

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)111年第4季調整後牙醫一般服務醫療給付費用

$$\begin{aligned}
&= [111年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(加總D2) - 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(加總B5) - 扣減與12-18歲青少年口腔提升
 照護試辦計畫重複之預算(加總B6)] - 111年第1~3季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額合計 \\
&= 46,028,095,032 - 11,082,964,385 - 11,322,007,716 - 11,838,241,798 \\
&= 11,784,881,133
\end{aligned}$$

註：依據110年11月23日「牙醫門診總額研商議事會議」110年度第3次會議決定，111年度牙醫門診總額預算四季重分配採「近3年各季核定點數平均占率」進行分配，重分配後之占率如下：第1季23.869908%、第2季24.384747%、第3季25.928519%、第4季25.816826%。111年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區109年度各季R值相關參數進行分配，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。

111年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算扣減高風險疾病口腔照護未執行預算及與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算為 46,028,095,032元：

1. 111年第1季調整後預算11,082,964,385元 = 111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 × (R_109)。
2. 111年第2季調整後預算11,322,007,716元 = 111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 × (R_109)。
3. 111年第3季調整後預算11,838,241,798元 = [111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 - (B5) - (B6)] × (R_109)。
4. 111年第4季調整後預算 = 111年全年預算數 - 111年第1季調整後預算 - 111年第2季調整後預算 - 111年第3季調整後預算
 = 46,028,095,032 - 11,082,964,385 - 11,322,007,716 - 11,838,241,798
 = 11,784,881,133元。

5. 計算過程詳本表頁次24：「三、一般服務費用總額」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R01

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：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄：111/10—111/12

核付截止日期：112/03/31

頁次：2

(二)111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

	109年 109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	108年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	109年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	110年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	109年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	110年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	111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)	111年6項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	111年調整前各 季一般服務醫 療給付費用分 配至各分區預算 (D2)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)
				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 3.054\%)$						$= G1 - C1 - F$	
第1季	10,509,129,248	-11,940,333	6,829,579	10,824,811,219	-8,826,518	17,347,685	11,032,990,702	26,806,674	308,100,000	10,698,084,028	0
第2季	11,251,494,719	-16,394,990	6,829,579	11,585,257,829	-18,333,661	17,347,685	11,797,769,983	28,723,750	308,100,000	11,460,946,233	0
第3季	12,075,412,429	-20,795,127	6,829,579	12,429,803,469	-23,429,501	17,347,685	12,652,690,843	30,832,102	308,100,000	12,313,758,741	0
第4季	11,753,155,168	-16,407,721	6,829,578	12,102,225,867	-46,061,440	17,347,684	12,296,026,939	30,020,079	308,100,000	11,957,906,860	0
合計	45,589,191,564	-65,538,171	27,318,315	46,942,098,384	-96,651,120	69,390,739	47,779,478,467	116,382,605	1,232,400,000	46,430,695,862	0

註：

- 110年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)
= (109年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1) + 108年各季校正投保人口預估成長率差值(B1) + 前1年度(109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 + 3.054%)。
※110年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 27,318,315元，按季均分。
- 111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)
= (110年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 109年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 前1年度(110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 + 1.843%)。
※一般服務成長率為1.843%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.270%，協商因素成長率1.573%。
※111年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)69,390,739元，按季均分。
- 106年編列之品質保證保留款預算(C1) = (105年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.3%)。
※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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110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110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。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111年度品質保證保留款(91.2百萬元)合併運用(計207.6百萬元)。
- 111年6項一般服務移撥專用費用(F)：依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定辦理。111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12.324億元，按季均分：
 - (1)移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。
 - (2)移撥0.8億元支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」。
 - (3)移撥2億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。
 - (4)移撥8.724億元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按109年7月至110年6月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。
※牙周病統合治療第二階段支付(91022C)108年3月1日生效；107年7月至108年2月係以P4002C統計。
 - (5)移撥0.5億元支應「牙醫特殊醫療服務計畫」。

(6)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109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)111年6項一般服務移撥專用費用

全年預算＝1,232,400,000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)，中區移撥5,000,000元，高屏移撥2,500,000元。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2. 移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算＝200,000,000元

第1季：

第1季預算＝200,000,000/4＝50,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,169(J6)	暫結金額	1,169(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	22,967,513(J7)	暫結金額	23,728,928(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	8,117(J11)	暫結金額	8,117(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	14,269,277(J12)	暫結金額	14,583,517(J22)
(3)小計	加成前點數	37,246,076(J19)	暫結金額	38,321,731(J29)

暫結金額＝38,321,731

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝11,678,269

第2季：

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4＋11,678,269＝61,678,269

(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	815(K6)	暫結金額	815(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	22,188,885(K7)	暫結金額	23,312,720(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	7,241(K11)	暫結金額	7,241(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	13,582,230(K12)	暫結金額	14,104,382(K22)
(3)小計	加成前點數	35,779,171(K19)	暫結金額	37,425,158(K29)

暫結金額＝37,425,158

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝24,253,111

第3季：

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4＋24,253,111＝74,253,111

(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	1,659(L6)	暫結金額	1,659(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	15,670,230(L7)	暫結金額	17,686,126(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	7,726(L11)	暫結金額	7,726(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	15,449,236(L12)	暫結金額	17,203,515(L22)
(3)小計	加成前點數	31,128,851(L19)	暫結金額	34,899,026(L29)

