

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)112年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

$$= [112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) \times 110年各季預算占率(Ra) - 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5) - 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)] \times 該區110年各季人口風險因子(R_{110})$$

$$= 11,877,613,683$$

註：依據111年11月22日「牙醫門診總額研商議事會議」111年度第4次會議決定，一般服務預算比照111年之分配方式，以107-109年各季核定點數平均占率計算四季預算重分配占率：第1季23.869908%、第2季24.384747%、第3季25.928519%、第4季25.816826%。112年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區110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。

112全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為46,541,854,870元：

1. 112年第1季調整後預算11,109,497,939元=112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) \times Rax(R₁₁₀)。
2. 112年第2季調整後預算11,349,113,559元=112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) \times Rax(R₁₁₀)。
3. 112年第3季調整後預算11,877,613,683元=[112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計) \times Rax(R₁₁₀)。
4. 112年第4季調整後預算= 112年全年預算數- 112年第1季調整後預算- 112年第2季調整後預算- 112年第3季調整後預算

$$= 46,541,854,870 - 11,109,497,939 - 11,349,113,559 - 11,877,613,683$$

$$= 12,205,629,689元。$$

5. 計算過程詳本表頁次27：「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：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第3季

結算主要費用年月起迄：112/07—112/09

核付截止日期：112/12/31

頁次：2

(二)112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

	110年 110年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	109年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	110年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	111年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	111年 110年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	111年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	112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)	112年7項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	112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)× (1+1.843%)						=G1-C1-F (I)	
第1季	10,824,811,219	-8,826,518	17,347,685	11,032,990,702	-35,422,301	2,649,921	11,077,439,855	26,806,674	311,850,000	10,738,783,181	0
第2季	11,585,257,829	-18,333,661	17,347,685	11,797,769,983	-52,345,562	2,649,921	11,830,545,824	28,723,750	311,850,000	11,489,972,074	0
第3季	12,429,803,469	-23,429,501	17,347,685	12,652,690,843	-59,761,198	2,649,921	12,684,000,535	30,832,102	311,850,000	12,341,318,433	0
第4季	12,102,225,867	-46,061,440	17,347,684	12,296,026,939	-70,864,837	2,649,919	12,313,651,261	30,020,079	311,850,000	11,971,781,182	0
合計	46,942,098,384	-96,651,120	69,390,739	47,779,478,467	-218,393,898	10,599,682	47,905,637,475	116,382,605	1,247,400,000	46,541,854,870	0

註：

1. 111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (110年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1) + 109年各季校正投保人口預估成長率差值(B1) + 前1年度(110年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (1 + 1.843%)。

※111年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 69,390,739元，按季均分。

2. 112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 110年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 前1年度(111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 + 0.702%)。

※一般服務成長率為0.702%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.642%，協商因素成長率0.060%。

※112年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 10,599,682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112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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111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111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、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及扣除「110年未導入預算扣減」部分(未有需扣除110年未導入金額)。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112年度品質保證保留款(93.9百萬元)合併運用(計210.3百萬元)。

4. 112年7項一般服務移撥專用費用(F)：依據112年3月7日、5月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1、2次會議決定辦理。112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計12.474億元，按季均分：

(1) 移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。

(2) 移撥0.8億元支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」。

(3) 移撥2億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

(4) 移撥8.724億元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按110年7月至111年6月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。

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

(5) 移撥0.5億元支應「牙醫特殊醫療服務計畫」。

- (6)移撥0.15億元支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」：為獎勵該季浮動點值不到1.0的分區配合執行(91090C)，112年由一般預算提撥0.15億元，支應高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至1元之差值，該經費按季均分及結算。當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。
- (7)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110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)112年7項一般服務移撥專用費用

全年預算=1,247,400,000元

1. 移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。每季移撥7,500,000元(Z)，中區移撥5,000,000元，高屏移撥2,500,000元。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2. 移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算=200,000,000元

第1季：

第1季預算=200,000,000/4=50,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	916(J6)	暫結金額	916(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	23,248,484(J7)	暫結金額	24,889,271(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	6,975(J11)	暫結金額	6,975(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	14,637,774(J12)	暫結金額	15,447,801(J22)
(3)小計	加成前點數	37,894,149(J19)	暫結金額	40,344,963(J29)

暫結金額 = 40,344,963

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 9,655,037

第2季：

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額=200,000,000/4+9,655,037=59,655,037

(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	1,507(K6)	暫結金額	1,507(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	36,941,068(K7)	暫結金額	37,886,834(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	8,846(K11)	暫結金額	8,846(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	15,342,011(K12)	暫結金額	15,591,028(K22)
(3)小計	加成前點數	52,293,432(K19)	暫結金額	53,488,215(K29)

暫結金額 = 53,488,215

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 6,166,822

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=	200,000,000/4 +	6,166,822=	56,166,822		
(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	1,937(L6)	暫結金額	1,937(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	14,741,856(L7)	暫結金額	15,071,150(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	11,123(L11)	暫結金額	11,123(L21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):		加成前點數	15,595,327(L12)	暫結金額	15,872,627(L22)
(3)小計		加成前點數	30,350,243(L19)	暫結金額	30,956,837(L29)

暫結金額 = 30,956,837

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 25,209,985

第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=	200,000,000/4 +	25,209,985=	75,209,985		
(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 = 75,209,985

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	4,360(N6)	暫結金額	4,360(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	74,931,408(N7)	暫結金額	77,847,255(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	26,944(N11)	暫結金額	26,944(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	45,575,112(N12)	暫結金額	46,911,456(N22)
(3)小計	加成前點數	120,537,824(N19)	暫結金額	124,790,015(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)

= 40,344,963+ 53,488,215+ 30,956,837+ 0

= 124,790,015

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 124,790,015

= 75,209,985 (E4)

