

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

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：114/02/17

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 1

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)113年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

=113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) × 107-109年各季核定點數平均占率(Ra)

× 該區111年各季人口風險因子(R₁₁₁)

= 12,463,942,329

註：依據112年11月21日「牙醫門診總額研商議事會議」112年度第4次會議決定，一般服務預算比照112年之分配方式，以107-109年各季核定點數平均占率(Ra)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%。113年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區111年度各季人口風險因子(R₁₁₁)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。

113全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為48,070,398,198元：

1. 113第1季調整後預算11,474,359,825元=113年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R₁₁₁)。

2. 113第2季調整後預算11,721,844,984元=113年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R₁₁₁)。

3. 113第3季調整後預算12,463,942,329元=[113年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R₁₁₁)。

4. 113第4季調整後預算= 113年全年預算數－ 113年第1季調整後預算－ 113年第2季調整後預算－ 113年第3季調整後預算

= 48,070,398,198－ 11,474,359,825－ 11,721,844,984－ 12,463,942,329

= 12,410,251,060元。

5. 計算過程詳本表頁次27：「三、一般服務費用總額」。

(二)113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

	111年 各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	110年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	111年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	112年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	111年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	112年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	113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)	113年5項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	113年調整前各 季一般服務醫 療給付費用分 配至各分區預算 (D2)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)
				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 0.702\%)$			$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 2.055\%)$			$= G1 - C1 - F$	
第1季	11,032,990,702	-35,422,301	2,649,921	11,077,439,855	-95,524,163	13,413,960	11,221,283,676	26,806,674	82,500,000	11,111,977,002	0
第2季	11,797,769,983	-52,345,562	2,649,921	11,830,545,824	-128,370,499	13,413,960	11,956,344,645	28,723,750	82,500,000	11,845,120,895	0
第3季	12,652,690,843	-59,761,198	2,649,921	12,684,000,535	-118,775,136	13,413,960	12,837,130,398	30,832,102	82,500,000	12,723,798,296	0
第4季	12,296,026,939	-70,864,837	2,649,919	12,313,651,261	-76,786,368	13,413,961	12,502,022,084	30,020,079	82,500,000	12,389,502,005	0
合 計	47,779,478,467	-218,393,898	10,599,682	47,905,637,475	-419,456,166	53,655,841	48,516,780,803	116,382,605	330,000,000	48,070,398,198	0

註：

1. 112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (111年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+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(B2)) × (1+0.702%)。

※111年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 10,599,682元，按季均分。

2. 113年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+前1年度(112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+2.055%)。

※一般服務成長率為2.055%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.909%，協商因素成長率-0.854%。

※112年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 53,655,841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12月26日衛部健字第1123360189號公告「113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112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112年第7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「111年未導入預算扣減」部分(111年度未有本項扣減金額)。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113年度品質保證保留款(47.8百萬元)合併運用(計164.2百萬元)。

4. 113年5項一般服務移撥專用費用(F)：依據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。113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3.3億元，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)「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(0.2 億元)。

(5)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111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)113年5項一般服務移撥專用費用

全年預算＝330,000,000元

1. 移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。每季移撥7,500,000元(Z)，其中中區移撥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	2,245(J6)	暫結金額	2,245(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	22,820,558(J7)	暫結金額	23,650,091(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	10,380(J11)	暫結金額	10,380(J21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	15,304,682(J12)	暫結金額	15,725,930(J22)
(3)小計	加成前點數	38,137,865(J19)	暫結金額	39,388,646(J29)

暫結金額 = 39,388,646

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 10,611,354

第2季：

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 200,000,000/4 + 10,611,354＝ 60,611,354

(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	2,051(K6)	暫結金額	2,051(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	37,762,534(K7)	暫結金額	38,810,823(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	9,033(K11)	暫結金額	9,033(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	16,405,334(K12)	暫結金額	16,665,112(K22)
(3)小計	加成前點數	54,178,952(K19)	暫結金額	55,487,019(K29)

暫結金額 = 55,487,019

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 5,124,335

=====

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=	200,000,000/4 +	5,124,335=	55,124,335		
(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	1,706(L6)	暫結金額	1,706(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	14,063,735(L7)	暫結金額	14,450,282(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	9,504(L11)	暫結金額	9,504(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	17,779,286(L12)	暫結金額	18,026,096(L22)	
(3)小計	加成前點數	31,854,231(L19)	暫結金額	32,487,587(L29)	

暫結金額 = 32,487,587

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 22,636,748

第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=	200,000,000/4 +	22,636,748=	72,636,748		
(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 = 72,636,748

全年合計:

全年預算=200,000,000					
(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	6,002(N6)	暫結金額	6,002(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	74,646,827(N7)	暫結金額	76,911,196(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	28,917(N11)	暫結金額	28,917(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	49,489,302(N12)	暫結金額	50,417,138(N22)	
(3)小計	加成前點數	124,171,048(N19)	暫結金額	127,363,252(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)

= 39,388,646 + 55,487,019 + 32,487,587 + 0

= 127,363,252

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額

= 200,000,000 - 127,363,252

= 72,636,748 (E4)

註:1.依據「113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之品質獎勵費用,其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫,若再有剩餘則回歸一般服務費用總額,並依111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: 11,974,651

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 11,974,651

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 20,000,000－ 11,974,651= 8,025,349

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+ 8,025,349= 28,025,349

已支用點數: 14,120,648

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 14,120,648

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 28,025,349－ 14,120,648= 13,904,701