暫結金額＝34,899,026

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝39,354,085

第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 39,354,085= 89,354,085

(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	2,713(M6)	暫結金額	2,713(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	40,473,735(M7)	暫結金額	42,310,401(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	11,853(M11)	暫結金額	11,853(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	15,781,355(M12)	暫結金額	16,303,927(M22)
(3)小計	加成前點數	56,269,656(M19)	暫結金額	58,628,894(M29)

暫結金額 = 58,628,894

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 30,725,191

全年合計:

全年預算=200,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	6,356(N6)	暫結金額	6,356(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	101,300,363(N7)	暫結金額	107,038,175(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	34,937(N11)	暫結金額	34,937(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	59,082,098(N12)	暫結金額	62,195,341(N22)
(3)小計	加成前點數	160,423,754(N19)	暫結金額	169,274,809(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)

= 38,321,731 + 37,425,158 + 34,899,026 + 58,628,894

= 169,274,809

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 169,274,809

= 30,725,191 (E4)

註：1. 依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」,有關巡迴計畫之「核實申報」費用,加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。該預算按季均分及結算,以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘,則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算;全年預算若有結餘,依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。

2. 移撥經費全年預算若有結餘,優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫,若再有剩餘則回歸一般服務費用總額,並依109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：2,213,002

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 2,213,002

未支用金額：第1季預算-第1季暫結金額= 20,000,000- 2,213,002= 17,786,998

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+17,786,998= 37,786,998

已支用點數：2,265,005

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 2,265,005

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額= 37,786,998- 2,265,005= 35,521,993

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+35,521,993= 55,521,993

已支用點數：2,432,130

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 2,432,130

未支用金額：第3季預算-第3季暫結金額= 55,521,993- 2,432,130= 53,089,863

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+53,089,863= 73,089,863

已支用點數：2,455,270

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 2,455,270

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 73,089,863- 2,455,270= 70,634,593

全年合計：預算=80,000,000

全年已支用點數：9,365,407

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 9,365,407

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 80,000,000 - 9,365,407

= 70,634,593 (E5)

註：1. 依據111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，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」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. 移撥 872,400,000元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按109年7月至110年6月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。每季移撥218,100,000元(H)，移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

※牙周病統合治療第二階段支付(91022C)108年3月1日生效；107年7月至108年2月係以P4002C統計。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R01

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：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄：111/10—111/12

核付截止日期：112/03/31

頁次：6

6. 移撥全年6項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：

6.1 各項移撥款結餘款

	預算	已暫結金額	結餘款
移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用	200,000,000	169,274,809	30,725,191(E4)
全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	80,000,000	9,365,407	70,634,593(E5)
移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」專款	50,000,000	0	50,000,000(E6)
合計			151,359,784(E7)

結餘款支用金額

6.2 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 0(E8)
 6.9 合計結餘款 = 各項移撥款結餘款合計(E7) - 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(E8)
 = 151,359,784(E9)

7. 全年合計：

全年預算1,232,400,000元

第1季：預算 = 1,232,400,000 / 4 = 308,100,000

已暫結金額：7,500,000(Z) + 38,321,731(J29) + 2,213,002 + 218,100,000(H) + 0(R) = 266,134,733
 未支用金額：第1季預算 - 第1季已暫結金額 = 308,100,000 - 266,134,733 = 41,965,267

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,232,400,000 / 4 + 41,965,267 = 350,065,267

已暫結金額：7,500,000(Z) + 37,425,158(K29) + 2,265,005 + 218,100,000(H) + 0(R) = 265,290,163
 未支用金額：第2季預算 - 第2季已暫結金額 = 350,065,267 - 265,290,163 = 84,775,104

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,232,400,000 / 4 + 84,775,104 = 392,875,104

已暫結金額：7,500,000(Z) + 34,899,026(L29) + 2,432,130 + 218,100,000(H) + 0(R) = 262,931,156
 未支用金額：第3季預算 - 第3季已暫結金額 = 392,875,104 - 262,931,156 = 129,943,948

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,232,400,000 / 4 + 129,943,948 = 438,043,948

已暫結金額：7,500,000(Z) + 58,628,894(M29) + 2,455,270 + 218,100,000(H) + 0(R) = 286,684,164
 未支用金額：第4季預算 - 第4季已暫結金額 = 438,043,948 - 286,684,164 = 151,359,784

全年合計：預算 = 1,232,400,000

全年已暫結金額：1,081,040,216

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 - 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫
 = 1,232,400,000 - 1,081,040,216 - 0
 = 151,359,784 (E9)

8. 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109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。

二、專款項目費用

(一)牙醫特殊醫療服務全年預算 = 722,100,000

(6.721億元由111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一般服務預算項下移撥支應。)

