

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：1

一、牙醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)105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〔105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103年各季人口風險因子(R\_103)×各季預算占率〕

= 9,142,000,022

註：依據105年3月1日「牙醫門診總額研商議事會議」105年度第1次會議紀錄結論，105年調整後之各季預算新占率(Ra)以近三年各季結算核定點數占率平均值列計分別如後：第1季24.016064%，第2季24.404776%，第3季25.797478%，第4季25.781682%。105年牙醫門診總額一般服務部門各分區預算，將援例依各分區103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。

105年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為38,066,187,794元：

1、105年第1季調整後預算9,142,000,022元=加總各分區〔105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103年人口風險因子(R\_103)×Ra〕。

2、105年第2季調整後預算9,289,967,863元=加總各分區〔105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103年人口風險因子(R\_103)×Ra〕。

3、105年第3季調整後預算9,820,116,421元=加總各分區〔105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103年人口風險因子(R\_103)×Ra〕。

4、105年第4季調整後預算=105年全年預算數-105年第1季調整後預算-105年第2季調整後預算-105年第3季調整後預算

=38,066,187,794-9,142,000,022-9,289,967,863-9,820,116,421

=9,814,103,488元。

5.計算過程詳本表頁次19：「三、一般服務費用總額」。

(二)105年調整前各季牙醫一般部門服務醫療給付費用分配至各分區預算

	103年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	102年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B1)	104年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+1.319%)	103年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B2)	105年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G1) =(G0+B2)× (1+3.046%)	品質 保證保留款 (C1)	105年4項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	105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	牙周病 第3階段 預算不足款 (H)	牙醫特殊 醫療服務 計畫預算 不足款(I)
第1季	8,475,525,241	15,783,831	8,603,309,439	21,716,005	8,887,743,719	51,349,003	86,325,000	8,750,069,716	5,054,480	0
第2季	9,082,656,390	18,186,245	9,220,882,749	33,891,015	9,536,674,173	55,066,849	86,325,000	9,395,282,324	0	0
第3季	9,740,819,339	22,329,923	9,891,925,201	38,325,186	10,232,725,814	59,080,199	86,325,000	10,087,320,615	0	0
第4季	9,488,072,786	28,179,025	9,641,771,172	40,736,073	9,977,436,416	57,596,277	86,325,000	9,833,515,139	0	0
合計	36,787,073,756	84,479,024	37,357,888,561	134,668,279	38,634,580,122	223,092,328	345,300,000	38,066,187,794	5,054,480	0

說明：

- 104年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)  
= (103年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1) + 102各季校正投保人口數成長率差值(B1)) × (1 + 1.319%)。
- 105年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)  
= (104年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1 + 3.046%)。  
※一般服務成長率為3.046%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.512%，協商因素成長率0.534%。
- 品質保證保留款(C1) = 104年編列之品質保證保留款預算 + 105年編列之品質保證保留款預算 = (103年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 102年各季校正投保人口數成長率差值) × 104年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.3%) + (104年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 103年各季校正投保人口數成長率差值) × 105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.3%)。  
※依據衛生福利部104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後104年度牙醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會104年第4次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。
- 105年4項一般服務移撥專用費用(F)：依據104年11月17日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議104年第4次會議及同年12月17日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議104年度第1次臨時會議決定辦理。105年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計3.453億元，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1.8億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0.703億元支應牙周病第三階段(P4003C)預算。
- 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)品質保證保留款

= 104年編列之品質保證保留款預算+105年編列之品質保證保留款預算

= (103年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額+102年各季校正投保人口成長率差值) × 104年品質保證保留款醫療給付費用成長率 (0.3%) +  
 (104年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額+103年各季校正投保人口成長率差值) × 105年品質保證保留款醫療給付費用成長率 (0.3%)

= (8,475,525,241 + 15,783,831) × 0.30% + (8,603,309,439 + 21,716,005) × 0.30%

= 25,473,927 + 25,875,076 = 51,349,003 (C1)

## (四)105年4項一般服務移撥專用費用

全年預算345.3百萬元

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 (E1)

第1季已支用點數： 3,541,018

第2季已支用點數： 0

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

= 3,541,018

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 80,000,000 - 3,541,018 = 76,458,982 (E6) (第4季結餘款回歸一般服務部門)

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103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180百萬元

第1季:

第1季預算=180,000,000/4= 45,000,000

(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	2,600(J6)	暫結金額	2,600(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	20,783,149(J7)	暫結金額	21,309,909(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	15,259(J11)	暫結金額	15,259(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	11,362,012(J12)	暫結金額	11,601,044(J22)
(3)小計	加成前點數	32,163,020(J19)	暫結金額	32,928,812(J29)