註:1. 依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」,有關巡迴計畫之「核實申報」費用,加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。該預算按季均分及結算,以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘,則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算;全年預算若有結餘,依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。

2. 移撥經費全年預算若有結餘,優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫,若再有剩餘則回歸一般服務費用總額,並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

3. 全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫

全年預算：80,000,000元

第1季:預算=80,000,000/4= 20,000,000

已支用點數: 2,325,494

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 2,325,494

未支用金額: 第1季預算-第1季暫結金額= 20,000,000- 2,325,494= 17,674,506

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+17,674,506= 37,674,506

已支用點數: 3,797,768

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 3,797,768

未支用金額: 第2季預算-第2季暫結金額= 37,674,506- 3,797,768= 33,876,738

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+33,876,738= 53,876,738

已支用點數: 4,159,305

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 4,159,305

未支用金額: 第3季預算-第3季暫結金額= 53,876,738- 4,159,305= 49,717,433

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+49,717,433= 69,717,433

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= 69,717,433- 0= 69,717,433

全年合計:預算=80,000,000

全年已支用點數: 10,282,567

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 10,282,567

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 80,000,000 - 10,282,567

= 69,717,433 (E5)

註: 1. 依據112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110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：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：6

4. 移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」專款0.5億元。每季移撥12,500,000元(R)。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。
5. 移撥 872,400,000元支應「牙周病統合治療方案」：六分區預算按110年7月至111年6月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。
每季移撥218,100,000元(H)，移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。
※牙周病統合治療第二階段支付(91022C)108年3月1日生效；107年7月至108年2月係以P4002C統計。
6. 移撥支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」
全年預算：15,000,000元

第1季: 預算 = 15,000,000/4 = 3,750,000
 點值補助差值： 144,208
 暫結金額 = 144,208 (BJ_q1)
 未支用金額：第1季預算 - 第1季暫結金額 = 3,750,000 - 144,208 = 3,605,792

第2季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 3,605,792 = 7,355,792
 點值補助差值： 291,211
 暫結金額 = 291,211 (BJ_q2)
 未支用金額：第2季預算 - 第2季暫結金額 = 7,355,792 - 291,211 = 7,064,581

第3季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 7,064,581 = 10,814,581
 點值補助差值： 350,417
 暫結金額 = 350,417 (BJ_q3)
 未支用金額：第3季預算 - 第3季暫結金額 = 10,814,581 - 350,417 = 10,464,164

第4季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 10,464,164 = 14,214,164
 點值補助差值： 0
 暫結金額 = 0 (BJ_q4)
 未支用金額：第4季預算 - 第4季暫結金額 = 14,214,164 - 0 = 14,214,164

全年合計: 預算 = 15,000,000元
 全年點值補助差值： 785,836
 全年已暫結金額 = 第1-4季已暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
 = 144,208 + 291,211 + 350,417 + 0 = 785,836
 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
 = 15,000,000 - 785,836 - 0
 = 14,214,164 (E7)(若第4季有結餘款則回歸一般服務費用總額)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：113/03/22

112年第3季

結算主要費用年月起迄：112/07-112/09

核付截止日期：112/12/31

頁次：7

7. 全年合計：

全年預算1,247,400,000元

第1季：預算 = 1,247,400,000 / 4 = 311,850,000

已暫結金額：7,500,000(Z) + 40,344,963(J29) + 2,325,494 + 218,100,000(H) + 0(R) + 144,208(BJ_q1) = 268,414,665

未支用金額：第1季預算 - 第1季已暫結金額 = 311,850,000 - 268,414,665 = 43,435,335

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,247,400,000 / 4 + 43,435,335 = 355,285,335

已暫結金額：7,500,000(Z) + 53,488,215(K29) + 3,797,768 + 218,100,000(H) + 0(R) + 291,211(BJ_q2) = 283,177,194

未支用金額：第2季預算 - 第2季已暫結金額 = 355,285,335 - 283,177,194 = 72,108,141

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,247,400,000 / 4 + 72,108,141 = 383,958,141

已暫結金額：7,500,000(Z) + 30,956,837(L29) + 4,159,305 + 218,100,000(H) + 0(R) + 350,417(BJ_q3) = 261,066,559

未支用金額：第3季預算 - 第3季已暫結金額 = 383,958,141 - 261,066,559 = 122,891,582

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,247,400,000 / 4 + 122,891,582 = 434,741,582

已暫結金額：0(Z) + 0(M29) + 0 + 0(H) + 0(R) + 0(BJ_q4) = 0

未支用金額：第4季預算 - 第4季已暫結金額 = 434,741,582 - 0 = 434,741,582

全年合計：預算 = 1,247,400,000

全年已暫結金額：812,658,418

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

= 1,247,400,000 - 812,658,418 - 0

= 434,741,582 (E9)

8. 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依110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)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	11,466,667(J0)	收入	18,508,684(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:			已支用點數	3,977,400(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	916(J6)	加成已支用點數	177(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	23,248,484(J7)	加成已支用點數	4,654,389(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	29,381,700(J5)
(4) 社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	6,975(J11)	加成已支用點數	1,385(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	14,637,774(J12)	加成已支用點數	2,926,548(J9)
(5) 小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				52,408,266(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)

= 59,450,283

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 10,549,717

※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 + 10,549,717= 80,549,717

	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)K1:	12,919,532(K0)	19,239,170(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:		已支用點數 4,353,730(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 1,507(K6)	加成已支用點數 293(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 36,941,068(K7)	加成已支用點數 7,390,119(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 36,104,300(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 8,846(K11)	加成已支用點數 1,759(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 15,342,011(K12)	加成已支用點數 3,064,737(K9)
(5) 小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):		63,834,470(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)