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+13,904,701= 33,904,701

已支用點數: 13,630,383

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 13,630,383

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 33,904,701－ 13,630,383= 20,274,318

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+20,274,318= 40,274,318

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= 40,274,318－ 0= 40,274,318

全年合計:預算=80,000,000

全年已支用點數: 39,725,682

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 39,725,682

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 80,000,000－ 39,725,682

= 40,274,318 (E5)

註：1. 依據113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之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款0.2億元。每季移撥5,000,000元(R)。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

5. 全年合計：

全年預算330,000,000元

第1季:預算= 330,000,000/ 4 = 82,500,000

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 39,388,646(J29)+ 11,974,651+ 5,000,000(R) = 63,863,297

未支用金額: 第1季預算—第1季已暫結金額= 82,500,000— 63,863,297 = 18,636,703

第2季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 330,000,000/ 4+ 18,636,703 = 101,136,703

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 55,487,019(K29)+ 14,120,648+ 5,000,000(R) = 82,107,667

未支用金額: 第2季預算—第2季已暫結金額= 101,136,703— 82,107,667 = 19,029,036

第3季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 330,000,000/ 4+ 19,029,036 = 101,529,036

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 32,487,587(L29)+ 13,630,383+ 5,000,000(R) = 58,617,970

未支用金額: 第3季預算—第3季已暫結金額= 101,529,036— 58,617,970 = 42,911,066

第4季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 330,000,000/ 4+ 42,911,066 = 125,411,066

已暫結金額: 0(Z)+ 0(M29)+ 0+ 0(R) = 0

未支用金額: 第4季預算—第4季已暫結金額= 125,411,066— 0 = 125,411,066

全年合計:預算= 330,000,000

全年已暫結金額: 204,588,934

全年未支用金額 = 全年預算— 全年已暫結金額— 支應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之品質獎勵費用—特定疾病病人牙科就醫安全計畫

= 330,000,000 — 204,588,934 — 0

= 125,411,066 (E10)

6. 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111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 = 310,000,000

第1季:

預算=310,000,000/4= 77,500,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:	點數	10,288,453(J0)	收入	16,318,129(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:			已支用點數	3,134,100(J2)
執業計畫診所之品質獎勵費用J13:			已支用點數	0(J13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	2,245(J6)	加成已支用點數	451(J3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	22,820,558(J7)	加成已支用點數	4,576,270(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	32,187,850(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	10,380(J11)	加成已支用點數	2,078(J8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	15,304,682(J12)	加成已支用點數	3,064,376(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				53,253,578(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)

= 59,283,254

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 18,216,746

※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＝ 310,000,000/4 + 18,216,746＝ 95,716,746

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1:	點數	10,176,853(K0)	收入	16,029,375(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	4,062,800(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	2,051(K6)	加成已支用點數	407(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	37,762,534(K7)	加成已支用點數	7,606,576(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	42,206,850(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	9,033(K11)	加成已支用點數	1,809(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	16,405,334(K12)	加成已支用點數	3,330,828(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				67,386,123(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)

＝ 73,238,645

未支用金額

＝ 第2季預算 － 暫結金額

＝ 22,478,101

※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= 310,000,000/4 + 22,478,101= 99,978,101

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1:	點數	9,990,093(L0)	收入	16,471,391(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:			已支用點數	2,764,600(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	1,706(L6)	加成已支用點數	303(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	14,063,735(L7)	加成已支用點數	2,681,900(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	32,343,000(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	9,504(L11)	加成已支用點數	1,818(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	17,779,286(L12)	加成已支用點數	3,400,098(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):				51,181,812(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)

= 57,663,110

未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額

= 42,314,991

※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＝ 310,000,000/4 + 42,314,991＝119,814,991

(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

＝ 119,814,991

※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=310,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	30,455,399(N0)	收入	48,818,895(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	9,961,500(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	6,002(N6)	加成已支用點數	1,161(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	74,646,827(N7)	加成已支用點數	14,864,746(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	106,737,700(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	28,917(N11)	加成已支用點數	5,705(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	49,489,302(N12)	加成已支用點數	9,795,302(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				171,821,513(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)
 = 59,283,254 + 73,238,645 + 57,663,110 + 0 = 190,185,009

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 119,814,991

※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「113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「113年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報。
- 有關社區醫療站提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

(二)牙醫特殊醫療服務

全年預算 = 781,700,000

第1季：預算 = 781,700,000/4 = 195,425,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	4,109,000(V01)	4,108,283(VF01)	717(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	33,810,388(V02)	32,527,157(VF02)	1,283,231(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	24,577,180(V03)	23,814,452(VF03)	762,728(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：	25,397,769(V04)	24,818,162(VF04)	579,607(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,142,517(V05)	9,762,412(VF05)	380,105(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,282,904(V06)	1,173,941(VF06)	108,963(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：	12,404,356(V07)	12,403,917(VF07)	439(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,763,184(V08)	9,762,889(VF08)	295(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：	14,184,061(V09)	14,182,435(VF09)	1,626(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	461,009(V10)	461,009(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	51,434(V11)	51,434(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	678,682(V12)	678,682(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(V13)	0(VF13)	0(VN13)
(14)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)：	12,199,200(V14)	12,199,200(VF14)	0(VN14)
(15)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：	455,553(V15)	455,508(VF15)	45(VN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	13,331(V16)	13,331(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	338,400(V17)	338,400(VF17)	0(VN17)
(18)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：	3,904(V18)	3,904(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：	40,265(V19)	40,236(VF19)	29(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：	51,582(V20)	51,582(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：	4,054(V21)	4,054(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)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,669,391(V23)	1,669,391(VF23)	0(VN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,934,362(V24)	1,934,362(VF24)	0(VN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	385,719(V25)	385,719(VF25)	0(VN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	865,396(V26)	865,396(VF26)	0(VN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V27)	0(VF27)	0(VN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	191,246(V28)	191,246(VF28)	0(VN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V30)	0(VF30)	0(VN30)
(99)合計	155,014,887(V99)	151,897,102(VF99)	3,117,785(VN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數 = 155,014,887	= 第1季預算 - 暫結金額 = 40,410,113		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R01

