

# 「牙醫門診總額支付委員會」98年度第3次會議紀錄

時間：中華民國98年8月25日下午2時整

地點：台北市信義路3段140號18樓大禮堂

出席委員：(依據姓氏筆劃順序排序)

委員姓名	出席委員	委員姓名	出席委員
王委員盛銘	王盛銘	張委員世澤	張世澤
呂委員毓修	呂毓修	黃委員建文	黃建文
李委員錦炯	李錦炯	黃委員福傳	黃福傳
林委員俊彬	賴向華代	黃委員銘傑	請假
林委員思洸	林思洸	黃委員月桂	黃月桂
林委員啟滄	張慶芳代	溫委員飛翊	溫飛翊
翁委員德育	翁德育	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
梁委員淑政	陳馨慧代	廖委員倍顯	廖倍顯
許委員世明	許世明	廖委員敏熒	廖敏熒
陳委員一清	請假	劉委員俊言	劉俊言
陳委員建志	陳建志	鄭委員信忠	鄭信忠
陳委員彥廷	陳彥廷	謝委員武吉	王秀貞代
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	羅委員界山	羅界山
扈委員克勛	劉碧珠代	蘇委員鴻輝	蘇鴻輝

## 列席單位及人員：

行政院衛生署	陳馨慧
全民健康保險醫療費用協定委員會	盛培珠
中華民國牙醫師公會全國聯合會	邵格蘊、高雅凡
中華民國醫院牙科協會	賴向華
本局台北分局	張照敏、莫翠蘭、邱玲玉
本局北區分局	林麗雪
本局中區分局	程千花

本局南區分局	王世華
本局高屏分局	王秀蕙
本局東區分局	劉翠麗
本局醫審暨藥材小組	陳玉敏、王本仁、曾玫富
本局資訊處	姜義國
本局稽核室	李靜、段世傑
本局醫務管理處	林阿明、張溫溫、甯素珠、 楊耿如、孫嘉敏、曾淑汝

主席：黃召集人三桂

紀錄：張桂津

壹、 主席致詞(略)

貳、 本會 98 年第 2 次會議紀錄確認 (略)

參、 報告事項

● 第一案

報告單位：本局醫務管理處

案由：前次(98年第2次)會議決議事項辦理情形

決定：洽悉。

● 第二案

報告單位：本局醫務管理處

案由：牙醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉，另98年第2次會議報告事項第二案「牙醫門診總額執行概況報告」第23張投影片修正如下，請更正。

DA806-180天內全口牙結石清除利用率\_跨院

	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局
95Q1	8.35%	7.20%	9.61%	7.13%	8.96%	7.63%
95Q2	8.26%	7.18%	9.48%	7.11%	9.08%	7.83%
95Q3	8.00%	7.10%	9.29%	6.93%	8.98%	7.42%
95Q4	8.15%	7.39%	9.74%	7.30%	9.16%	7.75%
96Q1	8.02%	7.22%	9.40%	7.07%	8.78%	8.05%
96Q2	7.98%	7.38%	9.63%	7.24%	9.19%	7.83%
96Q3	7.66%	7.24%	9.12%	7.02%	8.84%	7.60%
96Q4	7.55%	7.21%	9.20%	6.90%	8.98%	7.81%
97Q1	7.27%	7.16%	8.48%	6.77%	8.78%	7.61%
97Q2	7.41%	7.45%	7.63%	7.03%	9.22%	7.91%
97Q3	7.05%	7.08%	6.71%	6.84%	8.75%	7.63%
97Q4	7.11%	7.13%	6.51%	6.96%	8.82%	7.55%

98年8月6日修正：原來公式為加總，修改為平均數

### ● 第三案

報告單位：本局醫務管理處

案由：98年第1季牙醫門診總額點值結算報告

決定：

各分區一般服務浮動點值及平均點值彙整如下表，將依全民健康保險法第50條規定辦理點值公布、結算。

季別	分局	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
	98Q1	浮動點值	0.9062	1.0114	0.8810	0.9883	0.9346	1.0635
	平均點值	0.9041	1.0136	0.8872	0.9979	0.9410	1.0766	0.9369