第1季：預算 = 722,100,000/4 = 180,525,000

	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：	4,843,544(V01)	4,830,888(VF01)	12,656(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,517,247(V02)	14,847,191(VF02)	670,056(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,113,996(V03)	23,221,300(VF03)	892,696(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：	23,574,936(V04)	22,955,323(VF04)	619,613(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,625,061(V05)	10,032,836(VF05)	592,225(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	729,664(V06)	690,419(VF06)	39,245(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,662,739(V07)	9,662,520(VF07)	219(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,562,642(V08)	9,562,434(VF08)	208(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：	12,957,143(V09)	12,954,722(VF09)	2,421(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	580,135(V10)	580,046(VF10)	89(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	24,945(V11)	24,945(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	660,181(V12)	660,069(VF12)	112(VN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	12,499,200(V13)	12,499,200(VF13)	0(VN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	376,721(V14)	376,721(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,930(V15)	8,930(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	235,200(V16)	235,200(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,910(V17)	5,910(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,892(V18)	13,874(VF18)	18(VN18)
(19)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：	31,914(V19)	31,914(VF19)	0(VN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,073(V20)	19,073(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V21)	0(VF21)	0(VN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,417,563(V22)	1,417,563(VF22)	0(VN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,501,446(V23)	1,501,446(VF23)	0(VN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	212,252(V24)	212,252(VF24)	0(VN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	764,459(V25)	764,459(VF25)	0(VN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V26)	0(VF26)	0(VN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	65,392(V27)	65,392(VF27)	0(VN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V28)	0(VF28)	0(VN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(99)合計	130,004,185(V99)	127,174,627(VF99)	2,829,558(VN99)
暫結金額		未支用金額	
= 1元/點×已支用點數 = 130,004,185		= 第1季預算 - 暫結金額 = 50,520,815	

=====

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 50,520,815＝ 231,045,815

	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：	3,659,681(W01)	3,659,487(WF01)	194(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,786,013(W02)	12,313,784(WF02)	472,229(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	20,711,285(W03)	19,792,875(WF03)	918,410(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：	21,294,031(W04)	20,693,266(WF04)	600,765(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,274,897(W05)	8,833,006(WF05)	441,891(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,097,075(W06)	945,463(WF06)	151,612(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,281,459(W07)	5,281,309(WF07)	150(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,621,163(W08)	5,621,141(WF08)	22(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：	8,336,620(W09)	8,335,351(WF09)	1,269(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	360,680(W10)	360,680(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	14,281(W11)	14,281(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	372,655(W12)	372,655(WF12)	0(WN12)
(13)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)：	7,672,800(W13)	7,672,800(WF13)	0(WN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	158,679(W14)	158,679(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	2,669(W15)	2,669(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	86,400(W16)	86,400(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,145(W17)	3,145(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	58,022(W18)	58,022(WF18)	0(WN18)
(19)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：	27,319(W19)	27,319(WF19)	0(WN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	8,462(W20)	8,462(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	975,278(W22)	975,278(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,166,438(W23)	1,166,438(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	224,728(W24)	224,728(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	639,799(W25)	639,799(WF25)	0(WN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W26)	0(WF26)	0(WN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	81,370(W27)	81,370(WF27)	0(WN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W28)	0(WF28)	0(WN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(99)合計	99,914,949(W99)	97,328,407(WF99)	2,586,542(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 99,914,949	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 131,130,866		

=====
 第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 131,130,866＝ 311,655,866

	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：	5,396,409(X01)	5,379,842(XF01)	16,567(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,960,581(X02)	15,363,848(XF02)	596,733(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,704,178(X03)	23,884,084(XF03)	820,094(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：	25,524,296(X04)	24,717,774(XF04)	806,522(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,742,529(X05)	10,293,490(XF05)	449,039(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,256,464(X06)	1,111,584(XF06)	144,880(XN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,677,126(X07)	7,676,745(XF07)	381(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,585,600(X08)	7,585,355(XF08)	245(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：	11,125,550(X09)	11,124,422(XF09)	1,128(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	371,109(X10)	371,109(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	37,577(X11)	37,577(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	487,346(X12)	487,346(XF12)	0(XN12)
(13)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)：	9,804,000(X13)	9,804,000(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	302,756(X14)	302,756(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X15)	0(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	208,800(X16)	208,800(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,850(X17)	14,850(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	16,637(X18)	16,637(XF18)	0(XN18)
(19)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：	92,349(X19)	92,349(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,768(X20)	2,768(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,373,919(X22)	1,373,919(XF22)	0(XN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,453,854(X23)	1,453,854(XF23)	0(XN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	302,621(X24)	302,621(XF24)	0(XN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	732,331(X25)	732,331(XF25)	0(XN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X26)	0(XF26)	0(XN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	85,599(X27)	85,599(XF27)	0(XN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(X28)	0(XF28)	0(XN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(X29)	0(XF29)	0(XN29)
(99)合計	125,259,249(X99)	122,423,660(XF99)	2,835,589(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 125,259,249	＝ 第3季預算－暫結金額＝ 186,396,617		

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 186,396,617＝ 366,921,617

	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：	3,711,678(Y01)	3,711,335(YF01)	343(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,752,590(Y02)	17,060,829(YF02)	691,761(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	27,209,245(Y03)	26,296,471(YF03)	912,774(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：	26,390,879(Y04)	25,746,948(YF04)	643,931(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,272,002(Y05)	10,814,954(YF05)	457,048(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,213,902(Y06)	1,096,124(YF06)	117,778(YN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,643,773(Y07)	10,643,530(YF07)	243(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,594,827(Y08)	11,594,410(YF08)	417(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：	16,590,660(Y09)	16,588,965(YF09)	1,695(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	873,458(Y10)	873,456(YF10)	2(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	35,105(Y11)	35,105(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	591,615(Y12)	591,615(YF12)	0(YN12)
(13)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)：	14,409,600(Y13)	14,409,600(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	392,814(Y14)	392,814(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	5,324(Y15)	5,324(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	319,200(Y16)	319,200(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	6,280(Y17)	6,280(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,430(Y18)	15,430(YF18)	0(YN18)
(19)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：	23,158(Y19)	23,158(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,974(Y20)	4,974(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,584,203(Y22)	1,584,203(YF22)	0(YN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,443,707(Y23)	1,443,707(YF23)	0(YN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	277,164(Y24)	277,164(YF24)	0(YN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	664,284(Y25)	664,284(YF25)	0(YN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	97,622(Y27)	97,622(YF27)	0(YN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(99)合計	147,123,494(Y99)	144,297,502(YF99)	2,825,992(YN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 147,123,494	＝ 第4季預算－暫結金額＝ 219,798,123		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R01