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：114/02/17

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：13

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 781,700,000/4＋ 40,410,113＝ 235,835,113

	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：	3,389,398(W01)	3,376,406(WF01)	12,992(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	40,535,829(W02)	39,172,927(WF02)	1,362,902(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	29,368,996(W03)	28,600,417(WF03)	768,579(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：	32,612,083(W04)	32,095,256(WF04)	516,827(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,390,719(W05)	12,038,270(WF05)	352,449(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,776,603(W06)	1,631,729(WF06)	144,874(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：	15,819,578(W07)	15,819,017(WF07)	561(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,010,092(W08)	13,009,650(WF08)	442(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：	18,164,874(W09)	18,163,072(WF09)	1,802(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	817,452(W10)	817,412(WF10)	40(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	71,433(W11)	71,433(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	984,456(W12)	984,367(WF12)	89(WN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	254,490(W13)	254,490(WF13)	0(WN13)
(14)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)：	15,926,400(W14)	15,926,400(WF14)	0(WN14)
(15)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：	652,031(W15)	651,953(WF15)	78(WN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	14,052(W16)	14,052(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	355,200(W17)	355,200(WF17)	0(WN17)
(18)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：	21,177(W18)	21,177(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：	22,871(W19)	22,871(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：	47,708(W20)	47,708(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：	19,226(W21)	19,226(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)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,685,232(W23)	1,685,232(WF23)	0(WN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,158,542(W24)	2,158,542(WF24)	0(WN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	445,540(W25)	445,540(WF25)	0(WN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,034,259(W26)	1,034,259(WF26)	0(WN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	239,771(W28)	239,771(WF28)	0(WN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W30)	0(WF30)	0(WN30)
(99)合計	191,818,012(W99)	188,656,377(WF99)	3,161,635(WN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 191,818,012	＝ 第2季預算－暫結金額＝ 44,017,101		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

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：114/02/17

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：14

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 781,700,000/4＋ 44,017,101＝ 239,442,101

	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：	4,649,047(X01)	4,648,479(XF01)	568(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	47,807,009(X02)	46,418,288(XF02)	1,388,721(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	31,479,873(X03)	30,780,227(XF03)	699,646(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：	34,113,343(X04)	33,565,908(XF04)	547,435(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,496,344(X05)	13,113,347(XF05)	382,997(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,981,634(X06)	1,823,950(XF06)	157,684(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：	14,673,676(X07)	14,673,187(XF07)	489(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,365,504(X08)	11,365,280(XF08)	224(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：	16,055,901(X09)	16,054,064(XF09)	1,837(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	527,371(X10)	527,329(XF10)	42(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	72,324(X11)	72,324(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	981,368(X12)	981,345(XF12)	23(XN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	271,014(X13)	271,014(XF13)	0(XN13)
(14)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)：	13,617,600(X14)	13,617,600(XF14)	0(XN14)
(15)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：	747,686(X15)	747,425(XF15)	261(XN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	31,676(X16)	31,676(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	367,200(X17)	367,200(XF17)	0(XN17)
(18)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：	15,775(X18)	15,775(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：	44,395(X19)	44,395(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：	80,918(X20)	80,918(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：	14,176(X21)	14,176(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)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,810,294(X23)	1,810,294(XF23)	0(XN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,081,620(X24)	2,081,620(XF24)	0(XN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	448,364(X25)	448,364(XF25)	0(XN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,018,892(X26)	1,018,892(XF26)	0(XN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X27)	0(XF27)	0(XN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	213,869(X28)	213,869(XF28)	0(XN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(X29)	0(XF29)	0(XN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(X30)	0(XF30)	0(XN30)
(99)合計	197,966,873(X99)	194,786,946(XF99)	3,179,927(XN99)
暫結金額	未支用金額		
＝ 1元/點×已支用點數＝ 197,966,873	＝ 第3季預算－暫結金額＝ 41,475,228		

=====

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 781,700,000/4＋ 41,475,228＝ 236,900,228

	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)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)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(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)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(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團社區醫療站自閉症、失智症、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)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y30)	0(YF30)	0(YN30)
(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＝ 236,900,228		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

