

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)110年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

$$= 110\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times 108\text{年各季預算占率}(Ra) \times \text{該區}108\text{年各季人口風險因子}(R_{108})$$

$$= 11,128,321,464$$

註：依據109年11月24日「牙醫門診總額研商議事會議」109年度第4次會議決定，110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：第一季23.893298%、第二季24.695734%、第三季25.710569%、第四季25.700399%。110年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將接例依各分區108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。

110年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 45,061,715,779元：

$$1. 110\text{年第1季調整後預算}10,766,730,035\text{元} = 110\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times Ra \times (R_{108})。$$

$$2. 110\text{年第2季調整後預算}11,128,321,464\text{元} = 110\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times Ra \times (R_{108})。$$

$$3. 110\text{年第3季調整後預算}11,585,623,528\text{元} = 110\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times Ra \times (R_{108})。$$

$$4. 110\text{年第4季調整後預算} = 110\text{年全年預算數} - 110\text{年第1季調整後預算} - 110\text{年第2季調整後預算} - 110\text{年第3季調整後預算}$$
$$= 45,061,715,779 - 10,766,730,035 - 11,128,321,464 - 11,585,623,528$$
$$= 11,581,040,752\text{元}。$$

5. 計算過程詳本表頁次21：「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：RGI3008R01

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：110/10/25

110年第2季

結算主要費用年月起迄：110/04—110/06

核付截止日期：110/09/30

頁次：2

(二)110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

	108年 108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	107年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	108年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	109年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	108年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	109年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	110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)	110年6項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	110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)	
				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 3.559\%)$				$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 3.054\%)$				$= G1 - C1 - F$
第1季	10,122,489,991	24,976,012	497,233	10,509,129,248	-11,940,333	6,829,579	10,824,811,219	26,806,674	441,000,000	10,357,004,545	0	
第2季	10,846,625,140	17,693,547	497,233	11,251,494,719	-16,394,990	6,829,579	11,585,257,829	28,723,750	441,000,000	11,115,534,079	0	
第3季	11,646,798,127	13,122,787	497,233	12,075,412,429	-20,795,127	6,829,579	12,429,803,469	30,832,102	441,000,000	11,957,971,367	0	
第4季	11,331,663,601	17,075,030	497,233	11,753,155,168	-16,407,721	6,829,578	12,102,225,867	30,020,079	441,000,000	11,631,205,788	0	
合計	43,947,576,859	72,867,376	1,988,932	45,589,191,564	-65,538,171	27,318,315	46,942,098,384	116,382,605	1,764,000,000	45,061,715,779	0	

註：

1. 109年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (108年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1) + 107年各季校正投保人口預估成長率差值(B1) + 前1年度(108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 + 3.559%)。

※109年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 1,988,932元，按季均分。

2. 110年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (109年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 108年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 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(B4)) × (1 + 3.054%)。

※一般服務成長率為3.054%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.466%，協商因素成長率0.588%。

※110年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 27,318,315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110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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109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109年第3次委員會決議，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110年度品質保證保留款(87.9百萬元)合併運用(計204.3百萬元)。

4. 110年6項一般服務移撥專用費用(F)：依據109年11月24日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議109年度第4次會議決定辦理。110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17.64億元，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14.04億元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按108年7月至109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。

(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108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)110年6項一般服務移撥專用費用

全年預算1,764,000,000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)，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	1,092(J6)	暫結金額	1,092(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	21,404,642(J7)	暫結金額	22,163,704(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	9,134(J11)	暫結金額	9,134(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	15,860,728(J12)	暫結金額	16,341,508(J22)
(3)小計	加成前點數	37,275,596(J19)	暫結金額	38,515,438(J29)

暫結金額 = 38,515,438

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 11,484,562

第2季：

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝200,000,000/4＋11,484,562＝61,484,562

(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	1,476(K6)	暫結金額	1,476(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	24,488,785(K7)	暫結金額	25,622,536(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	7,603(K11)	暫結金額	7,603(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	14,288,106(K12)	暫結金額	14,828,928(K22)
(3)小計	加成前點數	38,785,970(K19)	暫結金額	40,460,543(K29)