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：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：11

全年合計：全年預算 = 722,100,000

	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：	17,611,312(Z01)	17,581,552(ZF01)	29,760(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	62,016,431(Z02)	59,585,652(ZF02)	2,430,779(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	96,738,704(Z03)	93,194,730(ZF03)	3,543,974(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：	96,784,142(Z04)	94,113,311(ZF04)	2,670,831(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	41,914,489(Z05)	39,974,286(ZF05)	1,940,203(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	4,297,105(Z06)	3,843,590(ZF06)	453,515(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,265,097(Z07)	33,264,104(ZF07)	993(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,364,232(Z08)	34,363,340(ZF08)	892(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：	49,009,973(Z09)	49,003,460(ZF09)	6,513(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,185,382(Z10)	2,185,291(ZF10)	91(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	111,908(Z11)	111,908(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	2,111,797(Z12)	2,111,685(ZF12)	112(ZN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	44,385,600(Z13)	44,385,600(ZF13)	0(ZN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	1,230,970(Z14)	1,230,970(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	16,923(Z15)	16,923(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	849,600(Z16)	849,600(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	30,185(Z17)	30,185(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	103,981(Z18)	103,963(ZF18)	18(ZN18)
(19)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：	174,740(Z19)	174,740(ZF19)	0(ZN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	35,277(Z20)	35,277(ZF20)	0(ZN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z21)	0(ZF21)	0(ZN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,350,963(Z22)	5,350,963(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,565,445(Z23)	5,565,445(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	1,016,765(Z24)	1,016,765(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	2,800,873(Z25)	2,800,873(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z26)	0(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家居整病人牙醫醫療服務：	329,983(Z27)	329,983(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z28)	0(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(99)合計	502,301,877(Z99)	491,224,196(ZF99)	11,077,681(ZN99)

全年預算 = 722,100,000

全年已支用點數 = 第1-4季已支用點數

= 130,004,185 + 99,914,949 + 125,259,249 + 147,123,494 = 502,301,877

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R01

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：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：12

 全年已結算金額 = 130,004,185 + 99,914,949 + 125,259,249 + 147,123,494 = 502,301,877

全年由一般服務部門支應之預算 = 0

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

= 722,100,000 - (502,301,877 - 0)

= 722,100,000 - 502,301,877

= 219,798,123 (E6)(若第4季一般服務移撥款有結餘，優先支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫全年不足款，再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限)

註：

- 依據「111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本預算由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」專款項目及當年度該總額地區預算調整方式之移撥款支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及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。
- 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定略以，111年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.324億元，按季均分，其中移撥0.50億元支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(二)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 280,000,000

第1季:

預算 = 280,000,000 / 4 = 70,000,000

項目	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)J1:	13,457,382(J0)	21,239,484(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:		已支用點數 3,697,600(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 1,169(J6)	加成已支用點數 234(J3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數 22,967,513(J7)	加成已支用點數 4,608,029(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 25,194,700(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 8,117(J11)	加成已支用點數 1,622(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 14,269,277(J12)	加成已支用點數 2,854,540(J9)
(5) 小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):		49,814,107(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)

= 57,596,209

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 12,403,791

※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= 280,000,000/4 + 12,403,791= 82,403,791

	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)K1:	11,973,772(K0)	20,521,734(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:		已支用點數 3,448,700(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 815(K6)	加成已支用點數 161(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 22,188,885(K7)	加成已支用點數 4,424,793(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 25,735,600(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 7,241(K11)	加成已支用點數 1,452(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 13,582,230(K12)	加成已支用點數 2,720,276(K9)
(5) 小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):		48,304,754(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)

= 56,852,716

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 25,551,075

※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= 280,000,000/4 + 25,551,075= 95,551,075

	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)L1:	12,492,806(L0)	19,143,497(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:		已支用點數 3,148,050(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 1,659(L6)	加成已支用點數 332(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 15,670,230(L7)	加成已支用點數 3,134,057(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 24,510,100(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 7,726(L11)	加成已支用點數 1,547(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 15,449,236(L12)	加成已支用點數 3,089,870(L9)
(5) 小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):		46,376,762(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)

= 53,027,453

未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額

= 42,523,622

※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= 280,000,000/4 + 42,523,622=112,523,622

	點數	收入
(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1:	12,901,978(M0)	20,133,506(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2:		已支用點數 4,250,100(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13:(傳票日期:112/04/28前核付)		已支用點數 5,069,400(M13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數 2,713(M6)	加成已支用點數 541(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 40,473,735(M7)	加成已支用點數 8,100,845(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14:(傳票日期:112/04/28前核付)		已支用點數 2,549,640(M14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5:		已支用點數 33,146,000(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 11,853(M11)	加成已支用點數 2,371(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 15,781,355(M12)	加成已支用點數 3,156,283(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14):		69,177,158(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)