= 70,154,108

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 10,395,609

※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 + 10,395,609= 80,395,609

	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)L1:	11,932,237(L0)	18,230,546(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:		已支用點數 3,130,260(L2)
執業計畫診所之品質獎勵費用L13:		已支用點數 0(L13)
(2) 巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數 1,937(L6)	加成已支用點數 384(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 14,741,856(L7)	加成已支用點數 2,948,851(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 27,821,400(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 11,123(L11)	加成已支用點數 2,204(L8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數 15,595,327(L12)	加成已支用點數 3,115,229(L9)
(5) 小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):		48,950,565(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)
= 55,248,874

未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額
= 25,146,735

※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 + 25,146,735= 95,146,735

(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

= 95,146,735

※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	36,318,436(N0)	收入	56,053,918(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	11,461,390(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	4,360(N6)	加成已支用點數	854(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	74,931,408(N7)	加成已支用點數	14,993,359(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	93,307,400(N5)
(4) 社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	26,944(N11)	加成已支用點數	5,348(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	45,575,112(N12)	加成已支用點數	9,106,514(N9)
(5) 小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				165,193,301(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)
 = 59,450,283 + 70,154,108 + 55,248,874 + 0 = 184,853,265

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 95,146,735

※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「112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「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本計畫巡迴點與社區醫療站提供0-6歲計畫收案對象及社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。
- 有關社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

(二)牙醫特殊醫療服務全年預算 = 722,100,000

(6.721億元由112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：	3,889,373(V01)	3,857,731(VF01)	31,642(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,804,894(V02)	18,870,313(VF02)	934,581(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,317,892(V03)	24,498,381(VF03)	819,511(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：	24,930,405(V04)	24,168,778(VF04)	761,627(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,666,471(V05)	10,255,687(VF05)	410,784(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,255,620(V06)	1,073,942(VF06)	181,678(VN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,903,369(V07)	9,902,987(VF07)	382(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,599,366(V08)	9,599,113(VF08)	253(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：	13,807,325(V09)	13,806,072(VF09)	1,253(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	549,916(V10)	549,916(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	24,681(V11)	24,681(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	631,513(V12)	631,513(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)：	12,271,200(V13)	12,271,200(VF13)	0(VN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	390,726(V14)	390,641(VF14)	85(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	3,217(V15)	3,217(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	271,200(V16)	271,200(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,984(V17)	3,984(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：	18,379(V18)	18,379(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：	43,684(V19)	43,684(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：	13,274(V20)	13,274(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：	1,399,094(V22)	1,399,094(VF22)	0(VN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,588,536(V23)	1,588,536(VF23)	0(VN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	300,731(V24)	300,731(VF24)	0(VN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	714,452(V25)	714,452(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：	97,047(V27)	97,047(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	137,496,349(V99)	134,354,553(VF99)	3,141,796(VN99)
暫結金額		未支用金額	
= 1元/點×已支用點數 = 137,496,349		= 第1季預算 - 暫結金額 = 43,028,651	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：14

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 43,028,651＝ 223,553,651

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,866,327(W01)	3,853,188(WF01)	13,139(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	32,997,250(W02)	31,506,285(WF02)	1,490,965(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,076,376(W03)	23,184,588(WF03)	891,788(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：	23,391,594(W04)	22,800,588(WF04)	591,006(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,711,183(W05)	9,301,226(WF05)	409,957(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,370,183(W06)	1,178,285(WF06)	191,898(WN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,445,483(W07)	12,445,084(WF07)	399(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,763,492(W08)	10,762,707(WF08)	785(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：	15,465,985(W09)	15,464,072(WF09)	1,913(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	694,170(W10)	694,170(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	19,738(W11)	19,738(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	628,369(W12)	628,369(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)：	14,121,600(W13)	14,121,600(WF13)	0(WN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	463,364(W14)	463,322(WF14)	42(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,447(W15)	8,447(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	300,000(W16)	300,000(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,605(W17)	11,605(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：	26,311(W18)	26,311(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：	69,756(W19)	69,756(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：	5,831(W20)	5,831(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：	1,530,668(W22)	1,530,668(WF22)	0(WN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,589,757(W23)	1,589,757(WF23)	0(WN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	292,173(W24)	292,173(WF24)	0(WN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	922,761(W25)	922,761(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：	165,723(W27)	165,723(WF27)	0(WN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W28)	0(WF28)	0(WN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(99)合計	154,938,146(W99)	151,346,254(WF99)	3,591,892(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 154,938,146	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 68,615,505		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：113/03/22

112年第3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：15

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 68,615,505＝ 249,140,505

	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：	4,589,339(X01)	4,588,740(XF01)	599(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,632,013(X02)	33,075,250(XF02)	1,556,763(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,115,867(X03)	24,364,321(XF03)	751,546(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：	24,951,078(X04)	24,402,712(XF04)	548,366(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,926,898(X05)	9,569,420(XF05)	357,478(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,215,061(X06)	1,085,031(XF06)	130,030(XN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,738,030(X07)	11,737,935(XF07)	95(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,559,923(X08)	9,553,400(XF08)	6,523(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：	13,931,666(X09)	13,929,773(XF09)	1,893(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	391,634(X10)	391,592(XF10)	42(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	28,288(X11)	28,288(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	718,587(X12)	718,587(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)：	13,072,800(X13)	13,072,800(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	532,451(X14)	532,451(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	9,368(X15)	9,368(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	357,600(X16)	357,600(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,638(X17)	7,638(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：	21,472(X18)	21,472(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：	47,052(X19)	47,052(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：	23,707(X20)	23,677(XF20)	30(XN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(22)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,650,601(X22)	1,650,601(XF22)	0(XN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,806,664(X23)	1,806,664(XF23)	0(XN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	335,866(X24)	335,866(XF24)	0(XN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	931,201(X25)	931,201(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：	199,916(X27)	199,916(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	155,794,720(X99)	152,441,355(XF99)	3,353,365(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 155,794,720	＝ 第3季預算－暫結金額＝ 93,345,785		