暫結金額 = 40,460,543

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 21,024,019

## 第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 21,024,019= 71,024,019

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

暫結金額 = 0 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 71,024,019

## 第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 71,024,019=121,024,019

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

暫結金額 = 0 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 121,024,019

## 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	2,568(N6)	暫結金額	2,568(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	45,893,427(N7)	暫結金額	47,786,240(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	16,737(N11)	暫結金額	16,737(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	30,148,834(N12)	暫結金額	31,170,436(N22)
(3)小計	加成前點數	76,061,566(N19)	暫結金額	78,975,981(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)

= 38,515,438 + 40,460,543 + 0 + 0  
= 78,975,981

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額 - 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

= 200,000,000 - 78,975,981 - 0

= 121,024,019 (E4)(若第4季有結餘款則回歸一般服務費用總額)

註:1. 依據「110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,則回歸一般服務費用總額,以200百萬元為限,並依108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

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108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：6,627,838

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 6,627,838

未支用金額：第1季預算-第1季暫結金額= 20,000,000 - 6,627,838 = 13,372,162

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+13,372,162= 33,372,162

已支用點數：5,449,202

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 5,449,202

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額= 33,372,162 - 5,449,202 = 27,922,960

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+27,922,960= 47,922,960

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算-第3季暫結金額= 47,922,960 - 0 = 47,922,960

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+47,922,960= 67,922,960

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 67,922,960 - 0 = 67,922,960

全年合計：預算=80,000,000

全年已支用點數：12,077,040

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 12,077,040

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額 - 支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

= 80,000,000 - 12,077,040 - 0

= 67,922,960 (E5)(若第4季有結餘款則回歸一般服務費用總額)

註：1. 依據「110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108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14.04億元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按108年7月至109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351,000,000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。

## 6. 全年合計：

全年預算1,764,000,000元

第1季: 預算 =  $1,764,000,000 / 4 = 441,000,000$ 已暫結金額:  $7,500,000(Z) + 38,515,438 + 6,627,838 + 351,000,000(H) + 0(R) = 403,643,276$ 未支用金額: 第1季預算 - 第1季已暫結金額 =  $441,000,000 - 403,643,276 = 37,356,724$ 第2季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =  $1,764,000,000 / 4 + 37,356,724 = 478,356,724$ 已暫結金額:  $7,500,000(Z) + 40,460,543 + 5,449,202 + 351,000,000(H) + 0(R) = 404,409,745$ 未支用金額: 第2季預算 - 第2季已暫結金額 =  $478,356,724 - 404,409,745 = 73,946,979$ 第3季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =  $1,764,000,000 / 4 + 73,946,979 = 514,946,979$ 已暫結金額:  $0(Z) + 0 + 0 + 0(H) + 0(R) = 0$ 未支用金額: 第3季預算 - 第3季已暫結金額 =  $514,946,979 - 0 = 514,946,979$ 第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =  $1,764,000,000 / 4 + 514,946,979 = 955,946,979$ 已暫結金額:  $0(Z) + 0 + 0 + 0(H) + 0(R) = 0$ 未支用金額: 第4季預算 - 第4季已暫結金額 =  $955,946,979 - 0 = 955,946,979$ 

