

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 1

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)107年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

=加總各分區〔107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) × 該區105年各季人口風險因子(R_105)× 105年各季預算占率〕

= 9,881,546,061

註：依據106年11月21日「牙醫門診總額研商議事會議」106年度第4次會議紀錄決定，107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23.833858%、第二季24.688323%、第三季25.565089%、第四季25.912730%。107年牙醫門診總額一般服務各分區預算，依各分區105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。

107年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 40,025,181,385元：

1. 107年第1季調整後預算 9,539,544,896元=加總各分區〔107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)×各季105年人口風險因子(R_105)×Ra〕。

2. 107年第2季調整後預算 9,881,546,061元=加總各分區〔107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)×各季105年人口風險因子(R_105)×Ra〕。

3. 107年第3季調整後預算10,232,473,243元=加總各分區〔107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)×各季105年人口風險因子(R_105)×Ra〕。

4. 107年第4季調整後預算= 107年全年預算數－ 107年第1季調整後預算－ 107年第2季調整後預算－ 107年第3季調整後預算

= 40,025,181,385－ 9,539,544,896－ 9,881,546,061－ 10,232,473,243

= 10,371,617,185元。

5. 計算過程詳本表頁次21：「三、一般服務費用總額」。

(二)107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

	105年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	104年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	106年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+2.340%)	105年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B2)	107年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G1) =(G0+B2)× (1+1.706%)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	107年4項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	107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) =G1-C1-F	支應牙周病 第3階段 預算不足款 (H)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款(I)
第1季	8,887,743,719	47,814,126	9,144,649,899	25,790,150	9,326,887,756	26,806,674	86,250,000	9,213,831,082	0	0
第2季	9,536,674,173	37,909,079	9,798,628,500	22,522,872	9,988,700,214	28,723,750	86,250,000	9,873,726,464	0	0
第3季	10,232,725,814	44,641,542	10,517,857,752	41,717,192	10,739,721,293	30,832,102	86,250,000	10,622,639,191	0	0
第4季	9,977,436,416	29,256,671	10,240,849,705	15,432,842	10,431,254,727	30,020,079	86,250,000	10,314,984,648	0	0
合計	38,634,580,122	159,621,418	39,701,985,856	105,463,056	40,486,563,990	116,382,605	345,000,000	40,025,181,385	0	0

註：

1. 106調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (105調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1) + 104各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × (1 + 2.340%)。

2. 107調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (106調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 105各季校正投保人口預估成長率差值(B2)) × (1 + 1.706%)。

※一般服務成長率為1.706%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.341%，協商因素成長率0.365%。

3. 106編列之品質保證保留款預算(C1) = (105調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 104各季校正投保人口預估成長率差值) × 107品質保證保留款成長率(0.3%)。

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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106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106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。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107年度品質保證保留款(119.1百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。於107年導入專款項目。

4. 107年4項一般服務移撥專用費用(F)：依據106年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議106年度第4次會議決定辦理。107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3.45億元，按季均分：

(1) 移撥0.15億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.1億元，高屏移撥0.05億元。

(2) 移撥8千萬元支應「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」。

(3) 移撥2億元用於保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案」之論量計酬費用點值專用。

(4) 移撥0.5億元支應「牙醫特殊醫療服務計畫」。

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)107年4項一般服務移撥專用費用

全年預算345,000,000元

1. 移撥0.15億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.1億元，高屏移撥0.05億元。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2. 全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫

全年預算8,000萬元 各季預算= 8,000萬元/4= 20,000,000元(E1)

第1季已支用點數： 4,332,324

第2季已支用點數： 17,796,242

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 22,128,566

未支用金額=全年預算－暫結金額= 80,000,000－ 22,128,566= 57,871,434(E7) (第4季結餘款回歸一般服務)

