



全民健康保險醫療給付費用牙醫門診
總額 115 年第 2 次研商議事會議

115 年 5 月 26 日 (星期二)
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」

115 年第 2 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘,適當時機由主席裁示)

PDF 頁碼

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1	10
二、牙醫門診總額執行概況報告。	報 2-1	14
三、114 年第 4 季牙醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1	29

肆、討論事項

PDF 頁碼

一、修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」,請討論案。	討 1-1	74
二、修訂「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 2-1	162

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

115 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 3 月 3 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：張副署長禹斌

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
王代表俊凱	王俊凱	陳代表少卿	陳少卿
余代表政明	余政明	陳代表世岳	陳世岳
吳代表迪	吳迪	陳代表建富	陳建富
吳代表志浩	吳志浩	陳代表淑華	陳淑華
吳代表享穆	吳享穆	游代表竣傑	(請假)
吳代表明彥	林佩菽(代)	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表健民	吳健民	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	(請假)	詹代表明興	詹明興
林代表鎰麟	林鎰麟	劉代表林義	劉林義
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表佩龍	卓成吉(代)
范代表景章	范景章	蔡代表欣原	蔡欣原
徐代表邦賢	徐邦賢	蔡代表建宗	(請假)
翁代表德育	翁德育	蔡代表爾輝	蔡爾輝
張代表育超	(請假)	蔡代表蕙如	蔡蕙如
許代表慧瑩	許慧瑩	鄭代表力嘉	鄭力嘉
簡代表志成	溫清華(代)	羅代表界山	羅界山
連代表新傑	連代表新傑	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 (以下稱健保會)	陳燕鈴、方嘉昀
社團法人中華民國牙醫師公會全國 聯合會(以下稱牙全會)	曾士哲、廖秋英、邵格蘊
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
台灣醫院協會	楊智涵
本署醫審及藥材組	賴秋伶、陳力瑄
本署醫務管理組	賴彥壯、洪于淇、陳依婕 黃怡娟、黃瓊萱、李羿萱 張祐禎、李珮芳、許洋騰 李柏諺
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*、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*
本署南區業務組	賴大年*、賴文琳*、林聖哲* 高宜聲*、秦莉英*、李昕璇*、 李岳勳*、劉乃慈*、胡瓊文*
本署高屏業務組	陳淑惠、李金秀*、黃皓綱*、 吳孜威*
本署東區業務組	劉翠麗*、鄭婷婷*、高慶翔*

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「修訂『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』」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3季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、114年第3季各分區一般服務點值確認如下：

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.92830551	0.93361386
北區	0.99715981	1.00635762
中區	1.01373012	1.01525909
南區	1.06538144	1.06568987
高屏	1.06069558	1.06050849
東區	1.15177910	1.15000000
全區	0.99515781	0.99519604

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3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：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。

決定：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，原擬依總額核定事項於114年第4季執行，惟牙全會建議不扣減，請牙全會提案至健保會討論。

肆、討論事項

第一案

提案單位：徐代表邦賢

案由：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。

說明：

本計畫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。

決議：

- 一、囿於115年總額協定文字明確訂定須於115年7月前提報監測值，爰指標1維持原提報健保會監測值，指標2及指標3俟

有相關數據後再訂定。

二、中華民國牙醫師公會全國聯合會如認為監測值或操作型定義不合理，請於下次會議前提出修訂意見。

伍、臨時動議：

第一案

提案單位：徐代表邦賢

案由：有關本署於114年11月請各院所先行維護春節連假假日開診資訊，惟後續各院所未於114年12月再登錄VPN，致影響115年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案(下稱品保款方案)之分數計算，請討論案。

決議：

- 一、請各分區業務組就費用年月115年1月及2月申報診療項目編號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）之院所，如已於114年11月及12月即於健保資訊網服務系統(VPN)完成時間登錄者，從寬認定不予核減。
- 二、有關115年度品保款方案政策獎勵指標(五)「每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」項目，同意比照從寬認定。

陸、散會：下午3時17分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 4 項，擬解除列管計 4 項，繼續列管計 0 項。

項次	案號/案由	決定/結論摘要事項	相關辦理情形	追蹤建議
1	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」。	<p>本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>一、修訂支付標準文字：</p> <p>(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。</p> <p>(二) 修訂牙醫急症處置-每次門診限申報一次(92093B、92094C)之適應症。</p> <p>(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。</p> <p>二、調升支付標準點數：</p> <p>(一) 調升 90004C(齒內治療緊急處理)，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、</p>	有關支付標準修訂一節，業經衛生福利部 115 年 3 月 17 日衛部保字 1151260123 號令公告，並自 115 年 4 月 1 日起生效。	<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>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>		
2	115_1_報(4)：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。	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，原擬依總額核定事項於 114 年第 4 季執行，惟社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)建議不扣減，請牙全會提案至全民健康保險會(下稱健保會)討論。	一、本案經牙全會提案至 115 年 4 月 22 日全民健康保險會第 7 屆 115 年第 3 次會議決議，經委員討論後，未能達成共識，惟總額協定項目業經衛生福利部(下稱衛福部)核定並公告，後續由健保會併同所有意見，送請衛福部決定。	<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>二、衛福部 115 年 5 月 12 日 衛 部 健 字 第 1153360060 號函同意本案不予扣減，並納入 116 年度專款檢討。</p> <p>三、後續擬依衛福部指示不予扣減，並據以辦理 114 年第 4 季結算作業。</p>	
3	<p>115_1_討(1)：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。</p>	<p>一、囿於 115 年總額協定文字明確訂定須於 115 年 7 月前提報監測值，爰指標 1 維持原提報健保會監測值，指標 2 及指標 3 俟有相關數據後再訂定。</p> <p>二、中華民國牙醫師公會全國聯合會如認為監測值或操作型定義不合理，請於下次會議前提出修訂意見。</p>	<p>一、牙全會業以 115 年 3 月 31 日牙全岳字第 01210 號函提出本計畫監測指標定義修訂意見，已列入本次會議討論事項第二案。</p> <p>二、建議討論後解除列管。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input type="checkbox"/> 繼續列管</p>
4	<p>115_1_臨時動議： 有關本署於 114 年 11 月請各院所先行維護春節連假假日開診資訊，惟後續各院所未於 114 年 12 月再登錄 VPN，致影響 115 年牙醫門診總額品質保證保留款實施方案(下稱品保款方案)之分數計算，請討論案。</p>	<p>一、請各分區業務組就費用年月 115 年 1 月及 2 月申報診療項目編號 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)之院所，如已於 114 年 11 月及 12 月即於健保資訊網服務系統(VPN)完成時間登錄者，從寬認定不予核減。</p> <p>二、有關 115 年度品保款方案政策獎勵指標(五)「每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」項目，同意比照從寬認定。</p>	<p>一、本會議紀錄業於 115 年 3 月 24 日以健保醫字第 1150661068 號函各分區業務組知悉。</p> <p>二、115 年品保款方案結算邏輯將依會議決議修訂。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p> <p><input type="checkbox"/> 繼續列管</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年第1季點值預估
- 02 115年第1季牙醫總額醫療供給及利用概況
- 03 114年第4季牙醫總額各計畫及專款執行情形

2

115年第1季點值預估

01 點值預估假設

02 115年第1季點值預估

3

點值預估假設



1. 總額醫療費用含部分負擔。
2. 分區分配參數之人口風險因子採前1年同期結算報表值。
3. 預算攤月以114年同期之申報資料分別計算週日、週六、國定假日及工作日回攤114年得出每季各月之費用占率。
4. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採113下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

4

115年第1季點值預估



115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1季	臺北	4,651	0	42	4,643	1.0095	0.9928
	北區	2,080	0	17	1,924	1.0960	1.0713
	中區	2,259	0	19	2,118	1.0616	1.0565
	南區	1,557	0	13	1,391	1.1185	1.1089
	高屏	1,717	0	13	1,575	1.0845	1.0813
	東區	238	0	2	190	1.2586	1.2371
	合計	12,502	0	107	11,842	1.0467	1.0463

註：114Q1結算全國浮動點值為1.0174、平均點值為1.0172

5

115年第1季牙醫總額醫療供給及利用概況

6

牙醫診所數【分區別】



◆ 111年3月-115年3月

115年3月牙醫診所數7,003家，成長率0.34%。各分區以臺北成長率1.0%最高。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111年3月	2,634	904	1,320	814	1,009	111	6,792	0.40%
112年3月	2,662	932	1,328	815	1,004	111	6,852	0.88%
113年3月	2,682	945	1,342	819	1,007	110	6,905	0.77%
114年3月	2,704	977	1,359	832	997	110	6,979	1.07%
115年3月	2,730	977	1,355	829	1,002	110	7,003	0.34%
增減家數	26	0	-4	-3	5	0	24	
成長率	1.0%	0.0%	-0.3%	-0.4%	0.5%	0.0%	0.3%	

註：增減家數及成長率係與前一年同期比較。

7

牙醫師執業數【分區別】



◆ 111年3月-115年3月

115年3月牙醫師執業人數16,945人，成長率1.7%。各分區以高屏成長率2.2%最高。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111年3月	6,553	2,257	2,823	1,685	2,223	216	15,757	2.1%
112年3月	6,659	2,330	2,878	1,711	2,249	220	16,047	1.8%
113年3月	6,771	2,383	2,938	1,756	2,258	221	16,327	1.7%
114年3月	6,841	2,472	3,058	1,802	2,259	217	16,649	2.0%
115年3月	6,947	2,523	3,119	1,827	2,308	221	16,945	1.8%
增減人數	106	51	61	25	49	4	296	
成長率	1.5%	2.1%	2.0%	1.4%	2.2%	1.8%	1.8%	

註：增減牙醫師人數及成長率係與前一年同期比較。

8

牙醫師執業數【層級別】



◆ 111年3月-115年3月

115年3月牙醫師執業人數以基層最多(14,657人)；成長率以地區醫院5.1%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
111年3月	1,201	797	279	13,480	15,757	-2.3%	0.3%	8.6%	2.5%
112年3月	1,204	797	261	13,785	16,047	0.2%	0.0%	-6.5%	2.3%
113年3月	1,296	671	252	14,108	16,327	7.6%	-15.8%	-3.4%	2.3%
114年3月	1,328	651	254	14,416	16,649	2.5%	-3.0%	0.8%	2.2%
115年3月	1,361	660	267	14,657	16,945	2.5%	1.4%	5.1%	1.7%
增減人數	33	9	13	241	296				

註：增減牙醫師人數及成長率係與前一年同期比較。

9

就診牙醫人數【分區別】



◆ 115年第1季

單位：千人

115Q1就診牙醫人數565.2萬人，成長率4.3%。各分區以北區成長率5.9%最高。

年度	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計	成長率
111Q1	1,715	752	994	637	751	82	4,893	-0.1%
112Q1	1,797	802	1,025	656	788	83	5,110	4.4%
113Q1	1,876	840	1,066	678	815	84	5,319	4.1%
114Q1	1,916	862	1,084	682	825	85	5,418	1.9%
115Q1	2,002	913	1,125	709	853	88	5,652	4.3%
增減人數	86	51	41	27	27	3	234	
成長率	4.5%	5.9%	3.8%	4.0%	3.3%	3.1%	4.3%	

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。

10

醫療服務價量比較【層級別】



◆ 115年第1季

層級別	申報件數			醫療點數			平均每件點數	
	值(千)	成長率	占率	值(千)	成長率	占率	值	成長率
1醫學中心	331	4.7%	3.7%	571,766	7.0%	4.3%	1,726	2.2%
2區域醫院	245	3.6%	2.7%	430,215	5.3%	3.2%	1,759	1.6%
3地區醫院	121	2.6%	1.4%	199,760	2.6%	1.5%	1,649	0.0%
4基層診所	8,201	2.7%	92.2%	12,082,093	3.8%	89.8%	1,473	1.1%
5交付機構	-	-	-	163,925	1.8%	1.2%	-	-
合計	8,898	2.8%		13,447,759	3.9%		1,511	1.1%

註1：成長率係與前一年同期比較。

註2：本表以各醫院115年3月當下之層級歸類。

11

醫療服務價量比較【分區別】



◆ 115年第1季

分區別	申報件數		就醫人數		每人就醫件數		醫療點數		平均每件點數	
	值(千)	成長率	值(千)	成長率	值	成長率	值(千)	成長率	值	成長率
臺北	3,125	3.0%	2,002	4.5%	1.56	-1.4%	4,686,110	3.6%	1,500	0.6%
北區	1,423	4.3%	913	5.9%	1.56	-1.5%	2,170,073	5.4%	1,526	1.1%
中區	1,737	2.5%	1,125	3.8%	1.54	-1.2%	2,686,786	3.8%	1,547	1.2%
南區	1,114	1.4%	709	4.0%	1.57	-2.5%	1,679,848	3.1%	1,508	1.7%
高屏	1,360	2.1%	853	3.3%	1.59	-1.1%	1,985,010	3.7%	1,460	1.5%
東區	140	3.4%	88	3.1%	1.57	0.3%	239,932	7.1%	1,710	3.6%
合計	8,898	2.8%	5,652	4.3%	1.57	-1.5%	13,447,759	3.9%	1,511	1.1%

註：成長率係與前一年同期比較。

12

115年第1季醫療服務供給 & 利用概況



項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
診所家數 (115年3月)	2,730	977	1,355	829	1,002	110	7,003
成長率	1.0%	0.0%	-0.3%	-0.4%	0.5%	0.0%	0.3%
醫師數 (115年3月)	6,947	2,523	3,119	1,827	2,308	221	16,945
成長率	1.5%	2.1%	2.0%	1.4%	2.2%	1.8%	1.8%
人口數 (千)	7,433	3,940	4,543	3,233	3,601	520	23,271
人口數 (成長率)	-0.68%	0.22%	-0.32%	-0.65%	-0.61%	-0.87%	-0.45%
每位醫師照護人口數	1,070	1,562	1,457	1,769	1,560	2,352	1,373
每萬人口醫師數	9.35	6.40	6.87	5.65	6.41	4.25	7.28
申報件數 (千)	3,125	1,423	1,737	1,114	1,360	140	8,898
成長率	3.0%	4.3%	2.5%	1.4%	2.1%	3.4%	2.8%
申報醫療費用 (百萬)	4,686	2,170	2,687	1,680	1,985	240	13,448
成長率	3.6%	5.4%	3.8%	3.1%	3.7%	7.1%	3.9%
平均每件申報醫療費用點數	1,500	1,526	1,547	1,508	1,460	1,710	1,511
成長率	0.6%	1.1%	1.2%	1.7%	1.5%	3.6%	1.1%