### ● 第四案

報告單位：牙醫師公會全聯會

案由：「97年度全民健保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辦法」執行結果報告。

決定：洽悉。

## ● 第五案

報告單位：牙醫師公會全聯會

案由：支付標準表 00127 C 初診診察費修訂規劃報告。

決定：初診診察費之實施成效仍不清楚，為免醫療資源不當使用，將考量列為 99 年總額之減項，請全聯會應研擬具體之改善方案。

## 肆、 討論事項

### ● 第一案

提案單位：本局醫審暨藥材小組

案由：有關因拔牙後牙齒矯正而引起牙齒移位，申報牙位之認定及支付規定，擬列入審查注意事項案。

決議：同意有關因拔牙後引起牙齒移位，申報牙位之認定及支付規定如下表，列入審查注意事項，並依行政程序辦理後續修訂事宜。

增修條文	原訂條文
因拔牙後引起牙齒移位，申報牙位之認定及支付原則如下： 1. 自家院所因拔牙後引起牙齒移位，誤植牙位造成申報錯誤，一律不支付。 2. 若係因他家院所拔牙，或申復時，申報拔牙案件與後續相關處置檢附 X 光片、照片作具體舉證者，則由專業審查個案認定。	新增條文

### ● 第二案

提案單位：本局醫務管理處

案由：修訂「中央健康保險局牙醫總額支付委員會設置要點」案。

決議：同意修訂，內容詳如附件 1，並依行政程序辦理後續修訂事宜。

### ● 第三案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關「98 年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」。

決議：同意修訂，內容詳如附件 2，並依行政程序辦理後續修訂事宜。

### ● 第四案

提案單位：牙醫師公會全聯會

案由：有關醫院牙科門診若執行核子醫學檢查，得否比照西醫案件申報 05219B 放射性藥品處方之藥事服務費案。

決議：

- 一、同意有關醫院牙科門診若執行核子醫學檢查，得比照西醫案件申報 05219B 放射性藥品處方之藥事服務費，修訂全民健康保險醫療費用支付標準第二部第一章第六節調劑之通則三規定為：「醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟施行核子醫學檢查一、造影(26001~26074)所列項目(排除 26009B、26049B 及 26074C 三項)時，得申報 05219B。」，並依行政程序辦理後續修訂事宜。
- 二、另請於下次支委會，提供 05219B 放射性藥品處方之藥事服務費預估申報資料情形供參。

伍、散會：下午 16 時

中央健康保險局牙醫總額支付委員會設置要點

98 年 8 月 25 日修訂

條項	修訂條文	原條文
條項 條項		
一、	本委員會成員任期為 2 年，期滿得續聘健康保險局(以下簡稱本局)，應遴選本局總額支付制醫門診霜齶醫療服務團體在健康保險局醫總額支付推舉單位(就變動簡稱本局新推舉)，若無受託單位，則由中華民國牙醫師公會全國聯合會推舉。	本委員會成員任期為 2 年，期滿得續聘健康保險局(以下簡稱本局)，應遴選本局總額支付制醫門診霜齶醫療服務團體在健康保險局醫總額支付推舉單位(就變動簡稱本局新推舉)。
二、	本委員會之任務如下：	本委員會之任務如下：
五、	(本局籌備及推動為無總額支付制專家得依規定支領出席費。	(本局籌備及推動為無總額支付制專家得依規定支領出席費。
六、	(本局研議牙醫總額支付制應執行召集相關辦法及規定時得召開臨時會議員會置委員 31 人，由本局就下列人員開會名額聘任之並指定其相關機關團體召集人代表列席。	(本局研議牙醫總額支付制應執行召集相關辦法及規定時得召開臨時會議員會置委員 29 人，由本局就下列人員開會名額聘任之並指定其相關機關團體召集人代表列席。
七、	(本局要點由本局公告後實施，修正時亦同。牙醫門診相關醫療服務提供者代表，由本局洽請牙醫門診總額受託單位推舉 15 名、中華民國牙醫師公會全國聯合會推舉 1 名、台灣醫院協會推舉 4 名、中華民國藥師公會全國聯合會推舉 1 名、中華民國醫院牙科協會推舉 2 名。	(本局要點由本局公告後實施，修正時亦同。牙醫門診相關醫療服務提供者代表，由本局洽請中華民國牙醫師公會全國聯合會推舉 16 名、台灣醫院協會推舉 4 名、中華民國藥師公會全國聯合會推舉 1 名及中華牙醫學會推舉 1 名。
八、	(三) 行政院衛生署及全民健康保險醫療費用協定委員會代表各 1 名。 (四) 本局代表 2 名。	(三) 行政院衛生署及全民健康保險醫療費用協定委員會代表各 1 名。 (四) 本局代表 2 名。



