12,220,000(BG)	61,571(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	45,152,571	1.06367691	48,027,747	432,248	
	2-北區分區	19,636,831	1.06367691	20,887,244	169,198	
	3-中區分區	32,615,650	1.06367691	34,692,514	304,808	
	4-南區分區	69,514,132	1.06367691	73,940,577	557,168	
	5-高屏分區	1,453,944,640(BF)	1.06367691	-----	11,888,218	31,031
	6-東區分區	3,610,948	1.06367691	3,840,882	42,429	
	7-合計	1,624,474,772(GF)		181,388,964(AF)	13,394,069(BG)	31,031(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,358,304	1.15181014	16,538,040	181,774	
	2-北區分區	4,602,237	1.15181014	5,300,903	55,091	
	3-中區分區	4,530,021	1.15181014	5,217,724	41,743	
	4-南區分區	2,840,764	1.15181014	3,272,021	36,536	
	5-高屏分區	6,723,044	1.15181014	7,743,670	60,215	
	6-東區分區	160,354,849(BF)	1.15181014	-----	1,920,709	4,735
	7-合計	193,409,219(GF)		38,072,358(AF)	2,296,068(BG)	4,735(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	= [4,708,833,559 -	959,162,485 -	37,311,242 -	207,225] / 3,998,847,987 = 0.92830551
北區分區	= [2,109,860,454 -	506,095,504 -	17,752,927 -	108,828] / 1,590,420,296 = 0.99715981
中區分區	= [2,296,900,050 -	214,811,682 -	16,990,969 -	38,589] / 2,037,089,331 = 1.01373012
南區分區	= [1,580,336,786 -	248,369,303 -	12,220,000 -	61,571] / 1,238,698,049 = 1.06538144
高屏分區	= [1,737,006,715 -	181,388,964 -	13,394,069 -	31,031] / 1,453,944,640 = 1.06069558
東區分區	= [242,592,780 -	38,072,358 -	2,296,068 -	4,735] / 160,354,849 = 1.26107580

3. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)				
- 核定非浮動點數(BG)				
- 自墊核退點數(BJ)]				
/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)				
	= [12,675,530,344	- 99,965,275 -	451,979] / 12,618,688,953 = 0.99654672	

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	= [4,708,833,559	]/ [ 5,006,144,403 +	37,311,242 +	207,225] = 0.93361386
北區分區	= [2,109,860,454	]/ [ 2,078,669,750 +	17,752,927 +	108,828] = 1.00635762
中區分區	= [2,296,900,050	]/ [ 2,245,348,660 +	16,990,969 +	38,589] = 1.01525909
南區分區	= [1,580,336,786	]/ [ 1,470,642,149 +	12,220,000 +	61,571] = 1.06568987
高屏分區	= [1,737,006,715	]/ [ 1,624,474,772 +	13,394,069 +	31,031] = 1.06050849
東區分區	= [242,592,780	]/ [ 193,409,219 +	2,296,068 +	4,735] = 1.23955216

5. 一般服務全區平均點值				
	= [12,675,530,344	]/ [ 12,618,688,953 +	99,965,275 +	451,979] = 0.99657398

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	= [4,708,833,559 + 414,595,343 + 4,012,619 + 2,412,829]	
	／ [5,006,144,403 + 37,311,242 + 207,225 + 470,893,411 + 4,012,619]	= 0.92956244
北區分區	= [2,109,860,454 + 167,462,424 + 2,127,777 + 2,424,333]	
	／ [2,078,669,750 + 17,752,927 + 108,828 + 183,267,292 + 2,052,768]	= 1.00001026
中區分區	= [2,296,900,050 + 254,103,733 + 9,751,384 + 2,193,210]	
	／ [2,245,348,660 + 16,990,969 + 38,589 + 282,449,814 + 9,454,019]	= 1.00339286
南區分區	= [1,580,336,786 + 143,648,858 + 4,452,843 + 5,905,809]	
	／ [1,470,642,149 + 12,220,000 + 61,571 + 161,010,966 + 4,158,396]	= 1.05233395
高屏分區	= [1,737,006,715 + 188,776,470 + 10,862,650 + 4,106,738]	
	／ [1,624,474,772 + 13,394,069 + 31,031 + 210,570,788 + 10,212,410]	= 1.04415465
東區分區	= [242,592,780 + 38,898,459 + 4,020,658 + 874,674]	
	／ [193,409,219 + 2,296,068 + 4,735 + 40,046,349 + 3,491,872]	= 1.19702685
全區	= [12,675,530,344 + 1,207,485,287 + 35,227,931 + 17,917,593]	
	／ [12,618,688,953 + 99,965,275 + 451,979 + 1,348,238,620 + 33,382,084]	= 0.98832927

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

(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)
 - 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I) × 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	=	4,708,833,559
調整後北區分區一般服務預算總額	=	2,109,860,454
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,296,900,050
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,580,336,786
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,737,006,715
調整後東區分區一般服務預算總額	=	242,592,780

總計		12,675,530,344
----	--	----------------

(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)

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

$$\text{臺北分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款(T1)} = 242,592,780 - [(193,409,219 + 2,296,068 + 4,735) \times 1.15] = 17,526,255$$