註1：人口數來源為115年3月戶政統計，成長率為較114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115年1-3月。
 註4：申報件數及醫療費用點數成長率係與去年同期相較

13

115年第1季費用成長因素



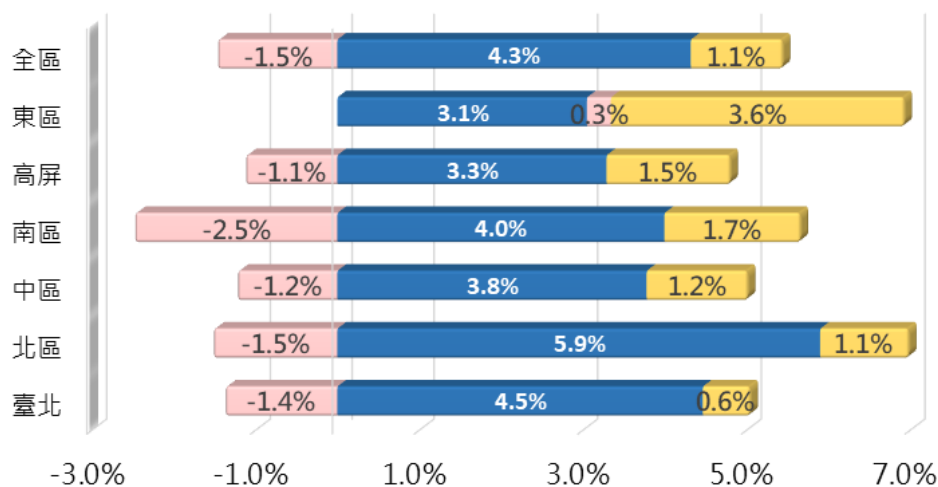
- ❖ 整體醫療點數成長(3.9%)，東區成長(7.1%)最高。
- ❖ 就醫件數：全區成長(2.8%)，北區成長(4.3%)最高。
- ❖ 就醫人數：全區成長(4.3%)，北區成長(5.9%)最高。
- ❖ 每人就醫件數：全區負成長(-1.5%)，南區負成長(-2.5%)最高。
- ❖ 每件就醫點數：全區成長(1.1%)，東區成長(3.6%)最高。
- ❖ 每人就醫點數：全區負成長(-0.4%)，東區成長(3.9%)最高。

分區別	醫療點數	就醫件數	就醫人數	每人 就醫件數	每件 就醫點數	每人 就醫點數
臺北	3.6%	3.0%	4.5%	-1.4%	0.6%	-0.8%
北區	5.4%	4.3%	5.9%	-1.5%	1.1%	-0.5%
中區	3.8%	2.5%	3.8%	-1.2%	1.2%	0.0%
南區	3.1%	1.4%	4.0%	-2.5%	1.7%	-0.9%
高屏	3.7%	2.1%	3.3%	-1.1%	1.5%	0.3%
東區	7.1%	3.4%	3.1%	0.3%	3.6%	3.9%
全區	3.9%	2.8%	4.3%	-1.5%	1.1%	-0.4%

註：
 1：資料來源：本署多模型健保資料平台：門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算(115.05.11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。

14

115年第1季整體費用分析解構圖



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
就醫人數	4.5%	5.9%	3.8%	4.0%	3.3%	3.1%	4.3%
每人就醫件數	-1.4%	-1.5%	-1.2%	-2.5%	-1.1%	0.3%	-1.5%
每件就醫點數	0.6%	1.1%	1.2%	1.7%	1.5%	3.6%	1.1%
點數成長率	3.6%	5.4%	3.8%	3.1%	3.7%	7.1%	3.9%

15

114年第4季牙醫總額各計畫及專款執行情形

16

114年1-4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97.3%。
- ◆ 牙醫特殊醫療服務計畫：預算執行率104.8%。
 - ❖ 114年第4季預算214百萬元，已支用點數239.6百萬點，浮動點值0.74126352，以一般服務預算支應20.6百萬元後，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95.43%。
- ◆ 超音波根管沖洗計畫：預算執行率76.59%
- ◆ 高風險疾病口腔照護計畫：預算執行率127.29%
 - ❖ 114年第4季預算700百萬元，已支用點數984.0百萬點，採浮動點值0.72932747計算。
- ◆ 特定疾病病人牙科就醫安全計畫：預算執行率104.58%
 - ❖ 114年第4季預算77.59百萬元，已支用點數91.6百萬點，採浮動點值0.84665224計算。
- ◆ 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36.72%

17

一般服務移撥專用相關預算執行情形



114年第4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	7,500	30,000	30,000	0
執行率	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	100.0%	-	-
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	46,495	60,950	35,228	69,018	211,691	220,000	8,309
執行率	21.1%	27.7%	16.0%	31.4%	96.2%	-	-
弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	16,971	17,658	17,918	18,106	70,652	80,000	9,348
執行率	21.2%	22.1%	22.4%	22.6%	88.3%	-	-
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	12,500	50,000	50,000	0
執行率	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	100.0%	-	-
合計	83,466	98,608	73,146	107,124	362,343	380,000	17,657

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。

18

醫療資源不足地區改善方案預算執行情形



114年第4季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					323,800	
1.執業服務之定額給付(論量)	19,125	20,282	18,890	19,474	77,770	25%
2.執業服務之論次給付(論次)	3,375	4,003	3,281	4,051	14,709	5%
3.執業計畫診所之品質獎勵費用	-	-	-	3,047	3,047	1%
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	0.5	1.4	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	9,320	25,283	8%
6.巡迴計畫之品質獎勵費用	-	-	-	11,131	11,131	4%
7.巡迴服務_論次給付(論次)	37,692	45,398	35,331	49,643	168,064	53%
8.社區醫療站之核實申報加成_藥費	2	2	3	3	8.9	0.003%
9.社區醫療站之核實申報加成_非藥費	3,698	3,772	3,812	3,878	15,160	5%
暫結金額	69,054	81,277	64,297	100,546	315,173	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	8,627		
各季執行占總預算比率(%)	21.3%	25%	20%	31%	97.3%	

註：執業計畫及巡迴計畫之品質獎勵費用係全年結算。

19

牙醫特殊醫療服務預算執行情形 (1/2)



114年第4季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
全年預算					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	3,294	15,615	1.74%
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	56,699	213,111	23.76%
3 重度身心障礙者牙醫醫療服務	32,434	34,330	35,508	35,610	137,882	15.37%
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	37,770	146,789	16.37%
5 輕度身心障礙者牙醫醫療服務	13,083	13,471	14,656	14,699	55,910	6.23%
6 發展遲緩兒童牙醫醫療服務	1,748	2,046	2,997	2,834	9,625	1.07%
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	22,054	77,784	8.67%
8 醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務	12,550	14,179	13,241	15,471	55,442	6.18%
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	21,466	77,557	8.65%
10 醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務	679	1,032	660	1,017	3,389	0.38%
11 醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務	64	76	61	98	299	0.03%
12 醫療團失能老人牙醫醫療服務	998	1,242	1,405	1,269	4,914	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	729	2,271	0.25%
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	17,383	62,321	6.95%
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	1,165	4,001	0.45%
16 醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務	26	41	54	38	159	0.02%

20

牙醫特殊醫療服務預算執行情形 (2/2)



114年第4季

單位：千點

給付項目	第1季	第2季	第3季	第4季	總計	占率
17 醫療團特定需求者(論次)	341	422	494	499	1,757	0.20%
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	215	665	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	83	311	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	87	521	0.06%
21 醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務	19	23	42	29	113	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	2,061	7,833	0.87%
24 居家重度身心障礙者牙醫醫療服務	2,573	2,667	2,949	3,050	11,240	1.25%
25 居家中度身心障礙者牙醫醫療服務	509	425	426	436	1,796	0.20%
26 居家失能老人牙醫醫療服務	1,099	1,077	1,196	1,204	4,575	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	286	931	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	10	10	0.00%
暫結金額	206,252	222,773	228,254	239,556	896,835	
本季預算數(當季預算數+前季餘額)	213,975	221,698	213,975	213,975		100%
本季未支用金額=本季預算數-總計x點值(千元)	7,723	-1,075	-14,279	-25,581		
執行占總預算比率	24.1%	26.0%	26.7%	28.0%	104.8%	

21

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4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					171,500
已支用點數	37,191	34,687	50,362	41,423	163,663
執行率	21.69%	20.23%	29.37%	24.15%	95.43%

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。

22

超音波根管沖洗計畫預算執行情形



114年第4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					144,800
已支用點數	25,135	27,904	28,804	29,064	110,906
執行率	17.36%	19.27%	19.89%	20.07%	76.59%

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。

23

高風險疾病口腔照護計畫預算執行情形



114年第4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					2,800,000
已支用點數	816,595	863,706	899,731	983,999	3,564,030
執行率	29.16%	30.85%	32.13%	35.14%	127.29%

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季浮動點值0.85721800，114年第2季浮動點值0.81046098，114年第3季浮動點值0.77801057，114年第4季浮動點值0.72932747。
3. 依據114年度牙醫門診總額地區預算分配方式，各項移撥經費全年若有結餘，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。移撥經費剩餘款分配至本計畫後，本計畫全年預算為2817.657百萬，執行率126.49%。

24

特定疾病病人牙科就醫安全計畫預算執行情形



114年第4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					307,100
已支用點數	67,310	78,562	83,638	91,644	321,153
執行率	21.92%	25.58%	27.23%	29.84%	104.58%

註：

1. 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。
2. 114年第4季點值0.84665224。

25

非齒源性口腔疼痛處置(114年5月生效)



114年第4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					14,400
已支用點數	-	651	1,954	2,682	5,287
執行率	-	4.52%	13.57%	18.62%	36.72%

註：

1. 本計畫自114年5月生效。
2. 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。

26

牙周病統合照護【以醫令代碼統計】



◆ 114年第1-4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	270,660	-2.61%	2,610.9	-2.76%

- 預算執行率(註2)：81.07%
- 預算執行率(註3)：91.05%
- 服務人次執行率：90.22%
【270,660/300,000】

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)	116.3	2.70%	90.9	-2.90%	55.6	-3.42%	2,348.1	-2.99%	2,610.9	-2.76%

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
值(百萬點)	976.7	459.0	490.9	283.8	358.9	41.6	2,610.9
成長率	-4.80%	2.51%	1.19%	-0.55%	-9.76%	-3.39%	-2.76%

備註：

1.資料擷自115/5/11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

27

敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署

28

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114年第4季牙醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、114年第4季牙醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、114年第4季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下(結算報表詳附件，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	0.99590074	0.98216392	0.96853353
北區	1.07735755	1.05749692	1.04099616
中區	1.05311362	1.04905699	1.02787077
南區	1.09125182	1.08639763	1.06506033
高屏	1.06760402	1.06633813	1.04481097
東區	1.15185069	1.15000000	1.11859448
全區	1.03286264	1.03257858	1.01549144

註：專款點數不含品質保證保留款及獎勵金。

- 三、檢附113年第4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	0.96354110	0.96187918	0.93848007
北區	1.05211226	1.05439849	1.03152220
中區	1.03327495	1.03329150	1.00252006
南區	1.07537213	1.07485688	1.04384303
高屏	1.06547107	1.06318467	1.02940886
東區	1.15179140	1.15000000	1.10878553
全區	1.01958008	1.01940903	0.99277022

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239.6百萬點，浮動點值0.74126352，以一般服務預算支應20.6百萬元後，每點支付金額為0.95。
- 五、依據114年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項，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(下稱健保會)報告。
- (一)依據115年3月3日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議115年度第1次會議決定略以，原擬依總額核定事項於114年第4季扣減(約92萬元)，惟牙全會建議不扣減，故請牙全會提案至健保會討論。
- (二)本案經牙全會提案至115年4月22日全民健康保險會第7屆115年第3次會議決議，經委員討論後，未能達成共識，惟總額協定項目業經衛生福利部(下稱衛福部)核定並公告，後續由健保會併同所有意見，送請衛福部決定。
- (三)依衛福部115年5月12日衛部健字第1153360060號函同意本案不予扣減，並納入116年度專款檢討。
- (四)本季結算業依衛福部函示，不扣減牙醫特殊醫療服務與一般服務重複部分之費用。
- 六、依據114年度牙醫門診總額地區預算分配方式，各項移撥經費全年若有結餘，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。考量高風險疾病口腔照護計畫點值114年第1季至第4季皆為浮動點值，且114年第4季點值較低，

擬將剩餘款全分配至114第4季預算（分配後浮動點值0.72932747）

。

- 七、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6月15日起暫付、核付之牙醫門診總額費用依114年第4季點值辦理，並於115年6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年第4季調整後牙醫一般服務醫療給付費用

$$\begin{aligned}
&= [114\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(加總D2)} - \text{扣減與牙醫特殊醫療服務計畫重複之預算(加總B5)}] \\
&\quad - 114\text{年第1}\sim 3\text{季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額合計} \\
&= [49,633,404,093 - 0] - 11,885,355,902 - 12,285,871,665 - 12,677,703,565 \\
&= 12,784,472,961
\end{aligned}$$