= 76,408,686

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額

= 36,114,936

※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=280,000,000

(1) 執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	50,825,938(N0)	收入	81,038,221(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	14,544,450(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	5,069,400(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	6,356(N6)	加成已支用點數	1,268(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	101,300,363(N7)	加成已支用點數	20,267,724(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	2,549,640(N14)
(3) 巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	108,586,400(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	34,937(N11)	加成已支用點數	6,992(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	59,082,098(N12)	加成已支用點數	11,820,969(N9)
(5) 小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				213,672,781(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)
 = 57,596,209 + 56,852,716 + 53,027,453 + 76,408,686 = 243,885,064

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 36,114,936

※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「111年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，各季預算先扣除執業計畫「定額支付」費用後，執業計畫—巡迴服務之「論次支付」、巡迴計畫之「論次支付」及「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- 社區醫療站牙醫醫療服務：依據「111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」，本計畫巡迴點與社區醫療站提供0-6歲計畫收案對象及社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。
- 有關社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

(三)網路頻寬補助費用

全年預算= 168,000,000元

第1季已支用點數：34,645,550

第2季已支用點數：34,779,070

第3季已支用點數：34,872,992

第4季已支用點數：35,096,846

全年已支用點數：139,394,458

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 139,394,458

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 168,000,000 - 139,394,458 = 28,605,542

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(四)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

全年預算= 12,000,000元

第1季:預算= 12,000,000/4= 3,000,000

已支用點數：1,237,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 1,237,000

未支用金額：第1季預算-第1季暫結金額= 3,000,000 - 1,237,000 = 1,763,000

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 12,000,000/4+ 1,763,000 = 4,763,000

已支用點數：1,165,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 1,165,000

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額= 4,763,000 - 1,165,000 = 3,598,000

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 12,000,000/4+ 3,598,000 = 6,598,000

已支用點數：1,324,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 1,324,000

未支用金額：第3季預算-第3季暫結金額= 6,598,000 - 1,324,000 = 5,274,000

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 12,000,000/4+ 5,274,000 = 8,274,000

已支用點數：1,414,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 1,414,000

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 8,274,000 - 1,414,000 = 6,860,000

=====

全年合計:預算= 12,000,000

全年已支用點數: 5,140,000

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 5,140,000

全年未支用金額 = 全年預算 - (全年已結算金額 - 全年一般服務預算之移撥經費結餘款支應)

= 12,000,000 - (5,140,000 - 0)

= 6,860,000

註:1. 依據「111年度全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」, 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; 全年預算不足時, 由一般服務預算之移撥經費結餘款優先支應。

2. 一般服務各項移撥經費全年預算若有結餘, 優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫, 若再有剩餘則回歸一般服務費用總額, 並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(五)0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

全年預算= 60,000,000元

第1季:預算= 60,000,000/4= 15,000,000

(1)診療服務費已支用點數: 121,746

(2)品質獎勵費已支用點數: 0

(9)合計已支用點數: 121,746

暫結金額 : 1元/點×已支用點數 = 121,746

未支用金額: 第1季預算-第1季暫結金額= 15,000,000- 121,746= 14,878,254

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 14,878,254= 29,878,254

(1)診療服務費已支用點數: 107,942

(2)品質獎勵費已支用點數: 0

(9)合計已支用點數: 107,942

暫結金額 : 1元/點×已支用點數 = 107,942

未支用金額: 第2季預算-第2季暫結金額= 29,878,254- 107,942= 29,770,312

=====

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝60,000,000/4＋29,770,312＝44,770,312

(1)診療服務費已支用點數：95,115
 (2)品質獎勵費已支用點數：12,000
 (9)合計已支用點數：107,115

暫結金額：1元/點×已支用點數＝107,115
 未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝44,770,312－107,115＝44,663,197

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝60,000,000/4＋44,663,197＝59,663,197

(1)診療服務費已支用點數：90,666
 (2)品質獎勵費已支用點數：34,500
 (9)合計已支用點數：125,166

暫結金額：1元/點×已支用點數＝125,166
 未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額＝59,663,197－125,166＝59,538,031

全年合計：預算＝60,000,000

(1)診療服務費已支用點數：415,469
 (2)品質獎勵費已支用點數：46,500
 (9)合計已支用點數：461,969

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝461,969
 全年未支用金額＝全年預算－全年已結算金額
 ＝60,000,000－461,969
 ＝59,538,031

註：依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，預算係按季均分及結算，每點支付金額不低於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。

(六)12-18歲青少年口腔提升試辦計畫

全年預算= 271,500,000元

第1季:預算=271,500,000/4= 67,875,000

已支用點數： 87,678

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 87,678

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 67,875,000－ 87,678= 67,787,322

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=271,500,000/4+ 67,787,322= 135,662,322

已支用點數： 1,383,986

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 1,383,986

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 135,662,322－ 1,383,986= 134,278,336

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=271,500,000/4+134,278,336= 202,153,336

已支用點數： 4,039,694

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 4,039,694

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 202,153,336－ 4,039,694= 198,113,642

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=271,500,000/4+198,113,642= 265,988,642