=====
 第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 722,100,000/4＋ 93,345,785＝ 273,870,785

	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)自閉症、失智症、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)醫療團自閉症、失智症、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)醫療團特定需求者自閉症、失智症、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)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、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＝	273,870,785

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R01

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：113/03/22

112年第3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：17

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：	12,345,039(Z01)	12,299,659(ZF01)	45,380(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	87,434,157(Z02)	83,451,848(ZF02)	3,982,309(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	74,510,135(Z03)	72,047,290(ZF03)	2,462,845(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：	73,273,077(Z04)	71,372,078(ZF04)	1,900,999(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	30,304,552(Z05)	29,126,333(ZF05)	1,178,219(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,840,864(Z06)	3,337,258(ZF06)	503,606(ZN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,086,882(Z07)	34,086,006(ZF07)	876(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	29,922,781(Z08)	29,915,220(ZF08)	7,561(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：	43,204,976(Z09)	43,199,917(ZF09)	5,059(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,635,720(Z10)	1,635,678(ZF10)	42(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	72,707(Z11)	72,707(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,978,469(Z12)	1,978,469(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)：	39,465,600(Z13)	39,465,600(ZF13)	0(ZN13)
(14)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	1,386,541(Z14)	1,386,414(ZF14)	127(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	21,032(Z15)	21,032(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	928,800(Z16)	928,800(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	23,227(Z17)	23,227(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：	66,162(Z18)	66,162(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：	160,492(Z19)	160,492(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：	42,812(Z20)	42,782(ZF20)	30(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：	4,580,363(Z22)	4,580,363(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,984,957(Z23)	4,984,957(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	928,770(Z24)	928,770(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家失能老人牙醫醫療服務：	2,568,414(Z25)	2,568,414(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：	462,686(Z27)	462,686(ZF27)	0(ZN27)
(28)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z28)	0(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(99)合計	448,229,215(Z99)	438,142,162(ZF99)	10,087,053(ZN99)

全年預算 = 722,100,000

全年已支用點數 = 第1-4季已支用點數

= 137,496,349 + 154,938,146 + 155,794,720 + 0 = 448,229,215

全年已結算金額 = 137,496,349 + 154,938,146 + 155,794,720 + 0 = 448,229,215

全年由一般服務部門支應之預算＝ 0
 全年未支用金額＝ 全年預算 － (全年已結算金額－全年由一般服務醫療給付費用支應之預算)
 ＝ 722,100,000 － (448,229,215 － 0)
 ＝ 722,100,000 － 448,229,215
 ＝ 273,870,785 (E6)(若第4季一般服務移撥款有結餘，優先支應牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫全年不足款，再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限)

註：

- 依據「112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112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決定略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.474億元，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110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(三)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

全年預算= 10,000,000元

第1季:預算= 10,000,000/4= 2,500,000

已支用點數: 1,381,000

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 1,381,000

未支用金額: 第1季預算-第1季暫結金額= 2,500,000- 1,381,000= 1,119,000

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 1,119,000= 3,619,000

已支用點數: 1,438,000

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 1,438,000

未支用金額: 第2季預算-第2季暫結金額= 3,619,000- 1,438,000= 2,181,000

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 2,181,000= 4,681,000

已支用點數: 1,256,000

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 1,256,000

未支用金額: 第3季預算-第3季暫結金額= 4,681,000- 1,256,000= 3,425,000

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 3,425,000= 5,925,000

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= 5,925,000- 0= 5,925,000

全年合計:預算= 10,000,000

全年已支用點數: 4,075,000

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 4,075,000

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)

= 10,000,000 - (4,075,000 - 0)

= 5,925,000

註:1. 依據「112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110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(四)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：	67,009
(2)品質獎勵費已支用點數：	24,000
(9)合計已支用點數：	91,009

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 91,009

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額 = $15,000,000 - 91,009 = 14,908,991$ 第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $60,000,000/4 + 14,908,991 = 29,908,991$

(1)診療服務費已支用點數：	62,126
(2)品質獎勵費已支用點數：	0
(9)合計已支用點數：	62,126

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 62,126

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額 = $29,908,991 - 62,126 = 29,846,865$ 第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $60,000,000/4 + 29,846,865 = 44,846,865$

(1)診療服務費已支用點數：	52,845
(2)品質獎勵費已支用點數：	43,500
(9)合計已支用點數：	96,345

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 96,345

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額 = $44,846,865 - 96,345 = 44,750,520$ 第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $60,000,000/4 + 44,750,520 = 59,750,520$

(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 = $59,750,520 - 0 = 59,750,520$

=====

全年合計:預算= 60,000,000

(1)診療服務費已支用點數： 181,980
(2)品質獎勵費已支用點數： 67,500
(9)合計已支用點數： 249,480

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數= 249,480
全年未支用金額 = 全年預算－ 全年已結算金額
= 60,000,000 - 249,480
= 59,750,520

註:依據「112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。

(五)12-18歲青少年口腔提升試辦計畫

全年預算= 271,500,000元

第1季:預算=271,500,000/4= 67,875,000

已支用點數： 5,814,665

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 5,814,665

未支用金額：第1季預算-第1季暫結金額= 67,875,000 - 5,814,665 = 62,060,335

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=271,500,000/4+ 62,060,335 = 129,935,335

已支用點數： 8,864,506

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 8,864,506

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額= 129,935,335 - 8,864,506 = 121,070,829

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=271,500,000/4+121,070,829 = 188,945,829

已支用點數： 15,824,993

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 15,824,993

未支用金額：第3季預算-第3季暫結金額= 188,945,829 - 15,824,993 = 173,120,836

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=271,500,000/4+173,120,836 = 240,995,836

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= 240,995,836 - 0 = 240,995,836

全年合計:預算=271,500,000

已支用點數： 30,504,164

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 30,504,164

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 271,500,000 - 30,504,164

= 240,995,836

註:依據「112年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」,預算係按季均分及結算,每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算。