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

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

1. 114第1季調整後預算11,885,355,902元＝114年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R₁₁₂)。
2. 114第2季調整後預算12,285,871,665元＝114年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R₁₁₂)。
3. 114第3季調整後預算12,677,703,565元＝114年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R₁₁₂)。
4. 114第4季調整後預算＝114年全年預算數－114年第1季調整後預算－114年第2季調整後預算－114年第3季調整後預算

$$= 49,633,404,093 - 11,885,355,902 - 12,285,871,665 - 12,677,703,565$$

$$= 12,784,472,961$$

5. 計算過程詳本表頁次30：「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 112年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	111年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	112年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	113年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	112年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	113年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	114年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G1)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	114年4項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	114年調整前各 季一般服務醫 療給付費用分 配至各分區預算 (D2)	扣減與114年 牙醫特殊醫療 服務計畫重複 之費用 (B5)
				$= (A1 + B1 + B2) \times$ (1 + 2.055%)			$= (G0 + B3 + B4) \times$ (1 + 2.676%)			$= G1 - C1 - F$	
第1季	11,077,439,855	-95,524,163	13,413,960	11,221,283,676	29,741,499	200,029	11,552,307,990	26,806,674	95,000,000	11,430,501,316	0
第2季	11,830,545,824	-128,370,499	13,413,960	11,956,344,645	92,336,077	200,029	12,371,308,800	28,723,750	95,000,000	12,247,585,050	0
第3季	12,684,000,535	-118,775,136	13,413,960	12,837,130,398	96,582,042	200,029	13,280,023,967	30,832,102	95,000,000	13,154,191,865	0
第4季	12,313,651,261	-76,786,368	13,413,961	12,502,022,084	87,035,302	200,027	12,926,145,941	30,020,079	95,000,000	12,801,125,862	0
合 計	47,905,637,475	-419,456,166	53,655,841	48,516,780,803	305,694,920	800,114	50,129,786,698	116,382,605	380,000,000	49,633,404,093	0

支應牙醫特
殊醫療服務
計畫預算
不足款
(I)

第1季	0
第2季	0
第3季	9,673,221
第4季	20,637,954
合 計	30,311,175

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

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=	220,000,000/4 +	2,555,547=	57,555,547		
(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	1,376(L6)	暫結金額	1,376(L26)	
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	14,682,314(L7)	暫結金額	15,582,346(L27)	
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	12,732(L11)	暫結金額	12,732(L21)	
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,685,662(L12)	暫結金額	19,631,477(L22)	
(3)小計	加成前點數	33,382,084(L19)	暫結金額	35,227,931(L29)	

暫結金額 = 35,227,931 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 22,327,616

第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=	220,000,000/4 +	22,327,616=	77,327,616		
(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	2,526(M6)	暫結金額	2,526(M26)	
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	46,469,405(M7)	暫結金額	48,906,708(M27)	
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	13,764(M11)	暫結金額	13,764(M21)	
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	19,268,017(M12)	暫結金額	20,095,120(M22)	
(3)小計	加成前點數	65,753,712(M19)	暫結金額	69,018,118(M29)	

暫結金額 = 69,018,118 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 8,309,498

全年合計:

全年預算=	220,000,000				
(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	6,965(N6)	暫結金額	6,965(N26)	
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	125,699,242(N7)	暫結金額	133,286,213(N27)	
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	44,643(N11)	暫結金額	44,643(N21)	
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	74,632,700(N12)	暫結金額	78,352,681(N22)	
(3)小計	加成前點數	200,383,550(N19)	暫結金額	211,690,502(N29)	

已暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)
 = 46,494,661 + 60,949,792 + 35,227,931 + 69,018,118
 = 211,690,502

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額
 = 220,000,000 - 211,690,502
 = 8,309,498 (E4)

- 註：1. 依據「114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」,有關巡迴計畫之「加成申報」費用,加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥220百萬元支應。該預算按季均分及結算,以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘,則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算;全年預算若有結餘,依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。
2. 移撥經費全年預算若有結餘,優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫,若再有剩餘則回歸一般服務費用總額,並依112年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

3. 全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫

全年預算：80,000,000元

第1季: 預算=80,000,000/4= 20,000,000

已支用點數: 16,970,969

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 16,970,969

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

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

已支用點數: 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: 18,105,600

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 18,105,600

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 27,453,291 - 18,105,600 = 9,347,691

全年合計: 預算=80,000,000

全年已支用點數: 70,652,309

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數 = 70,652,309

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 80,000,000 - 70,652,309

= 9,347,691 (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: $7,500,000(Z) + 69,018,118(M29) + 18,105,600 + 12,500,000(R) = 107,123,718$

未支用金額: 第4季預算 - 第4季已暫結金額 = $124,780,907 - 107,123,718 = 17,657,189$

全年合計:預算 = 380,000,000

全年已暫結金額: 362,342,811

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額

= $380,000,000 - 362,342,811$

= 17,657,189 (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)
 - 2.1 各項移撥款結餘款

	預算	已暫結金額	結餘款
移撥支應「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」	30,000,000	30,000,000	0(E6)
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	220,000,000	211,690,502	8,309,498(E4)
移撥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	80,000,000	70,652,309	9,347,691(E5)
移撥支應牙醫特殊醫療服務計畫結餘款(詳頁次18)	50,000,000	50,000,000	0(R)
前開114年全年4項一般服務移撥專用費用剩餘款合計	380,000,000	362,342,811	17,657,189(E9)

2.2 全年有結餘支應高風險疾病口腔照護計畫(E10) = 17,657,189

2.9 全年移撥後114年專用費用合計結餘款(E11) = 各項移撥款結餘款合計(E9) - 全年有結餘支應高風險疾病口腔照護計畫(E10)
 = 17,657,189 - 17,657,189
 = 0

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	10,859,392(M0)	收入	19,473,663(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2:			已支用點數	4,050,600(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13:			已支用點數	3,046,500(M13)(傳票日期:115/04/30)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	2,526(M6)	加成已支用點數	501(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	46,469,405(M7)	加成已支用點數	9,319,641(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14:			已支用點數	11,131,036(M14)(傳票日期:115/04/30)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5:			已支用點數	49,643,350(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	13,764(M11)	加成已支用點數	2,755(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	19,268,017(M12)	加成已支用點數	3,877,835(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14):				91,931,610(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)
= 100,545,881

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額
= 8,626,708

※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	41,764,391(N0)	收入	77,770,021(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	14,708,770(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	3,046,500(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	6,965(N6)	加成已支用點數	1,377(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	125,699,242(N7)	加成已支用點數	25,282,790(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	11,131,036(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	168,064,250(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	44,643(N11)	加成已支用點數	8,937(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	74,632,700(N12)	加成已支用點數	15,159,611(N9)
(5)小計已支用點數(N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				279,167,662(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 + 100,545,881 = 315,173,292

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 8,626,708

※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)先天性唇顎裂及顱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)先天性唇顎裂及顱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，則先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應，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：	3,293,958(Y01)	3,257,615(YF01)	36,343(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	56,698,753(Y02)	55,209,532(YF02)	1,489,221(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	35,609,831(Y03)	34,861,635(YF03)	748,196(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：	37,770,492(Y04)	37,363,614(YF04)	406,878(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,698,990(Y05)	14,361,383(YF05)	337,607(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,833,789(Y06)	2,635,570(YF06)	198,219(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：	22,053,680(Y07)	22,053,089(YF07)	591(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,471,230(Y08)	15,471,028(YF08)	202(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：	21,465,509(Y09)	21,462,747(YF09)	2,762(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,017,384(Y10)	1,017,384(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	97,744(Y11)	97,744(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,268,589(Y12)	1,268,469(YF12)	120(YN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	728,658(Y13)	728,415(YF13)	243(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)：	17,383,200(Y14)	17,383,200(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：	1,164,839(Y15)	1,164,768(YF15)	71(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	37,938(Y16)	37,938(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	499,200(Y17)	499,200(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：	215,411(Y18)	214,451(YF18)	960(YN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	82,878(Y19)	82,878(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：	87,224(Y20)	87,224(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	29,328(Y21)	29,331(YF21)	-3(YN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	-86(Y22)	-86(YF22)	0(YN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,060,959(Y23)	2,060,959(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,050,340(Y24)	3,050,340(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	436,422(Y25)	436,422(YF25)	0(YN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,203,837(Y26)	1,203,837(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：	286,313(Y28)	286,313(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：	10,087(Y30)	10,087(YF30)	0(YN30)
(99)合計	239,556,497(Y99)	236,335,087(YF99)	3,221,410(YN99)
暫結金額		未支用金額	
＝ 1元/點×已支用點數＝ 239,556,497		＝ 第4季預算－暫結金額＝ -25,581,497	

※一般預算支應前第4季浮動每點支付金額

[第4季預算-1元/點×(YF01+YF02+YF03+YF07+YF08+YF15+YF16+YF18+YF19+YF23+YF24+YN99)]

=

YF04+YF05+YF06+YF09+YF10+YF11+YF12+YF13+YF14+YF17+YF20+YF21+YF22+YF25+YF26+YF27+YF28+YF29+YF30

= 0.74126352<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，則先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應，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×(YF01+YF02+YF03+YF07+YF08+YF15+YF16+YF18+YF19+YF23+YF24+YN99)

+0.95元/點×(YF04+YF05+YF06+YF09+YF10+YF11+YF12+YF13+YF14+YF17+YF20+YF21+YF22+YF25+YF26+YF27+YF28+YF29+

YF30)

=234,612,954

※一般預算支應後第4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)=234,612,954-第4季預算=234,612,954-213,975,000= 20,637,954

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：	15,614,829(Z01)	15,559,931(ZF01)	54,898(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	213,111,149(Z02)	207,149,061(ZF02)	5,962,088(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	137,882,353(Z03)	135,011,155(ZF03)	2,871,198(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：	146,789,188(Z04)	144,843,511(ZF04)	1,945,677(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	55,909,685(Z05)	54,612,391(ZF05)	1,297,294(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	9,624,620(Z06)	8,942,341(ZF06)	682,279(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：	77,784,002(Z07)	77,782,274(ZF07)	1,728(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	55,441,633(Z08)	55,440,360(ZF08)	1,273(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：	77,556,578(Z09)	77,547,630(ZF09)	8,948(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,388,738(Z10)	3,388,696(ZF10)	42(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	298,771(Z11)	298,771(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	4,913,661(Z12)	4,913,421(ZF12)	240(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	2,270,722(Z13)	2,270,285(ZF13)	437(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)：	62,320,800(Z14)	62,320,800(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：	4,000,977(Z15)	4,000,732(ZF15)	245(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	159,471(Z16)	159,471(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	1,756,800(Z17)	1,756,800(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	665,408(Z18)	664,211(ZF18)	1,197(ZN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	310,685(Z19)	310,656(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：	520,652(Z20)	520,506(ZF20)	146(ZN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	112,734(Z21)	112,737(ZF21)	-3(ZN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	18,087(Z22)	18,087(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,832,549(Z23)	7,832,549(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,239,520(Z24)	11,239,520(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	1,795,809(Z25)	1,795,809(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	4,574,845(Z26)	4,574,845(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：	930,729(Z28)	930,729(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：	10,087(Z30)	10,087(ZF30)	0(ZN30)
(99)合計	896,835,082(Z99)	884,007,366(ZF99)	12,827,716(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 + 239,556,497			
= 896,835,082			
全年已結算金額 = 206,251,630 + 221,698,370 + 213,975,000 + 213,975,000			
= 855,900,000			

$$\begin{aligned}
 & \text{全年由一般服務部門支應之預算} = 30,311,175 \\
 & \text{全年未支用金額} = \text{全年預算} - (\text{全年已結算金額} - \text{全年由一般服務醫療給付費用支應之預算}) \\
 & = 855,900,000 - (855,900,000 - 30,311,175) \\
 & = 855,900,000 - 825,588,825 \\
 & = 30,311,175
 \end{aligned}$$

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： 41,423,332

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 41,423,332

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 49,260,069- 41,423,332= 7,836,737

全年合計:預算=171,500,000

已支用點數： 163,663,263

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 163,663,263

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 171,500,000 - 163,663,263

= 7,836,737

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：29,063,856

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 29,063,856

未支用金額：第4季預算 - 第4季暫結金額 = $62,957,408 - 29,063,856 = 33,893,552$

全年合計:預算 = 144,800,000元

已支用點數：110,906,448

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數 = 110,906,448

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= $144,800,000 - 110,906,448$

= 33,893,552

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

移撥全年4項一般服務移撥款專用費用之結餘款(E10)用於支應本計畫(第4季,頁次8) = 17,657,189

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: $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 816,595,082$ 未支用金額: $\text{第1季預算} - \text{第1季暫結金額} = 700,000,000 - 816,595,082 = -116,595,082$ 浮動點值 = $(\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (700,000,000 - 0) / 816,595,082 = 0.85721800$ 第2季:預算 = $\text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 2,800,000,000/4 + 0 = 700,000,000$

已支用點數: 863,705,983

暫結金額: $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 863,705,983$ 未支用金額: $\text{第2季預算} - \text{第2季暫結金額} = 700,000,000 - 863,705,983 = -163,705,983$ 浮動點值 = $(\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (700,000,000 - 0) / 863,705,983 = 0.81046098$ 第3季:預算 = $\text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 2,800,000,000/4 + 0 = 700,000,000$

已支用點數: 899,730,711

暫結金額: $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 899,730,711$ 未支用金額: $\text{第3季預算} - \text{第3季暫結金額} = 700,000,000 - 899,730,711 = -199,730,711$ 浮動點值 = $(\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (700,000,000 - 0) / 899,730,711 = 0.77801057$ 第4季:預算 = $\text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} + \text{移撥全年4項一般服務移撥款專用費用之結餘款(E10)用於支應本計畫(第4季)}$ = $2,800,000,000/4 + 0 + 17,657,189 = 717,657,189$

已支用點數: 983,998,575

暫結金額: $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 983,998,575$ 未支用金額: $\text{第4季預算} - \text{第4季暫結金額} = 717,657,189 - 983,998,575 = -266,341,386$ 浮動點值 = $(\text{第4季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (717,657,189 - 0) / 983,998,575 = 0.72932747$ 全年合計:調整後預算 = $\text{原預算} + \text{移撥全年4項一般服務移撥款專用費用之結餘款(E10)用於支應本計畫(第4季)}$ = $2,800,000,000 + 17,657,189 = 2,817,657,189\text{元}$

已支用點數: 3,564,030,351

全年已結算金額: $1\text{元}/\text{點} \times \text{全年已支用點數} = 2,817,657,189$ 全年未支用金額 = $\text{全年調整後預算} - \text{全年已結算金額}$ = $2,817,657,189 - 2,817,657,189$

= 0

註：

1. 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。
2. 「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數400點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。
3. 依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定「114年度一般服務費用之地區預算分配方式」略以，各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額。