已支用點數： 4,417,922

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 4,417,922

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額= 265,988,642－ 4,417,922= 261,570,720

全年合計:預算=271,500,000

已支用點數： 9,929,280

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 9,929,280

全年未支用金額 = 全年預算－ 全年已結算金額

= 271,500,000－ 9,929,280

= 261,570,720

註:依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」,預算係按季均分及結算,每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算。

(七)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

全年預算 = 184,000,000元

第1季:預算 = 184,000,000/4 = 46,000,000

已支用點數： 836,261

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 836,261

未支用金額： 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 46,000,000 - 836,261 = 45,163,739

第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 184,000,000/4 + 45,163,739 = 91,163,739

已支用點數： 6,085,803

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 6,085,803

未支用金額： 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 91,163,739 - 6,085,803 = 85,077,936

第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 184,000,000/4 + 85,077,936 = 131,077,936

已支用點數： 9,297,549

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 9,297,549

未支用金額： 第3季預算 - 第3季暫結金額 = 131,077,936 - 9,297,549 = 121,780,387

第4季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 184,000,000/4 + 121,780,387 = 167,780,387

已支用點數： 12,719,063

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 12,719,063

未支用金額： 第4季預算 - 第4季暫結金額 = 167,780,387 - 12,719,063 = 155,061,324

全年合計:預算 = 184,000,000

已支用點數： 28,938,676

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數 = 28,938,676

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 184,000,000 - 28,938,676

= 155,061,324

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。

=====

(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+111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%)+91,200,000

=(8,887,743,719+ 47,814,126)×0.30%+(9,536,674,173+ 37,909,079)×0.30%+(10,232,725,814+ 44,641,542)×0.30%

+ (9,977,436,416+ 29,256,671)×0.30%+91,200,000

=26,806,674+28,723,750+30,832,102+30,020,079+91,200,000

=207,582,605

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R01

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：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：24

三、一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=[(D2)-(B5)-(B6)] ×100% × 109年各季人口風險因子(R_109)(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. 111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)		10,698,084,028	11,460,946,233	12,313,758,741	11,957,906,860	46,430,695,862
2. 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5)		0	0	200,000,000	201,518,430	401,518,430
3. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)		0	0	550,000	532,400	1,082,400
4. 109年人口風險因子(R_109)	臺北分區	0.37133	0.37130	0.37126	0.37127	
	北區分區	0.16053	0.16122	0.16182	0.16214	
	中區分區	0.18093	0.18080	0.18127	0.18105	
	南區分區	0.12803	0.12774	0.12729	0.12713	
	高屏分區	0.13946	0.13931	0.13870	0.13875	
	東區分區	0.01972	0.01963	0.01966	0.01966	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
5. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=[(D2)-(B5)-(B6)] ×100%×(R_109)(註1、2)	臺北分區	3,972,519,542	4,255,449,336	4,497,149,877	4,364,596,668	17,089,715,423
	北區分區	1,717,363,429	1,847,733,752	1,960,159,438	1,906,094,497	7,431,351,116
	中區分區	1,935,604,343	2,072,139,079	2,195,761,348	2,128,397,734	8,331,902,504
	南區分區	1,369,675,698	1,464,021,272	1,541,890,341	1,494,521,977	5,870,109,288
	高屏分區	1,491,954,799	1,596,624,420	1,680,102,052	1,631,125,024	6,399,806,295
	東區分區	210,966,217	224,978,374	238,145,685	231,120,130	905,210,406
	小計	10,698,084,028	11,460,946,233	12,113,208,741	11,755,856,030	46,028,095,032

(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-(B5)-(B6)]× R_109(四捨五入至整數位)+各分區支應牙周病統合治療方案移撥款(BH)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥全年6項一般服務移撥專用費用各分區結餘款(BE9)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R01

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：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：25

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.869908%	24.384747%	25.928519%	25.816826%	100%
2. 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5)(註3)		0	0	200,000,000	201,518,430	401,518,430
3. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護 試辦計畫重複之預算(B6)(註4)		0	0	550,000	532,400	1,082,400
4. 109年人口風險因子(R_109)	臺北分區	0.37133	0.37130	0.37126	0.37127	
	北區分區	0.16053	0.16122	0.16182	0.16214	
	中區分區	0.18093	0.18080	0.18127	0.18105	
	南區分區	0.12803	0.12774	0.12729	0.12713	
	高屏分區	0.13946	0.13931	0.13870	0.13875	
	東區分區	0.01972	0.01963	0.01966	0.01966	
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)
5. 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- (B5)-(B6)] ×R_109	臺北分區	4,115,437,165	4,203,861,465	4,395,065,650	4,375,372,818	17,089,737,098
	北區分區	1,779,148,273	1,825,334,084	1,915,664,288	1,910,800,627	7,430,947,272
	中區分區	2,005,240,746	2,047,018,995	2,145,918,091	2,133,652,729	8,331,830,561
	南區分區	1,418,951,930	1,446,273,266	1,506,889,798	1,498,211,938	5,870,326,932
	高屏分區	1,545,630,213	1,577,268,895	1,641,964,137	1,635,152,257	6,400,015,502
	東區分區	218,556,058	222,251,011	232,739,834	231,690,764	905,237,667
	小計	11,082,964,385	11,322,007,716	11,838,241,798	11,784,881,133	46,028,095,032
6. 移撥牙周病統合治療方案 (H)(註5)		218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000	872,400,000
7. 各分區109年7月至110年6月 牙周病統合治療第二階段支付 之申報件數占率分配(Ha_109)	臺北分區	0.38278449	0.38278449	0.38278449	0.38278449	
	北區分區	0.14418039	0.14418039	0.14418039	0.14418039	
	中區分區	0.17512775	0.17512775	0.17512775	0.17512775	
	南區分區	0.11696812	0.11696812	0.11696812	0.11696812	
	高屏分區	0.16254360	0.16254360	0.16254360	0.16254360	
	東區分區	0.01839565	0.01839565	0.01839565	0.01839565	
	合計	100%	100%	100%	100%	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