暫結金額 = 32,928,812

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 12,071,188

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額= 180,000,000/4 + 12,071,188= 57,071,188

(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(K6)	暫結金額	0(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	0(K7)	暫結金額	0(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	0(K11)	暫結金額	0(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	0(K12)	暫結金額	0(K22)
(3)小計	加成前點數	0(K19)	暫結金額	0(K29)

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 57,071,188

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額= 180,000,000/4 + 57,071,188=102,071,188

(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 = 102,071,188

## 第4季：

第4季預算＝當季預算＋前季未支用金額＝180,000,000/4＋102,071,188＝147,071,188

(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＝147,071,188

## 全年合計：

全年預算＝180,000,000

(1)巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	2,600(N6)	暫結金額	2,600(N26)
巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	20,783,149(N7)	暫結金額	21,309,909(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	15,259(N11)	暫結金額	15,259(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	11,362,012(N12)	暫結金額	11,601,044(N22)
(3)小計	加成前點數	32,163,020(N19)	暫結金額	32,928,812(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)  
 ＝32,928,812＋0＋0＋0  
 ＝32,928,812

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝147,071,188(E4)(第4季結餘款回歸一般服務部門)

註：依據「105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180百萬元支應。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103年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

## 4. 移撥支應「牙周病統合照護計畫第3階段」專款0.703億元。

「牙周病統合照護計畫第3階段」專款支用情形，詳見本表二、專款項目費用中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」項目。

註：依據「105年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4003C」診療項目全年經費為3.309億元，其中2.606億元由105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)」專款項目下支應，另0.703億元由一般服務預算移撥支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第1季

結算主要費用年月起迄：105/01—105/03

核付截止日期：105/06/30

頁次：6

二、專款項目費用

(一)牙醫特殊服務全年預算 = 473,000,000

第1季：預算 = 473,000,000/4 = 118,250,000

	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(論量)：	6,354,457(V01)	6,353,381(VF01)	1,076(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	10,143,272(V02)	9,446,762(VF02)	696,510(VN02)
(3)重度身心障礙患者牙醫醫療服務(論量)：	15,612,739(V03)	14,928,256(VF03)	684,483(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(論量)：	16,050,435(V04)	15,514,876(VF04)	535,559(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	5,939,942(V05)	5,666,590(VF05)	273,352(VN05)
(6)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	8,980,255(V06)	8,979,409(VF06)	846(VN06)
(7)醫療團重度身心障礙牙醫醫療服務(論量)：	8,491,986(V07)	8,491,513(VF07)	473(VN07)
(8)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(論量)：	13,054,907(V08)	13,053,694(VF08)	1,213(VN08)
(9)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	764,205(V09)	764,162(VF09)	43(VN09)
(10)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)：	12,890,400(V10)	12,890,400(VF10)	0(VN10)
(11)極重度到宅醫療服務(論量)：	79,584(V11)	79,584(VF11)	0(VN11)
(12)重度到宅醫療服務(論量)：	25,071(V12)	25,063(VF12)	8(VN12)
(13)極重度特定需求者醫療服務(論量)：	113,481(V13)	113,481(VF13)	0(VN13)
(14)重度特定需求者醫療服務(論量)：	2,803(V14)	2,803(VF14)	0(VN14)
(15)發展遲緩兒童(論量)：	483,836(V15)	425,529(VF15)	58,307(VN15)
(16)醫療團發展遲緩兒童(論量)：	128,389(V16)	128,389(VF16)	0(VN16)
(17)到宅及特定需求者(含失能老人)(論次)：	119,700(V17)	119,700(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團失能老人醫療服務(論量)：	181,659(V18)	181,659(VF18)	0(VN18)
(19)失能老人到宅醫療服務(論量)：	0(V19)	0(VF19)	0(VN19)
(20)失能老人特定需求者醫療服務(論量)：	0(V20)	0(VF20)	0(VN20)
(99)合計	99,417,121(V99)	97,165,251(VF99)	2,251,870(VN99)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 99,417,121

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 118,250,000 - 99,417,121 = 18,832,879

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 473,000,000/4＋ 18,832,879＝ 137,082,879