全年合計: 預算 = 1,764,000,000

全年已暫結金額: 808,053,021

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

=  $1,764,000,000 - 808,053,021 - 0$ 

= 955,946,979

7. 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108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110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：	4,512,612(V01)	4,512,345(VF01)	267(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,383,016(V02)	14,571,103(VF02)	811,913(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,535,501(V03)	23,489,583(VF03)	1,045,918(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：	24,094,821(V04)	23,339,825(VF04)	754,996(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,634,716(V05)	10,101,830(VF05)	532,886(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	938,163(V06)	806,711(VF06)	131,452(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,122,120(V07)	10,121,704(VF07)	416(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,131,456(V08)	10,131,157(VF08)	299(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：	13,428,615(V09)	13,426,578(VF09)	2,037(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	592,695(V10)	592,695(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	48,199(V11)	48,199(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	860,255(V12)	860,255(VF12)	0(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)：	13,178,400(V13)	13,178,400(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：	244,145(V14)	244,145(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,344(V15)	8,344(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	201,600(V16)	201,600(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：	9,587(V17)	9,587(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：	25,398(V18)	25,398(VF18)	0(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：	70,222(V19)	70,222(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：	1,876(V20)	1,876(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：	1,441,939(V22)	1,441,939(VF22)	0(VN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,606,164(V23)	1,606,164(VF23)	0(VN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	170,332(V24)	170,332(VF24)	0(VN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	653,325(V25)	653,325(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：	127,689(V27)	127,689(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	133,021,190(V99)	129,741,006(VF99)	3,280,184(VN99)
暫結金額		未支用金額	
= 1元/點×已支用點數 = 133,021,190		= 第1季預算 - 暫結金額 = 47,503,810	

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 47,503,810＝ 228,028,810

	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：	2,912,116(W01)	2,911,511(WF01)	605(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,126,369(W02)	9,672,179(WF02)	454,190(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,239,378(W03)	16,522,886(WF03)	716,492(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：	18,280,808(W04)	17,687,232(WF04)	593,576(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,668,740(W05)	7,468,474(WF05)	200,266(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	779,536(W06)	617,754(WF06)	161,782(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,382,623(W07)	7,382,409(WF07)	214(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,428,859(W08)	7,428,637(WF08)	222(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：	9,846,137(W09)	9,845,121(WF09)	1,016(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	492,072(W10)	492,030(WF10)	42(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	18,855(W11)	18,855(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	513,081(W12)	513,081(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)：	9,825,600(W13)	9,825,600(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：	156,198(W14)	156,198(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	9,232(W15)	9,232(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	124,800(W16)	124,800(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：	14,660(W17)	14,660(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：	2,474(W18)	2,474(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：	22,974(W19)	22,974(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：	0(W20)	0(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：	1,002,757(W22)	1,002,757(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,027,731(W23)	1,027,731(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	153,904(W24)	153,904(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	496,056(W25)	496,056(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：	89,366(W27)	89,366(WF27)	0(WN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,700(W28)	5,700(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	95,620,026(W99)	93,491,621(WF99)	2,128,405(WN99)
暫結金額		未支用金額	
＝ 1元/點×已支用點數＝ 95,620,026		＝ 第2季預算－暫結金額＝ 132,408,784	



第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 132,408,784＝ 312,933,784

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X07)	0(XF07)	0(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X08)	0(XF08)	0(XN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(X09)	0(XF09)	0(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X10)	0(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X11)	0(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(X12)	0(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(X13)	0(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：	0(X14)	0(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)：	0(X16)	0(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：	0(X17)	0(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：	0(X18)	0(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：	0(X19)	0(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：	0(X20)	0(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：	0(X22)	0(XF22)	0(XN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X23)	0(XF23)	0(XN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(X24)	0(XF24)	0(XN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(X25)	0(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：	0(X27)	0(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	0(X99)	0(XF99)	0(XN99)
暫結金額		未支用金額	
＝ 1元/點×已支用點數＝ 0		＝ 第3季預算 - 暫結金額＝ 312,933,784	

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 312,933,784＝ 493,458,784

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y13)	0(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：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y16)	0(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：	0(Y17)	0(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：	0(Y18)	0(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：	0(Y19)	0(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：	0(Y20)	0(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：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(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：	0(Y27)	0(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	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)
暫結金額		未支用金額	
＝ 1元/點×已支用點數＝	0	＝ 第4季預算 - 暫結金額＝	493,458,784