註：依據「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」，本預算按季均分與結算，每點支付金額最高補至1元。季預算若有結餘，則流至次季繼續支用；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額依105年第4季人口風險因子(R值)分配。季預算若有不足，則依其該季符合條件之申報醫療點數，計算每點獎勵金額。

3. 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200百萬元

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	1,447(J6)	暫結金額	1,447(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	20,853,933(J7)	暫結金額	21,203,000(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	12,345(J11)	暫結金額	12,345(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	14,558,884(J12)	暫結金額	14,748,807(J22)
(3)小計	加成前點數	35,426,609(J19)	暫結金額	35,965,599(J29)

暫結金額 = 35,965,599

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 14,034,401

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 14,034,401= 64,034,401

(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	2,042(K6)	暫結金額	2,042(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	39,100,934(K7)	暫結金額	39,422,045(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	12,684(K11)	暫結金額	12,684(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	15,020,184(K12)	暫結金額	15,126,611(K22)
(3)小計	加成前點數	54,135,844(K19)	暫結金額	54,563,382(K29)

暫結金額 = 54,563,382

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 9,471,019

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 9,471,019= 59,471,019

(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 = 59,471,019

第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 59,471,019=109,471,019

(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 = 109,471,019

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	3,489(N6)	暫結金額	3,489(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	59,954,867(N7)	暫結金額	60,625,045(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	25,029(N11)	暫結金額	25,029(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	29,579,068(N12)	暫結金額	29,875,418(N22)
(3)小計	加成前點數	89,562,453(N19)	暫結金額	90,528,981(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)
 = 35,965,599+ 54,563,382+ 0+ 0
 = 90,528,981

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 109,471,019(E4)(第4季結餘款回歸一般服務)

註：依據「107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105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。專款支用情形,請詳見本表二、專款項目費用。

註：依據「107年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」,本計畫全年經費為5.34億元,4.84億元由107年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項下支應;另0.50億元由自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,則回歸一般服務費用總額,以0.5億元為限,並依105年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

二、專款項目費用

(一)牙醫特殊服務全年預算 = 534,000,000

(4.84億元由107年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。)

第1季：預算 = 534,000,000/4 = 133,500,000

	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：	5,614,836(V01)	5,614,611(VF01)	225(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,857,905(V02)	13,127,116(VF02)	730,789(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	21,940,173(V03)	20,971,756(VF03)	968,417(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：	20,261,532(V04)	19,664,090(VF04)	597,442(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,705,193(V05)	7,354,529(VF05)	350,664(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	759,775(V06)	667,649(VF06)	92,126(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,690,353(V07)	9,690,071(VF07)	282(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,850,008(V08)	9,849,814(VF08)	194(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：	12,834,351(V09)	12,833,058(VF09)	1,293(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	827,616(V10)	827,604(VF10)	12(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	126,734(V11)	126,734(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	777,847(V12)	777,847(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)：	13,960,800(V13)	13,960,800(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：	138,481(V14)	138,481(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	3,180(V15)	3,180(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(V16)	0(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	131,100(V17)	131,100(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(V18)	0(VF18)	0(VN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(V19)	0(VF19)	0(VN19)
(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：	0(V20)	0(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(V21)	0(VF21)	0(VN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V22)	0(VF22)	0(VN22)
(99)合計	118,479,884(V99)	115,738,440(VF99)	2,741,444(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數 = 118,479,884	= 第1季預算 - 暫結金額 = 15,020,116		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：7

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 534,000,000/4＋ 15,020,116＝ 148,520,116