	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(論量)：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)重度身心障礙患者牙醫醫療服務(論量)：	0(W03)	0(WF03)	0(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(論量)：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(W05)	0(WF05)	0(WN05)
(6)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(W06)	0(WF06)	0(WN06)
(7)醫療團重度身心障礙牙醫醫療服務(論量)：	0(W07)	0(WF07)	0(WN07)
(8)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(論量)：	0(W08)	0(WF08)	0(WN08)
(9)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(W09)	0(WF09)	0(WN09)
(10)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(W10)	0(WF10)	0(WN10)
(11)極重度到宅醫療服務(論量)：	0(W11)	0(WF11)	0(WN11)
(12)重度到宅醫療服務(論量)：	0(W12)	0(WF12)	0(WN12)
(13)極重度特定需求者醫療服務(論量)：	0(W13)	0(WF13)	0(WN13)
(14)重度特定需求者醫療服務(論量)：	0(W14)	0(WF14)	0(WN14)
(15)發展遲緩兒童(論量)：	0(W15)	0(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團發展遲緩兒童(論量)：	0(W16)	0(WF16)	0(WN16)
(17)到宅及特定需求者(含失能老人)(論次)：	0(W17)	0(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團失能老人醫療服務(論量)：	0(W18)	0(WF18)	0(WN18)
(19)失能老人到宅醫療服務(論量)：	0(W19)	0(WF19)	0(WN19)
(20)失能老人特定需求者醫療服務(論量)：	0(W20)	0(WF20)	0(WN20)
(99)合計	0(W99)	0(WF99)	0(WN99)

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 137,082,879－ 0＝ 137,082,879

第3季：預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 473,000,000/4＋ 18,832,879＝ 137,082,879

	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(論量)：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)重度身心障礙患者牙醫醫療服務(論量)：	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(論量)：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
(7)醫療團重度身心障礙牙醫醫療服務(論量)：	0(X07)	0(XF07)	0(XN07)
(8)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(論量)：	0(X08)	0(XF08)	0(XN08)
(9)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(X09)	0(XF09)	0(XN09)
(10)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(X10)	0(XF10)	0(XN10)
(11)極重度到宅醫療服務(論量)：	0(X11)	0(XF11)	0(XN11)
(12)重度到宅醫療服務(論量)：	0(X12)	0(XF12)	0(XN12)
(13)極重度特定需求者醫療服務(論量)：	0(X13)	0(XF13)	0(XN13)
(14)重度特定需求者醫療服務(論量)：	0(X14)	0(XF14)	0(XN14)
(15)發展遲緩兒童(論量)：	0(X15)	0(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團發展遲緩兒童(論量)：	0(X16)	0(XF16)	0(XN16)
(17)到宅及特定需求者(含失能老人)(論次)：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團失能老人醫療服務(論量)：	0(X18)	0(XF18)	0(XN18)
(19)失能老人到宅醫療服務(論量)：	0(X19)	0(XF19)	0(XN19)
(20)失能老人特定需求者醫療服務(論量)：	0(X20)	0(XF20)	0(XN20)
(99)合計	0(X99)	0(XF99)	0(XN99)

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＝ 137,082,879－ 0＝ 137,082,879



第4季：預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝ 473,000,000/4＋ 18,832,879＝ 137,082,879

	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(論量)：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙患者牙醫醫療服務(論量)：	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(論量)：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團重度身心障礙牙醫醫療服務(論量)：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)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(論量)：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)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(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)極重度到宅醫療服務(論量)：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)重度到宅醫療服務(論量)：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)極重度特定需求者醫療服務(論量)：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)重度特定需求者醫療服務(論量)：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)發展遲緩兒童(論量)：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團發展遲緩兒童(論量)：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)到宅及特定需求者(含失能老人)(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團失能老人醫療服務(論量)：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)失能老人到宅醫療服務(論量)：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)失能老人特定需求者醫療服務(論量)：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 137,082,879－ 0＝ 137,082,879

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：10

全年合計：全年預算 = 473,000,000

	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(論量)：	6,354,457(Z01)	6,353,381(ZF01)	1,076(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	10,143,272(Z02)	9,446,762(ZF02)	696,510(ZN02)
(3)重度身心障礙患者牙醫醫療服務(論量)：	15,612,739(Z03)	14,928,256(ZF03)	684,483(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(論量)：	16,050,435(Z04)	15,514,876(ZF04)	535,559(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	5,939,942(Z05)	5,666,590(ZF05)	273,352(ZN05)
(6)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	8,980,255(Z06)	8,979,409(ZF06)	846(ZN06)
(7)醫療團重度身心障礙牙醫醫療服務(論量)：	8,491,986(Z07)	8,491,513(ZF07)	473(ZN07)
(8)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(論量)：	13,054,907(Z08)	13,053,694(ZF08)	1,213(ZN08)
(9)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	764,205(Z09)	764,162(ZF09)	43(ZN09)
(10)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)：	12,890,400(Z10)	12,890,400(ZF10)	0(ZN10)
(11)極重度到宅醫療服務(論量)：	79,584(Z11)	79,584(ZF11)	0(ZN11)
(12)重度到宅醫療服務(論量)：	25,071(Z12)	25,063(ZF12)	8(ZN12)
(13)極重度特定需求者醫療服務(論量)：	113,481(Z13)	113,481(ZF13)	0(ZN13)
(14)重度特定需求者醫療服務(論量)：	2,803(Z14)	2,803(ZF14)	0(ZN14)
(15)發展遲緩兒童(論量)：	483,836(Z15)	425,529(ZF15)	58,307(ZN15)
(16)醫療團發展遲緩兒童(論量)：	128,389(Z16)	128,389(ZF16)	0(ZN16)
(17)到宅及特定需求者(含失能老人)(論次)：	119,700(Z17)	119,700(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團失能老人醫療服務(論量)：	181,659(Z18)	181,659(ZF18)	0(ZN18)
(19)失能老人到宅醫療服務(論量)：	0(Z19)	0(ZF19)	0(ZN19)
(20)失能老人特定需求者醫療服務(論量)：	0(Z20)	0(ZF20)	0(ZN20)
(99)合計	99,417,121(Z99)	97,165,251(ZF99)	2,251,870(ZN99)