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)

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

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

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

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

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

$$\text{東區分區累計保留款(T2)} = \text{前季累計保留款 } 42,178,679(P) + \text{當季保留款 } 17,526,255(T1) = 59,704,934$$

(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)

$$\text{修正後臺北分區一般服務預算總額} = 4,708,833,559(BD2) - 0 = 4,708,833,559$$

$$\text{修正後北區分區一般服務預算總額} = 2,109,860,454(BD2) - 0 = 2,109,860,454$$

$$\text{修正後中區分區一般服務預算總額} = 2,296,900,050(BD2) - 0 = 2,296,900,050$$

$$\text{修正後南區分區一般服務預算總額} = 1,580,336,786(BD2) - 0 = 1,580,336,786$$

$$\text{修正後高屏分區一般服務預算總額} = 1,737,006,715(BD2) - 0 = 1,737,006,715$$

$$\text{修正後東區分區一般服務預算總額} = 242,592,780(BD2) - 17,526,255 = 225,066,525$$

總計

12,658,004,089

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	= [4,708,833,559 - 959,162,485 - 37,311,242 - 207,225]	／	3,998,847,987 = 0.92830551
北區分區	= [2,109,860,454 - 506,095,504 - 17,752,927 - 108,828]	／	1,590,420,296 = 0.99715981
中區分區	= [2,296,900,050 - 214,811,682 - 16,990,969 - 38,589]	／	2,037,089,331 = 1.01373012
南區分區	= [1,580,336,786 - 248,369,303 - 12,220,000 - 61,571]	／	1,238,698,049 = 1.06538144
高屏分區	= [1,737,006,715 - 181,388,964 - 13,394,069 - 31,031]	／	1,453,944,640 = 1.06069558
東區分區	= [225,066,525 - 38,072,358 - 2,296,068 - 4,735]	／	160,354,849 = 1.15177910

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

- 核定非浮動點數(BG)
- 自墊核退點數(BJ)]
- ／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$= [12,658,004,089 - 99,965,275 - 451,979] / 12,618,688,953 = 0.99515781$$

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	= [4,708,833,559]	／ [5,006,144,403 + 37,311,242 + 207,225]	= 0.93361386
北區分區	= [2,109,860,454]	／ [2,078,669,750 + 17,752,927 + 108,828]	= 1.00635762
中區分區	= [2,296,900,050]	／ [2,245,348,660 + 16,990,969 + 38,589]	= 1.01525909
南區分區	= [1,580,336,786]	／ [1,470,642,149 + 12,220,000 + 61,571]	= 1.06568987
高屏分區	= [1,737,006,715]	／ [1,624,474,772 + 13,394,069 + 31,031]	= 1.06050849
東區分區	= [225,066,525]	／ [193,409,219 + 2,296,068 + 4,735]	= 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

$$= [12,658,004,089] / [12,618,688,953 + 99,965,275 + 451,979] = 0.99519604$$

$$5. \text{修正後牙醫門診總額平均點值} = \text{加總} [\text{依調整後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} \\ + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額}] \\ \div \text{加總} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ + \text{專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)} + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}]$$

臺北分區	= [4,708,833,559 + 414,595,343 + 4,012,619 + 2,412,829]	÷ [5,006,144,403 + 37,311,242 + 207,225 + 470,893,411 + 4,012,619] = 0.92956244
北區分區	= [2,109,860,454 + 167,462,424 + 2,127,777 + 2,424,333]	÷ [2,078,669,750 + 17,752,927 + 108,828 + 183,267,292 + 2,052,768] = 1.00001026
中區分區	= [2,296,900,050 + 254,103,733 + 9,751,384 + 2,193,210]	÷ [2,245,348,660 + 16,990,969 + 38,589 + 282,449,814 + 9,454,019] = 1.00339286
南區分區	= [1,580,336,786 + 143,648,858 + 4,452,843 + 5,905,809]	÷ [1,470,642,149 + 12,220,000 + 61,571 + 161,010,966 + 4,158,396] = 1.05233395
高屏分區	= [1,737,006,715 + 188,776,470 + 10,862,650 + 4,106,738]	÷ [1,624,474,772 + 13,394,069 + 31,031 + 210,570,788 + 10,212,410] = 1.04415465
東區分區	= [225,066,525 + 38,898,459 + 4,020,658 + 874,674]	÷ [193,409,219 + 2,296,068 + 4,735 + 40,046,349 + 3,491,872] = 1.12377133
全區	= [12,658,004,089 + 1,207,485,287 + 35,227,931 + 17,917,593]	÷ [12,618,688,953 + 99,965,275 + 451,979 + 1,348,238,620 + 33,382,084] = 0.98708634

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114/06(含)以前：於114/10/01～114/12/31期間核付者。

費用年月114/07～114/09：於114/07/01～114/12/31期間核付者。

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

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 114 年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，規劃於 114 年第 4 季執行。