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：112/05/03

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：26

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
8. 各分區牙周病統合治療方案 移撥款 BH= HxHa_109	臺北分區	83,485,297	83,485,297	83,485,297	83,485,298	333,941,189
	北區分區	31,445,743	31,445,743	31,445,743	31,445,743	125,782,972
	中區分區	38,195,362	38,195,362	38,195,362	38,195,363	152,781,449
	南區分區	25,510,747	25,510,747	25,510,747	25,510,747	102,042,988
	高屏分區	35,450,759	35,450,759	35,450,759	35,450,760	141,803,037
	東區分區	4,012,092	4,012,092	4,012,092	4,012,089	16,048,365
	小計		218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000
9. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註7)	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
10. 移撥全年6項一般服務移撥專用費用 結餘款E9(註10)					151,359,784	151,359,784
11. 移撥全年6項一般服務移撥專用費用 各分區結餘款BE9= E9xR_109	臺北分區				56,195,347	56,195,347
	北區分區				24,541,475	24,541,475
	中區分區				27,403,689	27,403,689
	南區分區				19,242,369	19,242,369
	高屏分區				21,001,170	21,001,170
	東區分區				2,975,734	2,975,734
	小計				151,359,784	151,359,784
12. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)+(BH)+ (Z)+(BE9)	臺北分區	4,198,922,462	4,287,346,762	4,478,550,947	4,515,053,463	17,479,873,634
	北區分區	1,810,594,016	1,856,779,827	1,947,110,031	1,966,787,845	7,581,271,719
	中區分區	2,048,436,108	2,090,214,357	2,189,113,453	2,204,251,781	8,532,015,699
	南區分區	1,444,462,677	1,471,784,013	1,532,400,545	1,542,965,054	5,991,612,289
	高屏分區	1,583,580,972	1,615,219,654	1,679,914,896	1,694,104,187	6,572,819,709
	東區分區	222,568,150	226,263,103	236,751,926	238,678,587	924,261,766
	小計	11,308,564,385	11,547,607,716	12,063,841,798	12,161,840,917	47,081,854,816

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. 扣減高風險疾病口腔照護未執行之預算(B5)：依據111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，高風險疾病口腔照護，依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度，爰於111年第3季扣減200,000,000元，111年第4季扣減201,518,430元，共計401,518,430元。
4. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)：依據111年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，依111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，爰於111年第3季扣減550,000元，111年第4季扣減532,400元，共計1,082,400元。
5. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定略以，111年度牙醫門診總額一般服務預算移撥8.724億元支應「牙周病統合治療方案」，六分區預算按109年7月至110年6月「牙周病統合治療第二階段支付」之申報件數占率分配。為避免牙周病統合治療方案移撥款各季加總後所產生之數元誤差：東區移撥款為每季預算之合計移撥款減去前五區移撥款；第4季預算則為全年移撥款減去前3季移撥款。
6. 「111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，說明如下：
 - (1) 本計畫全年經費為7.221億元，其中6.721億元由111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0.50億元由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
 - (2) 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決議略以，111年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.324億元，按季均分，其中移撥0.50億元支應全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
7. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定略以，111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。
8. 依據「111年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，有關巡迴計畫之「核實申報」費用，加成前點數由牙醫總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
9. 依據「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
10. 依據110年11月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議110年度第3次會議決定略以，各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依109年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
11. 依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」。

四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

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	3,758,488,391(BF)	0.92241459	-----	32,093,153	227,663
	2-北區分區	372,389,663	0.92241459	343,497,658	3,102,436	
	3-中區分區	217,839,556	0.92241459	200,938,385	1,865,684	
	4-南區分區	129,309,965	0.92241459	119,277,398	1,149,549	
	5-高屏分區	167,091,558	0.92241459	154,127,691	1,262,939	
	6-東區分區	22,108,173	0.92241459	20,392,901	269,874	
	7-合計	4,667,227,306(GF)		838,234,033(AF)	39,743,635(BG)	227,663(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	245,527,043	0.98003785	240,625,795	2,491,745	
	2-北區分區	1,448,998,746(BF)	0.98003785	-----	13,544,469	59,263
	3-中區分區	95,839,491	0.98003785	93,926,329	820,964	
	4-南區分區	64,014,210	0.98003785	62,736,349	509,805	
	5-高屏分區	37,209,728	0.98003785	36,466,942	285,460	
	6-東區分區	4,585,639	0.98003785	4,494,100	61,665	
	7-合計	1,896,174,857(GF)		438,249,515(AF)	17,714,108(BG)	59,263(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	75,294,820	1.00671644	75,800,533	703,162	
	2-北區分區	43,326,515	1.00671644	43,617,515	367,891	
	3-中區分區	1,938,586,527(BF)	1.00671644	-----	14,433,236	75,395
	4-南區分區	44,847,694	1.00671644	45,148,911	484,488	
	5-高屏分區	30,112,696	1.00671644	30,314,946	246,647	
	6-東區分區	3,296,166	1.00671644	3,318,305	41,995	
	7-合計	2,135,464,418(GF)		198,200,210(AF)	16,277,419(BG)	75,395(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