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) = 99,417,121

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 473,000,000 - 99,417,121 = 373,582,879

※依據「105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

(1)執業服務之「定額給付」(論量) J1:	點數 13,744,630(J0)	收入	25,071,592(J1)
執業服務之「論次給付」(論次) J2:		已支用點數	4,546,050(J2)
(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 2,600(J6)	加成已支用點數	520(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 20,783,149(J7)	加成已支用點數	4,158,275(J4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) J5:		已支用點數	20,723,600(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 15,259(J11)	加成已支用點數	3,052(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 11,362,012(J12)	加成已支用點數	2,272,940(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9):			45,449,067(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已支用點數)

= 56,776,029

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 13,223,971

※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)納入一般服務部門計算。

## 第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 13,223,971= 83,223,971

(1)執業服務之「定額給付」(論量) K1:	點數	0(K0)	收入	0(K1)
執業服務之「論次給付」(論次) K2:			已支用點數	0(K2)
(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(K6)	加成已支用點數	0(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	0(K7)	加成已支用點數	0(K4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) K5:			已支用點數	0(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	0(K11)	加成已支用點數	0(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	0(K12)	加成已支用點數	0(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9):				0(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已支用點數)

= 0

## 未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 83,223,971

※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)納入一般服務部門計算。

## 第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 83,223,971=153,223,971

(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)
(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)
(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):				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已支用點數)

= 0

## 未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額

= 153,223,971

※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)納入一般服務部門計算。

## 第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 153,223,971=223,223,971

(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)
(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)
(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):				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已支用點數)

= 0

## 未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額

= 223,223,971

※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)納入一般服務部門計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01—105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次： 15

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 13,744,630(N0)	收入	25,071,592(N1)
執業服務之「論次給付」(論次) N2:		已支用點數	4,546,050(N2)
(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 2,600(N6)	加成已支用點數	520(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 20,783,149(N7)	加成已支用點數	4,158,275(N4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) N5:		已支用點數	20,723,600(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 15,259(N11)	加成已支用點數	3,052(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 11,362,012(N12)	加成已支用點數	2,272,940(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9):			45,449,067(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)  
 = 56,776,029+ 0+ 0+ 0 = 56,776,029

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 223,223,971

※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)納入一般服務部門計算。

說明：依據「105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。

## (三)牙周病統合照護計畫(第1、2階段)

全年預算 = 884,000,000

第1季:

預算 =  $884,000,000 / 4 = 221,000,000$ 

已支用點數 231,649,080

暫結金額 =  $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 231,649,080$ 未支用金額 =  $\text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 221,000,000 - 231,649,080 = -10,649,080$ 暫結浮動點值 =  $(\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (221,000,000 - 0) / 231,649,080 = 0.95402926$ 

第2季:

預算 =  $\text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 884,000,000 / 4 + 0 = 221,000,000$ 

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 =  $\text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 221,000,000 - 0 = 221,000,000$ 

第3季:

預算 =  $\text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 884,000,000 / 4 + 221,000,000 = 442,000,000$ 

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 =  $\text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 442,000,000 - 0 = 442,000,000$ 

第4季:

預算 =  $\text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 884,000,000 / 4 + 442,000,000 = 663,000,000$ 

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 =  $\text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 663,000,000 - 0 = 663,000,000$



## 全年合計：

全年預算 = 884,000,000

已支用點數 = 第1-4季已支用點數

= 231,649,080 + 0 + 0 + 0 = 231,649,080

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)

= 221,000,000 + 0 + 0 + 0 = 221,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 884,000,000 - 221,000,000 = 663,000,000