(六)特定疾病病人牙科就醫安全計畫

全年預算 = 307,100,000元

第1季: 預算 = $307,100,000/4 = 76,775,000$

已支用點數: 67,309,648

暫結金額: $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 67,309,648$ 未支用金額: $\text{第1季預算} - \text{第1季暫結金額} = 76,775,000 - 67,309,648 = 9,465,352$ 第2季: 預算 = $\text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 307,100,000/4 + 9,465,352 = 86,240,352$

已支用點數: 78,561,869

暫結金額: $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 78,561,869$ 未支用金額: $\text{第2季預算} - \text{第2季暫結金額} = 86,240,352 - 78,561,869 = 7,678,483$ 第3季: 預算 = $\text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 307,100,000/4 + 7,678,483 = 84,453,483$

已支用點數: 83,638,090

暫結金額: $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 83,638,090$ 未支用金額: $\text{第3季預算} - \text{第3季暫結金額} = 84,453,483 - 83,638,090 = 815,393$ 第4季: 預算 = $\text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 307,100,000/4 + 815,393 = 77,590,393$

已支用點數: 91,643,758

暫結金額: $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 91,643,758$ 未支用金額: $\text{第4季預算} - \text{第4季暫結金額} = 77,590,393 - 91,643,758 = 0$ 浮動點值 = $(\text{第4季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (77,590,393 - 0) / 91,643,758 = 0.84665224$

全年合計: 預算 = 307,100,000元

已支用點數: 321,153,365

全年已結算金額: $1\text{元}/\text{點} \times \text{全年已支用點數} = 307,100,000$ 全年未支用金額 = $\text{全年預算} - \text{全年已結算金額}$ = $307,100,000 - 321,153,365$

= 0(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: 2,681,859

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 2,681,859

未支用金額: 第4季預算-第4季暫結金額= 11,794,581- 2,681,859= 9,112,722

全年合計:預算= 14,400,000元

已支用點數: 5,287,278

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 5,287,278

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 14,400,000 - 5,287,278

= 9,112,722(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)-(B6)]×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. 扣減與牙醫特殊醫療服務計畫重複之預算(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前分區一般服務預算總額(BD)=[(D2-B6)]×100%×(R_112)(註1、2)		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
	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)(註7)		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	
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)
4. 依各季預算占率調整後分區一般 服務預算總額(BD1) = [(D2合計) × Ra - (B6)] × (R_112) (註1、2)	臺北分區	4,404,237,483	4,562,849,878	4,712,429,192	4,753,931,892	18,433,448,445
	北區分區	1,979,030,611	2,039,208,979	2,111,471,529	2,129,550,012	8,259,261,131
	中區分區	2,151,249,418	2,221,162,738	2,293,650,129	2,310,247,201	8,976,309,486
	南區分區	1,488,165,413	1,538,068,274	1,581,543,520	1,593,484,820	6,201,262,027
	高屏分區	1,634,474,144	1,688,693,060	1,735,831,172	1,752,461,036	6,811,459,412
	東區分區	228,198,833	235,888,736	242,778,023	244,798,000	951,663,592
	小計	11,885,355,902	12,285,871,665	12,677,703,565	12,784,472,961	49,633,404,093
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	20,637,954	30,311,175
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	7,673,398	11,269,031
	北區分區	0	0	1,611,075	3,437,664	5,048,739
	中區分區	0	0	1,750,079	3,729,485	5,479,564
	南區分區	0	0	1,206,734	2,572,727	3,779,461
	高屏分區	0	0	1,324,457	2,829,463	4,153,920
	東區分區	0	0	185,243	395,217	580,460
	小計	0	0	9,673,221	20,637,954	30,311,175

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/05/18

114年第4季

結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

核付截止日期:115/03/31

頁次：32

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	4,746,258,494	18,422,179,414
	北區分區	1,979,030,611	2,039,208,979	2,109,860,454	2,126,112,348	8,254,212,392
	中區分區	2,156,249,418	2,226,162,738	2,296,900,050	2,311,517,716	8,990,829,922
	南區分區	1,488,165,413	1,538,068,274	1,580,336,786	1,590,912,093	6,197,482,566
	高屏分區	1,636,974,144	1,691,193,060	1,737,006,715	1,752,131,573	6,817,305,492
	東區分區	239,474,721	235,888,736	242,592,780	244,402,783	962,359,020
	小計	11,904,131,790	12,293,371,665	12,675,530,344	12,771,335,007	49,644,368,806

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，則先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
4. 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。
7. 扣減與牙醫特殊醫療服務計畫重複之預算(B6)：依據114年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，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。
 - (1) 依據115年3月3日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議115年度第1次會議決定略以，原擬依總額核定事項於114年第4季扣減，惟社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會建議不扣減，故請其提案至健保會討論。
 - (2) 本案經社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會提案至115年4月22日全民健康保險會第7屆115年第3次會議決議，經委員討論後，未能達成共識，惟總額協定項目業經衛生福利部核定並公告，後續由全民健康保險會併同所有意見，送請衛生福利部決定。
 - (3) 依衛生福利部115年5月12日衛部健字第1153360060號函，同意本案不予扣減，並納入116年度專款檢討。

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	3,804,724,801(BF)	0.92830551	-----	34,623,885	197,824
	2-北區分區	399,189,098	0.92830551	370,569,439	3,325,171	
	3-中區分區	237,664,997	0.92830551	220,625,726	2,027,166	
	4-南區分區	138,277,715	0.92830551	128,363,965	1,220,866	
	5-高屏分區	186,266,059	0.92830551	172,911,809	1,374,731	
	6-東區分區	23,272,478	0.92830551	21,603,970	285,687	
	7-合計	4,789,395,148(GF)		914,074,909(AF)	42,857,506(BG)		197,824(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	251,574,002	0.99715981	250,859,484	2,702,478	62,837
	2-北區分區	1,511,987,371(BF)	0.99715981	-----	13,150,620	
	3-中區分區	107,940,445	0.99715981	107,633,874	929,191	
	4-南區分區	72,701,591	0.99715981	72,495,105	584,448	
	5-高屏分區	43,756,526	0.99715981	43,632,249	335,281	
	6-東區分區	4,723,931	0.99715981	4,710,514	65,261	
	7-合計	1,992,683,866(GF)		479,331,226(AF)	17,767,279(BG)		62,837(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	76,006,341	1.01373012	77,049,917	745,017	71,516
	2-北區分區	45,087,436	1.01373012	45,706,492	410,658	
	3-中區分區	1,982,191,535(BF)	1.01373012	-----	14,428,484	
	4-南區分區	47,417,796	1.01373012	48,068,848	471,354	
	5-高屏分區	33,040,669	1.01373012	33,494,321	264,606	
	6-東區分區	3,252,486	1.01373012	3,297,143	36,457	
	7-合計	2,186,996,263(GF)		207,616,721(AF)	16,356,576(BG)		71,516(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	60,671,706	1.06538144	64,638,510	609,515	
	2-北區分區	27,793,724	1.06538144	29,610,918	248,177	
	3-中區分區	68,870,844	1.06538144	73,373,719	632,698	
	4-南區分區	1,224,026,912(BF)	1.06538144	-----	11,492,522	53,861
	5-高屏分區	66,878,464	1.06538144	71,251,074	538,843	
	6-東區分區	2,536,397	1.06538144	2,702,230	38,429	
	7-合計	1,450,778,047(GF)		241,576,451(AF)	13,560,184(BG)	53,861(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	43,974,963	1.06069558	46,644,049	405,985	
	2-北區分區	19,039,681	1.06069558	20,195,305	181,901	
	3-中區分區	33,299,337	1.06069558	35,320,460	322,857	
	4-南區分區	69,247,699	1.06069558	73,450,728	574,095	
	5-高屏分區	1,460,255,763(BF)	1.06069558	-----	11,880,681	31,615
	6-東區分區	3,857,266	1.06069558	4,091,385	57,592	
	7-合計	1,629,674,709(GF)		179,701,927(AF)	13,423,111(BG)	31,615(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	13,959,968	1.15177910	16,078,799	178,475	
	2-北區分區	4,827,200	1.15177910	5,559,868	59,846	
	3-中區分區	4,804,464	1.15177910	5,533,681	48,552	
	4-南區分區	2,956,083	1.15177910	3,404,755	41,653	
	5-高屏分區	6,771,283	1.15177910	7,799,022	58,996	
	6-東區分區	159,640,252(BF)	1.15177910	-----	1,972,182	5,114
	7-合計	192,959,250(GF)		38,376,125(AF)	2,359,704(BG)	5,114(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	= [4,746,258,494 -	914,074,909 -	42,857,506 -	197,824] / 3,804,724,801 = 0.99590074
北區分區	= [2,126,112,348 -	479,331,226 -	17,767,279 -	62,837] / 1,511,987,371 = 1.07735755
中區分區	= [2,311,517,716 -	207,616,721 -	16,356,576 -	71,516] / 1,982,191,535 = 1.05311362
南區分區	= [1,590,912,093 -	241,576,451 -	13,560,184 -	53,861] / 1,224,026,912 = 1.09125182
高屏分區	= [1,752,131,573 -	179,701,927 -	13,423,111 -	31,615] / 1,460,255,763 = 1.06760402
東區分區	= [244,402,783 -	38,376,125 -	2,359,704 -	5,114] / 159,640,252 = 1.27575494

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)				
	= [12,771,335,007	- 106,324,360 -	422,767	] / 12,242,487,283 = 1.03447834

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	= [4,746,258,494	] / [ 4,789,395,148 +	42,857,506 +	197,824] = 0.98216392
北區分區	= [2,126,112,348	] / [ 1,992,683,866 +	17,767,279 +	62,837] = 1.05749692
中區分區	= [2,311,517,716	] / [ 2,186,996,263 +	16,356,576 +	71,516] = 1.04905699
南區分區	= [1,590,912,093	] / [ 1,450,778,047 +	13,560,184 +	53,861] = 1.08639763
高屏分區	= [1,752,131,573	] / [ 1,629,674,709 +	13,423,111 +	31,615] = 1.06633813
東區分區	= [244,402,783	] / [ 192,959,250 +	2,359,704 +	5,114] = 1.25126814

5. 一般服務全區平均點值				
	= [12,771,335,007	] / [ 12,242,487,283 +	106,324,360 +	422,767] = 1.03418030

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	= [4,746,258,494 + 419,311,256 + 9,343,574 + 2,508,617]	
	／ [4,789,395,148 + 42,857,506 + 197,824 + 503,836,002 + 9,343,574]	= 0.96853353
北區分區	= [2,126,112,348 + 172,665,414 + 5,176,389 + 2,219,812]	
	／ [1,992,683,866 + 17,767,279 + 62,837 + 199,662,634 + 5,176,389]	= 1.04099616
中區分區	= [2,311,517,716 + 268,924,965 + 14,275,652 + 2,309,843]	
	／ [2,186,996,263 + 16,356,576 + 71,516 + 309,102,928 + 14,082,338]	= 1.02787077
南區分區	= [1,590,912,093 + 152,925,648 + 13,261,941 + 6,139,969]	
	／ [1,450,778,047 + 13,560,184 + 53,861 + 178,690,115 + 12,448,096]	= 1.06506033
高屏分區	= [1,752,131,573 + 198,461,546 + 17,357,481 + 4,089,378]	
	／ [1,629,674,709 + 13,423,111 + 31,615 + 227,967,275 + 16,364,306]	= 1.04481097
東區分區	= [244,402,783 + 45,256,709 + 9,603,081 + 837,981]	
	／ [192,959,250 + 2,359,704 + 5,114 + 46,937,523 + 8,339,009]	= 1.19752528
全區	= [12,771,335,007 + 1,257,545,538 + 69,018,118 + 18,105,600]	
	／ [12,242,487,283 + 106,324,360 + 422,767 + 1,466,196,477 + 65,753,712]	= 1.01691640

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	=	4,746,258,494
調整後北區分區一般服務預算總額	=	2,126,112,348
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,311,517,716
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,590,912,093
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,752,131,573
調整後東區分區一般服務預算總額	=	244,402,783

總計	=	12,771,335,007
----	---	----------------

(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)

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

$$\text{臺北分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款(T1)} = 244,402,783 - [(192,959,250 + 2,359,704 + 5,114) \times 1.15] = 19,780,105$$

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)

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

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

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

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

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

$$\text{東區分區累計保留款(T2)} = \text{前季累計保留款 } 59,704,934(P) + \text{當季保留款 } 19,780,105(T1) = 79,485,039$$

(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)

$$\text{修正後臺北分區一般服務預算總額} = 4,746,258,494(BD2) - 0 = 4,746,258,494$$

$$\text{修正後北區分區一般服務預算總額} = 2,126,112,348(BD2) - 0 = 2,126,112,348$$

$$\text{修正後中區分區一般服務預算總額} = 2,311,517,716(BD2) - 0 = 2,311,517,716$$

$$\text{修正後南區分區一般服務預算總額} = 1,590,912,093(BD2) - 0 = 1,590,912,093$$

$$\text{修正後高屏分區一般服務預算總額} = 1,752,131,573(BD2) - 0 = 1,752,131,573$$

$$\text{修正後東區分區一般服務預算總額} = 244,402,783(BD2) - 19,780,105 = 224,622,678$$

總計

12,751,554,902

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	= [4,746,258,494 - 914,074,909 - 42,857,506 - 197,824]	／	3,804,724,801 = 0.99590074
北區分區	= [2,126,112,348 - 479,331,226 - 17,767,279 - 62,837]	／	1,511,987,371 = 1.07735755
中區分區	= [2,311,517,716 - 207,616,721 - 16,356,576 - 71,516]	／	1,982,191,535 = 1.05311362
南區分區	= [1,590,912,093 - 241,576,451 - 13,560,184 - 53,861]	／	1,224,026,912 = 1.09125182
高屏分區	= [1,752,131,573 - 179,701,927 - 13,423,111 - 31,615]	／	1,460,255,763 = 1.06760402
東區分區	= [224,622,678 - 38,376,125 - 2,359,704 - 5,114]	／	159,640,252 = 1.15185069