98 年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

98年方案	97年方案
98年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	97年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
一、目標值：分區結算平均點值大於1.15元部分。	一、目標值：分區結算平均點值大於1.15元部分。
二、實施時程：98年1月1日起至98年12月31日止。	二、實施時程：97年1月1日起至97年12月31日止。
三、保留款機制： <ul style="list-style-type: none"> <li>(一)依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。</li> <li>(二)以季為結算期，分區每季結算平均點值大於1.15元部分之預算則列入該分區保留款。</li> </ul>	三、保留款機制： <ul style="list-style-type: none"> <li>(一)依分區別設立保留款，分區保留款由該分區運用。</li> <li>(二)以季為結算期，分區每季結算平均點值大於1.15元部分之預算則列入該分區保留款。</li> </ul>
四、保留款之運用： <ul style="list-style-type: none"> <li>(一)分區平均點值小於1元時之補助款。</li> <li>(二)鼓勵該區醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。</li> <li>(三)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。</li> </ul>	四、保留款之運用： <ul style="list-style-type: none"> <li>(一)分區平均點值小於1元時之補助款。</li> <li>(二)鼓勵該區醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。</li> <li>(三)鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。</li> </ul>
五、保留款運用之計算方式： <ul style="list-style-type: none"> <li>(一)以季為結算期，如分區每季結算平均點值小於1元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點1.0元為限。</li> <li>(二)於年底結算年度分區保留款，剩餘分區保留款列入鼓勵該區：               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計</li> </ol> </li> </ul>	五、保留款運用之計算方式： <ul style="list-style-type: none"> <li>(一)以季為結算期，如分區每季結算平均點值小於1元時，則由分區保留款補助該季分區預算，最高以補助至平均點值每點1.0元為限。</li> <li>(二)於年底結算年度分區保留款，剩餘分區保留款列入鼓勵該區：               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計</li> </ol> </li> </ul>



98年方案	97年方案
<p>畫」之醫療服務經評核優等執業診所，其核定點數(含部分負擔)以每點點值 1.3 元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。</p> <p>2. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該區「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫」之醫療服務，「核實申報」計酬方式者，其核定浮動點數之「全年結算浮動點值」補助至每點點值1.5元給付鼓勵，餘款則補助「論次加論量」計酬方式者，最多補助到每小時2400元，以當年服務小時分配。如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。</p> <p>(三)前(一)(二)項分配後若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值每點1.0元為限，餘款依該區依前(一)(二)項分配後之餘款比例回歸該區次年第1季一般預算，補助至該區第1季點值每點1.15元為限，若仍有餘額，則依序回歸該區當年次季一般預算。</p>	<p>畫」之醫療服務經評核優等執業診所，其核定點數(含部分負擔)以每點點值 1.3 元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。</p> <p>2. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該區「牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫」之醫療服務，「核實申報」計酬方式者，其核定浮動點數之「全年結算浮動點值」補助至每點點值1.5元給付鼓勵，餘款則補助「論次加論量」計酬方式者，最多補助到每小時2400元，以當年服務小時分配。如餘款不足分配，則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。</p> <p>(三)前(一)(二)項分配後若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值每點1.0元為限，餘款依該區依前(一)(二)項分配後之餘款比例回歸該區次年第1季一般預算，補助至該區第1季點值每點1.15元為限，若仍有餘額，則依序回歸該區當年次季一般預算。</p>