	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：	4,924,254(W01)	4,911,585(WF01)	12,669(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,406,980(W02)	13,524,597(WF02)	882,383(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,642,759(W03)	21,734,534(WF03)	908,225(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：	22,872,305(W04)	22,169,651(WF04)	702,654(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,697,514(W05)	7,420,582(WF05)	276,932(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	793,298(W06)	695,348(WF06)	97,950(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,002,346(W07)	11,001,953(WF07)	393(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,383,591(W08)	12,383,291(WF08)	300(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：	14,983,198(W09)	14,982,267(WF09)	931(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,079,067(W10)	1,079,065(WF10)	2(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	77,706(W11)	77,706(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,224,831(W12)	1,224,831(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)：	16,123,200(W13)	16,123,200(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：	187,523(W14)	187,523(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(W15)	0(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(W16)	0(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	125,400(W17)	125,400(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W18)	0(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,663(W19)	17,663(WF19)	0(WN19)
(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：	18,936(W20)	18,936(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W22)	0(WF22)	0(WN22)
(99)合計	130,560,571(W99)	127,678,132(WF99)	2,882,439(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 130,560,571	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 17,959,545		

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 534,000,000/4＋ 17,959,545＝ 151,459,545

	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)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(X16)	0(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X18)	0(XF18)	0(XN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X19)	0(XF19)	0(XN19)
(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：	0(X20)	0(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X22)	0(XF22)	0(XN22)
(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＝	151,459,545

=====
 第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 534,000,000/4＋ 151,459,545＝ 284,959,545

	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)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(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：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(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＝	284,959,545

全年合計：全年預算 = 534,000,000

	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：	10,539,090(Z01)	10,526,196(ZF01)	12,894(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	28,264,885(Z02)	26,651,713(ZF02)	1,613,172(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	44,582,932(Z03)	42,706,290(ZF03)	1,876,642(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：	43,133,837(Z04)	41,833,741(ZF04)	1,300,096(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,402,707(Z05)	14,775,111(ZF05)	627,596(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,553,073(Z06)	1,362,997(ZF06)	190,076(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	20,692,699(Z07)	20,692,024(ZF07)	675(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,233,599(Z08)	22,233,105(ZF08)	494(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：	27,817,549(Z09)	27,815,325(ZF09)	2,224(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,906,683(Z10)	1,906,669(ZF10)	14(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	204,440(Z11)	204,440(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	2,002,678(Z12)	2,002,678(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)：	30,084,000(Z13)	30,084,000(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：	326,004(Z14)	326,004(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	3,180(Z15)	3,180(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(Z16)	0(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	256,500(Z17)	256,500(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Z18)	0(ZF18)	0(ZN18)
(19)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,663(Z19)	17,663(ZF19)	0(ZN19)
(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：	18,936(Z20)	18,936(ZF20)	0(ZN20)
(21)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Z21)	0(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z22)	0(ZF22)	0(ZN22)
(99)合計	249,040,455(Z99)	243,416,572(ZF99)	5,623,883(ZN99)

全年預算 = 534,000,000

全年已支用點數 = 第1-4季已支用點數

$$= 118,479,884 + 130,560,571 + 0 + 0 = 249,040,455$$

$$\text{全年已結算金額} = 118,479,884 + 130,560,571 + 0 + 0 = 249,040,455$$

$$\text{全年由一般服務部門支應之預算} = 0$$

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

$$= 534,000,000 - (249,040,455 - 0)$$

$$= 534,000,000 - 249,040,455$$

$$= 284,959,545$$

註：依據「107年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。

(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:	12,950,143(J0)	21,456,959(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:		已支用點數 3,986,300(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 1,447(J6)	加成已支用點數 289(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 20,853,933(J7)	加成已支用點數 4,173,512(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 22,529,400(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 12,345(J11)	加成已支用點數 2,469(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 14,558,884(J12)	加成已支用點數 2,915,936(J9)
(5) 小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):		46,558,049(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)

= 55,064,865

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 14,935,135

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務計算。

第2季：

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 14,935,135= 84,935,135

	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)K1:	13,566,237(K0)	22,805,348(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:		已支用點數 4,725,250(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 2,042(K6)	加成已支用點數 408(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 39,100,934(K7)	加成已支用點數 7,852,436(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 29,308,500(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 12,684(K11)	加成已支用點數 2,536(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 15,020,184(K12)	加成已支用點數 3,004,041(K9)
(5) 小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):		58,459,408(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)
= 67,698,519