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：114/02/17

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 16

全年合計：全年預算＝ 781,700,000

	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：	12,147,445(Z01)	12,133,168(ZF01)	14,277(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	122,153,226(Z02)	118,118,372(ZF02)	4,034,854(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	85,426,049(Z03)	83,195,096(ZF03)	2,230,953(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：	92,123,195(Z04)	90,479,326(ZF04)	1,643,869(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	36,029,580(Z05)	34,914,029(ZF05)	1,115,551(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	5,041,141(Z06)	4,629,620(ZF06)	411,521(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：	42,897,610(Z07)	42,896,121(ZF07)	1,489(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,138,780(Z08)	34,137,819(ZF08)	961(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：	48,404,836(Z09)	48,399,571(ZF09)	5,265(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,805,832(Z10)	1,805,750(ZF10)	82(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	195,191(Z11)	195,191(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	2,644,506(Z12)	2,644,394(ZF12)	112(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	525,504(Z13)	525,504(ZF13)	0(ZN13)
(14)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)：	41,743,200(Z14)	41,743,200(ZF14)	0(ZN14)
(15)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：	1,855,270(Z15)	1,854,886(ZF15)	384(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	59,059(Z16)	59,059(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	1,060,800(Z17)	1,060,800(ZF17)	0(ZN17)
(18)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：	40,856(Z18)	40,856(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：	107,531(Z19)	107,502(ZF19)	29(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：	180,208(Z20)	180,208(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：	37,456(Z21)	37,456(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)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,164,917(Z23)	5,164,917(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	6,174,524(Z24)	6,174,524(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	1,279,623(Z25)	1,279,623(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	2,918,547(Z26)	2,918,547(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z27)	0(ZF27)	0(ZN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	644,886(Z28)	644,886(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z30)	0(ZF30)	0(ZN30)
(99)合計	544,799,772(Z99)	535,340,425(ZF99)	9,459,347(ZN99)

全年預算＝ 781,700,000

全年已支用點數＝ 第1-4季已支用點數

＝ 155,014,887 + 191,818,012 + 197,966,873 + 0 = 544,799,772

全年已結算金額＝ 155,014,887 + 191,818,012 + 197,966,873 + 0 = 544,799,772

$$\begin{aligned} & \text{全年由一般服務部門支應之預算} = 0 \\ & \text{全年未支用金額} = \text{全年預算} - (\text{全年已結算金額} - \text{全年由一般服務醫療給付費用支應之預算}) \\ & = 781,700,000 - (544,799,772 - 0) \\ & = 781,700,000 - 544,799,772 \\ & = 236,900,228 \end{aligned}$$

註：

依據「113年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」點值結算方式如下：

1. 本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。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. 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。

=====

(三)12-18歲青少年口腔提升試辦計畫

全年預算＝ 171,500,000元

第1季:預算＝171,500,000/4＝ 42,875,000

已支用點數： 20,638,686

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 20,638,686

未支用金額： 第1季預算－第1季暫結金額＝ 42,875,000－ 20,638,686＝ 22,236,314

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝171,500,000/4＋ 22,236,314＝ 65,111,314

已支用點數： 21,996,726

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 21,996,726

未支用金額： 第2季預算－第2季暫結金額＝ 65,111,314－ 21,996,726＝ 43,114,588

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝171,500,000/4＋ 43,114,588＝ 85,989,588

已支用點數： 34,450,670

暫結金額： 1元/點×已支用點數＝ 34,450,670

未支用金額： 第3季預算－第3季暫結金額＝ 85,989,588－ 34,450,670＝ 51,538,918

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝171,500,000/4＋ 51,538,918＝ 94,413,918

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＝ 94,413,918－ 0＝ 94,413,918

全年合計:預算＝171,500,000

已支用點數： 77,086,082

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數＝ 77,086,082

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 171,500,000－ 77,086,082

＝ 94,413,918

註:依據「113年度全民健康保險12-18歲青少年口腔提升試辦計畫」,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。

(四)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：21,394,174

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 21,394,174

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 36,200,000－21,394,174= 14,805,826

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 14,805,826= 51,005,826

已支用點數：24,319,844

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 24,319,844

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 51,005,826－24,319,844= 26,685,982

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 26,685,982= 62,885,982

已支用點數：25,184,510

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 25,184,510

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 62,885,982－25,184,510= 37,701,472

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 144,800,000/4+ 37,701,472= 73,901,472

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= 73,901,472－0= 73,901,472

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數：70,898,528

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數= 70,898,528

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 144,800,000－70,898,528

= 73,901,472

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。

(五)高風險疾病口腔照護計畫

全年預算 = 1,599,000,000元

第1季:預算 = 1,599,000,000/4 = 399,750,000

已支用點數：236,843,913

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 236,843,913

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額 = 399,750,000－236,843,913 = 162,906,087

第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,599,000,000/4 + 162,906,087 = 562,656,087

已支用點數：610,806,389

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 610,806,389

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額 = 562,656,087－610,806,389 = -48,150,302

浮動點值 = (第2季預算－非浮動點數) / 浮動點數 = (562,656,087－0) / 610,806,389 = 0.92116929

第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,599,000,000/4 + 0 = 399,750,000

已支用點數：705,129,773

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 705,129,773

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額 = 399,750,000－705,129,773 = -305,379,773

浮動點值 = (第3季預算－非浮動點數) / 浮動點數 = (399,750,000－0) / 705,129,773 = 0.56691692

第4季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,599,000,000/4 + 0 = 399,750,000

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 = 399,750,000－0 = 399,750,000

全年合計:預算 = 1,599,000,000元

已支用點數：1,552,780,075

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)

= 236,843,913 + 562,656,087 + 399,750,000 + 0 = 1,199,250,000

全年未支用金額 = 全年預算－暫結金額

= 1,599,000,000－1,199,250,000

= 399,750,000

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。

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。

=====

(六)網路頻寬補助費用

全年預算＝ 143,000,000元

第1季已支用點數： 35,364,445

第2季已支用點數： 35,518,784

第3季已支用點數： 35,614,865

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數：106,498,094

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝106,498,094

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 143,000,000－106,498,094＝ 36,501,906

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113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。

(七)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＋113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%)＋47,800,000