(六)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

全年預算 = 184,000,000元

第1季:預算 = $184,000,000/4 = 46,000,000$

已支用點數：16,181,755

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 16,181,755

未支用金額：第1季預算 - 第1季暫結金額 = $46,000,000 - 16,181,755 = 29,818,245$ 第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $184,000,000/4 + 29,818,245 = 75,818,245$

已支用點數：19,398,700

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 19,398,700

未支用金額：第2季預算 - 第2季暫結金額 = $75,818,245 - 19,398,700 = 56,419,545$ 第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $184,000,000/4 + 56,419,545 = 102,419,545$

已支用點數：22,582,402

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 22,582,402

未支用金額：第3季預算 - 第3季暫結金額 = $102,419,545 - 22,582,402 = 79,837,143$ 第4季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $184,000,000/4 + 79,837,143 = 125,837,143$

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 = $125,837,143 - 0 = 125,837,143$

全年合計:預算 = 184,000,000

已支用點數：58,162,857

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數 = 58,162,857

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= $184,000,000 - 58,162,857$

= 125,837,143

註:本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(七)超音波根管沖洗計畫

全年預算：144,800,000元

第1季:預算= 144,800,000/4= 36,200,000

已支用點數: 3,802,824

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 3,802,824

未支用金額: 第1季預算-第1季暫結金額= 36,200,000- 3,802,824= 32,397,176

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 32,397,176= 68,597,176

已支用點數: 15,447,970

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 15,447,970

未支用金額: 第2季預算-第2季暫結金額= 68,597,176- 15,447,970= 53,149,206

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 53,149,206= 89,349,206

已支用點數: 18,117,101

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 18,117,101

未支用金額: 第3季預算-第3季暫結金額= 89,349,206- 18,117,101= 71,232,105

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 71,232,105= 107,432,105

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= 107,432,105- 0= 107,432,105

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數: 37,367,895

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 37,367,895

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 144,800,000 - 37,367,895

= 107,432,105

註：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(八) 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫

全年預算：1,010,000,000元

第1季:預算= 1,010,000,000/4= 252,500,000

已支用點數： 13,746,830

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 13,746,830

未支用金額：第1季預算-第1季暫結金額= 252,500,000- 13,746,830= 238,753,170

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,010,000,000/4+ 238,753,170= 491,253,170

已支用點數： 62,161,725

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 62,161,725

未支用金額：第2季預算-第2季暫結金額= 491,253,170- 62,161,725= 429,091,445

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,010,000,000/4+ 429,091,445= 681,591,445

已支用點數： 92,680,011

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 92,680,011

未支用金額：第3季預算-第3季暫結金額= 681,591,445- 92,680,011= 588,911,434

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 1,010,000,000/4+ 588,911,434= 841,411,434

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= 841,411,434- 0= 841,411,434

全年合計:預算= 1,010,000,000元

已支用點數： 168,588,566

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數= 168,588,566

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 1,010,000,000 - 168,588,566

= 841,411,434

註：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

=====

(九)網路頻寬補助費用

全年預算= 168,000,000元

第1季已支用點數： 35,026,610

第2季已支用點數： 35,213,834

第3季已支用點數： 35,307,206

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數：105,547,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =105,547,650

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 168,000,000 - 105,547,650 = 62,452,350

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十)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+112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%)+93,900,000

=(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%+93,900,000

=26,806,674+28,723,750+30,832,102+30,020,079+93,900,000

=210,282,605

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：27

三、一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=[(D2)-(B5)-(B6)] ×100% × 110年各季人口風險因子(R₁₁₀)(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. 112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)		10,738,783,181	11,489,972,074	12,341,318,433	11,971,781,182	46,541,854,870
2. 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5)		0	0	190,000,000	0	190,000,000
3. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)		0	0	0	0	0
4. 110年人口風險因子(R ₁₁₀)	臺北分區	0.37127	0.37104	0.37057	0.37057	
	北區分區	0.16204	0.16272	0.16381	0.16420	
	中區分區	0.18079	0.18105	0.18146	0.18130	
	南區分區	0.12719	0.12686	0.12640	0.12616	
	高屏分區	0.13911	0.13879	0.13820	0.13820	
	東區分區	0.01960	0.01954	0.01956	0.01957	
		(BD _{q1})	(BD _{q2})	(BD _{q3})	(BD _{q4})	(加總BD)
5. 依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=[(D2)-(B5)-(B6)] ×100%×(R ₁₁₀)(註1、2)	臺北分區	3,986,988,032	4,263,239,238	4,502,914,072	4,436,382,953	17,189,524,295
	北區分區	1,740,112,427	1,869,648,256	1,990,507,473	1,965,766,470	7,566,034,626
	中區分區	1,941,464,611	2,080,259,444	2,204,978,243	2,170,483,928	8,397,186,226
	南區分區	1,365,865,833	1,457,617,857	1,535,926,650	1,510,359,914	5,869,770,254
	高屏分區	1,493,872,128	1,594,693,224	1,679,312,207	1,654,500,159	6,422,377,718
	東區分區	210,480,150	224,514,055	237,679,788	234,287,758	906,961,751
	小計	10,738,783,181	11,489,972,074	12,151,318,433	11,971,781,182	46,351,854,870