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額
= 17,236,616

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務計算。

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 17,236,616= 87,236,616

(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

= 87,236,616

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務計算。

=====
第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 87,236,616=157,236,616

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

暫結金額

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

= 0

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額

= 157,236,616

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務計算。

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	26,516,380(N0)	收入	44,262,307(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	8,711,550(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	3,489(N6)	加成已支用點數	697(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	59,954,867(N7)	加成已支用點數	12,025,948(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	51,837,900(N5)
(4) 社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	25,029(N11)	加成已支用點數	5,005(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	29,579,068(N12)	加成已支用點數	5,919,977(N9)
(5) 小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				105,017,457(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)
 = 55,064,865 + 67,698,519 + 0 + 0 = 122,763,384

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 157,236,616

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務計算。

註：

- 依據「107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「107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周病統合照護計畫或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周病統合照護計畫或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)牙周病統合照護計畫(第1、2階段)

全年預算 = 1,564,000,000

第1季:

預算 = $1,564,000,000 / 4 = 391,000,000$

已支用點數 340,175,948

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 340,175,948$ 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = $391,000,000 - 340,175,948 = 50,824,052$

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,564,000,000 / 4 + 50,824,052 = 441,824,052$

已支用點數 380,529,974

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 380,529,974$ 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = $441,824,052 - 380,529,974 = 61,294,078$

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,564,000,000 / 4 + 61,294,078 = 452,294,078$

已支用點數 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0$ 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = $452,294,078 - 0 = 452,294,078$

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,564,000,000 / 4 + 452,294,078 = 843,294,078$

已支用點數 0

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0$ 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = $843,294,078 - 0 = 843,294,078$ (第4季若有結餘款回歸一般服務部門(E5))

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：17

=====

合計:

預算=全年預算= 1,564,000,000

已支用點數= 720,705,922

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)

= 340,175,948 + 380,529,974 + 0 + 0 = 720,705,922

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,564,000,000 - 720,705,922 = 843,294,078

註：依據「107年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」,「P4001C」及「P4002C」診療項目由107年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第1、2階段)」專款項目(15.64億元)下支應。其預算按季均分及結算,每點支付金額以1元計算;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。

(四) 牙周病統合照護計畫(第3階段)

全年預算 = 588,800,000

第1季:

預算 = 588,800,000/4 = 147,200,000

已支用點數 130,846,436

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 130,846,436

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 147,200,000 - 130,846,436 = 16,353,564

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 588,800,000/4 + 16,353,564 = 163,553,564

已支用點數 143,976,427

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 143,976,427

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數 = 163,553,564 - 143,976,427 = 19,577,137

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 588,800,000/4 + 19,577,137 = 166,777,137

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 - 1元/點× 第3季已支用點數 = 166,777,137 - 0 = 166,777,137

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：18

第4季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 588,800,000/4 + 166,777,137 = 313,977,137$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 313,977,137 - 0 = 313,977,137(\text{E6})$$

全年合計：

$$\text{全年預算} = 588,800,000$$

$$\text{已支用點數} = \text{第1-4季已支用點數}$$

$$= 130,846,436 + 143,976,427 + 0 + 0 = 274,822,863$$

$$\text{全年已結算金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 274,822,863$$

$$\text{全年由一般服務部門支應之預算} = 0$$

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

$$= 588,800,000 - (274,822,863 - 0)$$

$$= 588,800,000 - 274,822,863$$

$$= 313,977,137$$

註：依據「107年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4003C」診療項目由107年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」專款項目(5.888億元)下支應。其預算按季均分及結算，每點支付金額以1元計算；當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足，則由一般服務預算支付。

※ 依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」略以，分配方式自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度)移撥3.45億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等4項，若一般服務費用移撥經費有剩餘，優先用於牙周病統合照護計畫第3階段費用；若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