說明：

- 一、依據114年度總額及其分配核定事項，牙醫特殊醫療服務計畫依114年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請本署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。
- 二、上述扣減費用計算方式業經本會議114年第1次會議暨健保會第7屆114年第5次委員會議(114.07.23)決定通過，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。依114年1至12月申報資料初步統計扣減額度(如附件，頁次報4-2頁)，約需扣減0.92百萬元。
- 三、考量扣減金額不多且院所後續仍會申報、補報費用，建議於114年第4季依實際執行結果扣減。

決定：

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

編號	支付標準章節	診療項目	申報醫療點數
00121C	第一章-門診診察費-第一節-一般牙科門診診察費	牙科門診診察費—處方交付特約藥局調劑(每位醫師每日門診量在二十人次以下部份)	230
00124C	第一章-門診診察費-第一節-一般牙科門診診察費	牙科門診診察費—未開處方或處方由本院所自行調劑(每位醫師每日門診量超過二十人次部分)	240
00305C	第一章-門診診察費-第二節-符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—處方交付特約藥局調劑	20,272
00306C	第一章-門診診察費-第二節-符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—未開處方或處方由本院所自行調劑(每位醫師每日門診量在二十人次以下部份)	179,674
00307C	第一章-門診診察費-第二節-符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—處方交付特約藥局調劑(每位醫師每日門診量超過二十人次部分)	162
00308C	第一章-門診診察費-第二節-符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—未開處方或處方由本院所自行調劑(每位醫師每日門診量超過二十人次部分)	1,296
00309C	第一章-門診診察費-第二節-符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—處方交付特約藥局調劑(山地離島地區)	4,232
00310C	第一章-門診診察費-第二節-符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費—未開處方或處方由本院所自行調劑(山地離島地區)	26,804
00315C	第一章-門診診察費-第二節-符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光片診察	15,408

編號	支付標準章節	診療項目	申報醫療點數
00316C	第一章-門診診察費-第二節-符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費	符合牙醫門診加強感染管制實施方案年度 X 光片診察	642
01272C	第一章-門診診察費-第一節-一般牙科門診診察費	年度 X 光片診察	600
34001C	第二章-牙科放射線診療	根尖周 X 光攝影	3,040
34002C	第二章-牙科放射線診療	咬翼式 X 光攝影	1,600
34003C	第二章-牙科放射線診療	咬合片 X 光攝影	360
34004C	第二章-牙科放射線診療	齒顎全景 X 光片攝影	600
89001C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	銀粉充填—單面	1,800
89002C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	銀粉充填—雙面	600
89004C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	前牙複合樹脂充填—單面	15,500
89005C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	前牙複合樹脂充填—雙面	4,550
89006C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	覆髓	3,360
89008C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	後牙複合樹脂充填—單面	33,000
89009C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	後牙複合樹脂充填—雙面	52,800
89010C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	後牙複合樹脂充填—三面	25,000
89011C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	玻璃離子體充填	400
89012C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	前牙三面複合樹脂充填	16,800
89013C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	複合體充填	27,600
89014C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	前牙雙鄰接面複合樹脂充填	3,600
89015C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	後牙雙鄰接面複合樹脂充填	2,900
89108C	第三章-牙科處置及手術-第一節-牙體復形	特殊狀況之後牙複合樹脂充填—單面	600

編號	支付標準章節	診療項目	申報醫療點數
90001C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	恆牙根管治療（單根）	19,118
90002C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	恆牙根管治療（雙根）	2,410
90003C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	恆牙根管治療（三根）	15,523
90004C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	齒內治療緊急處理	750
90007C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	去除全鑲面牙冠	800
90012C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	橡皮障防濕裝置	4,500
90015C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	根管開擴及清創	15,060
90018C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	乳牙多根管治療	3,380
90093C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	難症特別處理—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	1,000
90096C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	難症特別處理—符合附表 3.3.1 標 準之多根管根管治療(三根管)	2,400
P7303C	第三章-牙科處置及手術- 第二節-根管治療	超音波根管沖洗	1,000
91001C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	牙周緊急處置	16,395
91003C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	牙結石清除—局部	2,100
91004C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	牙結石清除—全口	66,240
91008C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	齒齦下刮除術(含牙根整平術)	400
91013C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	牙齦切除術	1,980
91014C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	牙周暨齶齒控制基本處置	7,260
91018C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	牙周病支持性治療	4,360

編號	支付標準章節	診療項目	申報醫療點數
91020C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	牙菌斑去除照護	9,560
91088C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	牙周病轉出醫療院所之轉診費用	200
91089C	第三章-牙科處置及手術- 第三節-牙周病學	糖尿病病人牙結石清除-全口	7,020
92001C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	非特定局部治療	3,450
92066C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	特定局部治療	100
92003C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	口內切開排膿	1,530
92005C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	拆線(每次)	150
92012C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	拔牙後特別處理	480
92013C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	簡單性拔牙	5,610
92014C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	複雜性拔牙	24,300
92016C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	複雜齒切除術	4,300
92055C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	乳牙拔除	4,940
92071C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	簡單性口內切開排膿	1,890
92092C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	乳牙複雜性拔牙	5,040
92094C	第三章-牙科處置及手術- 第四節-口腔顎面外科	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次	4,800
96001C	第四章-牙科麻醉費	牙科局部麻醉	990
91021C	第五章-牙周病統合治療 方案	牙周病統合治療第一階段支付	1,800
91022C	第五章-牙周病統合治療 方案	牙周病統合治療第二階段支付	5,000
P3601C	特定疾病病人牙科就醫安全	特定疾病病人牙科就醫安全	7,800
P7101C	青少年齲齒控制照護處置	青少年齲齒控制照護處置	1,500