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：28

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=[(D2合計)×Ra-(B5)-(B6)]×R_110(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)+移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)各分區結餘款(BE7)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.869908%	24.384747%	25.928519%	25.816826%	100%
2. 扣減高風險疾病口腔照護未執行預算(B5)(註3)		0	0	190,000,000	0	190,000,000
3. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)(註4)		0	0	0	0	0
4. 110年人口風險因子(R_110)	臺北分區	0.37127	0.37104	0.37057	0.37057	
	北區分區	0.16204	0.16272	0.16381	0.16420	
	中區分區	0.18079	0.18105	0.18146	0.18130	
	南區分區	0.12719	0.12686	0.12640	0.12616	
	高屏分區	0.13911	0.13879	0.13820	0.13820	
	東區分區	0.01960	0.01954	0.01956	0.01957	
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)
5. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=[(D2合計)×Ra-(B5)-(B6)]×(R_110)	臺北分區	4,124,623,300	4,210,975,095	4,401,487,302	4,522,846,898	17,259,932,595
	北區分區	1,800,183,046	1,846,727,758	1,945,671,897	2,004,575,825	7,597,158,526
	中區分區	2,008,486,132	2,054,757,010	2,155,311,779	2,213,108,705	8,431,663,626
	南區分區	1,413,017,043	1,439,748,546	1,501,330,370	1,539,690,295	5,893,786,254
	高屏分區	1,545,442,258	1,575,143,471	1,641,486,211	1,686,563,778	6,448,635,718
	東區分區	217,746,160	221,761,679	232,326,124	238,844,188	910,678,151
	小計	11,109,497,939	11,349,113,559	11,877,613,683	12,205,629,689	46,541,854,870
6. 移撥牙周病統合治療方案(H)(註5)		218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000	872,400,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
7. 各分區110年7月至111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_110) (註5)	臺北分區	0.37424528	0.37424528	0.37424528	0.37424528	
	北區分區	0.14632542	0.14632542	0.14632542	0.14632542	
	中區分區	0.19158174	0.19158174	0.19158174	0.19158174	
	南區分區	0.10458409	0.10458409	0.10458409	0.10458409	
	高屏分區	0.16843441	0.16843441	0.16843441	0.16843441	
	東區分區	0.01482906	0.01482906	0.01482906	0.01482906	
	合計	100%	100%	100%	100%	
8. 各分區牙周病統合治療方案 移撥款 BH= HxHa_110 (註5)	臺北分區	81,622,896	81,622,896	81,622,896	81,622,894	326,491,582
	北區分區	31,913,574	31,913,574	31,913,574	31,913,574	127,654,296
	中區分區	41,783,977	41,783,977	41,783,977	41,783,979	167,135,910
	南區分區	22,809,790	22,809,790	22,809,790	22,809,790	91,239,160
	高屏分區	36,735,545	36,735,545	36,735,545	36,735,544	146,942,179
	東區分區	3,234,218	3,234,218	3,234,218	3,234,219	12,936,873
	小計	218,100,000	218,100,000	218,100,000	218,100,000	872,400,000
9. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I) (註6)		0	0	0	0	0
10. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI= IxR_110	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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：30

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
11. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註7)	中區分區	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000
	高屏分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	小計	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000
12. 移撥醫療資源不足核實申報費用結 餘款(E4)(註8)					0	0
13. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款BE4= E4xR_110	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. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫結餘款(E5)(註9)					0	0
15. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫各分區結餘款 (BE5= E5xR_110)	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：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：31

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
16. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結餘款E6(註6)					0	0
17. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款 (BE6=E6×R_110)	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
18. 移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)結餘款E7(註10)					0	0
19. 移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)各分區結餘款 (BE7=E7×R_110)	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
20. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)+(BH)-(BI) +(Z)+(BE4)+(BE5) +(BE6)+(BE7)	臺北分區	4,206,246,196	4,292,597,991	4,483,110,198	4,604,469,792	17,586,424,177
	北區分區	1,832,096,620	1,878,641,332	1,977,585,471	2,036,489,399	7,724,812,822
	中區分區	2,055,270,109	2,101,540,987	2,202,095,756	2,259,892,684	8,618,799,536
	南區分區	1,435,826,833	1,462,558,336	1,524,140,160	1,562,500,085	5,985,025,414
	高屏分區	1,584,677,803	1,614,379,016	1,680,721,756	1,725,799,322	6,605,577,897
	東區分區	220,980,378	224,995,897	235,560,342	242,078,407	923,615,024
	小計	11,335,097,939	11,574,713,559	12,103,213,683	12,431,229,689	47,444,254,870

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額各別加總後與分區一般服務預算總額(D2)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額= 分區一般服務預算總額(D2)減去前五分區一般服務預算總額。
2. 為避免調整後各季各分區一般服務預算總額個別加總後(加總BD1)與調整前各季各分區一般服務預算總額加總(加總BD)產生之數元誤差，故調整後第4季各分區一般服務預算總額(BD1_q4)=調整前全年各分區一般服務預算總額(加總BD)減去第1-3季調整後各分區一般服務預算總額(BD1_q1、BD1_q2、BD1_q3) =加總BD-BD1_q1-BD1_q2-BD1_q3。
3. 扣減高風險疾病口腔照護未執行之預算(B5)：依據111年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項暨112年11月21日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第4次會議決定辦理，高風險疾病口腔照護，依112年度實際增加費用，扣減未執行額度，爰於112年第3季扣減190,000,000元，112年第4季將依實際執行結果校正扣減費用。
4. 扣減與12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫重複之預算(B6)：依據112年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，將於112年第4季將依實際執行數扣減重複之預算。
5. 依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決定略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥8.724億元支應「牙周病統合治療方案」，六分區預算按110年7月至111年6月「牙周病統合治療第二階段支付」之申報件數占率分配。為避免牙周病統合治療方案移撥款各季加總後所產生之數元誤差：東區移撥款為每季預算之合計移撥款減去前五區移撥款；第4季預算則為全年移撥款減去前3季移撥款。
6. 「112年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，說明如下：
 - (1)本計畫全年經費為7.221億元，其中6.721億元由112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。
 - (2)依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決議略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.474億元，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110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
7. 依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1次會議決定略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。
8. 依據「112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110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
9. 依據「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依110年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
10. 依據112年3月7日、5月23日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1、2次會議決議略以，112年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計12.474億元，按季均分。其中0.15億移撥補助「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」：為獎勵該季浮動點值不到1.0的分區配合執行(91090C)，112年由一般預算提撥0.15億元，支應高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至1元之差值，該經費按季均分及結算。當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。
11. 依據112年3月7日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議112年度第1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110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：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：33