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R01

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：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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：	7,424,728(Z01)	7,423,856(ZF01)	872(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,509,385(Z02)	24,243,282(ZF02)	1,266,103(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	41,774,879(Z03)	40,012,469(ZF03)	1,762,410(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：	42,375,629(Z04)	41,027,057(ZF04)	1,348,572(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	18,303,456(Z05)	17,570,304(ZF05)	733,152(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,717,699(Z06)	1,424,465(ZF06)	293,234(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,504,743(Z07)	17,504,113(ZF07)	630(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,560,315(Z08)	17,559,794(ZF08)	521(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：	23,274,752(Z09)	23,271,699(ZF09)	3,053(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,084,767(Z10)	1,084,725(ZF10)	42(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	67,054(Z11)	67,054(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,373,336(Z12)	1,373,336(ZF12)	0(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)：	23,004,000(Z13)	23,004,000(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：	400,343(Z14)	400,343(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	17,576(Z15)	17,576(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	326,400(Z16)	326,400(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：	24,247(Z17)	24,247(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：	27,872(Z18)	27,872(ZF18)	0(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：	93,196(Z19)	93,196(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：	1,876(Z20)	1,876(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：	2,444,696(Z22)	2,444,696(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,633,895(Z23)	2,633,895(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	324,236(Z24)	324,236(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,149,381(Z25)	1,149,381(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：	217,055(Z27)	217,055(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	5,700(Z28)	5,700(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	228,641,216(Z99)	223,232,627(ZF99)	5,408,589(ZN99)

全年預算 = 722,100,000

全年已支用點數 = 第1-4季已支用點數

= 133,021,190 + 95,620,026 + 0 + 0 = 228,641,216

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R01

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：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 12

---


$$\text{全年已結算金額} = 133,021,190 + 95,620,026 + 0 + 0 = 228,641,216$$

$$\text{全年由一般服務部門支應之預算} = 0$$

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

$$= 722,100,000 - (228,641,216 - 0)$$

$$= 722,100,000 - 228,641,216$$

$$= 493,458,784 \text{ (E6)} \text{ (若第4季一般服務移撥款有結餘, 優先支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫全年不足款, 再有剩餘則回歸一般服務費用總額, 以0.5億元為限)}$$

註：

- 依據「110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109年11月24日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議109年度第4次會議決定略以，110年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計17.64億元，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108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

	點數	收入
(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:	12,323,704(J0)	20,796,631(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:		已支用點數 3,539,100(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 1,092(J6)	加成已支用點數 221(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 21,404,642(J7)	加成已支用點數 4,281,497(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 24,914,050(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 9,134(J11)	加成已支用點數 1,826(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 15,860,728(J12)	加成已支用點數 3,172,153(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):		48,232,551(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)

= 56,705,478

## 未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 13,294,522

※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 + 13,294,522= 83,294,522

	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)K1：	11,609,108(K0)	22,634,761(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2：		已支用點數 3,447,300(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 1,476(K6)	加成已支用點數 298(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 24,488,785(K7)	加成已支用點數 4,898,148(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 25,435,300(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 7,603(K11)	加成已支用點數 1,521(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 14,288,106(K12)	加成已支用點數 2,857,811(K9)
(5) 小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14)：		48,249,486(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)  
= 59,275,139

## 未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額  
= 24,019,383

※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 + 24,019,383= 94,019,383

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

暫結金額

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

= 0

未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額

= 94,019,383

※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 + 94,019,383=164,019,383

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

## 暫結金額

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

= 0

## 未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額

= 164,019,383

※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	23,932,812(N0)	收入	43,431,392(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	6,986,400(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	0(N13)
(2) 巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	2,568(N6)	加成已支用點數	519(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	45,893,427(N7)	加成已支用點數	9,179,645(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	0(N14)
(3) 巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	50,349,350(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	16,737(N11)	加成已支用點數	3,347(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	30,148,834(N12)	加成已支用點數	6,029,964(N9)
(5) 小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				96,482,037(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)  
 = 56,705,478 + 59,275,139 + 0 + 0 = 115,980,617

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 164,019,383

※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「110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「110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=136,000,000元