註：依據「105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105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)」專款項目下支應，全年經費為8.84億元。其預算按季均分及結算，每點金額以1元暫付；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 = 330,900,000

※其中2.606億元由105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)」專款項目下支應，

另0.703億元由一般服務預算移撥支應。

## 第1季：

預算 = 330,900,000/4 = 82,725,000

已支用點數 87,779,480

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 87,779,480

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 82,725,000 - 87,779,480 = -5,054,480 (預算不足，由一般服務預算支付H)

## 第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 330,900,000/4 + 0 = 82,725,000

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2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 82,725,000 - 0 = 82,725,000

## 第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 330,900,000/4 + 82,725,000 = 165,450,000

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 - 1元/點 × 第3季已支用點數 = 165,450,000 - 0 = 165,450,000

## 第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 330,900,000/4+ 165,450,000= 248,175,000

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 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 248,175,000 - 0 = 248,175,000(E5)

## 全年合計:

全年預算 = 330,900,000

已支用點數 = 第1-4季已支用點數

= 87,779,480 + 0 + 0 + 0 = 87,779,480

全年已結算金額 = 1元/點× 已支用點數 = 87,779,480

全年由一般服務醫療給付費用預算支應金額 = 5,054,480

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預算支應金額)

= 330,900,000 - (87,779,480 - 5,054,480)

= 330,900,000 - 82,725,000

= 248,175,000

註：依據「105年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4003C」診療項目全年經費為3.309億元，其中2.606億元由105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)」專款項目下支應，另0.703億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點金額以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，則由一般服務預算支付；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依103年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：19

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% × 103年各季人口風險因子(R\_103)(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. 105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)		8,750,069,716	9,395,282,324	10,087,320,615	9,833,515,139	38,066,187,794
2. 103年人口風險因子(R_103)	臺北分區	0.36587	0.36638	0.36643	0.36663	
	北區分區	0.15583	0.15615	0.15664	0.15705	
	中區分區	0.18166	0.18141	0.18183	0.18168	
	南區分區	0.13248	0.13221	0.13178	0.13163	
	高屏分區	0.14318	0.14294	0.14244	0.14219	
	東區分區	0.02098	0.02091	0.02088	0.02082	
		(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_103)(說明1、2)	臺北分區	3,201,388,007	3,442,243,538	3,696,296,893	3,605,261,655	13,945,190,093
	北區分區	1,363,523,364	1,467,073,335	1,580,077,901	1,544,353,553	5,955,028,153
	中區分區	1,589,537,665	1,704,398,166	1,834,177,507	1,786,553,030	6,914,666,368
	南區分區	1,159,209,236	1,242,150,276	1,329,307,111	1,294,385,598	5,025,052,221
	高屏分區	1,252,834,982	1,342,961,655	1,436,837,948	1,398,227,518	5,430,862,103
	東區分區	183,576,462	196,455,354	210,623,255	204,733,785	795,388,856
	小計	8,750,069,716	9,395,282,324	10,087,320,615	9,833,515,139	38,066,187,794

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：20

(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)=[各分區(加總BD)× Ra× R\_103] (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)+104年分區保留款分配後結餘款(T)+中區、高屏分區移撥款(W)+移撥醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥牙周病整合照護計畫(第3階段)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)		24.016064%	24.404776%	25.797478%	25.781682%	100%
2. 103年人口風險因子(R_103)	臺北分區	0.36587	0.36638	0.36643	0.36663	
	北區分區	0.15583	0.15615	0.15664	0.15705	
	中區分區	0.18166	0.18141	0.18183	0.18168	
	南區分區	0.13248	0.13221	0.13178	0.13163	
	高屏分區	0.14318	0.14294	0.14244	0.14219	
	東區分區	0.02098	0.02091	0.02088	0.02082	
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(說明2)(加總BD1)
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_103	臺北分區	3,344,783,548	3,403,658,426	3,598,385,260	3,598,362,859	13,945,190,093
	北區分區	1,424,597,864	1,450,628,482	1,538,223,036	1,541,578,771	5,955,028,153
	中區分區	1,660,735,724	1,685,293,070	1,785,591,769	1,783,045,805	6,914,666,368
	南區分區	1,211,132,163	1,228,226,651	1,294,094,942	1,291,598,465	5,025,052,221
	高屏分區	1,308,951,563	1,327,908,006	1,398,777,383	1,395,225,151	5,430,862,103
	東區分區	191,799,160	194,253,228	205,044,031	204,292,437	795,388,856
	小計	9,142,000,022	9,289,967,863	9,820,116,421	9,814,103,488	38,066,187,794
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)		5,054,480	0	0	0	5,054,480
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_103	臺北分區	1,849,283	0	0	0	1,849,283
	北區分區	787,640	0	0	0	787,640
	中區分區	918,197	0	0	0	918,197
	南區分區	669,618	0	0	0	669,618
	高屏分區	723,700	0	0	0	723,700
	東區分區	106,042	0	0	0	106,042
	小計	5,054,480	0	0	0	5,054,480