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：112/05/03

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 29

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	62,833,049	1.05586933	66,343,489	717,302	
	2-北區分區	27,373,610	1.05586933	28,902,955	236,646	
	3-中區分區	65,235,169	1.05586933	68,879,814	585,538	
	4-南區分區	1,196,012,450(BF)	1.05586933	-----	10,055,667	64,951
	5-高屏分區	66,246,399	1.05586933	69,947,541	544,323	
	6-東區分區	2,568,594	1.05586933	2,712,100	32,882	
	7-合計		1,420,269,271(GF)		236,785,899(AF)	12,172,358(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	43,388,598	1.01872670	44,201,123	389,907	
	2-北區分區	18,340,350	1.01872670	18,683,804	171,241	
	3-中區分區	31,260,635	1.01872670	31,846,044	298,851	
	4-南區分區	67,217,696	1.01872670	68,476,462	576,838	
	5-高屏分區	1,439,433,387(BF)	1.01872670	-----	11,922,850	40,483
	6-東區分區	4,037,202	1.01872670	4,112,805	50,827	
	7-合計		1,603,677,868(GF)		167,320,238(AF)	13,410,514(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	14,049,735	1.20486415	16,928,022	147,970	
	2-北區分區	4,664,822	1.20486415	5,620,477	73,813	
	3-中區分區	4,472,511	1.20486415	5,388,768	44,980	
	4-南區分區	3,092,484	1.20486415	3,726,023	44,558	
	5-高屏分區	6,265,463	1.20486415	7,549,032	59,030	
	6-東區分區	159,420,149(BF)	1.20486415	-----	1,992,900	5,176
	7-合計		191,965,164(GF)		39,212,322(AF)	2,363,251(BG)

$$2. \text{一般服務浮動每點支付金額} = [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\ - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季點值(AF)} \\ - \text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} \\ - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

臺北分區	= [4,515,053,463 - 838,234,033 - 39,743,635 - 227,663] / 3,758,488,391 = 0.96763586
北區分區	= [1,966,787,845 - 438,249,515 - 17,714,108 - 59,263] / 1,448,998,746 = 1.04262682
中區分區	= [2,204,251,781 - 198,200,210 - 16,277,419 - 75,395] / 1,938,586,527 = 1.02636572
南區分區	= [1,542,965,054 - 236,785,899 - 12,172,358 - 64,951] / 1,196,012,450 = 1.08187991
高屏分區	= [1,694,104,187 - 167,320,238 - 13,410,514 - 40,483] / 1,439,433,387 = 1.05133934
東區分區	= [238,678,587 - 39,212,322 - 2,363,251 - 5,176] / 159,420,149 = 1.23634208

$$3. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總} [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\ - \text{核定非浮動點數(BG)} \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)}$$

$$= [12,161,840,917 - 101,681,285 - 472,931] / 11,914,778,884 = 1.01216202$$

$$4. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)}] \\ / [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}]$$

臺北分區	= [4,515,053,463] / [4,667,227,306 + 39,743,635 + 227,663] = 0.95918057
北區分區	= [1,966,787,845] / [1,896,174,857 + 17,714,108 + 59,263] = 1.02760765
中區分區	= [2,204,251,781] / [2,135,464,418 + 16,277,419 + 75,395] = 1.02436757
南區分區	= [1,542,965,054] / [1,420,269,271 + 12,172,358 + 64,951] = 1.07710853
高屏分區	= [1,694,104,187] / [1,603,677,868 + 13,410,514 + 40,483] = 1.04759999
東區分區	= [238,678,587] / [191,965,164 + 2,363,251 + 5,176] = 1.22819007

$$5. \text{一般服務全區平均點值} = [12,161,840,917] / [11,914,778,884 + 101,681,285 + 472,931] = 1.01205864$$

註：依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」。

$$\begin{aligned}
& 6. \text{牙醫門診總額平均點值} = \text{加總}[\text{依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\
& \quad + \text{專款專用暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額}] \\
& \quad / \text{加總}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
& \quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}] \\
& = [12,161,840,917 + 330,125,256 + 58,628,894 + 2,455,270] \\
& / [11,914,778,884 + 101,681,285 + 472,931 + 322,893,728 + 56,269,656] = 1.01266155
\end{aligned}$$

註：1. 專款專用暫結金額 = 牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款) + 醫療資源不足地區改善方案支付金額
+ 網路頻寬補助費用暫結金額 + 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額 + 0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫
+ 12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫 + 高齲齒牙齒保存改善服務計畫 + 品質保證保留款預算
= 147,123,494 + 76,408,686 + 35,096,846 + 1,414,000 + 125,166 + 4,417,922 + 12,719,063 + 52,820,079
= 330,125,256

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月111/09(含)以前：於112/01/01~112/03/31期間核付者。

費用年月111/10~111/12：於111/10/01~112/03/31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。