第1季已支用點數：33,871,388

第2季已支用點數：34,339,554

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：68,210,942

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 68,210,942

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 136,000,000 - 68,210,942 = 67,789,058

註：依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」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：1,236,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 1,236,000

未支用金額：第1季預算-第1季暫結金額 = 3,000,000 - 1,236,000 = 1,764,000

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額 = 12,000,000/4 + 1,764,000 = 4,764,000

已支用點數：588,000

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 588,000

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額 = 4,764,000 - 588,000 = 4,176,000

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額 = 12,000,000/4 + 4,176,000 = 7,176,000

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第3季預算-第3季暫結金額 = 7,176,000 - 0 = 7,176,000

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額 = 12,000,000/4 + 7,176,000 = 10,176,000

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額 = 10,176,000 - 0 = 10,176,000

全年合計:預算= 12,000,000

全年已支用點數: 1,824,000

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 1,824,000

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 - ( 1,824,000 - 0)

= 10,176,000

註:1. 依據「110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108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: 0

(2)品質獎勵費已支用點數: 0

(9)合計已支用點數: 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= 15,000,000- 0= 15,000,000

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 15,000,000= 30,000,000

(1)診療服務費已支用點數: 0

(2)品質獎勵費已支用點數: 0

(9)合計已支用點數: 0

暫結金額 : 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額: 第2季預算-第2季暫結金額= 30,000,000- 0= 30,000,000

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 30,000,000= 45,000,000

(1)診療服務費已支用點數: 0

(2)品質獎勵費已支用點數: 0

(9)合計已支用點數: 0

暫結金額 : 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額: 第3季預算-第3季暫結金額= 45,000,000- 0= 45,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R01

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：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

頁次：20

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 45,000,000= 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數： 0  
 (2)品質獎勵費已支用點數： 0  
 (9)合計已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0  
 未支用金額：第4季預算-第4季暫結金額= 60,000,000- 0= 60,000,000

全年合計:預算= 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數： 0  
 (2)品質獎勵費已支用點數： 0  
 (9)合計已支用點數： 0

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 0  
 全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額  
 = 60,000,000 - 0  
 = 60,000,000

註:依據「110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。

(六)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+110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%)+87,900,000  
 =(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%+87,900,000  
 =26,806,674+28,723,750+30,832,102+30,020,079+87,900,000  
 =204,282,605

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R01

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：110/10/25

110年第2季

結算主要費用年月起迄：110/04—110/06

核付截止日期：110/09/30

頁次：21

## 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) ×100% × 108年各季人口風險因子(R\_108)(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. 110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)		10,357,004,545	11,115,534,079	11,957,971,367	11,631,205,788	45,061,715,779
2. 108年人口風險因子(R_108)	臺北分區	0.37091	0.37120	0.37119	0.37143	
	北區分區	0.15965	0.15995	0.16032	0.16079	
	中區分區	0.18101	0.18097	0.18146	0.18131	
	南區分區	0.12879	0.12861	0.12813	0.12783	
	高屏分區	0.13980	0.13950	0.13911	0.13892	
	東區分區	0.01984	0.01977	0.01979	0.01972	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
3. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100%×(R_108)(說明1、2)	臺北分區	3,841,516,556	4,126,086,250	4,438,679,392	4,320,178,766	16,726,460,964
	北區分區	1,653,495,776	1,777,929,676	1,917,101,970	1,870,181,579	7,218,709,001
	中區分區	1,874,721,393	2,011,578,202	2,169,893,484	2,108,853,921	8,165,047,000
	南區分區	1,333,878,615	1,429,568,838	1,532,174,871	1,486,817,036	5,782,439,360
	高屏分區	1,447,909,235	1,550,617,004	1,663,473,397	1,615,807,108	6,277,806,744
	東區分區	205,482,970	219,754,109	236,648,253	229,367,378	891,252,710
	小計	10,357,004,545	11,115,534,079	11,957,971,367	11,631,205,788	45,061,715,779