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：21

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
6. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I) (說明4)		-	-	-	-	-
7. 各分區牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI = I×R_103	臺北分區	-	-	-	-	-
	北區分區	-	-	-	-	-
	中區分區	-	-	-	-	-
	南區分區	-	-	-	-	-
	高屏分區	-	-	-	-	-
	東區分區	-	-	-	-	-
8. 104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(W) (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
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_103	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. 移撥牙周病整合照護計畫(第3階段)結餘款E5 (說明3)					0	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第 1 季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁 次： 22

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
13. 移撥牙周病整合照護計畫(第3階段)	臺北分區				0	0
各分區結餘款	北區分區				0	0
BE5 = E5×R_103	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	臺北分區				0	0
(BE6 = E6×R_103)	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
16. 調整後各季分區一般服務預算總額	臺北分區	3,342,934,265	3,403,658,426	3,598,385,260	3,598,362,859	13,943,340,810
(BD2) = (BD1) - (BH) - (BI) + (T) +	北區分區	1,423,810,224	1,450,628,482	1,538,223,036	1,541,578,771	5,954,240,513
(W) + (BE4) + (BE5) + (BE6)	中區分區	1,662,317,527	1,687,793,070	1,788,091,769	1,785,545,805	6,923,748,171
	南區分區	1,210,462,545	1,228,226,651	1,294,094,942	1,291,598,465	5,024,382,603
	高屏分區	1,309,477,863	1,329,158,006	1,400,027,383	1,396,475,151	5,435,138,403
	東區分區	191,693,118	194,253,228	205,044,031	204,292,437	795,282,814
	小計	9,140,695,542	9,293,717,863	9,823,866,421	9,817,853,488	38,076,133,314

- 說明：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「105年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4003C」診療項目全年經費為3.309億元，其中2.606億元由105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)」專款項目下支應，另0.703億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點金額以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，則由一般服務預算支付；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依103年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
4. 依據「105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。
5. 104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，回歸該區次年第一季一般預算。
6. 依據104年11月17日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議104年度第4次會議及同年12月17日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議104年度第1次臨時會議決定略以，105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「105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180百萬元支應。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103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103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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01—105/03

核付截止日期:105/06/30

頁 次： 24

四、一般服務各分區浮動點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	2,795,678,183(BF)	0.92791036	-----	26,031,548	1,445,529
	2-北區分區	252,870,391	0.92791036	234,641,056	2,051,952	
	3-中區分區	158,953,303	0.92791036	147,494,417	1,328,020	
	4-南區分區	92,501,768	0.92791036	85,833,349	772,833	
	5-高屏分區	129,739,403	0.92791036	120,386,536	842,283	
	6-東區分區	17,828,878	0.92791036	16,543,601	214,001	
	7-合計	3,447,571,926(GF)		604,898,959(AF)	31,240,637(BG)	1,445,529(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	160,906,160	1.01027312	162,559,168	1,735,548	
	2-北區分區	1,048,724,553(BF)	1.01027312	-----	8,148,837	696,879
	3-中區分區	63,126,811	1.01027312	63,775,320	544,324	
	4-南區分區	37,287,802	1.01027312	37,670,864	304,092	
	5-高屏分區	24,558,527	1.01027312	24,810,820	240,463	
	6-東區分區	3,352,123	1.01027312	3,386,560	51,148	
	7-合計	1,337,955,976(GF)		292,202,732(AF)	11,024,412(BG)	696,879(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	53,343,811	0.98902219	52,758,213	539,074	
	2-北區分區	30,797,687	0.98902219	30,459,596	223,797	
	3-中區分區	1,497,252,743(BF)	0.98902219	-----	12,873,823	436,415
	4-南區分區	31,855,916	0.98902219	31,506,208	311,646	
	5-高屏分區	23,480,898	0.98902219	23,223,129	164,203	
	6-東區分區	2,293,397	0.98902219	2,268,221	30,461	
	7-合計	1,639,024,452(GF)		140,215,367(AF)	14,143,004(BG)	436,415(BJ)