98年方案	97年方案
六、本方案由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位共同訂定，由中央健康保險局公告實施，修正時亦同。	六、本方案由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位共同訂定，由中央健康保險局公告實施，修正時亦同。

## 【計算範例】

依據：98年「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」（以下簡稱本方案）

### 一、保留款計算方式：

(一) 該分區當季平均點值 $>1.15$ 時，啟動保留款機制。

(二) 該分區保留款=該分區原一般服務預算總額 $-[1.15 \times$  核定點數(含部分負擔)]

[註]核定點數(含部分負擔)：含核定浮動點數、核定非浮動點數及自墊核退點數。

(三) 依據本方案，保留款計算過程如下(假設自該季始保留)：

1. 假設98年第3、4季浮動點值及平均點值如下表，因98年第4季北區及東區分局平均點值 $>1.15$ ，故啟動保留款機制。

表1 假設點值

投保分局別	98年第3季浮動點值	98年第3季平均點值	98年第4季浮動點值	98年第4季平均點值
台北	0.9304	0.9467	0.9555	0.9536
北區	1.1580	1.1448	1.2155	1.1929
中區	0.9545	0.9610	0.9887	0.9869
南區	1.0458	1.0424	1.1148	1.0970
高屏	1.0828	1.0726	1.1225	1.1118
東區	1.3051	1.2768	1.3081	1.2926

2. 計算北區及東區分局98年第4季保留款金額(如下表2)。

表2 保留款金額

投保分局別	預算總額(BD2)	浮動點數(GF)	非浮動點數(NF1)	自墊核退非浮動點數(NF2)	平均點值	平均點值(修正後)
北區分局	1,103,938,752	874,538,409	50,922,934	0	1.1929	1.1500
東區分局	179,410,385	132,059,221	6,735,312	0	1.2926	1.1500
北區保留款=	1,103,938,752 - [ 1.15 × (874,538,409+50,922,934+0) ]				=39,658,208	
東區保留款=	179,410,385 - [ 1.15 × ( 132,059,221 + 6,735,312 + 0 ) ]				=19,796,672	

## 二、保留款之運用：

(一) 分區季平均點值小於1元：以該分區核定點數(含部分負擔) $\times$ 1計算，該分區補貼款 $=$ (1 $\times$ 核定點數) $-$ 該分區原一般服務預算總額，並計算浮動點值。

(二) 剩餘分區保留款，於年底鼓勵醫療資源缺乏地區試辦計畫。

### 1. 「牙醫門診總額醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫」之醫療服務經評核優等執業診所：

假設東區經評核優等執業診所為甲、乙、丙診所，每月保障額度均為15萬元，某月分別核定點數5萬點、13萬點及16萬點。

表 3 執業服務補助試算表

診所	核定點數(含部分負擔)A	該區浮動點值B	實質收入C=A $\times$ B	最後結算執業收入D	依保留款機制每點點值1.5元E	F=A $\times$ E	保留款補付F-D
甲	50,000	1.1221	56,103	150,000	1.3	65,000	0
乙	130,000	1.1221	145,869	150,000	1.3	169,000	19,000
丙	160,000	1.1221	179,531	179,531	1.3	208,000	28,469

[註1]:核定點數(含部分負擔) $\times$  點值1.3元後，仍於保障額度內者不予獎勵。

[註2]:假設東區保留款不足分配，各依甲、乙、丙診所保留款補付比重分攤。

[註3]:最後結算執業收入(D):如院所的實質收入(C)小於保障額度，以保障額度計算。

### 2. 「牙醫門診總額醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫」之醫療服務：

假設丁診所某月「核實申報」核定浮動點數5萬點及非浮動點數1千點、戊診所「核實申報」核定浮動點數12萬點及非浮動點數3千點；該年度醫療資源缺乏地區試辦計畫，全年結算浮動點值為0.71111111元。

表 4 巡迴服務補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)A	核定非浮動點數(含部分負擔)B	醫缺全年結算浮動點值 C	依保留款機制每點點值 1.5 元 D	保留款補付(D-C)*A
丁	50,000	1,000	0.71111111	1.5	39,445
戊	120,000	3,000	0.71111111	1.5	94,668