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R01

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：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁次： 22

(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× R\_108] (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)－各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(BE5)+移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款(BE6)

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)		23.893298%	24.695734%	25.710569%	25.700399%	100%
2. 108年人口風險因子(R_108)	臺北分區	0.37091	0.37120	0.37119	0.37143	
	北區分區	0.15965	0.15995	0.16032	0.16079	
	中區分區	0.18101	0.18097	0.18146	0.18131	
	南區分區	0.12879	0.12861	0.12813	0.12783	
	高屏分區	0.13980	0.13950	0.13911	0.13892	
	東區分區	0.01984	0.01977	0.01979	0.01972	
3. 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 ×R_108		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4) (說明2)(加總BD1)	
	臺北分區	3,993,487,837	4,130,832,928	4,300,467,597	4,301,672,602	16,726,460,964
	北區分區	1,718,908,450	1,779,975,018	1,857,407,164	1,862,418,369	7,218,709,001
	中區分區	1,948,885,804	2,013,892,335	2,102,327,245	2,099,941,616	8,165,047,000
	南區分區	1,386,647,161	1,431,213,424	1,484,465,943	1,480,112,832	5,782,439,360
	高屏分區	1,505,188,859	1,552,400,844	1,611,676,089	1,608,540,952	6,277,806,744
	東區分區	213,611,924	220,006,915	229,279,490	228,354,381	891,252,710
	小計	10,766,730,035	11,128,321,464	11,585,623,528	11,581,040,752	45,061,715,779
4. 移撥牙周病統合治療方案 (H) (說明3)		351,000,000	351,000,000	351,000,000	351,000,000	1,404,000,000

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R01

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：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁次：23

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區108年7月至109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_108) (說明3)	臺北分區	0.37165864	0.37165864	0.37165864	0.37165864	
	北區分區	0.15290153	0.15290153	0.15290153	0.15290153	
	中區分區	0.16600875	0.16600875	0.16600875	0.16600875	
	南區分區	0.11947046	0.11947046	0.11947046	0.11947046	
	高屏分區	0.17119475	0.17119475	0.17119475	0.17119475	
	東區分區	0.01876587	0.01876587	0.01876587	0.01876587	
	合計	100%	100%	100%	100%	
6. 各分區牙周病統合治療方案 移撥款 BH = HxHa_108 (說明3)	臺北分區	130,452,183	130,452,183	130,452,183	130,452,182	521,808,731
	北區分區	53,668,437	53,668,437	53,668,437	53,668,437	214,673,748
	中區分區	58,269,071	58,269,071	58,269,071	58,269,072	233,076,285
	南區分區	41,934,131	41,934,131	41,934,131	41,934,133	167,736,526
	高屏分區	60,089,357	60,089,357	60,089,357	60,089,358	240,357,429
	東區分區	6,586,821	6,586,821	6,586,821	6,586,818	26,347,281
	小計	351,000,000	351,000,000	351,000,000	351,000,000	1,404,000,000
7. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I) (說明4)		0	0	0	0	0
8. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI = IxR_108	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0
9. 中區、高屏分區移撥款(Z) (說明5)	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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R01

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：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 24

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
10. 移撥醫療資源不足核實申報費用結餘款E4(說明6)					0	0
11. 移撥資源不足核實申報費用各分區結餘款BE4= E4×R_108	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
12. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(E5)(說明7)					0	0
13. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款(BE5= E5×R_108)	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
14. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結餘款E6(說明4)					0	0
15. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款(BE6=E6×R_108)	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



## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R01

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：110/10/25

110年第2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

頁次：25

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
16. 調整後各季分區一般服務預算總額	臺北分區	4,123,940,020	4,261,285,111	4,430,919,780	4,432,124,784	17,248,269,695
(BD2)=(BD1)+(BH)-(BI)+(Z)	北區分區	1,772,576,887	1,833,643,455	1,911,075,601	1,916,086,806	7,433,382,749
+ (BE4)+(BE5)+(BE6)	中區分區	2,012,154,875	2,077,161,406	2,165,596,316	2,163,210,688	8,418,123,285
	南區分區	1,428,581,292	1,473,147,555	1,526,400,074	1,522,046,965	5,950,175,886
	高屏分區	1,567,778,216	1,614,990,201	1,674,265,446	1,671,130,310	6,528,164,173
	東區分區	220,198,745	226,593,736	235,866,311	234,941,199	917,599,991
	小計	11,125,230,035	11,486,821,464	11,944,123,528	11,939,540,752	46,495,715,779

註：

- 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。
- 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。
- 依據109年11月24日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議109年度第4次會議決定略以，110年度牙醫門診總額一般服務預算移撥14.04億元支應「牙周病統合治療方案」，六分區預算按108年7月至109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。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。
- 「110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：
  - 本計畫全年經費為7.221億元，其中6.721億元由110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。
  - 依據109年11月24日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議109年度第4次會議決定略以，110年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計17.64億元，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108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
- 依據109年11月24日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議109年度第4次會議決定略以，110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。
- 依據「110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108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
- 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108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
- 依據109年11月24日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議109年度第4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108年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
- 依衛生福利部110年7月1日衛部保字第1100124795號函，110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	2,662,629,864(BF)	0.94295554	-----	26,480,637	169,243
	2-北區分區	273,394,216	0.94295554	257,798,591	2,412,696	
	3-中區分區	169,244,688	0.94295554	159,590,216	1,514,958	
	4-南區分區	103,917,837	0.94295554	97,989,900	1,007,843	
	5-高屏分區	136,272,009	0.94295554	128,498,446	1,080,972	
	6-東區分區	17,648,765	0.94295554	16,642,001	240,674	
	7-合計	3,363,107,379(GF)		660,519,154(AF)	32,737,780(BG)	169,243(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	165,222,994	1.03647044	171,248,749	1,841,413	
	2-北區分區	1,132,588,252(BF)	1.03647044	-----	10,389,726	77,062
	3-中區分區	71,034,447	1.03647044	73,625,105	628,423	
	4-南區分區	44,240,633	1.03647044	45,854,108	376,595	
	5-高屏分區	28,132,734	1.03647044	29,158,747	225,649	
	6-東區分區	3,701,597	1.03647044	3,836,596	54,157	
	7-合計	1,444,920,657(GF)		323,723,305(AF)	13,515,963(BG)	77,062(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	51,476,346	1.00816557	51,896,680	552,364	
	2-北區分區	33,786,105	1.00816557	34,061,988	307,819	
	3-中區分區	1,549,736,004(BF)	1.00816557	-----	15,010,052	60,316
	4-南區分區	36,808,230	1.00816557	37,108,790	409,809	
	5-高屏分區	25,572,654	1.00816557	25,781,469	221,365	
	6-東區分區	2,663,618	1.00816557	2,685,368	33,328	
	7-合計	1,700,042,957(GF)		151,534,295(AF)	16,534,737(BG)	60,316(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	43,363,478	1.04515605	45,321,601	525,859	
	2-北區分區	21,308,404	1.04515605	22,270,607	201,811	
	3-中區分區	50,464,483	1.04515605	52,743,260	489,148	
	4-南區分區	1,014,957,857(BF)	1.04515605	-----	-29,793,842	47,368
	5-高屏分區	54,163,388	1.04515605	56,609,193	511,812	
	6-東區分區	2,042,657	1.04515605	2,134,895	30,002	
	7-合計	1,186,300,267(GF)		179,079,556(AF)	-28,035,210(BG)	47,368(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	30,149,445	1.02503681	30,904,291	312,669	
	2-北區分區	13,780,293	1.02503681	14,125,308	133,609	
	3-中區分區	24,469,454	1.02503681	25,082,091	244,916	
	4-南區分區	56,170,885	1.02503681	57,577,225	485,931	
	5-高屏分區	1,201,930,781(BF)	1.02503681	-----	10,550,364	30,215
	6-東區分區	3,233,537	1.02503681	3,314,494	39,155	
	7-合計	1,329,734,395(GF)		131,003,409(AF)	11,766,644(BG)	30,215(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	9,627,865	1.19612557	11,516,136	113,744	
	2-北區分區	3,845,260	1.19612557	4,599,414	47,910	
	3-中區分區	3,444,267	1.19612557	4,119,776	41,325	
	4-南區分區	2,477,958	1.19612557	2,963,949	26,559	
	5-高屏分區	5,409,598	1.19612557	6,470,558	51,882	
	6-東區分區	130,700,864(BF)	1.19612557	-----	1,753,680	12,554
	7-合計	155,505,812(GF)		29,669,833(AF)	2,035,100(BG)	12,554(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R01