＝(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%＋47,800,000

＝26,806,674＋28,723,750＋30,832,102＋30,020,079＋47,800,000

＝164,182,605

=====

(八)特定疾病病人牙科就醫安全計畫

全年預算＝ 327,100,000元

(307.1百萬元由113年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目支應；

另依牙醫門診總額地區預算調整方式，自一般服務預算移撥20.0百萬元，共計327.1百萬元。)

第1季:預算＝ 327,100,000/4＝ 81,775,000

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1季預算－第1季暫結金額＝ 81,775,000－ 0＝ 81,775,000

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 327,100,000/4＋ 81,775,000＝ 163,550,000

已支用點數： 40,645,333

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 40,645,333

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝ 163,550,000－ 40,645,333＝ 122,904,667

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 327,100,000/4＋122,904,667＝ 204,679,667

已支用點數： 53,591,224

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 53,591,224

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 204,679,667－ 53,591,224＝ 151,088,443

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 327,100,000/4＋151,088,443＝ 232,863,443

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＝ 232,863,443－ 0＝ 232,863,443

全年合計:預算＝ 327,100,000元

已支用點數： 94,236,557

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝ 94,236,557

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）

＝ 327,100,000－（ 94,236,557－ 0）

＝ 232,863,443(E6)（若第4季一般服務移撥款有結餘，優先112年度全民健康保險牙醫門診總額0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於本項計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以0.2億元為限）

註：

1. 本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則留用至下季，全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應；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。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。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。

(九)癌症治療品質改善計畫

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： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額＝ 2,500,000－ 0＝ 2,500,000

第2季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 2,500,000＝ 5,000,000

已支用點數： 97,100

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 97,100

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額＝ 5,000,000－ 97,100＝ 4,902,900

第3季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 4,902,900＝ 7,402,900

已支用點數： 345,000

暫結金額：1元/點×已支用點數＝ 345,000

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額＝ 7,402,900－ 345,000＝ 7,057,900

第4季:預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 7,057,900＝ 9,557,900

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＝ 9,557,900－ 0＝ 9,557,900

全年合計:預算＝ 10,000,000元

已支用點數： 442,100

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數＝ 442,100

全年未支用金額＝ 全年預算－ 全年已結算金額

＝ 10,000,000－ 442,100

＝ 9,557,900

註:本計畫依總額部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。

若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R01

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：114/02/17

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 24

三、一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2) ×100% × 111年各季人口風險因子(R_111)(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. 113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)		11,111,977,002	11,845,120,895	12,723,798,296	12,389,502,005	48,070,398,198
2. 111年人口風險因子(R_111)	臺北分區	0.37076	0.37025	0.36970	0.36983	
	北區分區	0.16387	0.16470	0.16621	0.16638	
	中區分區	0.18108	0.18106	0.18143	0.18119	
	南區分區	0.12627	0.12620	0.12564	0.12541	
	高屏分區	0.13854	0.13834	0.13762	0.13784	
	東區分區	0.01948	0.01945	0.01940	0.01935	
		(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_111)(註1、2)	臺北分區	4,119,876,593	4,385,656,011	4,703,988,230	4,582,009,527	17,791,530,361
	北區分區	1,820,919,671	1,950,891,411	2,114,822,515	2,061,365,344	7,947,998,941
	中區分區	2,012,156,796	2,144,677,589	2,308,478,725	2,244,853,868	8,710,166,978
	南區分區	1,403,109,336	1,494,854,257	1,598,618,018	1,553,767,446	6,050,349,057
	高屏分區	1,539,453,294	1,638,654,025	1,751,049,121	1,707,768,956	6,636,925,396
	東區分區	216,461,312	230,387,602	246,841,687	239,736,864	933,427,465
	小計	11,111,977,002	11,845,120,895	12,723,798,296	12,389,502,005	48,070,398,198

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R01

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：114/02/17

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次：25

(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)×Rax R_111—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)〕(四捨五入至整數位)
 —各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+前一年分區保留款分配後結餘款(T)+促進醫療服務診療項目支付衡平性(Y)+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)+移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫結餘款(BE6)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.869908%	24.384747%	25.928519%	25.816826%	100%
2. 111年人口風險因子(R_111)	臺北分區	0.37076	0.37025	0.36970	0.36983	
	北區分區	0.16387	0.16470	0.16621	0.16638	
	中區分區	0.18108	0.18106	0.18143	0.18119	
	南區分區	0.12627	0.12620	0.12564	0.12541	
	高屏分區	0.13854	0.13834	0.13762	0.13784	
	東區分區	0.01948	0.01945	0.01940	0.01935	
3. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=(D2合計)×Ra×(R_111)		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)
	臺北分區	4,254,233,649	4,340,013,105	4,607,919,479	4,589,364,128	17,791,530,361
	北區分區	1,880,303,345	1,930,587,869	2,071,631,855	2,065,475,872	7,947,998,941
	中區分區	2,077,777,077	2,122,357,253	2,261,333,057	2,248,699,591	8,710,166,978
	南區分區	1,448,867,415	1,479,296,837	1,565,969,714	1,556,215,091	6,050,349,057
	高屏分區	1,589,657,810	1,621,600,035	1,715,287,743	1,710,379,808	6,636,925,396
	東區分區	223,520,529	227,989,885	241,800,481	240,116,570	933,427,465
	小計	11,474,359,825	11,721,844,984	12,463,942,329	12,410,251,060	48,070,398,198
4. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)(註3)		0	0	0	0	0
5. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款 BI= I×R_111	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：RGBI3308R01