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：105/10/03

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁 次： 25

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	50,319,591	1.02021909	51,337,007	576,091	
	2-北區分區	17,745,877	1.02021909	18,104,682	158,730	
	3-中區分區	48,106,908	1.02021909	49,079,586	448,489	
	4-南區分區	987,973,210(BF)	1.02021909	-----	9,449,676	373,348
	5-高屏分區	53,800,623	1.02021909	54,888,423	364,859	
	6-東區分區	1,740,464	1.02021909	1,775,655	24,374	
	7-合計	1,159,686,673(GF)		175,185,353(AF)	11,022,219(BG)	373,348(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	32,401,076	0.98458166	31,901,505	357,888	
	2-北區分區	12,989,379	0.98458166	12,789,104	112,719	
	3-中區分區	22,506,097	0.98458166	22,159,090	212,957	
	4-南區分區	50,660,447	0.98458166	49,879,347	449,118	
	5-高屏分區	1,203,324,490(BF)	0.98458166	-----	9,474,100	200,416
	6-東區分區	3,071,054	0.98458166	3,023,703	35,166	
	7-合計	1,324,952,543(GF)		119,752,749(AF)	10,641,948(BG)	200,416(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	11,366,382	1.13714755	12,925,253	157,335	
	2-北區分區	4,199,215	1.13714755	4,775,127	42,981	
	3-中區分區	3,664,967	1.13714755	4,167,608	40,104	
	4-南區分區	2,538,824	1.13714755	2,887,017	25,332	
	5-高屏分區	5,206,006	1.13714755	5,919,997	128,472	
	6-東區分區	138,921,377(BF)	1.13714755	-----	1,810,531	33,139
	7-合計	165,896,771(GF)		30,675,002(AF)	2,204,755(BG)	33,139(BJ)

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	= [ 3,342,934,265	- 604,898,959	- 31,240,637	- 1,445,529 ] /	2,795,678,183 = 0.96768976
北區分區	= [ 1,423,810,224	- 292,202,732	- 11,024,412	- 696,879 ] /	1,048,724,553 = 1.06785542
中區分區	= [ 1,662,317,527	- 140,215,367	- 14,143,004	- 436,415 ] /	1,497,252,743 = 1.00685923
南區分區	= [ 1,210,462,545	- 175,185,353	- 11,022,219	- 373,348 ] /	987,973,210 = 1.03634554
高屏分區	= [ 1,309,477,863	- 119,752,749	- 10,641,948	- 200,416 ] /	1,203,324,490 = 0.97968816
東區分區	= [ 191,693,118	- 30,675,002	- 2,204,755	- 33,139 ] /	138,921,377 = 1.14295025

3. 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)  
 = [ 9,140,695,542 - 80,276,975 - 3,185,726 ] / 9,075,088,341 = 0.99803247

4. 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	= [ 3,342,934,265	] / [ 3,447,571,926 + 31,240,637 + 1,445,529 ] = 0.96054206
北區分區	= [ 1,423,810,224	] / [ 1,337,955,976 + 11,024,412 + 696,879 ] = 1.05492643
中區分區	= [ 1,662,317,527	] / [ 1,639,024,452 + 14,143,004 + 436,415 ] = 1.00526949
南區分區	= [ 1,210,462,545	] / [ 1,159,686,673 + 11,022,219 + 373,348 ] = 1.03362728
高屏分區	= [ 1,309,477,863	] / [ 1,324,952,543 + 10,641,948 + 200,416 ] = 0.98029859
東區分區	= [ 191,693,118	] / [ 165,896,771 + 2,204,755 + 33,139 ] = 1.14011657

5. 全區平均點值 = [ 9,140,695,542 ] / [ 9,075,088,341 + 80,276,975 + 3,185,726 ] = 0.99805040

---

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+ 品質保證保留款預算  
 + 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  
 + 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]  
 =[ 9,140,695,542+464,972,630+ 51,349,003+ 32,928,812+ 3,541,018]  
 /[ 9,075,088,341+ 80,276,975+ 3,185,726+464,294,748+ 32,163,020]= 1.00398531

註：專款專用暫結金額=1元/點×牙醫特殊服務暫結金額+醫療資源不足地區改善方案暫結金額+牙周病統合照護計畫(第1、2階段)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)+牙周病統合照護計畫(第3階段)暫結金額(含一般服務部門支應之不足款)(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

$$= 99,417,121 + 56,776,029 + 221,000,000 + 87,779,480$$

$$= 464,972,630$$

## 五、修正後一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額 9,142,000,022(BD1)

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額 8,322,111,443(BD1)

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=[各分區(加總BD) $\times$  Ra](四捨五入至整數位)-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)+104年分區保留款分配後結餘款(T)+中區、高屏分區移撥款(W)+移撥資源不足核實申報費用各分區  
結餘款(BE4)+移撥牙周病統合照護計畫(第3階段)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)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	3,342,934,265
調整後北區分區一般服務預算總額	=	1,423,810,224
調整後中區分區一般服務預算總額	=	1,662,317,527
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,210,462,545
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,309,477,863
調整後東區分區一般服務預算總額	=	191,693,118