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	3,905,058,152(BF)	0.90858092	-----	32,352,430	206,590
	2-北區分區	390,189,424	0.90858092	354,518,666	3,239,572	
	3-中區分區	227,212,287	0.90858092	206,440,749	1,904,208	
	4-南區分區	131,370,097	0.90858092	119,360,364	1,132,248	
	5-高屏分區	172,493,967	0.90858092	156,724,727	1,311,874	
	6-東區分區	22,028,465	0.90858092	20,014,643	276,943	
	7-合計	4,848,352,392(GF)		857,059,149(AF)	40,217,275(BG)	206,590(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	257,382,301	0.98995741	254,797,516	2,414,748	
	2-北區分區	1,510,043,765(BF)	0.98995741	-----	10,057,158	70,280
	3-中區分區	98,967,704	0.98995741	97,973,812	794,975	
	4-南區分區	64,373,008	0.98995741	63,726,536	519,611	
	5-高屏分區	36,424,135	0.98995741	36,058,342	277,598	
	6-東區分區	4,308,097	0.98995741	4,264,833	61,087	
	7-合計	1,971,499,010(GF)		456,821,039(AF)	14,125,177(BG)	70,280(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	76,337,516	0.98500313	75,192,692	755,281	
	2-北區分區	44,033,010	0.98500313	43,372,653	398,455	
	3-中區分區	1,990,359,720(BF)	0.98500313	-----	17,779,843	77,822
	4-南區分區	43,630,855	0.98500313	42,976,529	426,183	
	5-高屏分區	29,619,799	0.98500313	29,175,595	243,493	
	6-東區分區	2,861,004	0.98500313	2,818,098	38,440	
	7-合計	2,186,841,904(GF)		193,535,567(AF)	19,641,695(BG)	77,822(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	64,113,039	1.02359896	65,626,040	691,859	
	2-北區分區	29,136,958	1.02359896	29,824,560	262,559	
	3-中區分區	67,373,603	1.02359896	68,963,550	608,649	
	4-南區分區	1,207,430,723(BF)	1.02359896	-----	11,535,255	105,526
	5-高屏分區	66,481,840	1.02359896	68,050,742	544,624	
	6-東區分區	2,293,714	1.02359896	2,347,843	29,030	
	7-合計	1,436,829,877(GF)		234,812,735(AF)	13,671,976(BG)	105,526(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	45,492,572	0.99960627	45,474,660	416,868	
	2-北區分區	18,814,499	0.99960627	18,807,091	173,258	
	3-中區分區	31,346,086	0.99960627	31,333,744	287,046	
	4-南區分區	67,410,025	0.99960627	67,383,484	561,743	
	5-高屏分區	1,443,349,685(BF)	0.99960627	-----	11,994,231	42,864
	6-東區分區	3,467,655	0.99960627	3,466,290	45,363	
	7-合計	1,609,880,522(GF)		166,465,269(AF)	13,478,509(BG)	42,864(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,195,452	1.15549197	16,402,731	150,525	
	2-北區分區	4,674,772	1.15549197	5,401,662	53,761	
	3-中區分區	4,435,271	1.15549197	5,124,920	43,202	
	4-南區分區	2,992,925	1.15549197	3,458,301	39,984	
	5-高屏分區	6,735,562	1.15549197	7,782,888	83,676	
	6-東區分區	155,780,085(BF)	1.15549197	-----	1,943,777	11,231
	7-合計	188,814,067(GF)		38,170,502(AF)	2,314,925(BG)	11,231(BJ)

$$\begin{aligned}
 2. \text{ 一般服務浮動每點支付金額} &= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\
 &\quad - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季點值(AF)} \\
 &\quad - \text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} \\
 &\quad - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\quad / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)} \\
 \\
 \text{臺北分區} &= [4,483,110,198 - 857,059,149 - 40,217,275 - 206,590] / 3,905,058,152 = 0.91820071 \\
 \text{北區分區} &= [1,977,585,471 - 456,821,039 - 14,125,177 - 70,280] / 1,510,043,765 = 0.99769888 \\
 \text{中區分區} &= [2,202,095,756 - 193,535,567 - 19,641,695 - 77,822] / 1,990,359,720 = 0.99923680 \\
 \text{南區分區} &= [1,524,140,160 - 234,812,735 - 13,671,976 - 105,526] / 1,207,430,723 = 1.05641665 \\
 \text{高屏分區} &= [1,680,721,756 - 166,465,269 - 13,478,509 - 42,864] / 1,443,349,685 = 1.03975851 \\
 \text{東區分區} &= [235,560,342 - 38,170,502 - 2,314,925 - 11,231] / 155,780,085 = 1.25217343
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 3. \text{ 一般服務全區浮動每點支付金額} &= \text{加總} [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\
 &\quad - \text{核定非浮動點數(BG)} \\
 &\quad - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\quad / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\
 &= [12,103,213,683 - 103,449,557 - 514,313] / 12,242,217,772 = 0.98015327
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 4. \text{ 一般服務分區平均點值} &= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)}] \\
 &\quad / [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 \text{臺北分區} &= [4,483,110,198] / [4,848,352,392 + 40,217,275 + 206,590] = 0.91702094 \\
 \text{北區分區} &= [1,977,585,471] / [1,971,499,010 + 14,125,177 + 70,280] = 0.99591629 \\
 \text{中區分區} &= [2,202,095,756] / [2,186,841,904 + 19,641,695 + 77,822] = 0.99797619 \\
 \text{南區分區} &= [1,524,140,160] / [1,436,829,877 + 13,671,976 + 105,526] = 1.05069103 \\
 \text{高屏分區} &= [1,680,721,756] / [1,609,880,522 + 13,478,509 + 42,864] = 1.03530848 \\
 \text{東區分區} &= [235,560,342] / [188,814,067 + 2,314,925 + 11,231] = 1.23239545
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 5. \text{ 一般服務全區平均點值} &= [12,103,213,683] / [12,242,217,772 + 103,449,557 + 514,313] = 0.98032040
 \end{aligned}$$