[註 1]：如保留款不足分配，各依保留款補付比重分攤。

[註 2]：核定浮動點數(含部分負擔) (A)及核定非浮動點數(B)為每件加計 2 成後點數。

3. 前項分配後若有餘款，則補助「論次給付」計酬方式者，最多補助至每小時2400元，以當年服務小時分配，如保留款不足分配，依保留款補付比重分攤：

假設本保留款尚有50萬元，醫缺各院所該年度「論次給付」時數共計100小時，平均每小時金額為5,000元，但因本項分配之補助金額上限為每小時2,400元，故每小時最多補助2,400元。

如某院所該年「論次給付」總時數為10小時，則2,400元×10=24,000元，該院所補助金額為24,000元。

- (三) 前(一)(二)項分配後若有餘款，則補助全國醫療資源不足區之醫療服務，依「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」中各試辦計畫院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值每點1.0元為限，餘款依該區依前(一)(二)項分配後之餘款比例回歸該區次年第1季一般預算，補助至該區第1季平均點值每點1.15元為限，若仍有餘額，則依序回歸該區當年次季一般預算。

例：

1. 補助全國醫療資源不足區之醫療服務

補助點值=【前(一)(二)項分配之餘款比例】/全國醫缺之(N2+N4+N5)

(1). 若該區(全年結算浮動點值+補助點值)>1，則實際補助點值=1-全年結算浮動點值。

(2). 若該區(全年結算浮動點值+補助點值)≤1，則實際補助點值=

補助點值。

(3). 某院所分配保留款金額 = 加總[某院所全年醫缺之(N2、N4、N5)點數] × 實際補助點值

N1：執業服務之實際服務核定點數

N2：執業服務之論次給付點數

N3：巡迴服務之核實申報加成前藥費點數

N4：巡迴服務之核實申報加成前非藥費點數

N5：巡迴服務之論次給付點數

N6：馬祖地區牙周病之核實申報藥費點數

N7：馬祖地區牙周病之核實申報非藥費點數

假設本保留款尚餘26萬元(A)，己診所為執業服務診所，某年核定浮動點數(論次給付N2)為24萬點，庚診所為巡迴服務診所，某年核定浮動點數(核實給付N4+論次給付N5)為36萬點。

表5 補助全國醫療資源不足區

補助全國醫缺之保留款 A	診所	核定浮動點數 B(論次+核實)	醫缺全年結算浮動點值 D	補助點值 C=A/ΣD	實際補助點值 E	保留款補付 F=B×E(註2)	保留款補付後餘額 G = A - ΣF
260,000	己	240,000	0.71111111	0.43333333	0.28888889	69,336	86,660
	庚	360,000	0.71111111	0.43333333	0.28888889	104,004	
	小計	600,000	0.71111111	0.43333333	0.28888889	173,340	

[註1]：上表核定點數含部分負擔。

[註2]：各診所之保留補付數為各診所各逐筆計算。

[註3]：補助點值=260,000/600,000=0.43333333

院所實際補助點值=1-0.71111111=0.28888889

## 2. 回歸該區次年一般預算

依前項計算後之餘額為86,660元。

假設前項補助全國醫缺之保留款260,000元，其中200,000元來自東區分局，60,000元來自北區分局，回歸各分區次年一般預算分配方式如下：

表6 回歸該區次年一般預算

保留款補付後 餘額 G	地區	餘額 A	餘額占率 $B = A / \Sigma A$	回歸原區一般 預算之額度 $C = G \times B$	次年第1季分局 補助後平均點 值 $= E / (X + Y + Z)$
86,660	北區分局	60,000	23.1%	19,998	1.0455
	東區分局	200,000	76.9%	66,662	1.1223
	小計	260,000	100.0%	86,660	

註1：餘額A為該分區列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務之額度。

註2：補助至該分區第1季平均點值每點1.15元為限，若仍有餘額，則剩下的餘額回歸該分區第2季一般預算，但仍補助至該分區第2季平均點值每點1.15元為限。