編號	支付標準章節	診療項目	申報醫療點數
P7102C	青少年齲齒氟化物治療	青少年齲齒氟化物治療	1,000
91090C	高風險疾病病人牙結石清除	高風險疾病患者牙結石清除-全口	100,120
P7302C	齲齒經驗之高風險病人氟化物治療	齲齒經驗之高風險病人氟化物治療	76,000
89204C	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填—單面	4,500
89205C	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填	高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填—雙面	6,300
89208C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填—單面	16,000
89209C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填—雙面	4,800
89210C	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填	高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填—三面	4,200
89212C	高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填	高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填	2,900
89214C	高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填	高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填	1,600
89215C	高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填	高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填	1,850
05203C	門診藥事服務費	門診藥事服務費—每人每日八十件內一般處方給藥（七天以內）	900
05204D	門診藥事服務費	門診藥事服務費—一般處方給藥（七天以內）	40
05224C	門診藥事服務費	門診藥事服務費-每人每日八十件內-慢性病處方給藥十三天以內	117
合計			919,133

備註：

1.資料來源：本署倉儲資料。

2.統計日期：115年2月13日。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：徐代表邦賢

案由：「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」預期效益之評估指標監測值，請討論案。

說明：

- 一、依據牙全會115年2月24日電子郵件轉徐邦賢代表提案(附件1，頁次討1-3頁)辦理。
- 二、查114、115年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配協定事項(附件2，頁次討1-11頁)辦理，旨揭計畫之預期效益之評估指標如下：
 - (一)降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。
 - (二)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險。
 - (三)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報P3601C前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。
- 三、指標定義及相關回覆詳如(附件2，頁次討1-5頁)。

本署意見：

- 一、查本案牙全會前於114年12月23日牙全岳字第00749號函(附件3，頁次討1-23頁)建議旨揭計畫三項預期效益之評估指標暫不列監測值，本署前於115年2月2日以健保醫字第1140059458號函(附件4，頁次討1-25頁)請該會再議，惟本次徐代表仍提案不列監測值。
- 二、考量前開指標1，係本署參考牙全會於113年各部門總額執行成果發表會暨評核會議報告之資料，已訂定監測值訂定：指標1-1：0.0073%；指標1-2：0.0024%，並經健保會114

年12月24日第7屆114年第10次委員會報告通過，建議先採用，以作為逐年成效檢討及退場評估依據。如認為監測值或操作型定義不合理，請就臨床實務角度，再提供指標修正意見，以適切評估照護品質；至於指標2及3因於113年4月起實施，尚無足夠數據可參考，本署尊重該會及徐代表意見(附件5，頁次討1-30頁)。

決 議：

From: 牙醫師全聯會
Sent: Tuesday, February 24, 2026 3:30 PM

Subject: 檢送 115-1 總額研商議事會議徐邦賢代表提案
Importance: High

檢送 115-1 總額研商議事會議徐邦賢代表提案電子檔
請查收
謝謝

[TEL:02-2500-0133ext261](tel:02-2500-0133ext261)
FAX:02-2500-0126

115 年度第 1 次「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」提案

一、臨時動議

第一案

提案人：徐邦賢代表

案由：「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」預期效益之評估指標監測值，請討論案。

說明：

一、依據 114、115 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配協定事項辦理，預期效益之評估指標為：

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

(二)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險。

(三)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。

二、指標定義及相關回覆詳如附件。

決議：

牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫

指標	定義	113 年數值	牙全會 12/23 發文	健保署 2/2 回文	本會回覆
指標 1.降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。					
指標 1.1 服用抗凝血劑病人經牙科處置後，至院所拔牙後特別處理比率	<p>分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及拔牙醫令之案件數。</p> <p>分子：分母之病人 24 小時內至其他牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及同牙位拔牙後</p>	0.0073%	<p>服用抗凝血劑病人至牙科就診，目前大部分的專家均建議不停用抗凝血劑，來減少病人罹患心血管相關疾病的風險，但相對會增加牙醫師處理這類病人之難度，因此在計畫推行的初期不見得會低於監測值，本項監測值於計畫執行初期僅供參考。</p> <p>備註：因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92012C(拔牙後特別</p>	<p>1.經查本署參考貴會於 113 年各部門總額執行成果發表會暨評核會議報告之資料，擬訂監測值如下：指標 1-1：0.0073%；指標 1-2：0.0024%，並經健保會 114 年 12 月 24 日第 7 屆 114 年第 10 次委員會報告通過。</p> <p>2.如貴會認為監測值或操作型</p>	<p>服用抗凝血劑病人至牙科就診，目前大部分的專家均建議不停用抗凝血劑，來減少病人罹患心血管相關疾病的風險，但相對會增加牙醫師處理這類病人之難度，因此在計畫推行的初期不見得會低於監測值，本項監測值於計畫執行初期僅供參考，待有完整 113 至 115 年三年完整數據再來增</p>