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+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額

+ 移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)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)+移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

= [12, 103, 213, 683 + 451, 214, 754 + 30, 956, 837 + 4, 159, 305 + 350, 417]

／ [12, 242, 217, 772 + 103, 449, 557 + 514, 313 + 444, 916, 445 + 30, 350, 243] = 0.98194016

註：1. 專款專用暫結金額=牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)+醫療資源不足地區改善方案支付金額

+網路頻寬補助費用暫結金額+牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額+0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

+12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫+高齲齒牙齒保存改善服務計畫+超音波根管沖洗計畫+齲齒經驗之高風險患者口腔

健康照護試辦計畫+品質保證保留款預算

= 155, 794, 720 + 55, 248, 874 + 35, 307, 206 + 1, 256, 000 + 96, 345 + 15, 824, 993 + 22, 582, 402 + 18, 117, 101

+ 92, 680, 011 + 54, 307, 102

= 451, 214, 754

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+112年品質保證保留款預算/4。

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 11,877,613,683(BD1)

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)=[(D2合計)×RaxR_110](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)+移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)各分區結餘款(BE7)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,483,110,198
調整後北區分區一般服務預算總額	=	1,977,585,471
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,202,095,756
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,524,140,160
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,680,721,756
調整後東區分區一般服務預算總額	=	235,560,342

總計 12,103,213,683

(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))×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)= 235,560,342 - [(188,814,067 + 2,314,925 + 11,231)×1.15] = 15,749,086

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R01

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：113/03/22

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：38

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	18,070,822(P) + 當季保留款	15,749,086(T1) =	33,819,908

(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	= 4,483,110,198(BD2) -	0 = 4,483,110,198
修正後北區分區一般服務預算總額	= 1,977,585,471(BD2) -	0 = 1,977,585,471
修正後中區分區一般服務預算總額	= 2,202,095,756(BD2) -	0 = 2,202,095,756
修正後南區分區一般服務預算總額	= 1,524,140,160(BD2) -	0 = 1,524,140,160
修正後高屏分區一般服務預算總額	= 1,680,721,756(BD2) -	0 = 1,680,721,756
修正後東區分區一般服務預算總額	= 235,560,342(BD2) - 15,749,086	= 219,811,256

總計 12,087,464,597

註：保留款之運用係依據「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」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 = [4,483,110,198 - 857,059,149 - 40,217,275 - 206,590] / 3,905,058,152 = 0.91820071

北區分區 = [1,977,585,471 - 456,821,039 - 14,125,177 - 70,280] / 1,510,043,765 = 0.99769888

中區分區 = [2,202,095,756 - 193,535,567 - 19,641,695 - 77,822] / 1,990,359,720 = 0.99923680

南區分區 = [1,524,140,160 - 234,812,735 - 13,671,976 - 105,526] / 1,207,430,723 = 1.05641665

高屏分區 = [1,680,721,756 - 166,465,269 - 13,478,509 - 42,864] / 1,443,349,685 = 1.03975851

東區分區 = [219,811,256 - 38,170,502 - 2,314,925 - 11,231] / 155,780,085 = 1.15107524

2. 修正後一般服務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) - 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)

= [12,087,464,597 - 103,449,557 - 514,313] / 12,242,217,772 = 0.97886682

3. 修正後一般服務分區平均點值 = [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 = [4,483,110,198] / [4,848,352,392 + 40,217,275 + 206,590] = 0.91702094

北區分區 = [1,977,585,471] / [1,971,499,010 + 14,125,177 + 70,280] = 0.99591629

中區分區 = [2,202,095,756] / [2,186,841,904 + 19,641,695 + 77,822] = 0.99797619

南區分區 = [1,524,140,160] / [1,436,829,877 + 13,671,976 + 105,526] = 1.05069103

高屏分區 = [1,680,721,756] / [1,609,880,522 + 13,478,509 + 42,864] = 1.03530848

東區分區 = [219,811,256] / [188,814,067 + 2,314,925 + 11,231] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

= [12,087,464,597] / [12,242,217,772 + 103,449,557 + 514,313] = 0.97904477

$$\begin{aligned}
& 5. \text{修正後牙醫門診總額平均點值} = \text{加總}[\text{依調整後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)暫結金額}] \\
& \quad / \text{加總}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
& \quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}] \\
& = [12,087,464,597 + 451,214,754 + 30,956,837 + 4,159,305 + 350,417] \\
& / [12,242,217,772 + 103,449,557 + 514,313 + 444,916,445 + 30,350,243] = 0.98071182
\end{aligned}$$

註：1. 專款專用暫結金額 = 牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款) + 醫療資源不足地區改善方案支付金額
+ 網路頻寬補助費用暫結金額 + 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額 + 0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫
+ 12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫 + 高齲齒牙齒保存改善服務計畫 + 超音波根管沖洗計畫 + 齲齒經驗之高風險患者口腔
健康照護試辦計畫 + 品質保證保留款預算

$$\begin{aligned}
& = 155,794,720 + 55,248,874 + 35,307,206 + 1,256,000 + 96,345 + 15,824,993 + 22,582,402 + 18,117,101 \\
& \quad + 92,680,011 + 54,307,102 \\
& = 451,214,754
\end{aligned}$$

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 112年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/06(含)以前：於112/10/01~112/12/31期間核付者。

費用年月112/07~112/09：於112/07/01~112/12/31期間核付者。

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