(五)到宅牙醫醫療服務費用(由其他預算支應)

第1季:

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務:	556,735(P1)	556,735(PF1)	0(PN1)
(2)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務:	911,833(P2)	911,791(PF2)	42(PN2)
(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務:	96,596(P3)	96,596(PF3)	0(PN3)
(4)到宅失能老人牙醫醫療服務:	220,239(P4)	220,239(PF4)	0(PN4)
(9)合計	1,785,403(P9)	1,785,361(PF9)	42(PN5)
暫結金額 =1元/點×第1季已支用點數=	1,785,403		

第2季:

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務:	686,549(P1)	686,549(PF1)	0(PN1)
(2)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務:	982,582(P2)	982,582(PF2)	0(PN2)
(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務:	91,063(P3)	91,063(PF3)	0(PN3)
(4)到宅失能老人牙醫醫療服務:	210,673(P4)	210,673(PF4)	0(PN4)
(9)合計	1,970,867(P9)	1,970,867(PF9)	0(PN5)
暫結金額 =1元/點×第2季已支用點數=	1,970,867		

第3季:

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務:	0(P1)	0(PF1)	0(PN1)
(2)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務:	0(P2)	0(PF2)	0(PN2)
(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務:	0(P3)	0(PF3)	0(PN3)
(4)到宅失能老人牙醫醫療服務:	0(P4)	0(PF4)	0(PN4)
(9)合計	0(P9)	0(PF9)	0(PN5)
暫結金額 =1元/點×第3季已支用點數=	0		

第4季:

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務:	0(P1)	0(PF1)	0(PN1)
(2)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務:	0(P2)	0(PF2)	0(PN2)
(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務:	0(P3)	0(PF3)	0(PN3)
(4)到宅失能老人牙醫醫療服務:	0(P4)	0(PF4)	0(PN4)
(9)合計	0(P9)	0(PF9)	0(PN5)
暫結金額 =1元/點×第4季已支用點數=	0		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 20

全年合計：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,243,284(P1)	1,243,284(PF1)	0(PN1)
(2)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,894,415(P2)	1,894,373(PF2)	42(PN2)
(3)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：	187,659(P3)	187,659(PF3)	0(PN3)
(4)到宅失能老人牙醫醫療服務：	430,912(P4)	430,912(PF4)	0(PN4)
(9)合計	3,756,270(P9)	3,756,228(PF9)	42(PN5)
暫結金額 = 第1-4季暫結點數			
= 1,785,403+ 1,970,867+	0+	0=	3,756,270

註：依據「107年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之到宅牙醫醫療服務費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項下支應。

(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+107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%)

+119,100,000

= (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% +119,100,000

=26,806,674+28,723,750+30,832,102+30,020,079+119,100,000

=235,482,605

註：依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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107年度品質保證保留款(119.1百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

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% × 105年各季人口風險因子(R_105)(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. 107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)		9,213,831,082	9,873,726,464	10,622,639,191	10,314,984,648	40,025,181,385
2. 105年人口風險因子(R_105)	臺北分區	0.36785	0.36832	0.36804	0.36886	
	北區分區	0.15776	0.15789	0.15838	0.15839	
	中區分區	0.18118	0.18094	0.18156	0.18121	
	南區分區	0.13090	0.13066	0.13013	0.13022	
	高屏分區	0.14182	0.14170	0.14139	0.14093	
	東區分區	0.02049	0.02049	0.02050	0.02039	
		(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_105)(說明1、2)	臺北分區	3,389,307,764	3,636,690,931	3,909,556,128	3,804,785,237	14,740,340,060
	北區分區	1,453,573,991	1,558,962,671	1,682,413,595	1,633,790,418	6,328,740,675
	中區分區	1,669,361,915	1,786,552,066	1,928,646,372	1,869,178,368	7,253,738,721
	南區分區	1,206,090,489	1,290,101,100	1,382,324,038	1,343,217,301	5,221,732,928
	高屏分區	1,306,705,524	1,399,107,040	1,501,934,955	1,453,690,786	5,661,438,305
	東區分區	188,791,399	202,312,656	217,764,103	210,322,538	819,190,696
	小計	9,213,831,082	9,873,726,464	10,622,639,191	10,314,984,648	40,025,181,385