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)

$$= [12,751,554,902 - 106,324,360 - 422,767] / 12,242,487,283 = 1.03286264$$

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	= [4,746,258,494]	／	[4,789,395,148 + 42,857,506 + 197,824] = 0.98216392
北區分區	= [2,126,112,348]	／	[1,992,683,866 + 17,767,279 + 62,837] = 1.05749692
中區分區	= [2,311,517,716]	／	[2,186,996,263 + 16,356,576 + 71,516] = 1.04905699
南區分區	= [1,590,912,093]	／	[1,450,778,047 + 13,560,184 + 53,861] = 1.08639763
高屏分區	= [1,752,131,573]	／	[1,629,674,709 + 13,423,111 + 31,615] = 1.06633813
東區分區	= [224,622,678]	／	[192,959,250 + 2,359,704 + 5,114] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

$$= [12,751,554,902] / [12,242,487,283 + 106,324,360 + 422,767] = 1.03257858$$

5. 修正後牙醫門診總額平均點值=加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額 + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額] /加總[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]			
臺北分區	= [4,746,258,494 + 419,311,256 + 9,343,574 + 2,508,617]	/ [4,789,395,148 + 42,857,506 + 197,824 + 503,836,002 + 9,343,574]	= 0.96853353
北區分區	= [2,126,112,348 + 172,665,414 + 5,176,389 + 2,219,812]	/ [1,992,683,866 + 17,767,279 + 62,837 + 199,662,634 + 5,176,389]	= 1.04099616
中區分區	= [2,311,517,716 + 268,924,965 + 14,275,652 + 2,309,843]	/ [2,186,996,263 + 16,356,576 + 71,516 + 309,102,928 + 14,082,338]	= 1.02787077
南區分區	= [1,590,912,093 + 152,925,648 + 13,261,941 + 6,139,969]	/ [1,450,778,047 + 13,560,184 + 53,861 + 178,690,115 + 12,448,096]	= 1.06506033
高屏分區	= [1,752,131,573 + 198,461,546 + 17,357,481 + 4,089,378]	/ [1,629,674,709 + 13,423,111 + 31,615 + 227,967,275 + 16,364,306]	= 1.04481097
東區分區	= [224,622,678 + 45,256,709 + 9,603,081 + 837,981]	/ [192,959,250 + 2,359,704 + 5,114 + 46,937,523 + 8,339,009]	= 1.11859448
全區	= [12,751,554,902 + 1,257,545,538 + 69,018,118 + 18,105,600]	/ [12,242,487,283 + 106,324,360 + 422,767 + 1,466,196,477 + 65,753,712]	= 1.01549144

- 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114/09(含)以前：於115/01/01~115/03/31期間核付者。

費用年月114/10~114/12：於114/10/01~115/03/31期間核付者。

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

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：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，請討論案。

說明：

- 一、依據115年5月5日牙全會牙全岳字第01340號函辦理(附件1，頁次討1-3)。
- 二、新增特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報不予加成項目：週日及國定假日牙醫門診處理(支付標準編號92133C)，修訂對照表詳附件2(頁次討1-4)，建議修訂條文自公告日起生效。

本署意見：

- 一、依據衛生福利部115年3月17日衛部保字1151260123號令，公告修正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目，並自115年4月1日生效(附件3，頁次討1-83)。其中第三部牙醫第三章第四節新增「週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次」(800點)診療項目(支付標準編號92133C)。
- 二、查前開修訂，係由「週六、日及國定假日牙醫門診急症處理-每次門診限申報一次」(支付標準編號92094C)拆分為「週六牙醫門診疼痛緊急處理-每次門診限申報一次」(支付標準編號92094C)及「週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次」(支付標準編號92133C)，無財務影響。
- 三、有關本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報，92094C可加成支付，但92133C不予加成(頁次討1-18)

，請牙全會說明修訂原因。

決 議：

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 115 年 5 月 5 日

發文字號：牙全岳字第 01340 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳主旨

主旨：檢送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 2 次研商議事會議本會提案，詳如附件，敬請 查照。

說明：依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨本會第 15 屆第 11 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委 決行

115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂對照表

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
(未修訂)	(未修訂)	<p>三、特定身心障礙者牙醫醫療服務：</p> <p>(一)適用對象須符合下列條件之一：</p> <p>1.屬肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)、發展遲緩兒童、失能老人（非屬上述身心障礙者）等身心障礙者。其</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>中：</p> <p>(1)腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2-1】，符合資格者會於全民健康保險憑證（以下稱健保卡）中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記1，重度者2，中度者3，輕度者4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。</p> <p>(2)失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living,</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>ADL) < 60 分， 或 80 歲以上長者，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。</p> <p>2. 不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。</p>	
(未修訂)	(未修訂)	<p>(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件： **院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：</p> <p>1. 初級照護院所 (1)院所資格： A.設備需求：牙科門診應有急救設備、</p>	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>氧氣設備。</p> <p>B.院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>(2)醫師資格：</p> <p>A.自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。</p> <p>B.每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>牙醫全聯會認證通過。</p> <p>C.醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。</p>	
(未修訂)	(未修訂)	<p>2.進階照護院所</p> <p>(1)院所資格：</p> <p>A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提</p>	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>供完備醫療之醫護人員。</p> <p>B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置(Monitor,包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度oximeter)、無障礙空間及設施。</p> <p>C.需2位以上具有從事相關工作經驗之醫師。</p> <p>D.院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p> <p>(2)醫師資格：</p> <p>A.2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿5年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿1年以上之臨床經驗。</p> <p>B.每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30(含)學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。</p> <p>C. 醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。</p>	
(未修訂)	(未修訂)	<p>**醫療團牙醫醫療服務</p> <p>1.由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、</p>	未修訂

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定6家為限)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定3家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材(含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等)，方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。</p> <p>2.於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(以下稱牙醫不足改善方案)之巡</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>迴計畫(巡迴點及社區醫療站),提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之巡迴點、社區醫療站應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備,並須經牙醫全聯會審核通過。</p> <p>3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查,醫療費用須帶回執業登記院所申報。</p> <p>4. 醫師資格:</p> <p>(1) 醫療團之醫師,執業登記院所若為已加入本計畫執行者,得優先申請加入醫療團。</p> <p>(2) 自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。</p> <p>(3) 每位醫師首次加入</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。</p> <p>(4)醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>行或申請暫緩處分者)。</p> <p>5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務：</p> <p>(1)服務對象：係指居住於身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。</p> <p>(2)院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。</p> <p>(3) 牙醫服務內容及設備：</p> <p>A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		<p>處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。</p> <p>B.提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
		吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。	
<p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。</p> <p>(1)加成支付：除麻醉項目、<u>週日及國定假日牙醫門診處理(支付標準編號 92133C)</u>及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)項目外，其餘屬論量計酬之項目得依下列類別加</p>	<p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。</p> <p>(1)加成支付：除麻醉項目、<u>週日及國定假日牙醫門診處理(支付標準編號 92133C)</u>及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)項目外，其餘屬論量計酬之項目得依下列類別加</p>	<p>(三)費用支付及申報規定：</p> <p>1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。</p> <p>(1)加成支付：除麻醉項目及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)項目外，其餘屬論量計酬之項目得依下列類別加成申報：</p> <p>A. 特定身心障礙者：</p> <p>a. 極重度身心障礙</p>	<p><u>牙全會修訂意見：</u> 新增特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報不予加成項目：週日及國定假日牙醫門診處理(支付標準編號 92133C)，修訂對照表詳附件，建議修訂條文自公告日起生效。</p> <p><u>本署建議：</u> 有關本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報，支付標準編號 92094C 可加成支付，但支付標準編號 92133C 不予加成，請牙全會說明修訂原因。</p>

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>成申報：</p> <p>A. 特定身心障礙者：</p> <p>a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。</p> <p>b. 重度病人得加 9 成。</p> <p>c. 中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。</p> <p>d. 輕度病人（含失能老人）得加 3 成。</p> <p>B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)得加 2 成。</p>	<p>成申報：</p> <p>C. 特定身心障礙者：</p> <p>a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。</p> <p>b. 重度病人得加 9 成。</p> <p>c. 中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。</p> <p>d. 輕度病人（含失能老人）得加 3 成。</p> <p>D. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)得加 2 成。</p>	<p>病人、自閉症及失智症得加 11 成。</p> <p>b. 重度病人得加 9 成。</p> <p>c. 中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。</p> <p>d. 輕度病人（含失能老人）得加 3 成。</p> <p>B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)得加 2 成。</p> <p>(2) 本計畫不得併報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、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫。</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>(2)本計畫不得併報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、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫。</p> <p>(3)本計畫得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(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。</p>	<p>(2)本計畫不得併報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、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫。</p> <p>(3)本計畫得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(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。</p>	<p>(3)本計畫得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(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。</p> <p>(4)氟化物防齲處理(支付標準編號為P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>(4)氟化物防齲處理(支付標準編號為P30002):執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時,得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付500點,每90天限申報1次,自閉症、失智症及重度以上病人每60天得申報1次。申報本項後90天內(重度以上病人為60天內),不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。</p> <p>(5)醫療團牙醫服務:</p> <p>A.得採論次加論量支付方式,由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。</p> <p>B.論次項目(支付代碼為P30001):每小時3,000點(內含護理費),每位</p>	<p>(4)氟化物防齲處理(支付標準編號為P30002):執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時,得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付500點,每90天限申報1次,自閉症、失智症及重度以上病人每60天得申報1次。申報本項後90天內(重度以上病人為60天內),不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。</p> <p>(5)醫療團牙醫服務:</p> <p>D.得採論次加論量支付方式,由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。</p> <p>E.論次項目(支付代碼為P30001):每小時3,000點(內含護理費),每位</p>	<p>500點,每90天限申報1次,自閉症、失智症及重度以上病人每60天得申報1次。申報本項後90天內(重度以上病人為60天內),不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。</p> <p>(5)醫療團牙醫服務:</p> <p>A.得採論次加論量支付方式,由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。</p> <p>B.論次項目(支付代碼為P30001):每小時3,000點(內含護理費),每位醫師每診次以3小時為限(不含休息、用餐時間),平均每小時至少服務1人次,服務時間未達1小時及每小時未服務1人次</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>醫師每診次以3小時為限(不含休息、用餐時間),平均每小時至少服務1人次,服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>C.牙醫不足改善方案之巡迴計畫牙醫醫療服務:論量部分依本計畫規定申報,並由本計畫預算支應;論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報,並由該方案之專款費用支應,不得重複申報。</p> <p>D.特定需求者牙醫醫療服務:</p> <p>a.得採論次加論量支付方式,論次項目(支付代</p>	<p>醫師每診次以3小時為限(不含休息、用餐時間),平均每小時至少服務1人次,服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>F.牙醫不足改善方案之巡迴計畫牙醫醫療服務:論量部分依本計畫規定申報,並由本計畫預算支應;論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報,並由該方案之專款費用支應,不得重複申報。</p> <p>D.特定需求者牙醫醫療服務:</p> <p>a.得採論次加論量支付方式,論次項目(支付代</p>	<p>者均不得申報該小時費用。</p> <p>C.牙醫不足改善方案之巡迴計畫牙醫醫療服務:論量部分依本計畫規定申報,並由本計畫預算支應;論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報,並由該方案之專款費用支應,不得重複申報。</p> <p>D.特定需求者牙醫醫療服務:</p> <p>a.得採論次加論量支付方式,論次項目(支付代碼為P30003),每小時3,000點(內含護理費,且不得收取其它自費項目),每位醫師每診次以3小時為限</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>碼為 P30003), 每小時 3,000 點 (內含護理費, 且不得收取其它自費項目), 每位醫師每診次以 3 小時為限 (不含休息、用餐時間), 平均每小時至少服務 1 人次, 服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務 (含訪視), 合計每日達 5 人以上, 第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付, 每日最多 8 人為限, 且每月</p>	<p>碼為 P30003), 每小時 3,000 點 (內含護理費, 且不得收取其它自費項目), 每位醫師每診次以 3 小時為限 (不含休息、用餐時間), 平均每小時至少服務 1 人次, 服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>a. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務 (含訪視), 合計每日達 5 人以上, 第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付, 每日最多 8 人為限, 且每月</p>	<p>(不含休息、用餐時間), 平均每小時至少服務 1 人次, 服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。</p> <p>b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務 (含訪視), 合計每日達 5 人以上, 第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付, 每日最多 8 人為限, 且每月不超過 80 人; 每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。</p>	

修訂後條文(本署版本)	修訂後條文(牙全會版本)	原條文	備註
<p>不超過 80 人;每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。</p>	<p>不超過 80 人;每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。</p>		

115 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

115 年 3 月 2 日健保醫字第 1150103765 號公告

115 年 0 月 0 日健保醫字第 0000 號公告修訂

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

自 115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止，惟本計畫涉及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，自公告日起生效。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 190,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)為執行目標。

五、預算來源

本計畫全年經費為 9.559 億元，由 115 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。

六、先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：

(一) 適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。

(二) 申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。
3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

1. 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報 F4。
2. 服務量不列入門診合理量計算。
3. 服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(五) 申請程序：

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

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

1. 屬肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：

(1)腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2-1】，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。

(2)失能老人:係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) <60分，或80歲以上長者，或屬衛生福利部社會及家庭署所定「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。

2.不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)就診時，費用亦由本計畫支應。

(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

****院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：**

1.初級照護院所

(1)院所資格：

A.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

B.院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

(2)醫師資格：

- A. 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。
- B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C. 醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。

2. 進階照護院所

(1) 院所資格：

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

(2) 醫師資格：

- A. 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。
- B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C. 醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。

****醫療團牙醫醫療服務**

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定 6 家為限)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定 3 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材(含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等)，方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。
2. 於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之巡迴計畫(巡迴點及社區醫療站)，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之巡迴點、社區醫療站應備有可正常

操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。

4. 醫師資格：

(1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。

(2) 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。

(3) 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

(4) 醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

5. 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

(1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構）內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。

(2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民

營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。

(3) 牙醫服務內容及設備：

- A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。
- B. 提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。

(三) 費用支付及申報規定：

1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療服給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。

(1) 加成支付：除麻醉項目、週日及國定假日牙醫門診處理(支付標準編號 92133C)及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號 91021C、91022C、91023C）項目外，其餘屬論量計酬之項目得依下列類別加成申報：