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：114/02/17

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 26

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
6.112年分區保留款分配後結餘款(T)	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	19,259,985	0	0	0	19,259,985
	小計	19,259,985	0	0	0	19,259,985
7.促進醫療服務診療項目 支付衡平性(Y)(註4)	臺北分區	492,864	472,416	542,112	0	1,507,392
	北區分區	192,864	167,232	211,488	0	571,584
	中區分區	159,264	172,128	218,976	0	550,368
	南區分區	168,096	178,560	200,554	0	547,210
	高屏分區	129,216	171,360	208,224	0	508,800
	東區分區	43,008	52,032	52,992	0	148,032
	小計	1,185,312	1,213,728	1,434,346	0	3,833,386
8.中區、高屏分區移撥款(Z) (註5)	中區分區	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000
	高屏分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	小計	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000
9.移撥醫療資源不足核實申報費用結 餘款(E4)(註6)					0	0
10.移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款(BE4=E4×R_111)	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
11.移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵 計畫結餘款(E5)(註7)					0	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R01

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：114/02/17

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 27

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
12. 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫各分區結餘款 (BE5=E5×R_111)	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
13. 移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫(E6)(註8)					0	0
14. 移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫(BE6=E6×R_111)	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
15. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)－(BI)+(T)+(Y) +(Z)+(BE4)+(BE5) +(BE6)	臺北分區	4,254,726,513	4,340,485,521	4,608,461,591	4,589,364,128	17,793,037,753
	北區分區	1,880,496,209	1,930,755,101	2,071,843,343	2,065,475,872	7,948,570,525
	中區分區	2,082,936,341	2,127,529,381	2,266,552,033	2,253,699,591	8,730,717,346
	南區分區	1,449,035,511	1,479,475,397	1,566,170,268	1,556,215,091	6,050,896,267
	高屏分區	1,592,287,026	1,624,271,395	1,717,995,967	1,712,879,808	6,647,434,196
	東區分區	242,823,522	228,041,917	241,853,473	240,116,570	952,835,482
	小計	11,502,305,122	11,730,558,712	12,472,876,675	12,417,751,060	48,123,491,569

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. 「113年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，說明如下：本計畫全年經費為7.817億元，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。
4. 依據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次會議決定略以，「移撥促進醫療服務診療項目支付衡平性」113年經費5.5百萬元，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。
5. 依據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次會議決定略以，113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。
6. 依據「113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111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
7. 依據「113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111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。
8. 依據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次會議決定略以，113年度牙醫門診總額一般服務預算移撥款總金額計3.3億元，按季均分。其中0.2億元移撥補助「特定疾病病人牙醫就醫安全計畫」：為鼓勵該計畫執行，112年由一般預算提撥0.2億元，每點支付金額1元，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/Σ各院補助金額)。
9. 依據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，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各人口風險因子(R值)分配至各區。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

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：114/02/17

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：29

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	3,875,607,509(BF)	0.91072343	-----	30,891,615	259,009
	2-北區分區	393,139,965	0.91072343	358,041,777	3,271,233	
	3-中區分區	228,983,658	0.91072343	208,540,782	1,951,259	
	4-南區分區	134,077,865	0.91072343	122,107,853	1,165,392	
	5-高屏分區	181,076,841	0.91072343	164,910,922	1,353,354	
	6-東區分區	21,719,259	0.91072343	19,780,238	250,737	
	7-合計	4,834,605,097(GF)		873,381,572(AF)	38,883,590(BG)	259,009(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	254,464,961	0.99531051	253,271,650	2,505,201	
	2-北區分區	1,521,356,910(BF)	0.99531051	-----	-11,741,024	119,332
	3-中區分區	99,766,042	0.99531051	99,298,190	845,624	
	4-南區分區	66,393,761	0.99531051	66,082,408	528,715	
	5-高屏分區	38,295,368	0.99531051	38,115,782	287,893	
	6-東區分區	4,331,089	0.99531051	4,310,778	57,510	
	7-合計	1,984,608,131(GF)		461,078,808(AF)	-7,516,081(BG)	119,332(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	77,260,883	0.98963165	76,459,815	729,181	
	2-北區分區	44,067,292	0.98963165	43,610,387	377,052	
	3-中區分區	1,978,113,720(BF)	0.98963165	-----	16,745,437	101,942
	4-南區分區	44,290,716	0.98963165	43,831,494	436,347	
	5-高屏分區	30,683,619	0.98963165	30,365,480	258,878	
	6-東區分區	2,902,475	0.98963165	2,872,381	36,018	
	7-合計	2,177,318,705(GF)		197,139,557(AF)	18,582,913(BG)	101,942(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R01