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

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)=[(加總各分區BD)× Ra× R_105] (四捨五入至整數位)－各分區支應牙周病整合照護計畫(第3階段)預算不足款(BH)－各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+106年分區保留款分配後結餘款(T)+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)+移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款(BE5)+移撥點值低獎勵計畫各分區結餘款(BE6)(各自四捨五入至整數位)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.833858%	24.688323%	25.565089%	25.912730%	100%
2. 105年人口風險因子(R_105)	臺北分區	0.36785	0.36832	0.36804	0.36886	
	北區分區	0.15776	0.15789	0.15838	0.15839	
	中區分區	0.18118	0.18094	0.18156	0.18121	
	南區分區	0.13090	0.13066	0.13013	0.13022	
	高屏分區	0.14182	0.14170	0.14139	0.14093	
	東區分區	0.02049	0.02049	0.02050	0.02039	
3. 依各季預算占率調整後分區一般服務 預算總額(BD1)=(加總各分區BD)×Ra ×R_105		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4) (說明2)(加總BD1)	
	臺北分區	3,509,121,590	3,639,571,045	3,765,959,453	3,825,687,972	14,740,340,060
	北區分區	1,504,958,603	1,560,197,308	1,620,619,112	1,642,965,652	6,328,740,675
	中區分區	1,728,374,744	1,787,966,944	1,857,807,842	1,879,589,191	7,253,738,721
	南區分區	1,248,726,427	1,291,122,808	1,331,551,743	1,350,331,950	5,221,732,928
	高屏分區	1,352,898,257	1,400,215,077	1,446,769,392	1,461,555,579	5,661,438,305
	東區分區	195,465,275	202,472,879	209,765,701	211,486,841	819,190,696
	小計	9,539,544,896	9,881,546,061	10,232,473,243	10,371,617,185	40,025,181,385
4. 支應牙周病整合照護計畫(第3階段) 預算不足款(H) (說明3)		0	0	0	0	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：23

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區支應牙周病整合照護計畫 (第3階段)預算不足款 BH= H×R_105	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
6. 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
7. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI= I×R_105	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
8. 106年分區保留款分配後結餘款(T) (說明5)	臺北分區	-	-	-	-	-
	北區分區	-	-	-	-	-
	中區分區	-	-	-	-	-
	南區分區	-	-	-	-	-
	高屏分區	-	-	-	-	-
	東區分區	-	-	-	-	-
9. 中區、高屏分區移撥款(Z) (說明6)	中區分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	高屏分區	1,250,000	1,250,000	1,250,000	1,250,000	5,000,000
	小計	3,750,000	3,750,000	3,750,000	3,750,000	15,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

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7)					0	0
11. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款BE4= E4×R_105	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
12. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結餘款E5 (說明4)					0	0
13. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫 各分區結餘款 (BE5= E5×R_105)	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
14. 移撥點值低獎勵計畫結餘款(E6) (說明8)					0	0
15. 移撥點值低獎勵計畫各分區結餘款 (BE6=E6×R_105)	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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R01