---

總計 9,140,695,542

## (二)保留款：

1.分區當季保留款(T1)=[依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

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

臺北分區當季保留款(T1)=0

北區分區當季保留款(T1)=0

中區分區當季保留款(T1)=0

南區分區當季保留款(T1)=0

高屏分區當季保留款(T1)=0

東區分區當季保留款(T1)=0

2. 分區累計保留款 (T2) = 分區前季累計保留款(P)+分區當季保留款(T1)

臺北分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
北區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
中區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
南區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
高屏分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
東區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0

(三) 修正後分區一般服務預算總額(BD3) = 調整後分區一般服務預算總額(BD2) (四捨五入至整數位) - 分區當季保留款(T1)

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	3,342,934,265(BD2) -	0 =	3,342,934,265
修正後北區分區一般服務預算總額 =	1,423,810,224(BD2) -	0 =	1,423,810,224
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,662,317,527(BD2) -	0 =	1,662,317,527
修正後南區分區一般服務預算總額 =	1,210,462,545(BD2) -	0 =	1,210,462,545
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	1,309,477,863(BD2) -	0 =	1,309,477,863
修正後東區分區一般服務預算總額 =	191,693,118(BD2) -	0 =	191,693,118

總計 9,140,695,542

說明:保留款之運用係依據全民健保牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業辦法辦理。

## 六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)
- 投保該分區核定非浮動點數(BG)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
- ／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [ 3,342,934,265	- 604,898,959	- 31,240,637	- 1,445,529 ]	／ 2,795,678,183 = 0.96768976
北區分區	= [ 1,423,810,224	- 292,202,732	- 11,024,412	- 696,879 ]	／ 1,048,724,553 = 1.06785542
中區分區	= [ 1,662,317,527	- 140,215,367	- 14,143,004	- 436,415 ]	／ 1,497,252,743 = 1.00685923
南區分區	= [ 1,210,462,545	- 175,185,353	- 11,022,219	- 373,348 ]	／ 987,973,210 = 1.03634554
高屏分區	= [ 1,309,477,863	- 119,752,749	- 10,641,948	- 200,416 ]	／ 1,203,324,490 = 0.97968816
東區分區	= [ 191,693,118	- 30,675,002	- 2,204,755	- 33,139 ]	／ 138,921,377 = 1.14295025

2. 修正後全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 核定非浮動點數(BG)
- 自墊核退點數(BJ)]
- ／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$= [ 9,140,695,542 - 80,276,975 - 3,185,726 ] / 9,075,088,341 = 0.99803247$$

3. 修正後分區平均點值 = [ 修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

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

臺北分區	= [ 3,342,934,265	]	／ [ 3,447,571,926 + 31,240,637 + 1,445,529 ] = 0.96054206
北區分區	= [ 1,423,810,224	]	／ [ 1,337,955,976 + 11,024,412 + 696,879 ] = 1.05492643
中區分區	= [ 1,662,317,527	]	／ [ 1,639,024,452 + 14,143,004 + 436,415 ] = 1.00526949
南區分區	= [ 1,210,462,545	]	／ [ 1,159,686,673 + 11,022,219 + 373,348 ] = 1.03362728
高屏分區	= [ 1,309,477,863	]	／ [ 1,324,952,543 + 10,641,948 + 200,416 ] = 0.98029859
東區分區	= [ 191,693,118	]	／ [ 165,896,771 + 2,204,755 + 33,139 ] = 1.14011657

4. 修正後全區平均點值

$$= [ 9,140,695,542 ] / [ 9,075,088,341 + 80,276,975 + 3,185,726 ] = 0.99805040$$

---

5. 修正後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(BD3)  
 + 專款專用暫結金額+ 品質保證保留款預算  
 + 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  
 + 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]  
 =[ 9,140,695,542+464,972,630+ 51,349,003+ 32,928,812+ 3,541,018]  
 /[ 9,075,088,341+ 80,276,975+ 3,185,726+464,294,748+ 32,163,020]= 1.00398531

註：專款專用暫結金額=1元/點×牙醫特殊服務暫結金額+醫療資源不足地區改善方案暫結金額+牙周病統合照護計畫(第1、2階段)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)+牙周病統合照護計畫(第3階段)暫結金額(含一般服務部門支應之不足款)(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

$$= 99,417,121 + 56,776,029 + 221,000,000 + 87,779,480$$

$$= 464,972,630$$

## 七、說明

## 1. 本季結算費用年月包括：

費用年月104/12(含)以前：於105/04/01~105/06/30期間核付者。

費用年月105/01~105/03：於105/01/01~105/06/30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。