A. 特定身心障礙者：

- a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。
- b. 重度病人得加 9 成。
- c. 中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 5 成。
- d. 輕度病人（含失能老人）得加 3 成。

B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)得加 2 成。

(2) 本計畫不得併報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、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫。

(3)本計畫得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(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。

(4)氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，自閉症、失智症及重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後 90 天內(重度以上病人為 60 天內)，不得再申報 92051B、92072C、P7302C 及 P7102C。

(5)醫療團牙醫服務：

A.得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。

B.論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 3,000 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

C.牙醫不足改善方案之巡迴計畫牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。

D.特定需求者牙醫醫療服務：

a.得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 3,000 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

b.每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務每診 4 人次，每日最多 2 診 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。

2. 費用申報之規定：

(1)申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號

(一)填報如下：

A.院所內服務：

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

自閉症、失智症：LN

B.醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

自閉症、失智症：LP

其他具身心障礙證明者：LT

C.特定需求者服務：

極重度FU、重度FZ

自閉症、失智症：LR

D.牙醫不足改善方案之巡迴計畫服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

(2)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所，請影印下列證明文件，並黏貼於病歷首頁，以備查驗：

A.有效之身心障礙手冊（證明）正反面，若為發展遲緩兒童應檢附由健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本。

B.屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(3)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。

(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下:(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)

A.每位醫師支援同一機構每週不超過2診次。如有支援不同機構，每週合計不超過4診次，每月不超過16診次。

B.每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過4萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過4萬點以上者，超過部分不予支付。

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

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四)申請程序：

參與本計畫提供特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所、醫療團牙醫醫療服務等各項申請應檢附相關資料紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查，異動時亦同。

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：
 - (1)申請書格式如【附件 3】。
 - (2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
 - (3)牙醫師證書正反面影本一份。
2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：
 - (1)申請書格式如【附件 3】。
 - (2)2 位以上(含負責醫師)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。
 - (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會(包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫)。
 - (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
 - (5)牙醫師證書正反面影本一份。
3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)
 - (1)申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：
 - A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】
 - B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長長期照顧司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經

費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。

(五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：
 - (1)醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時(包含新增或取消)應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
 - (2)醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。

- (3)費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
- (4)醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長長期照顧司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
- (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
- (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇

定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期照顧司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該病人狀況的人陪同就診。

- (10) 所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。
- (11) 若病人無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
- (12) 耗材應由看診醫師自備。
- (13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
- (14) 病人所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫病人情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
- (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
- (16) 執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
- (17) 執行全身麻醉時，應以病人安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位病人之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
- (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
- (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
- (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
- (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。

5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<https://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<https://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。
8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。
2. 特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。

(二) 收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。
2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。

3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）或發展遲緩兒童等。
4. 「長期照顧服務申請及給付辦法」之補助對象(以下稱長照個案)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

(三) 收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務（含訪視）前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

(四) 照護內容：

1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 上述醫療服務(P30005、P30009、P30007、P30010)提供完成後，經牙醫師評估居家個案有齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、特定局部治療、簡單性口內切開排膿等醫療需求時，得以 2 個月內多執行 1 次居家牙醫醫療服務。
3. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救

設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。

(五) 醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】。
3. 醫療費用申報：
 - (1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、長照個案 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。
 - (2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。
 - (3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。
4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。
5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(六) 給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。
2. 每位醫師執行居家牙醫醫療服務(含訪視)，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限。
3. 同一個案接受居家牙醫醫療服務，因口腔狀況所需，經牙醫師評估後，得以 2 個月內多執行 1 次居家牙醫醫療服務，且每年以申報 3 次為限。

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。
2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險

人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務（含訪視）後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。

3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。
4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身分影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

九、點值結算方式：

- (一) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之

點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。

(二) 全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「長照個案」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

【附件1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

-先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症牙醫醫療服務(齒顎矯正)給付項目及支付標準通則：

- 一、本計畫所定支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員）、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。
- 二、先天性唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：
 - (一)唇裂(Cleft lip)、顎裂(Cleft palate)、唇顎裂(Cleft lip and palate)、顏面裂(Facial Cleft)、小臉症、顏面不對稱者。
 - (二)呼吸終止症候群，須領有身心障礙手冊者。(限導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致之個案)
 - (三)骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。
 - (四)其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。
- 三、因病情需要施行本計畫之齒顎矯正裝置，須個案事先報經保險人同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者及唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正者，不須事前審查。
- 四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恆牙期等期限各施行一次，其中恆牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。
- 五、恆牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。
- 六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經保險人同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、(次) Orthodontic Examination,Partial(dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不須要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92102B	矯正檢查（口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光）（次） Orthodontic Examination, Total 【dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posteroanterior views)】 註：施行本項檢查不須事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每一年六個月限施行一次。		✓	✓	✓	3000
92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance(one jaw)		✓	✓	✓	4806
92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance(two jaws)		✓	✓	✓	7209
92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer,unilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer,bilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	2500
92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
92108B	環鈎，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
92111B	矯正調整及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.以每三個月實施一次為限。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
92112B	面罩A Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術（Distraction Osteogenesis）之裝置。		✓	✓	✓	12476
92113B	面罩B Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恆牙期病情需要使用於上顎及上顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
92115B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92116B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次支付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經保險人同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 3.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	12000
92117B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92118B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第一次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第一次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第二次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第2次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第三次支付後 160 天。 (2)基本診療項目：6 次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第 3 次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含 92111B 矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	9946
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：前一次支付至(本療程)完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附 X 光片或照片作為審查依據。 5.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	15000
92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顱顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92126B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	12000
92127B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	15000
92128B	鼻型齒槽骨矯正定期調整 Nasoalveolar molding, adjustment 註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.7日內不得重覆申報。 4.同一病例申報次數以8次為上限。		✓	✓	✓	1000

【附件 1-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

-先天性唇顎裂及顛顏畸形患者牙醫醫療服務申請書（以院所為單位）

- 一、醫療院所名稱：_____ 代號：_____
- 二、所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
- 三、院所負責醫師姓名：_____ 身分證字號：_____
- 四、院所電話：() _____ 傳真：() _____
- 五、聯絡人姓名：_____ 電話：() _____
- 六、地址：_____
- 七、醫院設置科別及相關人員：整形外科、口腔外科、牙科、耳鼻喉科、
精神科、神經外科、眼科、語言治療、社會工作、臨床心理、
其他相關科別及人員：_____
- 八、院內醫師資格：口腔顎面外科專科醫師（專任__位、兼任__位）牙科矯正醫師
- 九、牙科門診設備：急救設備、氧氣設備、
心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）、
其他設備：
- 十、申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師姓名	身分證字號	分科別
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

*備註：

- 1.寄送地址：10476 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收
- 2.參與本計畫提供先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向牙醫全聯會申請，並由牙醫全聯會報送健保署各分區業務組核定，異動時相同。

【附件 2-1】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明

與舊制身心障礙類別之區分與辨識

101 年 7 月 11 日起施行 ICF 新制身心障礙鑑定與需求評估制度，ICF 新制 8 類與舊制 16 類身心障礙類別及代碼對應表如下：

新制身心障礙類別	舊制身心障礙類別代碼	
	代碼	類別
第 1 類 神經系統構造及精神、心智功能	06	智能障礙者
	09	植物人
	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑性（難治型）癲癇症者
第 2 類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者
	02	聽覺機能障礙者
	03	平衡機能障礙者
第 3 類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者
第 4 類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟
	07	重要器官失去功能者-造血機能
	07	重要器官失去功能者-呼吸器官
第 5 類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能
	07	重要器官失去功能-胃
	07	重要器官失去功能-腸道
	07	重要器官失去功能-肝臟
第 6 類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟
	07	重要器官失去功能-膀胱
第 7 類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者
第 8 類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者
備註： 依身心障礙者狀況對應第 1 至 8 類	13	多重障礙者
	15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者
	16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)

本計畫適用代碼：01、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15、16

備註說明：

一、101年7月11日起至108年7月10日全面換證前，原「身心障礙手冊」及新制「身心障礙證明」將同時並行，惟身心障礙者僅會持有兩者之一。

二、新制身心障礙證明樣張如下

中華民國身心障礙證明			照片黏貼處
身分證統一編號		【有效期限】	
姓名		年 月 日	
出生日期	年 月 日		
戶籍地址			
聯絡人	關係		
鑑定日期	年 月 日	重新鑑定日期	
障礙等級	輕度、中度、重度、極重度		

戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章
障礙類別	第2類【B230】 ICF對應碼					
ICD診斷	3899【02】 舊制身障類別代碼					
必要陪伴者優惠措施						

(一) 障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。

(二) 障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧註記其對應之ICF編碼。

(三) ICD診斷：除帶入該位民眾經鑑定後之「疾病分類代碼」，並於括弧【】中註記民眾舊制身心障礙類別代碼，以利證明使用人及各相關專業人員對應辨

【附件2-2】

「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」
-特定身心障礙者牙醫醫療服務給付項目及支付標準

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P30002	氟化物防齲處理 Full mouth topical fluoride application 註： 1.執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。 2.每九十天限申報一次，自閉症、失智症及重度以上病人每六十天得申報一次。 3.申報本項後，九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。	v	v	v	v	500
89304C	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	v	v	v	v	900
89305C	—雙面 two surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	v	v	v	v	1,050
89308C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	v	v	v	v	1,000
89309C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,200
89310C	—三面 three surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1,400
89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1,450

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	3.申報面數最高以三面為限。					
89314C	特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1,600
89315C	特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1,850

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務加入申請書（院所內服務）

醫師姓名		身分證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請院所基本資料】					
一、「執業登記」院所： 1.院所名稱（全銜）： 2.醫事機構代號： 3.院所申請類別： <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 進階 4.負責醫師姓名： 身分證字號： 5.院所電話： 6.院所地址：□□□ 7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量： (1) <input type="checkbox"/> 有專用椅子 <input type="checkbox"/> 無專用椅子 (2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：_____					
二、「支援服務」院所： 1.院所名稱（全銜）： 2.醫事機構代號： 3.院所申請類別： <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 進階 4.負責醫師姓名： 身分證字號： 5.院所電話： 6.院所地址：□□□ 7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量： (1) <input type="checkbox"/> 有專用椅子 <input type="checkbox"/> 無專用椅子 (2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：_____					

**備註：寄送地址:104-76 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收

- (1)「初級院所」應檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。每月 5 日前將資料郵寄至牙全會，由牙醫全聯會彙整名單送保險人分區業務組審理核定後，保險人以公告或行文通知院所。
- (2)「進階院所」須事前檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份、2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷相關資料紙本、設備需求照片或圖片、身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份等資料後，待牙全會初審後再請申請院所親自面試。

【附件4】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務變更申請書（院所內服務）

申請 醫師姓名		身分證字號		出生年月	
變更後 聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請變更院所基本資料】					
一、原申請加入院所： (1) 原院所名稱（全銜）： (2) 原申請院所類別： <input type="checkbox"/> 執業登記院所 <input type="checkbox"/> 支援服務院所 (3) 原申請變更原因，如下：（請勾選） <input type="checkbox"/> 執業登記異動（日期： ） <input type="checkbox"/> 院所名稱變更、醫師姓名變更 <input type="checkbox"/> 醫師已離職不在診所服務（醫師姓名： _____ 或身分證字號 _____） <input type="checkbox"/> 醫師不再繼續執行計畫，要取消資格					
二、申請變更後內容： (1) 變更後院所名稱： (2) 變更後院所類別： <input type="checkbox"/> 執業登記院所 <input type="checkbox"/> 支援服務院所 (3) 變更後院所負責人： _____ 身分證字號： _____					

【附件5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

- 一、公會別：
 二、申請服務單位（全銜）：
 三、醫療團負責或代表醫師：
 四、申請檢附資料：(申請牙醫不足改善方案之巡迴計畫服務僅需檢送縣市公會評估表、牙科診間設備表、後送醫療院所)
 縣市公會評估表
 服務單位同意函
 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、收容對象名冊及身心障礙類別輕重程度別等
 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率
 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的固定式診療椅(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等
 醫師服務排班表、後送醫療院所
 五、醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

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

- 六、變更醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

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

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

【附件 6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表
(醫療團)

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

_____ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

同意

不同意，原因：_____

其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

地址：

*簽章需簽署用印(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

【附件7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<p>1 欲申請於院所中執行特殊病患照護服務者</p> <p>2 無學分 → 參加身心障礙教育訓練之課程</p> <p>有學分</p> <p>3 填妥申請書並附上醫師個人學經歷等相關資料及身心障礙教育訓練之學分影本</p> <p>寄至牙醫全聯會審核</p>	<p>1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。</p> <p>1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。</p> <p>3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後須附上：</p> <p>a. 醫師個人學經歷等相關資料（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）</p> <p>b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p>
申請中段	<p>4 檢查資料是否有備齊</p> <p>有齊</p> <p>不齊</p> <p>5 審核院所資格</p> <p>通過</p> <p>不通過</p> <p>6 名單提送保險人及分區業務組</p>	<p>4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主（每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會）。其未齊之資料僅保存半年。</p> <p>5-1 將由醫師審核初級院所資格，進階院所負責人或醫師須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。</p> <p>5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所待有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。</p> <p>6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。</p>
申請後	<p>7 執行計畫</p>	<p>7-1 申請院所收到保險人回復函文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫）</p> <p>7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。</p> <p>7-3 若院所有意願規劃友善醫療環境，附表「牙科醫療院所友善醫療環境評量表」可供設置參考。</p>