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：107/11/07

107年第2季

結算主要費用年月起迄：107/04-107/06

核付截止日期：107/09/30

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	3,509,121,590	3,639,571,045	3,765,959,453	3,825,687,972	14,740,340,060
(BD2)=(BD1)-(BH)-(BI)+(T)+(Z)+(BE4)+(BE5)+(BE6)	北區分區	1,504,958,603	1,560,197,308	1,620,619,112	1,642,965,652	6,328,740,675
	中區分區	1,730,874,744	1,790,466,944	1,860,307,842	1,882,089,191	7,263,738,721
	南區分區	1,248,726,427	1,291,122,808	1,331,551,743	1,350,331,950	5,221,732,928
	高屏分區	1,354,148,257	1,401,465,077	1,448,019,392	1,462,805,579	5,666,438,305
	東區分區	195,465,275	202,472,879	209,765,701	211,486,841	819,190,696
	小計	9,543,294,896	9,885,296,061	10,236,223,243	10,375,367,185	40,040,181,385

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「107年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4003C」診療項目由107年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」專款項目(5.888億元)下支應。其預算按季均分及結算，每點支付金額以1元計算；當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足，則由一般服務預算支付。
4. 依據「107年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本計畫全年經費為5.34億元，其中4.84億元由107年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。本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。
5. 106年分區保留款分配後結餘款(T)：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規定，保留款經分配後若仍有餘額，依分配後之餘款比例，回歸該區次年第1季一般預算。
6. 依據106年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議106年度第4次會議決定略以，107年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.15億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.1億元，高屏移撥0.05億元。
7. 依據「107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105年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
8. 依據「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」，本預算按季均分與結算，每點支付金額最高補至1元。季預算若有結餘，則流至次季繼續支用；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額依105年第4季人口風險因子(R值)分配。季預算若有不足，則依其該季符合條件之申報醫療點數，計算每點獎勵金額。

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	3,259,415,638(BF)	0.88318457	-----	29,487,520	536,425
	2-北區分區	307,620,599	0.88318457	271,685,766	2,408,024	
	3-中區分區	187,764,944	0.88318457	165,831,101	1,567,271	
	4-南區分區	114,298,247	0.88318457	100,946,448	948,821	
	5-高屏分區	145,967,789	0.88318457	128,916,499	1,015,138	
	6-東區分區	21,080,179	0.88318457	18,617,689	248,571	
	7-合計	4,036,147,396(GF)		685,997,503(AF)	35,675,345(BG)		536,425(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	197,806,744	0.96084045	190,060,721	2,061,137	202,738
	2-北區分區	1,239,818,100(BF)	0.96084045	-----	9,387,025	
	3-中區分區	77,847,755	0.96084045	74,799,272	677,375	
	4-南區分區	45,593,907	0.96084045	43,808,470	347,051	
	5-高屏分區	29,002,636	0.96084045	27,866,906	204,889	
	6-東區分區	3,755,354	0.96084045	3,608,296	47,154	
	7-合計	1,593,824,496(GF)		340,143,665(AF)	12,724,631(BG)		202,738(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	66,638,157	0.93406170	62,244,150	659,433	153,879
	2-北區分區	37,446,295	0.93406170	34,977,150	291,747	
	3-中區分區	1,682,514,250(BF)	0.93406170	-----	15,353,183	
	4-南區分區	40,858,174	0.93406170	38,164,055	382,181	
	5-高屏分區	26,527,386	0.93406170	24,778,215	206,106	
	6-東區分區	3,063,852	0.93406170	2,861,827	39,603	
	7-合計	1,857,048,114(GF)		163,025,397(AF)	16,932,253(BG)		153,879(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	59,210,433	0.95063711	56,287,635	560,243	
	2-北區分區	25,359,851	0.95063711	24,108,015	212,608	
	3-中區分區	57,008,191	0.95063711	54,194,102	553,064	
	4-南區分區	1,116,718,629(BF)	0.95063711	-----	10,473,896	138,850
	5-高屏分區	59,805,576	0.95063711	56,853,400	439,125	
	6-東區分區	2,297,974	0.95063711	2,184,539	26,250	
	7-合計	1,320,400,654(GF)		193,627,691(AF)	12,265,186(BG)	138,850(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	37,587,862	0.95528407	35,907,086	339,763	
	2-北區分區	15,937,148	0.95528407	15,224,504	139,491	
	3-中區分區	27,515,180	0.95528407	26,284,813	259,446	
	4-南區分區	62,540,928	0.95528407	59,744,352	531,105	
	5-高屏分區	1,275,050,104(BF)	0.95528407	-----	10,121,005	82,225
	6-東區分區	3,647,198	0.95528407	3,484,110	43,079	
	7-合計	1,422,278,420(GF)		140,644,865(AF)	11,433,889(BG)	82,225(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	13,085,070	1.05424214	13,794,832	219,710	
	2-北區分區	4,404,795	1.05424214	4,643,721	57,249	
	3-中區分區	3,944,030	1.05424214	4,157,963	41,059	
	4-南區分區	2,646,094	1.05424214	2,789,624	26,119	
	5-高屏分區	5,746,254	1.05424214	6,057,943	71,321	
	6-東區分區	152,017,919(BF)	1.05424214	-----	1,944,841	29,192
	7-合計	181,844,162(GF)		31,444,083(AF)	2,360,299(BG)	29,192(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/07