指標	定義	113 年數值	牙全會 12/23 發文	健保署 2/2 回文	本會回覆
	特別處理 (92012C) 之案件數。		處理)代替,但該醫令適應症包含乾性齒槽炎或縫合止血及局部麻醉。	定義不合理,請就臨床實務角度,提供指標修正意見,以適切評估照護品質。	<u>設監測值。</u> 備註:因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目,故以 92012C(拔牙後特別處理)代替,但該醫令適應症包含乾性齒槽炎或縫合止血及局部麻醉。
指標 1.2 服用抗凝血劑病人經牙科處置後,至院所牙醫急症處理比率	分母:有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診,當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及拔牙醫令之案件數。	0.0024%	因支付標準 92093B (牙醫急症處置-每次門診限申報一次)適應症包含範圍過大,暫不列監測值。		因支付標準 92093B (牙醫急症處置-每次門診限申報一次)適應症包含範圍過大,暫不列監測值,希望能蒐集 113 年至 115 年完整資料後再進一步評

指標	定義	113 年數值	牙全會 12/23 發文	健保署 2/2 回文	本會回覆
	分子：分母之病人 24 小時內至牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及同牙位牙醫急症處置-每次門診限申報一次 (92093B) 之案件數。				估。
指標 2.減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險					
指標 2.1 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估	從未使用抗骨質疏鬆藥物之病人，第一次使用骨鬆藥物日期往前推 30 天曾至牙科就診並申報特定疾病病人牙科就醫安全	5 人	計畫 113 年 4 月開始執行，尚無足夠數據可以參考，爰暫不列監測值。	旨揭計畫中雖已備註：「計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若	計畫 113 年 4 月開始執行，尚無足夠數據可以參考，爰暫不列監測值， <u>希望能蒐集 113 年至 115 年完整資</u>

指標	定義	113 年數值	牙全會 12/23 發文	健保署 2/2 回文	本會回覆
其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。	(P3601C)後發生顎骨壞死之個案數。			有足夠數據再予以分析其降低比率。」，惟仍請貴會提供「有足夠數據」之定義及期程。	料後再進一步評估。
指標 2.2 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人，骨質疏鬆症、癌症或骨轉移經由本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險	1.骨質疏鬆患者已使用抗骨鬆藥物者，申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)後發生顎骨壞死之個案數。 2.癌症、骨轉移患者已使用抗骨鬆藥物者，申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)後發生顎骨壞死之個案數。	1. 591 人 2. 37 人			
指標 3.服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。(114 年新增指標)					
指標 3.1 服用抗凝血	分母：當年度服用抗		計畫 113 年 4 月開始	經查該指標尚無	1.計畫 113 年 4 月

指標	定義	113 年數值	牙全會 12/23 發文	健保署 2/2 回文	本會回覆
劑的病人，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼或死亡的比率。	<p><u>凝血劑的病人</u> <u>人數。</u></p> <p><u>分子：分母之病人(當</u> <u>年度服用抗凝</u> <u>血劑的病人)當</u> <u>年度有申報中</u> <u>風或心肌梗塞</u> <u>診斷代碼或死</u> <u>亡個案數。</u></p> <p>[註]：</p> <p>(1)<u>中風 ICD-10-CM 代碼</u> <u>為 I60-I69。</u></p> <p>(2)<u>心肌梗塞 ICD-10-CM</u> <u>代碼為 I20-I25。</u></p>		執行，尚無足夠數據可以參考，爰暫不列監測值。	明確操作型定義，建議貴會先提供操作型定義，再行評估。	<p>開始執行，尚無足夠數據可以參考，爰暫不列監測值。</p> <p>2. <u>本會提供操作型定義如左方欄位。</u></p>
指標 3.2 服用抗凝血劑的病人，且於牙科看診有申報 P3601C，有申報中風或心肌梗塞診斷代	<p><u>分母：當年度服用抗</u> <u>凝血劑後有申</u> <u>報 P3601C 病</u> <u>人數。</u></p> <p><u>分子：分母之病人(當</u> <u>年度服用抗凝</u></p>				

指標	定義	113 年數值	牙全會 12/23 發文	健保署 2/2 回文	本會回覆
碼或死亡的比率。	<p><u>血劑後有申報 P3601C 病人)</u> <u>當年度有申報中風或心肌梗塞診斷代碼或死亡個案數。</u></p> <p>[註]: <u>(1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。</u> <u>(2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼為 I20-I25。</u></p>				