牙科醫療院所友善醫療環境評量表

評量日期			
醫療院所名稱			
醫療院所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

【必要項目】

項目	內容	檢核情形 (請打 V)
院所位置	(一)設置在 1 樓者	
	1	出入口地面平順(高度在 0.5 公分以下), 門口淨寬至少 75 公分以上, 可方便輪椅、手持柺杖或助行器進出。
	2	出入口若有門檻或台階, 高度在 0.5 公分以上, 有作斜角處理、斜坡或提供斜坡板。
	(二)設置在地下室或 2 樓以上者	
	1	設置電梯者電梯機廂深度至少需有 110 公分以上, 電梯門寬度至少 80 公分以上。
	2	設有電梯、昇降設施或坡道可通達。
大門	1	若有設置自動門專用無線觸摸開關, 設置高度距離地面介於 80~90 公分, 自動門前方保留一處輪椅可靠近操作按鍵的空間。
	2	大門加裝服務鈴, 供行動不便者使用。
	3	大門無法加裝服務鈴, 設有協助聯絡電話, 以協助行動不便者。
室內通路	1	淨寬至少 90 公分以上, 方便行動不便之民眾通行。
	2	淨寬至少 75 公分以上, 方便行動不便之民眾通行。
	3	以自備行動工具協助民眾通行。
診療室	1	備有移位設施, 協助無法自行移位之民眾, 移動到診療椅。
	2	門淨寬至少 75 公分以上, 內部空間方便行動不便者進出。
治療椅	1	至少有一台治療椅可調整座椅高度, 離地面至 40-45 公分, 且椅背可傾立, 治療椅有一側保留至少 74 公分空間, 方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。
	2	至少有一台治療椅可調整座椅高低, 另該治療椅有一側保留空間, 方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。
	3	至少有一台治療椅可調整座椅高低椅背可傾立。

【其他項目】

項目	內容		檢核情形 (請打 V)
掛號/批價櫃檯	1	高度 65-80 公分以下，方便行動不便者靠近使用。	
	2	有協助掛號/批價機制。	
櫃台及進出動線	1	有明顯之引導標示。	
	2	有協助引導之人員。	
廁所	1	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 90 公分以上，可方便通往廁所。	
	2	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 75 公分以上，可方便通往廁所。	
	3	室內有設置廁所，診所有協助如廁機制。	
X 光檢查室	1	門淨寬至少 75 公分以上，迴轉空間至少 120 公分，方便輪椅使用者進出。	
	2	X 光機設備方便輪椅使用者使用。	

備註：

1. 名詞說明

- 「行動不便者」是指輪椅使用者、視覺障礙者、手持拐杖或助行器之民眾。
- 「廁所」的無障礙標準請參考「建築物無障礙設施設計規範 第五章」
- 「室內通路」是指通往各室內空間之路徑。

2. 本評量表主要以醫療院所內部空間設備為主，區分為「必要項目」、「其他項目」如下說明：

- 「必要項目」行動不便者能夠進入醫療院所且可接受診療。
- 「其他項目」符合必要項目之外，再增加其他無障礙空間。

3. 若醫療院所有願意規劃更完善的無障礙環境設施，建議參考「建築物無障礙設施設計規範」、「建築技術規則建築設計施工編 第十章無障礙建築物」、「既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則」。

4. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示院所醫療環境之提供情況。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。</p> <p>1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</p> <p>3-1 向所屬公會洽詢，加入現有醫療團或者提出成立新的醫療團，將資料交由所屬公會彙整後行文至牙醫全聯會申請。(申請書及檢附資料詳本計畫內容)</p>
申請中段		<p>4-1 各縣市公會於每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若缺件請縣市公會將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。</p> <p>5-1 醫療團負責人或各縣市公會代表須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。</p> <p>5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，通知該公會告知審核結果。</p> <p>6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人，經審核通過之名單，保險人分區業務組須主動提供副本給牙醫全聯會存查。</p>
申請完成		<p>7-1 申請醫療團之院所收到保險人回復函後其醫療團(醫師)可執行此計畫。(此計畫為年度計畫)</p> <p>7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

☆ 報備支援：各縣市牙醫師公會務必提醒執行醫療團之醫師，應事前完成向當地衛生主管機關報備支援至服務單位執行醫療之事宜。

【附件8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

_____年_____月_____日至_____年_____月_____（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

執行醫療服務地點報備支援代號：

*執行機構/特教學校/精神科醫院，人數：_____人

（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

月份	排班 醫師數	總診次	總時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
1月							
2月							
3月							
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
總計							

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，須由申請單位另外向牙醫全聯會函文提出申請。)

(二)下年度預定執行方式

- 1.全年執行人次目標
- 2.全年申報金額估算
- 3.治療計畫（如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形）
- 4.維護計畫
- 5.口腔衛生計畫
- 6.經費評估
- 7.成效預估
- 8.機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次
- 9.後送醫院（須為本計畫之進階照護院所）

(* 每年度結束後 20 日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。)

【附件 8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

_____年_____月 ~ _____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

月份	總服務 診次	總服務 時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
範例	2	6	10	14400	10550	24950
1 月						
2 月						
3 月						
4 月						
5 月						
6 月						
7 月						
8 月						
9 月						
10 月						
11 月						
12 月						
總計						

備註：資料統計來源-醫療團月報表；**請確實填寫，經查不實者，牙醫全聯會將移請
保險人暫停院所或醫師執行該計畫。

（填寫方式：以醫師為單位，1 個支援服務單位填寫 1 張，2 個支援服務單位
填寫 2 張，以此類推。）

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團執行牙科服務流程圖

階段	流程	A、醫療團負責部份	B、醫療服務單位負責部份
執行醫療服務前		<p>A-1 每次至執行醫療服務單位前，先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。</p> <p>A-2 至提供醫療服務單位時，將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。</p>	<p>B-1 事前須匯集前往提供醫療服務單位中有醫療需求或必須回診之身心障礙人員名單。</p> <p>B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。</p> <p>B-3 製作名冊、IC 卡、身心障礙手冊(證明)影本或若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本或其他事前文書準備工作。</p>
執行醫療服務中		<p>A-3 核視醫療需求並記錄醫療紀錄單(檢查部分)。</p> <p>A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。</p> <p>A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。</p> <p>A-6 完成醫療紀錄單之記載。</p> <p>A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。</p>	<p>B-4 機構、醫院、學校等單位責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。</p> <p>B-5 協助醫師完成治療。</p> <p>B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。</p>
執行醫療服務後		<p>A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。</p>	<p>B-7 護送身心障礙者返回教室或看護場所。(不含特定需求者)</p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>

牙醫醫療服務報酬論次申請表

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數				
	支付別									
	P30001									
	P30003									
總計										
負責醫師姓名：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別： 1. 特定身心障礙者（含失能老人）P30001，每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 3,000 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）。 2. 特定需求者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 3,000 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）；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。 三、診療人次：填寫當次診療之人次。 四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診醫療服務點數申報總表正本寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。						
醫事服務機構地址：										
電話：										
印信：										
				填表日期 年 月 日						

【附件11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

序號	障別代號	病患姓名	身分證字號	卡號	診察費	處置費	診治醫師
合計							

備註：障礙類別代號如下：

- A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、
- K.因罕見疾病而致身心功能障礙者、L.重度以上肢體障礙、M.重度以上視覺障礙者、N.發展遲緩兒、O.失能老人、P.重度以上重要器官失去功能者、
- Q.腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、I.其他具身心障礙證明者。

【附件12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																
姓名：				出生年月日：						監護人：						
地址：																
醫病史 (MedialHistory)																
父母：				相關證明影本黏貼處												
親屬：				備註：若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構)內之個案,應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。												
本人：																
特別注意事項：																
牙醫病史																
口腔發現 (oralfinding)																
上顎：				5	5	5	5	5	6	6	6	6	6			
	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
乳牙牙冠																
恆牙牙冠																
醫療需求																
下顎：				8	8	8	8	8	7	7	7	7	7			
	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	37	38
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6		
乳牙牙冠																
恆牙牙冠																
醫療需求																

填表說明:D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled

身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

(一) 基本資料：

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
障礙程度	<input type="checkbox"/> 輕度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 極重度	

(二) 洗牙記錄：第一次： 月 日，第二次： 月 日，第三次： 月 日
 註： 口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙 2 次以上。

(三) 檢查方式說明：

1: 牙菌斑平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙菌斑堆積狀況以「0」,代表無或微量；「1」表示目視可見牙菌斑。

牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

2: 牙齦炎平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙齦炎狀況以「0」,代表無牙齦炎；「1」表示有牙齦發炎。

牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

註： 口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average) 及牙齦炎平均值(Gingival Index Average)皆在 0.5(含)以下。

(四) 檢查結果： (全口分為 6 區)

1. 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數()/總區數(無牙區須扣除)()=()

18 - 14	13 - 23	24 - 28
48 - 44	43 - 33	34 - 38

2. 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數()/總區數:無牙區須扣除()=()

18 - 14	13 - 23	24 - 28
48 - 44	43 - 33	34 - 38

檢查醫師：

檢查日期： 年 月 日

【附件13】

全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

看診醫師姓名：_____（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：

日期： 年 月 日

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地 址	聯絡電話	原因別	備註
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	

*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

【附件14】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 醫療團院所之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

115 年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應。

三、標示應包含下列內容

- 1.全民健保牙醫特殊醫療服務
- 2.全民健保標誌
- 3.醫療團地點及時間
- 4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- 5.承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保牙醫特殊醫療服務	醫療團地點及時間	主辦單位:衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色

3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

- 1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
- 2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。
原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
- 3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所
之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

其他

核銷金額： 元

原始支出憑證黏貼處

【附件 15】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

首次訪視或首次提供居家牙醫醫療服務申請表

申請日期____年____月____日、序號：____

病人基本資料	
姓名：	出生日期： 年 月 日 監護人：
申請項目： <input type="checkbox"/> 訪視 <input type="checkbox"/> 醫療服務 (可複選)	
身分證號：	連絡電話：
居住地址：	
障礙類別：	3 個月內是否有自行外出的能力： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他	
病人申請資格：(請打勾)	
<input type="checkbox"/> 1.居家醫療照護整合計畫之病人。 <input type="checkbox"/> 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人。 <input type="checkbox"/> 3.特定身心障礙病人，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。 <input type="checkbox"/> 4.「長期照顧服務申請及給付辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。	
醫病史 (Medical History)	
父母：	相關證明影本(請附於後)
親屬：	備註：(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)「長期照顧服務申請及給付辦法」補助對象，應出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本(5)發展遲緩兒，應檢附健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書。
本人：	
病人主訴或其他注意事項：	
申請院所基本資料	
醫事機構名稱(全銜)：	
醫事機構代號：	
一、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料:	
醫師姓名：	聯絡電話：
醫護人員姓名：	聯絡電話：
二、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】	
三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所【檢附居家牙醫醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間】	

【附件16】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

口腔醫療需求評估及治療計畫-__年__月__日、序號：__

一式三聯 第一聯送保險人分區業務組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

基本資料																	
姓名：				出生日期： 年 月 日										監護人：			
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他																	
居住地址：																	
醫病史 (Medical History)																	
父母：									相關證明影本(請附於後)								
親屬：									(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)「長期照顧服務申請及給付辦法」補助對象，應出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書。								
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
以往治療內容簡述																	
上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理、(2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料、(3) 牙結石清除 (<input type="checkbox"/> 全口或 <input type="checkbox"/> 局部)、 (4) <input type="checkbox"/> 牙周暨齶齒控制基本處置、(5) <input type="checkbox"/> 塗氟、(6) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療、(7) <input type="checkbox"/> 特定局部治療、(8) <input type="checkbox"/> 簡單性拔牙、(9) <input type="checkbox"/> 單面蛀牙填補 治療時間： 年 月 日																	
口腔現況																	
上顎：				5	5	5	5	5	6	6	6	6	6				
	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：				8	8	8	8	8	7	7	7	7	7				
	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	37	38
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6			
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled

治療計畫

一、病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

- (一) 牙周病緊急處理
- (二) 牙周敷料
- (三) 牙結石清除 (全口或局部)
- (四) 牙周暨齶齒控制基本處置(需併同牙結石清除執行)
- (五) 塗氟(需併同牙結石清除執行)
- (六) 非特定局部治療
- (七) 特定局部治療
- (八) 簡單性拔牙
- (九) 單面蛀牙填補
- (十) 其他： (請填寫)

三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名： 聯絡電話：

醫護人員姓名： 聯絡電話：

四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】

五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所，居家牙醫醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

【附件17】

居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P30006 P30008	牙醫師訪視費(次) 1.一般地區(次) 2.山地離島及醫療資源不足地區(次) 註： 1. 於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。 2. 出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼 P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。 3. 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。	1631 2154
P30005 P30009	居家牙醫醫療服務費(次) 1.病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上： -一般地區(次) -山地離島及醫療資源不足地區(次)	6800 8160
P30007 P30010	2.其他病人： -一般地區(次) -山地離島及醫療資源不足地區(次)	4500 5400
P30011 P30012	3.二個月內因口腔狀況不佳需再治療者： -一般地區(次) -山地離島及醫療資源不足地區(次)	3400 4080
	註： 1. 居家牙醫醫療服務費屬包裹式支付，所定點數含口腔預防保健、護理、診療、處方、藥品、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等，相關服務依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行；本保險給付項目不得收取其他自費。 2. 申報 P30005、P30009、P30007、P30010 者： (1)每一病人以二個月執行一次為限。 (2)同一病人之牙醫師訪視費與居家牙醫醫療服務費，	

編號	診療項目	支付點數
	<p>不得同日申報。</p> <p>3. 申報P30011、P30012者：</p> <p>(1)執行 P30005、P30009、P30007、P30010 其中一項後方得申報。</p> <p>(2)每一病人以每年申報三次為限，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。</p> <p>(3)限執行 90004C、91001C、92066C、92071C 醫令者，方得申報。</p> <p>(4)申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述治療內容。</p>	
P5410C	<p>評估出院病人居家醫療照護需求(次)</p> <p>註：</p> <p>1. 限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申報。</p> <p>2. 同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。</p> <p>3. 除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。</p>	1553