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：110/10/25

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 28

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) - 緩起訴捐助款)  
 - 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	= [ 4,261,285,111 - 660,519,154 - ( 32,737,780 - 0) - 169,243 ] / 2,662,629,864 = 1.33997556
北區分區	= [ 1,833,643,455 - 323,723,305 - ( 13,515,963 - 0) - 77,062 ] / 1,132,588,252 = 1.32115720
中區分區	= [ 2,077,161,406 - 151,534,295 - ( 16,534,737 - 0) - 60,316 ] / 1,549,736,004 = 1.23184339
南區分區	= [ 1,473,147,555 - 179,079,556 - ( -28,035,210 - 0) - 47,368 ] / 1,014,957,857 = 1.30257215
高屏分區	= [ 1,614,990,201 - 131,003,409 - ( 11,766,644 - 0) - 30,215 ] / 1,201,930,781 = 1.22485417
東區分區	= [ 226,593,736 - 29,669,833 - ( 2,035,100 - 0) - 12,554 ] / 130,700,864 = 1.49100965

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) - 緩起訴捐助款)  
 - 自墊核退點數(BJ)]  
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [11,486,821,464 - ( 48,555,014 - 0 ) - 396,758] / 9,179,611,467 = 1.24600804

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) - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ) ]

臺北分區	= [ 4,261,285,111 ] / [ 3,363,107,379 + 32,737,780 - 0 + 169,243 ] = 1.25479006
北區分區	= [ 1,833,643,455 ] / [ 1,444,920,657 + 13,515,963 - 0 + 77,062 ] = 1.25720004
中區分區	= [ 2,077,161,406 ] / [ 1,700,042,957 + 16,534,737 - 0 + 60,316 ] = 1.21001713
南區分區	= [ 1,473,147,555 ] / [ 1,186,300,267 + -28,035,210 - 0 + 47,368 ] = 1.27180502
高屏分區	= [ 1,614,990,201 ] / [ 1,329,734,395 + 11,766,644 - 0 + 30,215 ] = 1.20384091
東區分區	= [ 226,593,736 ] / [ 155,505,812 + 2,035,100 - 0 + 12,554 ] = 1.43820217

5. 一般服務全區平均點值 = [11,486,821,464 ] / [ 9,179,611,467 + 48,555,014 - 0 + 396,758 ] = 1.24470312

$$\begin{aligned}
& 6. \text{牙醫門診總額平均點值} = \text{加總}[\text{依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\
& \quad + \text{專款專用暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額}] \\
& \quad / \text{加總}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
& \quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}] \\
& = [ 11,486,821,464 + 240,521,469 + 40,460,543 + 5,449,202 ] \\
& / [ 9,179,611,467 + 48,555,014 - 0 + 396,758 + 229,495,816 + 38,785,970 ] = 1.23970146
\end{aligned}$$

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  
+ 品質保證保留款預算

$$\begin{aligned}
& = 95,620,026 + 59,275,139 + 34,339,554 + 588,000 + 0 + 50,698,750 \\
& = 240,521,469
\end{aligned}$$

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110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110/03(含)以前：於110/07/01~110/09/30期間核付者。

費用年月110/04~110/06：於110/04/01~110/09/30期間核付者。

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