附表 114 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表(核定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.675%	1,306.0	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.362%			
人口結構改變率	0.257%			
醫療服務成本指數 改變率	2.048%			
協商因素成長率	0.001%	0.7	請於 114 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 115 年度總 額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1. 促進醫療 服務診療 項目支付 衡平性(含 醫療器材 使用規範 修訂之補 貼) (114 年新 增項目)	0.011%	5.5	本項配合醫療器材使用規範修 訂已導入支付標準修訂項目， 於一般服務編列預算。
	2. 「12~18歲 青少年口 腔提升照 護試辦計 畫」專款 與一般服 務重複費 用扣減 (114 年新 增項目)	0.000%	-0.2	
	3. 違反全民 健康保險 醫事服務	-0.010%	-4.7	本項不列入 115 年度總額協商 之基期費用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	機構特約 及管理辦法之扣款			
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	2.676%	1,306.7	
	總金額		50,129.8	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於113年11月前完成，新增計畫原則於113年12月前完成，且均應於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
1. 醫療資源不足地區改善方案		323.8	13.8	1. 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2. 牙醫特殊醫療服務計畫		805.9	24.2	1. 持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。 (2) 依114年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
3.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤1年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。 2.本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 3.請於協商115年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
5.高風險疾病口腔照護計畫	2,800.0	1,201.0	1.加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。 2.執行目標： (1)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達150萬人次。 (2)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於189萬人次。 (3)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)照護人數不低於66萬人。 (4)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)照

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			<p>護人數不低於 100 萬人。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。</p> <p>(2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>(3)65 歲以上接受照護病人(註 1)3 年後(116 年執行完，自 117 年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群(註 2)減少。</p> <p>註：1.65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。</p> <p>2.該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 (3)請於協商115年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
6.特定疾病病人牙科 就醫安全計畫	307.1	0.0	1.適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於114年7月前提報全民健康保險會。 (2)本計畫以3年為檢討期限(113~115年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(115年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
7.促進醫療服務診療 項目支付衡平性(含 醫療器材使用規範 修訂之補貼)	0.0	-5.5	本項移列一般服務。
8.非齒源性口腔疼痛 處置 (114年新增項目)	14.4	14.4	1.執行目標：114年執行12,000人次，並以114年實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：本計畫2年後(即115年執行完，

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			自 116 年起)，病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(116 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
9.品質保證保留款	95.8	48.0	1.本項專款額度(95.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 212.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
10.網路頻寬補助費用 (移出總額)	0.0	-143.0	本項 113 年預算 143 百萬元，114 年改由公務預算支應。
11.癌症治療品質改善 計畫(移出總額)	0.0	-10.0	本項 113 年預算 10 百萬元，114 年改由公務預算支應。
專款金額	4,663.3	1,142.9	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{#2}	增加金額	2,449.6	
	總金額	54,793.1	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 48,823.3 百萬元(含 113 年一般服務預算 48,516.8 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 305.7 百萬元、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 0.8 百萬元)。
- 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 52,343.7 百萬元，其中一般服務預算為 48,823.3 百萬元，專款為 3,520.4 百萬元。
- 3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

附表 115 年度牙醫門診醫療給付費用核定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.471%	1,251.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.320%			
人口結構改變率	0.251%			
醫療服務成本指數 改變率	1.893%			
協商因素成長率	-0.003%	-1.5	請於 115 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 116 年度總 額協商考量。	
其他議 定項目	違反全民健 康保險醫事 服務機構特 約及管理辦 法之扣款	-0.003%	-1.5	於 116 年度總額加回本項違規 扣款金額。
一般服務增加金額	2.468%	1,250.4		
成長率^{*1}總金額		51,912.4		
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，應 於 115 年度總額公告後 1 個月 內完成，且應於 115 年 7 月前提 報執行情形及前 1 年成效評估 檢討報告。	
1. 醫療資源不足地區 改善方案	323.8	0.0	1. 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉 執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 請中央健康保險署檢討改善 本計畫之執行規劃，並研議 更有效之鼓勵策略。	
2. 牙醫特殊醫療服務 計畫	955.9	150.0	1. 持續辦理先天性唇顎裂與顱 顏畸形症患者、特定障別之 身心障礙者、老人與身心障 礙安養機構及護理之家與居 家牙醫醫療服務。 2. 請中央健康保險署辦理下列	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			事項： (1)檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能。 (2)持續監測本計畫適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	240.0	68.5	1.執行目標：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計619,000服務人次為執行目標。 預期效益之評估指標： (1)提升全國12~18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。 (2)執行P7102C後1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均齲齒填補顆數增加率減緩。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤1年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於115年提出是否納入一般服務之評估結果。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
5.高風險疾病口腔照 護計畫	4,255.8	1,455.8	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)115年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達225萬人次、照護人數不低於99萬人。</p> <p>(2)115年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於270萬人次、照護人數不低於143萬人。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。</p> <p>(2)自113年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>(3)65歲以上接受照護病人3年後(116年執行完，自117年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於115年4月前提出專案報告。</p> <p>(2)專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			<p>及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應。</p> <p>(3)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 4 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	424.4	117.3	<p>1.執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 6 成。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。</p> <p>(2)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險。</p> <p>(3)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。</p> <p>請明訂預期效益之評估指標之目標值，以利後續評估規劃。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 115 年 7 月前提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			檢討逐年成效，並於執行第3年(115年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
7.非齒源性口腔疼痛處置	14.4	0.0	本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
8.品質保證保留款	97.0	1.2	1.本項專款額度(97.0百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計213.4百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	6,456.1	1,792.8	
較基期成長率 (一般服務+專款)^{**2}	增加金額	3,043.2	
	總金額	58,368.5	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為50,662.0百萬元(含114年一般服務預算50,129.8百萬元，及校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額527.6百萬元、加回前1年度(114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4.7百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為55,325.3百萬元，其中一般服務預算為50,662.0百萬元，專款為4,663.3百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