113年第 3季

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

列印日期：114/02/17

頁 次： 30

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	61,988,525	1.03431948	64,115,939	655,009	
	2-北區分區	28,158,340	1.03431948	29,124,720	259,930	
	3-中區分區	68,550,063	1.03431948	70,902,666	622,324	
	4-南區分區	1,224,170,864(BF)	1.03431948	-----	10,453,929	62,043
	5-高屏分區	66,990,823	1.03431948	69,289,913	542,779	
	6-東區分區	2,215,407	1.03431948	2,291,439	31,404	
	7-合計	1,452,074,022(GF)		235,724,677(AF)	12,565,375(BG)	62,043(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	44,021,803	0.99676837	43,879,541	446,594	
	2-北區分區	19,271,208	0.99676837	19,208,931	175,474	
	3-中區分區	31,595,149	0.99676837	31,493,045	287,898	
	4-南區分區	69,760,237	0.99676837	69,534,798	594,560	
	5-高屏分區	1,469,495,418(BF)	0.99676837	-----	7,764,292	43,954
	6-東區分區	3,666,434	0.99676837	3,654,585	43,957	
	7-合計	1,637,810,249(GF)		167,770,900(AF)	9,312,775(BG)	43,954(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,351,055	1.15185634	16,530,354	166,021	
	2-北區分區	4,851,772	1.15185634	5,588,544	64,642	
	3-中區分區	4,617,357	1.15185634	5,318,532	43,516	
	4-南區分區	2,920,878	1.15185634	3,364,432	30,772	
	5-高屏分區	7,055,199	1.15185634	8,126,576	65,712	
	6-東區分區	158,880,603(BF)	1.15185634	-----	1,874,293	16,707
	7-合計	192,676,864(GF)		38,928,438(AF)	2,244,956(BG)	16,707(BJ)

註：本表浮動點數不含高風險疾病病人牙結石清除(診療項目代碼91090C)核定浮動點數。

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	= [4,608,461,591 — 873,381,572 — 38,883,590 — 259,009] / 3,875,607,509 = 0.95364079
北區分區	= [2,071,843,343 — 461,078,808 — -7,516,081 — 119,332] / 1,521,356,910 = 1.06363029
中區分區	= [2,266,552,033 — 197,139,557 — 18,582,913 — 101,942] / 1,978,113,720 = 1.03670866
南區分區	= [1,566,170,268 — 235,724,677 — 12,565,375 — 62,043] / 1,224,170,864 = 1.07649856
高屏分區	= [1,717,995,967 — 167,770,900 — 9,312,775 — 43,954] / 1,469,495,418 = 1.04856968
東區分區	= [241,853,473 — 38,928,438 — 2,244,956 — 16,707] / 158,880,603 = 1.26298219

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)
 = [12,472,876,675 — 74,073,528 — 602,987] / 12,279,093,068 = 1.00969999

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 | = [4,608,461,591] / [4,834,605,097 + 38,883,590 + 259,009] = 0.94556835 |
| 北區分區 | = [2,071,843,343] / [1,984,608,131 + -7,516,081 + 119,332] = 1.04786133 |
| 中區分區 | = [2,266,552,033] / [2,177,318,705 + 18,582,913 + 101,942] = 1.03212585 |
| 南區分區 | = [1,566,170,268] / [1,452,074,022 + 12,565,375 + 62,043] = 1.06927612 |
| 高屏分區 | = [1,717,995,967] / [1,637,810,249 + 9,312,775 + 43,954] = 1.04300049 |
| 東區分區 | = [241,853,473] / [192,676,864 + 2,244,956 + 16,707] = 1.24066534 |

5. 一般服務全區平均點值 = [12,472,876,675] / [12,279,093,068 + 74,073,528 + 602,987] = 1.00964136

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

／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(不含品質保證保留款及獎勵金)＋移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

臺北分區	＝[4,608,461,591＋ 288,490,750＋ 3,606,617＋ 1,537,327]	
	／[4,834,605,097＋ 38,883,590＋ 259,009＋ 389,697,604＋ 3,606,617]	＝0.93070970
北區分區	＝[2,071,843,343＋ 109,553,644＋ 1,942,525＋ 1,209,382]	
	／[1,984,608,131＋ -7,516,081＋ 119,332＋ 136,845,876＋ 1,942,525]	＝1.03239561
中區分區	＝[2,266,552,033＋ 177,652,744＋ 9,635,380＋ 2,223,055]	
	／[2,177,318,705＋ 18,582,913＋ 101,942＋ 228,742,539＋ 9,635,380]	＝1.00890646
南區分區	＝[1,566,170,268＋ 103,505,716＋ 3,413,085＋ 5,145,803]	
	／[1,452,074,022＋ 12,565,375＋ 62,043＋ 136,009,404＋ 3,299,842]	＝1.04627412
高屏分區	＝[1,717,995,967＋ 137,928,902＋ 9,937,473＋ 2,786,794]	
	／[1,637,810,249＋ 9,312,775＋ 43,954＋ 178,173,538＋ 9,937,473]	＝1.01818316
東區分區	＝[241,853,473＋ 30,216,598＋ 3,952,507＋ 728,022]	
	／[192,676,864＋ 2,244,956＋ 16,707＋ 34,363,836＋ 3,432,394]	＝1.18912449
全 區	＝[12,472,876,675＋ 847,348,354＋ 32,487,587＋ 13,630,383]	
	／[12,279,093,068＋ 74,073,528＋ 602,987＋ 1,103,832,797＋ 31,854,231]	＝0.99087335

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

＋12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫＋超音波根管沖洗計畫＋高風險疾病口腔照護計畫

＋網路頻寬補助費用暫結金額＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋癌症治療品質改善計畫

2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋113年品質保證保留款預算/4。

*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

＝(106年各季預算＋113年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

=====

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 12,463,942,329(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)×Rax R_111—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)](四捨五入至整數位)
 —各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+前一年分區保留款分配後結餘款(T)+促進醫療服務診療項目支付衡平性(Y)+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)+移撥特定疾病病人牙醫就醫安全計畫結餘款(BE6)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,608,461,591
調整後北區分區一般服務預算總額	=	2,071,843,343
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,266,552,033
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,566,170,268
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,717,995,967
調整後東區分區一般服務預算總額	=	241,853,473