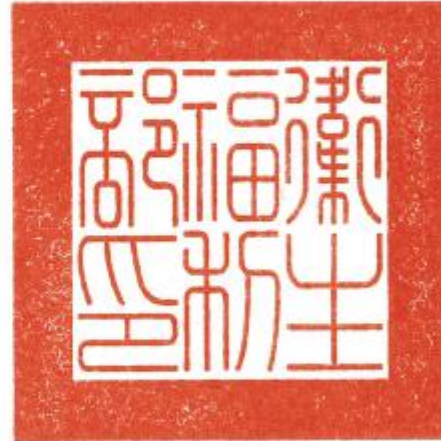
【附件18】執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務——前	<p>受理居家牙醫醫療服務需求</p> <p>↓</p> <p>牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作</p> </div> </div>	<p>A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。</p> <p>A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。</p> <p>A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。</p> <p>A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。</p> <p>A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。</p> <p>B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病人是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。</p>
執行醫療服務——中	<p>每一居家病人之牙醫醫療服務皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作</p> </div> </div> <p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-6 視醫療需求詳實記載。</p> <p>A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。</p> <p>A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程內容或術後注意事項及下次回診日期。</p> <p>A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</p> <p>A-10 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。</p> <p>註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助牙醫師完成治療</p> <p>B-5 接受牙醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</p>
執行醫療服務——後	<p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> <p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。</p> <p>A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。</p>

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國115年3月17日
發文字號：衛部保字第1151260123號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百十五年四月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長 石崇良

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001-92073 , 92088-92100 , 92129-92133 , 92161)

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92043C	顳顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation — 無固定 Without fixation 註： 1.年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。	v	v	v	v	340
92044B	顳顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation — 有固定 With fixation 註： 1.申報費用應檢附手術紀錄。 2.本項目局部麻醉費用已內含。		v	v	v	2040
92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者 (ICD-10-CM：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2-, <u>M27.2, J01.00</u>)。		v	v	v	<u>3000</u>

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001-92073 , 92088-92100 , 92129-92132 , 92161)

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92043C	顳顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation — 無固定 Without fixation 註：年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。	v	v	v	v	340
92044B	顳顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation — 有固定 With fixation 註： 1.申報費用應檢附手術紀錄。 2.本項目局部麻醉費用已內含。		v	v	v	2040
92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者 (<u>ICD-10-CM：K03.81, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2-</u>)。 -ICD-10-CM(2023年版)：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2- (<u>自一百十四年一</u>		v	v	v	1500

一、新增 92133C
「週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次」(800點)診療項目。
二、修正 92043C
「顳顎關節脫臼整復-無固定」、
92093B
「牙醫急症處置-每次門診限申報一次」二項支付規範，
92094C
「週六、

	<p>(2) 外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM:S02.5-<u>S02.2-S02.3-S02.4-S02.6-S02.8</u>)。</p> <p>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血-ICD-10-CM：K91.840, K91.870, K91.872。</p> <p>(4)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。</p> <p>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212, <u>L03.90</u>)。</p> <p>(6)口腔及顏面撕裂傷、<u>顏面骨折</u>(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-, <u>S02.92XA, S09.93XA</u>)。</p> <p>2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。</p> <p>3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。</p> <p>4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92094C、92096C。</p>								
92094C	週六牙醫門診 <u>疼痛緊急處理</u> -每次門診限申報一次 <u>Dental urgent management on Saturdays</u>	v	v	v	v	800			
	<p><u>月一日起適用</u>)。</p> <p>(2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-)。</p> <p>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(<u>ICD-10-CM：K91.840</u>)。 -ICD-10-CM(<u>2023年版</u>):K91.840, K91.870, K91.872 <u>(自一百十四年一月一日起適用)</u>。</p> <p>(4)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。</p> <p>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。</p> <p>(6)口腔及顏面撕裂傷(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-)。</p> <p>2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。</p> <p>3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。</p> <p>4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92094C、92096C。</p>								
92094C	週六、 <u>日及國定假日</u> 牙醫門診 <u>急症處置</u> -每次門診限申報一次 <u>Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays</u>	v	v	v	v	800			
	日及國定假日牙醫門診處置-每次門診限申報一次」中英文名稱及支付規範。								

<p>註：</p> <p>1.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間及專款計畫(方案)之外展點時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。)</p> <p>2.適應症：</p> <p>(1)顏面及牙齒疼痛(ICD-10-CM：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2-, M27.2, J01.00)。</p> <p>(2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-, S02.2-、S02.3-、S02.4-、S02.6-、S02.8-)。</p> <p>(3)牙齒龜裂、補綴物脫落或斷裂影響咀嚼進食者。</p> <p>(4)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840, K91.870, K91.872)。</p> <p>(5)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。</p> <p>(6)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212, L03.90)。</p> <p>(7)口腔及顏面撕裂傷、顏面骨折(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-, S09.93XA, S02.92XA)。</p> <p>(8)軟組織潰瘍，疼痛無法自行緩解</p>			<p>註：</p> <p>1.限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。</p> <p>2.當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天執行院所外醫療服務之天數)。</p> <p>3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間及專款計畫(方案)之外展點時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。)</p> <p>4.適應症：</p> <p>(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者 (ICD-10-CM：K03.81, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2-)。 -ICD-10-CM(2023年版)：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2-(自一百十四年一月一日起適用)。</p> <p>(2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-)。</p> <p>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840)。 -ICD-10-CM(2023年版)：K91.840, K91.870, K91.872 (自一百十四年一月一日起適用)。</p>		
--	--	--	---	--	--

	<p>者。</p> <p>3.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。</p> <p>4.不得同時申報90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C。</p>								<p>(4)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。</p> <p>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212)。</p> <p>(6)口腔及顏面撕裂傷(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-)。</p>						
92113C	<p>週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次</p> <p>Dental urgent management on Sundays or in the national holidays</p> <p>註：院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間及專款計畫(方案)之外展點時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。)</p>	V	V	V	V		800		<p>5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。</p> <p>6.不得同時申報<u>34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C</u>，<u>且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、90088C、91088C、92088C、P3601C除外)</u>。</p>						

討論事項第二案

提案單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「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3月31日牙全岳字第01210號函(同附件1，頁次討2-3)辦理。

二、牙全會於115年3月31日來函建議修訂指標(附件1，頁次討2-3至2-5)，說明如下：

(一)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」：修訂分子定義(分母維持不變)如下：

1. 由「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後『24』小時內」，修正為「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後『48』小時內」。

2. 由「分母之病人24小時內至『其他牙醫院所/醫院』就診」，修正為「分母之病人48小時內至『牙醫診所/醫院(自家+他家)』就診」。

(二)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」：修訂指標名稱(刪除死亡率)及分子定義。

本署意見：

一、查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2-6)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。

二、本案預期效益之評估指標監測值於前次會議討論，決議如下：

(一)囿於115年總額協定文字明確訂定須於115年7月前提報監測值，爰指標1維持原提報健保會監測值(指標1.1：0.0073%、指標1.2：0.0024%)，指標2及指標3俟有相關數據後再訂定。

(二)中華民國牙醫師公會全國聯合會如認為監測值或操作型定義不合理，請於下次會議前提出修訂意見。

三、有關牙全會建議預期效益之指標1(附件3，頁次討2-21)分子部分由「24小時」修正為「48小時」，以及指標3刪除死亡率一節，因本項指標之名稱已明訂於115年總額核定事項(附件2，頁次討2-6)，不宜修正，建議於116年總額協商時提出。

四、有關牙全會建議指標1分子由「其他牙醫院所/醫院就診」修正為「牙醫診所/醫院(自家+他家)就診」，本署尊重該會意見並建議以113年數據(指標1.1：0.4351%、指標1.2：0.0024%)作為監測值。

五、前開牙全會建議之修訂指標，本署將協助試算，並提供114年度全民健康保險各總額部門執行成果發表會暨評核會議或116年總額協商參考。

決 議：

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：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 115 年 3 月 31 日
發文字號：牙全岳字第 01210 號
速別：普通
密等及解密條件或保密期限：普通
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，本會修訂建議詳如說明段，敬請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 1 次研商議事會議決議辦理。
- 二、本會建議修訂指標及說明如下，修訂後之指標定義詳如附件。
 - (一) 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」：修訂分子定義。
 - (二) 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」：修訂指標名稱(刪除死亡率)及分子定義。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

第一頁 共三頁

總收文 115 年 4 月 2 日收到

健保醫字

中央健康保險署



署 1150052600

指標	定義
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	分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。 分子：分母之病人 <u>2448</u> 小時內至其他牙醫院所(自家+他家)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。
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。 分子：分母之病人 <u>2448</u> 小時內至牙醫院所醫院(自家+他家)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。
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。	
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或死亡的比率。	分母：當年度服用抗凝血劑的病人人數。 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。 [註]： (1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼為 I20-I25。

裝
訂
線

指標	定義
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碼或死亡的比率。	分母：當年度服用抗凝血劑後有申報 P3601C 病人數。 分子：分母之病人(當年度服用抗凝血劑後有申報 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。 [註]： (1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼為 I20-I25。



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，

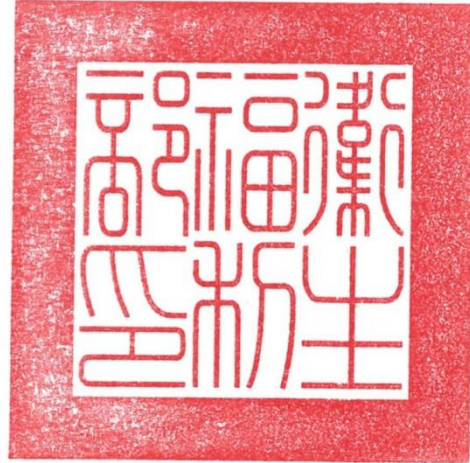
項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			自 116 年起)，病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(116 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
9.品質保證保留款	95.8	48.0	1.本項專款額度(95.8 百萬元)，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。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國115年1月28日
發文字號：衛部健字第1153360013號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



裝

訂

線

主旨：公告115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨115年1月20日衛部保字第1141260589號函。

公告事項：

一、115年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約9,883.35億元，較115年度總額基期成長5.5%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約58,368.5百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為2.468%，專款項目全年經費為6,456.1百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約36,429.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為4.978%，專款項目全年經費為1,527.6百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約186,199.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.077%，專款項目全年經費為14,250.6百萬元，門診透析服務費用成長率為3.861%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約685,306.4百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.101%，專款項目全年經費為49,746.1百萬元，門診透析服務費用成長率為2.209%(附件四)。
- 5、其他預算額度為22,032.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、115年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

- (一)115年度全民健保醫療給付費用總額=115年度部門別醫療給付費用總額之合計+115年度其他預算醫療給付費用
- (二)115年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[115年度核定之全民健保醫療給付費用總額-(114年度之全民健保醫療

給付費用總額+113年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+114年度健保總額違反「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)/(114年度之全民健保醫療給付費用總額+113年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+114年度健保總額違反「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)

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採核定各項目之全年經費。
- 2、依本部報奉行政院核定之115年度總額基期，係以前1年度(114年)健保醫療給付費用總額，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、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。
- 3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長 石崇良

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
			<p>事項：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	240.0	68.5	<p>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。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)提升全國12~18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p>
4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	<p>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。</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
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。

牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫

指標	現行定義	牙全會建議修正	健保署建議修正	健保署說明
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	分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及拔牙醫令之案件數。 分子：分母之病人 24 小時內至其他牙醫院所就診，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	分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及拔牙醫令之案件數。 分子：分母之病人 2448 小時內至 其他 牙醫院所 (自家+他家) 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	分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C) 及拔牙醫令之案件數。 分子：分母之病人 24 小時內至 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	1. 分子定義由 24 小時修正為 48 小時，指標名稱應併同修正，惟 115 年總額協定文字已於 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告，建議於 116 年總額協商時再議，115 年維持 24 小時。 2. 分子由其他牙醫院所擴大至

指標	現行定義	牙全會建議修正	健保署建議修正	健保署說明
	案件數。	件數。	數。	任一院所，本署尊重並配合試算。
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>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</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2448小時內至牙醫院所醫院(自家+他家)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</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</p>	<p>分子定義由24小時修正為48小時，指標名稱應併同修正，惟115年總額協定文字已於115年1月28日衛部健字第1153360013號公告，建議於116年總額協商時再議。</p>

指標	現行定義	牙全會建議修正	健保署建議修正	健保署說明
	報一次(92093B)之案件數。	報一次(92093B)之案件數。	案件數。	
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>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</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>本次無修正。</p>	<p>本次無修正。</p>	<p>本次無修正。</p>

指標	現行定義	牙全會建議修正	健保署建議修正	健保署說明
案數。				
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。	本次無修正。	本次無修正。	本次無修正。
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	分母：當年度服用抗凝血劑的病人人數。 分子：分母之病人(當年度)	分母：當年度服用抗凝血劑的病人人數。 分子：分母之病人(當年度服用抗凝血劑的病	分母：當年度服用抗凝血劑的病人人數。 分子：分母之病人(當年度服用抗凝血劑的病	分子定義刪除死亡，指標名稱應併同修正，惟 115 年總額協定文字已於 115 年 1

指標	現行定義	牙全會建議修正	健保署建議修正	健保署說明
心肌梗塞 診斷代碼 或死亡的 比率。	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。 [註]: (1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代 碼為 I20-I25。	人)當年度有申報 中風或心肌梗塞診 斷代碼或死亡個案 數。 [註]: (1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼 為 I20-I25。	人)當年度有申報 中風或心肌梗塞診 斷代碼或死亡個案 數。 [註]: (1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼 為 I20-I25。	月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告， 建議於 116 年總額協 商時再議，115 年維持 指標名稱及定義。
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	分母：當年度服用抗凝 血劑後有申報 P3601C 病人數。 分子：分母之病人(當年 度服用抗凝血劑 後有申報 P3601C 病人)當 年度有申報中風 或心肌梗塞診斷	分母：當年度服用抗凝血 劑後有申報 P3601C 病人數。 分子：分母之病人(當年度 服用抗凝血劑後有 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。	分母：當年度服用抗凝血 劑後有申報 P3601C 病人數。 分子：分母之病人(當年度 服用抗凝血劑後有 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。	分子定義刪除死亡， 指標名稱應併同修 正，惟 115 年總額協 定文字已於 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告， 建議於 116 年總額協 商時再議，115 年維持 指標名稱及定義。

指標	現行定義	牙全會建議修正	健保署建議修正	健保署說明
碼或死亡的比率。	代碼或死亡個案數。 [註]： (1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼為 I20-I25。	[註]： (1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼為 I20-I25。	[註]： (1)中風 ICD-10-CM 代碼為 I60-I69。 (2)心肌梗塞 ICD-10-CM 代碼為 I20-I25。	