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

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)
- 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	=[	3,639,571,045	-	685,997,503	-	35,675,345	-	536,425]	／	3,259,415,638	=	0.89505669
北區分區	=[	1,560,197,308	-	340,143,665	-	12,724,631	-	202,738]	／	1,239,818,100	=	0.97363176
中區分區	=[	1,790,466,944	-	163,025,397	-	16,932,253	-	153,879]	／	1,682,514,250	=	0.95711250
南區分區	=[	1,291,122,808	-	193,627,691	-	12,265,186	-	138,850]	／	1,116,718,629	=	0.97167814
高屏分區	=[	1,401,465,077	-	140,644,865	-	11,433,889	-	82,225]	／	1,275,050,104	=	0.97980785
東區分區	=[	202,472,879	-	31,444,083	-	2,360,299	-	29,192]	／	152,017,919	=	1.10933833

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)

= [9,885,296,061 - 91,391,603 - 1,143,309] / 10,411,543,242 = 0.94056769

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	=[	3,639,571,045	] / [	4,036,147,396 +	35,675,345 +	536,425]	=	0.89372545
北區分區	=[	1,560,197,308	] / [	1,593,824,496 +	12,724,631 +	202,738]	=	0.97102567
中區分區	=[	1,790,466,944	] / [	1,857,048,114 +	16,932,253 +	153,879]	=	0.95535683
南區分區	=[	1,291,122,808	] / [	1,320,400,654 +	12,265,186 +	138,850]	=	0.96872619
高屏分區	=[	1,401,465,077	] / [	1,422,278,420 +	11,433,889 +	82,225]	=	0.97745182
東區分區	=[	202,472,879	] / [	181,844,162 +	2,360,299 +	29,192]	=	1.09900051

5. 一般服務全區平均點值 = [9,885,296,061] / [10,411,543,242 + 91,391,603 + 1,143,309] = 0.94109125

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+移撥醫療資源不足且點值低暫結金額]
 /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(含品質保證保留款全年預算總金額/4)+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]
 = [9,885,296,061 + 781,636,142 + 54,563,382 + 17,796,242]
 / [10,411,543,242 + 91,391,603 + 1,143,309 + 772,397,031 + 54,135,844] = 0.94781224

註：專款專用暫結金額=牙醫特殊服務結算金額(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
 + 牙周病統合照護計畫(第1、2階段)暫結金額+牙周病統合照護計畫(第3階段)結算金額(含一般服務支應之不足款)
 + 品質保證保留款預算(全年預算總金額/4)
 = 130,560,571 + 67,698,519 + 380,529,974 + 143,976,427 + 58,870,651
 = 781,636,142

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月107/03(含)以前：於107/07/01~107/09/30期間核付者。

費用年月107/04~107/06：於107/04/01~107/09/30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。