總計		12,472,876,675
----	--	----------------

(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)

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

$$\text{臺北分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款}(T1) = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款}(T1) = 241,853,473 - [(192,676,864 + 2,244,956 + 16,707) \times 1.15] = 17,674,167$$

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)

$$\text{臺北分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{北區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{中區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{南區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{高屏分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 0(P) + \text{當季保留款 } 0(T1) = 0$$

$$\text{東區分區累計保留款}(T2) = \text{前季累計保留款 } 36,230,099(P) + \text{當季保留款 } 17,674,167(T1) = 53,904,266$$

(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)

$$\text{修正後臺北分區一般服務預算總額} = 4,608,461,591(BD2) - 0 = 4,608,461,591$$

$$\text{修正後北區分區一般服務預算總額} = 2,071,843,343(BD2) - 0 = 2,071,843,343$$

$$\text{修正後中區分區一般服務預算總額} = 2,266,552,033(BD2) - 0 = 2,266,552,033$$

$$\text{修正後南區分區一般服務預算總額} = 1,566,170,268(BD2) - 0 = 1,566,170,268$$

$$\text{修正後高屏分區一般服務預算總額} = 1,717,995,967(BD2) - 0 = 1,717,995,967$$

$$\text{修正後東區分區一般服務預算總額} = 241,853,473(BD2) - 17,674,167 = 224,179,306$$

總計

12,455,202,508

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	=	[4,608,461,591	—	873,381,572	—	38,883,590	—	259,009]	／	3,875,607,509	=	0.95364079
北區分區	=	[2,071,843,343	—	461,078,808	—	-7,516,081	—	119,332]	／	1,521,356,910	=	1.06363029
中區分區	=	[2,266,552,033	—	197,139,557	—	18,582,913	—	101,942]	／	1,978,113,720	=	1.03670866
南區分區	=	[1,566,170,268	—	235,724,677	—	12,565,375	—	62,043]	／	1,224,170,864	=	1.07649856
高屏分區	=	[1,717,995,967	—	167,770,900	—	9,312,775	—	43,954]	／	1,469,495,418	=	1.04856968
東區分區	=	[224,179,306	—	38,928,438	—	2,244,956	—	16,707]	／	158,880,603	=	1.15174037

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)
- 自墊核退點數(BJ)]
- ／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$=[12,455,202,508 - 74,073,528 - 602,987] / 12,279,093,068 = 1.00826062$$

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	=	[4,608,461,591	]	／	[4,834,605,097	+	38,883,590	+	259,009	]=	0.94556835
北區分區	=	[2,071,843,343	]	／	[1,984,608,131	+	-7,516,081	+	119,332	]=	1.04786133
中區分區	=	[2,266,552,033	]	／	[2,177,318,705	+	18,582,913	+	101,942	]=	1.03212585
南區分區	=	[1,566,170,268	]	／	[1,452,074,022	+	12,565,375	+	62,043	]=	1.06927612
高屏分區	=	[1,717,995,967	]	／	[1,637,810,249	+	9,312,775	+	43,954	]=	1.04300049
東區分區	=	[224,179,306	]	／	[192,676,864	+	2,244,956	+	16,707	]=	1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

$$=[12,455,202,508] / [12,279,093,068 + 74,073,528 + 602,987] = 1.00821069$$

=====					
5. 修正後牙醫門診總額平均點值=加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額					
+ 移撥醫療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]					
／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(不含品質保證保留款及獎勵金)+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]					
臺北分區	=	[4,608,461,591 + 288,490,750 + 3,606,617 + 1,537,327]			
		／[4,834,605,097 + 38,883,590 + 259,009 + 389,697,604 + 3,606,617]	=	0.93070970	
北區分區	=	[2,071,843,343 + 109,553,644 + 1,942,525 + 1,209,382]			
		／[1,984,608,131 + -7,516,081 + 119,332 + 136,845,876 + 1,942,525]	=	1.03239561	
中區分區	=	[2,266,552,033 + 177,652,744 + 9,635,380 + 2,223,055]			
		／[2,177,318,705 + 18,582,913 + 101,942 + 228,742,539 + 9,635,380]	=	1.00890646	
南區分區	=	[1,566,170,268 + 103,505,716 + 3,413,085 + 5,145,803]			
		／[1,452,074,022 + 12,565,375 + 62,043 + 136,009,404 + 3,299,842]	=	1.04627412	
高屏分區	=	[1,717,995,967 + 137,928,902 + 9,937,473 + 2,786,794]			
		／[1,637,810,249 + 9,312,775 + 43,954 + 178,173,538 + 9,937,473]	=	1.01818316	
東區分區	=	[224,179,306 + 30,216,598 + 3,952,507 + 728,022]			
		／[192,676,864 + 2,244,956 + 16,707 + 34,363,836 + 3,432,394]	=	1.11318325	
全區	=	[12,455,202,508 + 847,348,354 + 32,487,587 + 13,630,383]			
		／[12,279,093,068 + 74,073,528 + 602,987 + 1,103,832,797 + 31,854,231]	=	0.98956312	

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
+12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫+超音波根管沖洗計畫+高風險疾病口腔照護計畫
+網路頻寬補助費用暫結金額+品質保證保留款預算+特定疾病病人牙科就醫安全計畫+癌症治療品質改善計畫

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+113年品質保證保留款預算/4。
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
=(106年各季預算+113年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月113/06(含)以前:於113/10/01~113/12/31期間核付者。

費用年月113/07~113/09:於113/07/01~113/12/31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。