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：
電子郵件信箱：



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 12 月 23 日
發文字號：牙全岳字第 00749 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：「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」預期效益之評估指標監測值，本會建議詳如說明段，敬請 查照。

說明：

一、依據 114、115 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配協定事項暨本會第 15 屆第 19 次牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議辦理。

二、旨揭計畫預期效益之評估指標監測值本會建議如下：

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

1.服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理之比較基準為 0.0073%；服用抗凝血劑病人至牙科就診，目前大部分的專家均建議不停用抗凝血劑，來減少病人罹患心血管相關疾病的風險，但相對會增加牙醫師處理這類病人之難度，因此在計畫推行的初期不見得會低於監測值，本項監測值於計畫執行初期僅供參考。

備註：因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，

總收文 114 年 12 月 24 日 收到
健保醫字

中央健康保險署
署 1140059458

故以 92012C(拔牙後特別處理)代替，但該醫令適應症包含乾性齒槽炎或縫合止血及局部麻醉。

2. 「服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所牙醫急症處置比率」之定義，因支付標準 92093B(牙醫急症處置-每次門診限申報一次)適應症包含範圍過大，暫不列監測值。

(二)評估指標第二項「減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險」與第三項「服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率」之監測值：計畫 113 年 4 月開始執行，尚無足夠數據可以參考，爰暫不列監測值。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會
校對章(265)

理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療 主委決行
服務宗旨執行

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：
聯絡電話：
傳真：02-27069043
電子郵件：

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國115年2月2日
發文字號：健保醫字第1140059458號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：說明三

主旨：有關建議「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」監測值案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會115年1月20日衛部健字第1153360012號書函辦理兼復貴會114年12月23日牙全岳字第00749號函。
- 二、旨揭計畫於114、115年全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式之核(協)定事項(下稱核(協)定事項)明訂「請本署會同牙醫門診總額相關團體，訂定『預期效益之評估指標』之監測值，並於該年7月前提報全民健康保險會」。
- 三、為符合前開核(協)定事項之規定及為利114年度各部門總額執行成果發表會暨評核作業，請參酌本署意見(附件)儘速修訂旨揭計畫預期效益評估指標之監測值相關資料。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
副本：

牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫

製表日期：115.1.27

子指標	定義	監測值	牙全會意見	本署建議
指標 1. 降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。				
指標 1.1 服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理比率	分母：有服用抗凝血劑病人在院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及拔牙醫令之案件數。 分子：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位拔牙後特別處理 (92012C) 之案件數。	0.0073%。	服用抗凝血劑病人至牙科就診，目前大部分的專家均建議不停用抗凝血藥劑，來減少病人罹患心血管相關疾病的風險，但相對會增加牙醫師處理這類病人之難度，因此在此計畫推行的初期不見得會低於監測值，本項監測值於計畫執行初期僅供參考。	1. 經查本署參考貴會於 113 年各部門總額執行成果發表會暨評核會議報告之資料，擬訂監測值如下：指標 1-1:0.0073%; 指標 1-2:0.0024%，並經健保會 114 年 12 月 24 日第 7 屆 114 年第 10 次委員會報告通過。 2. 如貴會認為監測值或操作型定義不合理，請就臨床實務角度，提供指標修正意見，以適切評估照護品質。
指標 1.2 服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所牙	分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及	0.0024%。	92093B 適應症範圍過大，暫不列監測值。	

子指標	定義	監測值	牙全會意見	本署建議
醫急症處置比率	<p>拔牙醫令之案件數。</p> <p>分子：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位牙醫急症處置-每次門診限申報一次 (92093B) 之案件數。</p>			
指標 2. 減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險				
-	<p>1. 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。</p> <p>2. 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人：骨質疏鬆症、癌症或骨轉移者經由本計畫處置，分別計算其</p>	<p>1. 113 年執行數值如下：</p> <p>(1) 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人，顎骨壞死之個案數：5 個。</p> <p>(2) 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人，顎骨壞死之個案數：591 個。</p> <p>(3) 已使用抗骨質疏鬆藥物之病人，癌</p>	<p>113 年 4 月開始執行，尚無足夠數據可參考，爰建議暫不列監測值。</p>	<p>旨揭計畫中雖已備註：「計畫執行初期，尚無背景之母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。」，惟仍請貴會提供「有足夠數據」之定義及期程。</p>

子指標	定義	監測值	牙全會意見	本署建議
	降低發生顎骨壞死之風險。	症、骨轉移者顎骨壞死之個案數:37個。 2. 尚未提報監測值。		
指標 3. 服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。				
-	1. 服用抗凝血劑的病人，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼或死亡的比率。 2. 服用抗凝血劑的病人，且於牙科看診有申報 P3601C，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼或死亡的比率。	尚未訂定。	113 年 4 月開始執行，尚無足夠數據可參考，爰建議暫不列監測值。	經查該指標尚無明確操作型定義，建議貴會先提供操作型定義，再行評估。

牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫

指標	定義	113 年數值	徐代表邦賢提案建議	本署意見
指標 1.降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。				
指標 1.1 服用抗凝血劑病人經牙科處置後，至院所拔牙後特別處理比率	<p>分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。</p> <p>分子：分母之病人 24 小時內至其他牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及同牙位拔牙後特別處理(92012C)之案件數。</p>	0.0073%	<p>服用抗凝血劑病人至牙科就診，目前大部分的專家均建議不停用抗凝血劑，來減少病人罹患心血管相關疾病的風險，但相對會增加牙醫師處理這類病人之難度，因此在計畫推行的初期不見得會低於監測值，本項監測值於計畫執行初期僅供參考，待有 113 至 115 年三年完整數據再來增設監測值。</p> <p>備註：因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92012C(拔牙後特別處理)代替，但該醫令適應</p>	<p>1. 經查本署參考貴會於 113 年各部門總額執行成果發表會暨評核會議報告之資料，擬訂監測值如下：指標 1-1：0.0073 %；指標 1-2：0.0024 %，並經健保會 114 年 12 月 24 日第 7 屆 114 年第 10 次委員會報告通過。建議先採用，以作為逐年成效檢討及退場評估依據。</p> <p>2. 如代表認為監測值或操作型定義不合理，請就臨床實務角度，再提供指標修正意見，以適切</p>

指標	定義	113 年數值	徐代表邦賢提案建議	本署意見
<p>指標 1.2 服用抗凝血劑病人經牙科處置後，至院所牙醫急症處理比率</p>	<p>分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及拔牙醫令之案件數。</p> <p>分子：分母之病人 24 小時內至牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及同牙位牙醫急症處置-每次門診限申報一次 (92093B) 之案件數。</p>	0.0024%	<p>症包含乾性齒槽炎或縫合止血及局部麻醉。</p> <p>因支付標準 92093B (牙醫急症處置-每次門診限申報一次) 適應症包含範圍過大，暫不列監測值，希望能蒐集 113 年至 115 年完整資料後再進一步評估。</p>	評估照護品質。
<p>指標 2.減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險(114 年新增指標)</p>				

指標	定義	113 年數值	徐代表邦賢提案建議	本署意見
<p>指標 2.1 即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。</p>	<p>從未使用抗骨質疏鬆藥物之病人，第一次使用骨鬆藥物日期往前推 30 天曾至牙科就診並申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)後發生顎骨壞死之個案數。</p>	<p>5 人</p>	<p>計畫 113 年 4 月開始執行，尚無足夠數據可以參考，爰暫不列監測值，希望能蒐集 113 年至 115 年完整資料後再進一步評估。</p>	<p>1. 旨揭計畫中已備註：「計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。」。</p> <p>2. 本署同意代表意見，俟蒐集 113 年至 115 年完整資料後再訂定監測值。</p>
<p>指標 2.2 已使用</p>	<p>1.骨質疏鬆患者已使用抗骨</p>	<p>1.591 人</p>		

指標	定義	113 年數值	徐代表邦賢提案建議	本署意見
抗骨質疏鬆藥物之病人，骨質疏鬆症、癌症或骨轉移經由本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險	鬆藥物者，申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)後發生顎骨壞死之個案數。 2.癌症、骨轉移患者已使用抗骨鬆藥物者，申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)後發生顎骨壞死之個案數。	2.37 人		
指標 3.服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。(114 年新增指標)				
指標 3.1 服用抗凝血劑的病人，有申報中風或心肌梗塞診斷代碼	=	-	1.計畫 113 年 4 月開始執行，尚無足夠數據可以參考，爰暫不列監測值。 2.建議操作型定義如下： 分母：當年度服用抗凝血劑的病人人數。	本署同意代表意見，暫不列監測值。

指標	定義	113 年數值	徐代表邦賢提案建議	本署意見
或死亡的比率。			<p>分子：分母之病人(當年度服用抗凝血劑的病人)當年度有申報中風或心肌梗塞診斷代碼或死亡個案數。</p> <p>[註]：</p> <p>(1)中風ICD-10-CM代碼為 I60-I69。</p> <p>(2)心肌梗塞ICD-10-CM代碼為 I20-I25。</p>	
<p>指標 3.2 服用抗凝血劑的病人，且於牙科看診有申報 P3601C，有申報中風或心肌梗塞診斷代</p>	=	-	<p>1.計畫 113 年 4 月開始執行，尚無足夠數據可以參考，爰暫不列監測值。</p> <p>2.建議操作型定義如下：</p> <p>分母：當年度服用抗凝血劑後有申報 P3601C 病人數。</p> <p>分子：分母之病人(當年度服用抗凝血劑後有</p>	

指標	定義	113 年數值	徐代表邦賢提案建議	本署意見
碼或死亡的比率。			<p>申報 P3601C 病人) 當年度有申報中風或心肌梗塞診斷代碼或死亡個案數。</p> <p>[註]：</p> <p>(1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。</p> <p>(2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼為 I20-I25。</p>	